



Instituto Politécnico de Santarém
2021

Promoção de Estilos de Vida
Saudável em Crianças

Salomé Gomes
Pedrosa

Promoção de Estilos de Vida Saudável em Crianças

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre
na área de Enfermagem Comunitária

Salomé Gomes Pedrosa

Orientadora
Professora Doutora Marta rosa

2021, julho

Promoção de Estilos de Vida Saudável em Crianças

Prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de
Mestre na área de Enfermagem Comunitária**

**Salomé Gomes
Pedrosa**

**Orientadoras
Professora Mestre Celeste Godinho
Professora Doutora Marta Rosa**

2021, julho

“Determinação, coragem e autoconfiança
são fatores decisivos para o sucesso.
Se estamos possuídos por uma inabalável
determinação,
Conseqüiremos superá-los.
Independentemente das circunstâncias,
devemos ser sempre humildes,
recatados e despidos de orgulho.”

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

Agora que se aproxima o final desta caminhada, quero agradecer a todos os que me apoiaram neste desafio pessoal e profissional.

À minha família por me permitirem realizar esta aspiração: ao meu marido por ser companheiro de vida, por me apoiar e por compreender a minha vontade e ser fundamental em períodos, por vezes, tão complicados; à minha filha Margarida e ao meu filho Martim (que nasceu durante este percurso), por serem a minha grande inspiração para ser uma pessoa e uma profissional melhor; à minha mãe pela enorme ajuda; ao meu pai por me incentivar a ser sempre mais capaz. À minha avó pelo amor incondicional.

À minha colega e amiga Maria Calado por me ter incentivado a realizar este trajeto e por me fazer acreditar que era possível, sempre que eu me senti desmotivada pelo cansaço de um pós-parto recente, e que me ensinou tanto enquanto ser humano.

Às minhas colegas Arminda e Mónica.

À Catarina, por toda a disponibilidade e paciência.

À Professora Celeste Godinho e à Professora Marta Rosa, por todo o apoio, por toda a compreensão e motivação. Por toda a disponibilidade, pela partilha do saber e de conhecimentos.

A todos que me são mais queridos, pelo tempo que não lhes pude dispensar e pelo incentivo constante, que nunca me deixou desviar do caminho a seguir. Caminho este que muito me orgulho de ter realizado.

A todos o meu sincero agradecimento!

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
AREA – Consulta de Adolescente
ARS – Administração Regional de Saúde
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DARE – Diabetes Apoio Responsável Escolar
DCT – Dobra Cutânea do Tricípite
DGS – Direção Geral da Saúde
DMT2 – Diabetes *Mellitus* Tipo 2
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados ao domicílio
EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Enf.^a - Enf^a
EpS – Educação para a Saúde
EPVA – Equipa para a Prevenção de Violência em Adultos
ERIC – Estágio e Relatório de Intervenção Individual
ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém
Etc- Etecetera
Ex. – Exemplo
F. – folha
GRT – Gestão do Regime Terapêutico
ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros
IMC – Índice de Massa Corporal
IO – Índice de Obesidade
Kg – Quilograma
Km² – Quilómetro quadrado
ln – Linhas
M² – Metro quadrado
N.º - Número

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NLI – Núcleo Local de Inserção Social
NSE – Necessidades de Saúde Especiais
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PCC – População, Conceitos, Contexto
PIOI – Projeto de Intervenção na Obesidade Infantil
PLS – Plano Local de Saúde
PNPAF – Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física
PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
PNS- Plano Nacional de Saúde
Prof.^a – Professora
PrS – Promoção da Saúde
RCEEEECSP – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSI – Rendimento Social de Inserção
SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
WHO – World Health Organization

RESUMO

Portugal é um dos países europeus com uma das mais elevadas taxas de prevalência de diabetes. Anteriormente a Diabetes *Mellitus* tipo II era associada a adultos, no entanto, atualmente, o aumento da obesidade nas crianças, conduziu ao aparecimento desta doença em grupos etários cada vez mais precoces, sendo o aumento da sua incidência em crianças de tal forma significativo, que é atualmente considerado um problema de saúde pública emergente. A base terapêutica consiste na promoção da saúde de crianças e famílias, com foco nas alterações comportamentais, sobretudo ao nível da alimentação e da prática de exercício físico. Os enfermeiros através da Promoção da Saúde podem capacitar os indivíduos a adotarem comportamentos saudáveis.

Tendo como base a metodologia do Planeamento em Saúde, foi elaborado o Diagnóstico de Enfermagem segundo o modelo Conceptual de Betty Neuman, que levou à intervenção comunitária, com o Projeto “Promoção de estilos de vida saudável em crianças”, que teve como objetivos o aumento de conhecimentos relacionados com a Diabetes *Mellitus* tipo II, a Obesidade, e a adoção de comportamentos saudáveis em crianças, entre os 6 e os 12 anos de idade.

Desenvolveu-se uma *Scoping Review*, com a questão: “Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças?”. Nas evidências obtidas identificou-se a importância das intervenções de enfermagem na Promoção da Saúde às crianças com obesidade.

Os resultados demonstram o impacto positivo do projeto, revelando que houve aumento da prática de exercício físico, aumento da ingestão de frutas e verduras, com diminuição da ingestão de alimentos hipercalóricos.

Palavras-chave: Enfermagem, Diabetes *Mellitus* tipo II, Promoção da Saúde, Crianças.

ABSTRACT

Portugal is one of the European countries with one of the highest prevalence rates of diabetes. Previously, type 2 Diabetes Mellitus was associated with adults, however, currently the increase in obesity in children led to the rise of this disease in younger age groups.

The therapeutic basis consists of promoting the health of children and families, focusing on behavioral changes, especially in terms of diet and exercise.

Based on the Health Planning methodology, the nursing diagnosis was prepared according to Betty Neuman's conceptual model, which led to the community intervention with the project "Promotion of healthy lifestyles in children", which aimed to increase knowledge related with type 2 Diabetes Mellitus, obesity and the adoption of healthy behaviours in children, between 6 and 12 years old.

The results demonstrate the positive impact of the project, revealing that there was an increase in the practice of physical exercise, an increase in the consumption of fruits and vegetables, with a decrease in the consumption of hypercaloric foods.

Keywords: Nursing, type 2 Diabetes Mellitus, Health Promotion, Children.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1 – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA MARINHA GRANDE	23
2 - CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA	27
2.1 – OBESIDADE INFANTIL.....	27
2.2. DIABETES <i>MELLITUS</i> TIPO II	32
2.3. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA COMO AGENTE DE CAPACITAÇÃO DA COMUNIDADE	34
2.4. MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN.....	37
3 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	43
3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	43
3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	47
3.3 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	49
3.4 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	51
3.4.1 – Projeto de Intervenção Comunitária	52
3.5 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO E EXECUÇÃO.....	52
3.6 – AVALIAÇÃO	57
4 – OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS EM ESTÁGIO	67
5 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA	69
6 – CONCLUSÃO	73
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	79
ANEXO I – Projeto de estágio	81
ANEXO II – <i>Scoping Review</i>	1951
ANEXO III – Consentimento Livre e Informado de Participantes e Informantes-chave .	129

ANEXO IV – Guião da entrevista e Análise de conteúdo	137
ANEXO V – Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém.....	147
ANEXO VI – Hierarquização das Necessidades pelo Método de Hanlon.....	1517
ANEXO VII – Cronograma de Atividades	157
ANEXO VIII – Cronograma das Sessões de Educação para a Saúde.....	163
ANEXO IX – Questionários de colheita de dados	167
ANEXO X – Artigo publicado no Jornal	177
ANEXO XI – Autorização para utilização das escalas	181
ANEXO XII – Planos das sessões, Apresentações <i>Powerpoint</i> realizadas, Fichas de avaliação de conhecimentos e Avaliação das sessões	185
ANEXO XIII – Apresentações Seminários Intercalar e Final.....	243
ANEXO XIV - Certificado e Póster apresentado no Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Santarém	353

ÍNDICE DE QUADROS

	f.
Quadro 1 – Programas/Projetos da UCC Marinha Grande.....	24
Quadro 2 - Classificação da obesidade em função do IMC e risco de co morbilidades	29
Quadro 3 – Áreas de atuação no tratamento da obesidade infantil	31
Quadro 4 – Avaliação dos indicadores de atividade.....	58
Quadro 5 – Avaliação dos indicadores de resultado.....	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	f.
Gráfico 1 – Caracterização da amostra das crianças participantes	58
Gráfico 2 – Caracterização da amostra dos pais das crianças participantes	58
Gráfico 3 – Avaliação da ingestão de pão integral/mistura	61
Gráfico 4 – Avaliação da ingestão de cereais de pequeno almoço.....	61
Gráfico 5 – Avaliação da ingestão de vegetais (alface).....	62
Gráfico 6 – Avaliação da ingestão de vegetais (espinafres).....	62
Gráfico 7 - Avaliação da ingestão de peixe.....	63
Gráfico 8 – Avaliação da ingestão de sumos e refrigerantes.....	63
Gráfico 9 – Avaliação do tempo gasto a ver televisão, num dia de semana	64
Gráfico 10 - Avaliação do tempo gasto a ver televisão, num dia de fim de semana.....	64
Gráfico 11 - Avaliação do tempo gasto em brincadeiras, num dia de semana.....	65
Gráfico 12 - Avaliação do tempo gasto em brincadeiras, num dia de fim de semana.	65
Gráfico 13 – Prática de algum tipo de atividade desportiva programada e regular (excluindo aulas de educação física)	66

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura 1 - Localização geográfica do Concelho da Marinha Grande.....	23
Figura 2 – Elementos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman	39

INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), inserido na Unidade Curricular Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Marinha Grande, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Pinhal Litoral, com a duração de 18 semanas, no período de 13 de julho a 18 de dezembro de 2020.

A base para todo este percurso de estágio foi a intervenção na comunidade, tendo como principal objetivo a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP).

Os objetivos deste relatório contemplam: enquadrar a prática clínica na evidência científica com recurso à metodologia científica, através da revisão sistemática de literatura; fundamentar as competências desenvolvidas em enfermagem comunitária, sustentando-as na natureza da enfermagem avançada; avaliar, registar, divulgar e criticar os resultados das intervenções de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas.

Relativamente aos objetivos pessoais para este documento, pretende-se que reflita o trabalho realizado ao longo das semanas de estágio, durante o qual foram desenvolvidas e colocadas em prática as competências adquiridas em enfermagem comunitária, em particular abordando a implementação do projeto de intervenção individual, promovendo a adoção de estilos de vida saudável em crianças com obesidade.

O tema abordado no projeto de intervenção individual surgiu após a realização do diagnóstico de situação, onde foi possível estabelecer diagnósticos de enfermagem comunitária. O modelo conceptual de Betty Neuman foi o guia orientador, dado ser dinâmico, flexível e global, garantindo assim uma estrutura, organização e orientação para responder à complexidade de intervenções e processos na comunidade (Freeze, B. citada por Tomey & Alligood, 2004).

O Diagnóstico de Situação desenvolvido, evidenciado por Obesidade infantil, apontou para a necessidade de intervenção na área da promoção de estilos de vida saudável em crianças. Assim, foi desenvolvido o projeto de intervenção, dirigindo para a

prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças, intitulado-se “Promoção de estilos de vida saudável em crianças”.

Dias, Maciel e Sablisch (2007), referem que a tendência mundial é o aumento da incidência da Diabetes *Mellitus* tipo II na infância. Além dos fatores de risco predisponentes para a doença, as alterações, nos últimos anos, no estilo de vida das crianças têm cooperado para incrementar esses índices. O sedentarismo e as modificações dos hábitos alimentares têm contribuído para a epidemia da obesidade infantil.

O excesso de peso e a obesidade infantil constituem um dos mais sérios problemas de saúde pública do século XXI, sendo apelidada pela OMS como a “epidemia do século XXI”, tendo atingido já proporções epidémicas na maioria dos países industrializados, mas que também afeta os países em desenvolvimento. O aumento da prevalência da obesidade infantil durante as últimas décadas foi dramático, apesar das medidas adotadas pelas organizações internacionais e governos. Estima-se que, em 2010, aproximadamente 43 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade teriam excesso de peso (WHO, 2011).

Indo ao encontro da mesma ideia, Carneiro (2020), afirma que é frequente nas consultas de saúde infantil serem detetadas crianças com excesso de peso ou obesidade. Quando são avaliadas, é fácil perceber as razões que o motivaram: crianças cada vez mais sedentárias, que passam muitas horas sentadas a ver televisão ou a jogar no computador e com hábitos alimentares muito pouco saudáveis.

Em Portugal, a obesidade infantil tem aumentado de forma alarmante, apresentando taxas superiores à média europeia, estando desta forma igualmente a aumentar a Diabetes *Mellitus* tipo II na população jovem (Soares, 2020). O mesmo autor defende ainda que a base terapêutica consiste na educação da criança e da família, com ênfase nas alterações comportamentais. É fundamental a modificação do estilo de vida que leve à criação de padrões saudáveis de alimentação e de atividade física.

Desta forma, a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II requer, em primeiro plano, a prevenção da obesidade.

Encontra-se já documentado que a evidência sobre a eficácia das alterações do estilo de vida é mais robusta em crianças obesas, sendo que a restrição calórica e o exercício físico podem induzir a perda de peso ou impedir o ganho ponderal (Simões, Serra & Duarte, 2015). Tais premissas colocam o EEECSPP como agente privilegiado na promoção da Saúde (PrS), otimizando capacidades de comunicação e cooperação, sendo o profissional mais qualificado

para liderar, integrar e avaliar processos comunitários, com vista à capacitação de grupos e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O diagnóstico de situação evidenciou a necessidade de intervenção na promoção de estilos de vida saudáveis em crianças, relacionados essencialmente com a Diabetes *Mellitus*. A partir destes dados e com base na priorização das necessidades, decidiu-se intervir no foco: obesidade infantil e Diabetes *Mellitus* (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], 2016). Para isso foi desenvolvido um projeto de intervenção, dirigido a crianças (6-12 anos) com obesidade, do concelho abrangido pela UCC onde decorreu o estágio, designado por “Prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em Crianças” (ANEXO I), com o intuito de promover a adoção de comportamentos saudáveis nessa população.

As intervenções delineadas neste projeto procuraram basear-se na melhor evidência científica, desenvolvendo-se por isso uma prática baseada na evidência através de uma *Scoping Review* (ANEXO II), partindo da questão “Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças?”.

As atividades executadas seguiram a metodologia do planeamento em saúde e concorreram para a aquisição das competências específicas do EEECS e do nível de mestrado.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (RCEEECS), este deve centrar a sua prática na comunidade, identificar as necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), desenvolver programas e projetos de intervenção para a capacitação das comunidades. Assegura ainda o estabelecimento da articulação com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários conducentes a cuidados de saúde eficazes (Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros [OE]). As competências adquiridas vão sendo apresentadas face às atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Relativamente às competências do nível de mestrado, de acordo com a Portaria nº 782/2009, preconiza-se a aquisição de conhecimentos altamente especializados que sustentem a capacidade de reflexão original e a investigação. Nesse sentido, procuram desenvolver-se aptidões especializadas para a resolução de problemas em matéria de investigação, para ampliar conhecimentos e procedimentos e integrar os conhecimentos de diferentes áreas.

Este relatório encontra-se estruturado em seis capítulos: o primeiro apresenta a caracterização da UCC da Marinha Grande; o segundo capítulo assenta na concetualização

teórica da temática e no Modelo Teórico adotado que permitiu caracterizar a comunidade, tendo sido o fio condutor para compreensão e desenvolvimento da intervenção comunitária realizada; o terceiro diz respeito à metodologia adotada e ao planeamento em saúde com a descrição das suas várias etapas (tendo sido também desenvolvida uma *Scoping Review* durante este momento), e o projeto de intervenção comunitária implementado e a avaliação do mesmo; o quarto capítulo relata de forma sucinta todas as outras atividades realizadas na UCC, para além da implementação do projeto de intervenção; o quinto capítulo contempla a análise crítica e reflexiva do trabalho desenvolvido; e no sexto capítulo é apresentada a conclusão do trabalho.

1 – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA MARINHA GRANDE

O estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde da Marinha Grande, inserida no Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral, que pertence à Administração Regional (ARS) do Centro, tendo como área de abrangência o concelho da Marinha Grande (figura1), com uma área de 187,2 km² distribuída por três freguesias: Marinha Grande, Vieira de Leiria e Moita (UCC, 2013).



Fonte: Geoportal - Câmara Municipal da Marinha Grande (2015)
Figura 1 - Localização geográfica do Concelho da Marinha Grande

Além da UCC, existem no Centro de Saúde da Marinha Grande, mais duas Unidades: a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) - Atlântica e Cuid'Arte - e a Unidade de Saúde Familiar (USF) (Vitrius). Neste Centro de Saúde existe também o Serviço de Atendimento Permanente 24 horas.

A UCC foi criada a 23 de fevereiro de 2014, com a homologação do parecer técnico pela ARS do Centro. Funciona das 8h às 20h de segunda a sexta-feira, operando numa base populacional e dá resposta a toda a população do concelho, residente ou não. Quando necessário, presta também cuidados aos fins-de-semana e feriados, como é o caso na atualidade.

A unidade é coordenada por uma Enfermeira (Enf^ª) especialista em Pediatria integrando ainda a equipa seis enfermeiros, detentores de especialidades (Enfermagem

Comunitária de Saúde Pública, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica), duas assistentes técnicas, uma assistente social, um fisioterapeuta, um médico, uma psicóloga e uma nutricionista afeta à Câmara Municipal, que dá apoio sempre que necessário.

Como missão, a UCC pretende contribuir para ganhos em saúde da população que abrange, identificando necessidades específicas e prestando cuidados de elevada qualidade, numa perspetiva integrativa de cuidados multidisciplinares através da transparência, responsabilidade, igualdade, equidade, confiança, dedicação e respeito.

A UCC da Marinha Grande tem na sua carteira de serviços, que contratualiza com o ACES todos os anos, os seus projetos, os quais são apresentados na Quadro 1

Quadro 1 – Programas/Projetos da UCC Marinha Grande

Programa/Projeto	População alvo
Vamos Nascer (preparação profilática para o parto, recuperação pós parto; hidroginástica para grávidas e workshops parentais; aconselhamento amamentação)	Grávidas e puérperas e pais
Promoção de Saúde infantil e juvenil (AREA; PLSeguro; Projeto de Intervenção na Obesidade Infantil - PIOI)	Crianças dos 0 aos 18 anos menos um dia com intervenção em consulta de enfermagem para adolescentes
Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIP)	Crianças dos 0 aos 6 anos com atraso de desenvolvimento referenciados ao SNIP
NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	Famílias de crianças e jovens referenciados ao NACJR, incluindo grávidas, cujo técnico gestor é da equipa da UCC
CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	Crianças e jovens com processo na CPCJ
EPVA - Equipa para a Prevenção de Violência em Adultos	Utentes referenciados à equipa EPVA cujo gestor de caso é o técnico da UCC
Programa Saúde Mental para Cuidadores Informais	Cuidadores informais referenciados para o projeto
Rede social e Núcleo executivo	População da Marinha Grande
NLI – Núcleo Local de Inserção Social	Utentes com contrato Rendimento Social de Inserção (RSI)
Projeto de Intervenção com Doentes Crónicos	Consultas e visitas domiciliárias a utentes referenciados – estomaterapia, saúde mental, GRT (gestão do regime terapêutico)

Programa de Saúde Escolar (+ contigo; sexualidade e afetos; In-dependências; DARE+; Gerações; Adição sem substância; NSE – Necessidades de Saúde Especiais)	Alunos do parque escolar da Marinha Grande (cerca de 6000) e restante comunidade educativa
Viver com Diabetes	Utentes diabéticos tipo 2 referenciados ao projeto
Projeto de Intervenção em jovens com comportamentos de risco	Jovens referenciados para o projeto (Intervenções breves em jovens com iniciação de consumos)
ECCEI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados ao domicílio	Utentes referenciados na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Fonte: Plano de Ação UCC Marinha Grande

Para este relatório destaca-se também o Projeto de Saúde infantil e juvenil, nomeadamente o Projeto de Intervenção na Obesidade Infantil (PIOI). Este projeto tem como principais objetivos: promover hábitos de vida saudáveis; sensibilizar crianças e famílias para as consequências da obesidade infantil; identificar necessidades de saúde específicas e intervir na sua resolução. No entanto, até à data, não existia um projeto que interligasse a obesidade infantil na prevenção da Diabetes, sendo esta uma questão fulcral, tendo em conta os dados mais recentes sobre o aparecimento da Diabetes *Mellitus* tipo II em idades precoces.

2 - CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo são abordados os conceitos teóricos que se referem à temática desenvolvida, de forma a poder contribuir para a compreensão do trabalho.

2.1 – OBESIDADE INFANTIL

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021) define a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde. O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida. Os fatores que determinam este desequilíbrio são complexos e incluem fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais. Este desequilíbrio tende a perpetuar-se, pelo que a obesidade é uma doença crónica. A obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde (DGS, 2021).

O Plano Nacional de Saúde (PNS), na sua revisão e extensão até 2020, refere que para o ano corrente foram consideradas quatro prioridades de intervenção, entre elas a obesidade infantil.

De acordo com os critérios da OMS, a prevalência de excesso de peso infantil em Portugal foi uma das mais elevadas, ao nível de países como Grécia, Espanha e Malta. Contudo, a prevalência de excesso de peso nas crianças portuguesas tem vindo a diminuir nos últimos anos (COSI, 2019).

Segundo a DGS (2005), a OMS reconhece que, neste século, a obesidade tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas. Por tal facto, se não se tomarem medidas drásticas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025.

Nos países desenvolvidos verifica-se uma relação inversa entre o nível socioeconómico e a prevalência da obesidade, representando os seus custos económicos 2 a 7% dos custos totais da saúde.

Portugal é um dos países da Europa com o número mais alto de obesidade, com todas as consequências que daí poderão advir, nomeadamente no que concerne ao risco acrescido para outras doenças e de morte prematura, bem como o aumento dos custos da Saúde (PNS, 2015). Como tal, dada a dificuldade de implementação de estratégias eficazes de intervenção que ajudem os indivíduos obesos a manter a perda de peso, tudo o que possa ser feito no sentido de identificar precocemente indivíduos pré-obesos e sensibilizar crianças e pais para os malefícios da obesidade e de como esta se pode prevenir através da alimentação saudável e exercício físico, revestem-se de particular importância para a saúde das atuais crianças, futuros jovens e adultos do nosso país (Prazeres & Fonseca, 2010). A pré-obesidade e a obesidade constituem importantes problemas de saúde pública em Portugal, exigindo uma estratégia concertada, que inclua promoção de hábitos alimentares saudáveis e de vida mais ativa (DGS, 2005).

O aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes está associado ao aumento de co morbilidades como hipertensão, diabetes, hiperlipidémia e síndrome metabólico. Porém, a obesidade infantil é fortemente influenciada por fatores ambientais como um estilo de vida sedentário e ingestão calórica superior às necessidades, fatores referidos por alguns autores como as grandes causas da epidemia da obesidade (DGS, 2017).

Nas crianças, a prevalência da pré-obesidade e da obesidade, em Portugal, é de cerca de 31,56%, sendo que as crianças do sexo feminino apresentam valores superiores às do sexo masculino. Existem, no entanto, disparidades a nível regional quanto à prevalência da pré-obesidade e da obesidade. É de realçar o interior norte e centro do país, onde se verifica a maior prevalência de pré-obesidade, e Setúbal e Alentejo, onde se destaca a maior prevalência de obesidade (DGS, 2015).

Considerando-se que nem todo o excesso de peso significa aumento da adiposidade, é importante cofirmar o diagnóstico com algum tipo de avaliação de composição corporal, podendo-se utilizar o exame físico ou medidas específicas, tais como circunferência abdominal, dobras cutâneas, bioimpedanciometria ou outros métodos de avaliação corporal (Nogueira-de-Almeida, et al, 2018).

O método de avaliação clínica definido pela OMS (2007) como o mais fácil e fiável é a determinação do IMC – quociente entre o peso e o quadrado da altura – um indicador da adiposidade e de possíveis complicações secundárias. Este método é utilizado nas crianças a partir dos 2 anos de idade. O IMC não tem em conta a grande variação da gordura corporal,

o que significa que indivíduos com o mesmo IMC podem ter diferentes níveis de gordura corporal e, conseqüentemente, diferentes níveis de risco de complicações metabólicas.

A OMS considera que há excesso de peso quando o IMC é igual ou superior a 25 e que há obesidade quando o IMC é igual ou superior a 30 (DGS, 2019).

Segundo Venâncio, Aguilar e Pinto (2012), a obesidade está associada a um largo espectro de patologias de caráter crônico que diminuem a esperança de vida, como doenças cardiovasculares, Diabetes *Mellitus* e problemas osteoarticulares. Estas doenças, anteriormente características dos adultos, são agora diagnosticadas com maior frequência nas crianças.

A obesidade é classificada em três categorias (Quadro 2), avaliadas em função do cálculo de IMC e do risco de co morbilidades.

Quadro 2 - Classificação da obesidade em função do IMC e risco de co morbilidades

Classificação	IMC (Kg/m²)	Risco de comorbidades
Baixo peso	< 18.5	Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos)
Variação normal	18.5 – 24.9	Médio
Pré-obesidade	25 – 29.9	Aumentado
Obesidade Classe I	30 – 34.9	Moderado
Obesidade Classe II	35 – 39.9	Grave
Obesidade Classe III	≥ 40	Muito grave

Fonte: DGS (2005)

As características dinâmicas dos processos de crescimento e maturação, os quais ocorrem durante a infância, tornam difícil o diagnóstico de excesso de peso e de obesidade em crianças.

A prevalência elevada da obesidade na infância pode resultar no desenvolvimento mais precoce de doenças crônicas na idade adulta, diminuição da qualidade de vida e custo elevado em cuidados de saúde, sendo um fator de risco para doenças como a Diabetes *Mellitus* tipo II, entre outras doenças. A evidência científica tem mostrado associação entre baixa qualidade de vida e obesidade, sendo que a obesidade infantil parece também estar

associada a consequências psicológicas e sociais, pois pode comprometer a autoestima (Poeta, Duarte & Giuliano, 2010).

Segundo a DGS (2005), o grau de instrução dos pais, as atividades sedentárias e o grau de urbanização do local de residência influenciam, também, a prevalência da obesidade:

- Maior grau de instrução dos pais, menor prevalência de obesidade;
- Mais horas de televisão, jogos eletrônicos ou jogos de computador, maior prevalência de obesidade;
- Quanto mais urbana a zona de residência, maior a prevalência de obesidade.

A pré-obesidade e a obesidade estão, assim, diretamente relacionadas com um balanço energético positivo, ou seja, resultado de um excesso de ingestão calórica em relação aos gastos.

É, também, importante referir o papel dos fatores genéticos na gênese da obesidade, pois considera-se que os genes envolvidos no aumento de peso, elevam a suscetibilidade ao risco de desenvolver obesidade. A obesidade tem, portanto, tendência familiar, observando-se crianças obesas filhas de pais obesos.

A etiologia da obesidade é, portanto, multifatorial. Esses fatores incluem fatores comportamentais (ingestão alimentar, ambiente das refeições, influência parental na ingestão alimentar, atividade física, sedentarismo e padrão de sono), ambientais (família, escola e comunidade), sociais (estatuto socioeconómico e literacia) e biológicos, que ajudam a explicar as diferenças em cada pessoa no ganho do peso (Filipe, Godinho & Graça, 2016).

A investigação tem mostrado que a obesidade infantil está associada a uma maior probabilidade de obesidade e incapacidade na vida adulta, a um risco acrescido de dificuldades respiratórias, distúrbios músculo-esqueléticas, doenças cardiovasculares e resistência à insulina, sendo um sinal precoce de diabetes) (Filipe, Godinho & Graça, 2016).

Para a criança, a obesidade representa, muitas vezes, o fator desencadeante para uma série de comorbidades que interferem na saúde atual e podem persistir até à vida adulta. Essas comorbidades, que antes se acreditavam apenas presentes nos adultos, já são demonstradas em crianças e adolescentes, aparecendo já na fase de sobrepeso; dislipidemia, resistência à insulina, problemas ortopédicos, hipertensão arterial, esteatose hepática, modificações da geometria cardiovascular, alterações hepáticas, aumento da espessura carotídea, entre outras (Nogueira-de-Almeida et al., 2018).

Dada a extrema importância da obesidade em termos de saúde pública, as tendências para o excesso de peso e obesidade devem ser monitorizadas com especial

atenção. A fraca motivação da criança para a perda de peso e a falta de apoio da família, o baixo cumprimento, as elevadas taxas de abandono e as recaídas frequentes, fazem com que a obesidade seja uma das patologias mais difíceis e frustrantes de tratar (Sousa, Loureiro & Carmo, 2008).

Os mesmos autores defendem que o tratamento da obesidade em crianças e adolescentes deve ser personalizado, adaptado à idade, ao grau de obesidade, às complicações metabólicas e às repercussões físicas e emocionais. Para se conseguir sucesso terapêutico, deve ser elaborado um programa que envolva uma equipa multidisciplinar.

O programa de tratamento deve centrar-se em três tipos de atuação, conforme explicitado no quadro seguinte.

Quadro 3 – Áreas de atuação no tratamento da obesidade infantil

Dietoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • A alimentação deve ser equilibrada e sobretudo adaptada à idade, ao nível de excesso de peso da criança/adolescente, aos seus gostos e ao estilo de vida familiar; • Deve assegurar o aporte dos nutrientes essenciais de modo a não comprometer o crescimento e o desenvolvimento; • Deve ser baseada nas recomendações nutricionais tendo em conta as particularidades da criança/adolescente (idade, avaliação antropométrica); • Não devem ser impostas dietas restritivas devendo ser, sempre que possível, dietas iso calóricas, ou ligeiramente hipocalóricas; • As modificações dietéticas devem incluir: redução do aporte de gorduras, essencialmente as saturadas e alimentos açucarados, aumento do aporte de fibras (fomentar o aumento do consumo de frutas e vegetais) e redução do aporte de sal.
Atividade física	<ul style="list-style-type: none"> • A medida mais simples é a redução da inatividade: pode ser conseguida limitando, por exemplo, o tempo de ver televisão (para mais ou menos 1 a 2 horas por dia), dos jogos de computador e da navegação na internet; • Deve ser fomentada a prática de atividades coletivas, que ao mesmo tempo promovem uma maior socialização; • Sempre que não haja contra indicação médica, deve ser encorajada a prática de desportos, individuais ou coletivos.
Mudanças comportamentais	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos começam a alertar para o facto de que a quantidade de tempo despendido em comportamentos sedentários ou de inatividade está na génese de problemas relacionadas com desequilíbrios ponderais; • O principal objetivo é a aquisição de hábitos saudáveis que ajudem a cumprir o regime dietético e a prática de exercício físico; • A criança/adolescente deve ser responsabilizada pelo cumprimento da dieta: para tal deve ter um acompanhamento psicológico individualizado que a ajude a alcançar os objetivos; • A família deve também ser educada para a modificação dos seus hábitos (quando estes não forem saudáveis) de modo a poder ajudar a criança/adolescente a alcançar os objetivos;

	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia individual e familiar são necessárias quando as crianças/adolescentes expressam sentimentos de baixa autoestima, depressão e isolamento social; uma correta abordagem psicoterapêutica permitirá à criança/adolescente fazer uma reintegração no contexto social a que pertence, na escola, no trabalho, no lazer, desenvolvendo-lhe a noção de autoestima.
--	--

Fonte: Sousa, Loureiro e Carmo (2008)

Correia (2016), refere que observações epidemiológicas recentes revelam uma relação recíproca entre a duração do sono e a prevalência de obesidade a nível global nas últimas décadas, sendo que um aumento do IMC tem acompanhado o declínio da duração do sono, e que as alterações nos padrões de sono em idade pediátrica, têm sido associadas a um aumento do risco de excesso de peso e obesidade em idades jovens.

O mesmo autor defende ainda que a privação de sono pode conduzir a uma desregulação do sistema imunitário, com aumento dos parâmetros inflamatórios, do sistema neuro endócrino, com influência no crescimento e na recuperação da doença e no sistema cardiovascular, podendo conduzir a obesidade, hipertensão arterial, dislipidémia e Diabetes *Mellitus*.

2.2. DIABETES *MELLITUS* TIPO II

O termo “diabetes” designa um distúrbio metabólico, crónico, que se caracteriza por níveis elevados de glucose no sangue o que leva a lesões sérias no coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos. O tipo mais comum de diabetes é o tipo II e ocorre quando o corpo se torna resistente à insulina ou o pâncreas não produz insulina em quantidades suficientes (WHO, 2021).

Segundo a *International Diabetes Federation* (IDF) (2020), a diabetes tem mostrado um crescimento alarmante na sua prevalência. Os dados da 9ª edição do Atlas de Diabetes da IDF mostram que existem 463 milhões de diabéticos em todo o mundo. A prevalência global atingiu 9,3%, com a Diabetes *Mellitus* tipo II a ser responsável por cerca de 90% de todas as pessoas com diabetes.

Soares (2020) salienta que se anteriormente a Diabetes *Mellitus* tipo II (DM2) era associada a adultos por se manifestar apenas após anos de obesidade e de vida sedentária, a atualidade é diferente. Nos últimos anos, o aumento da obesidade nas crianças e nos

adolescentes conduziu ao aparecimento desta doença em grupos etários cada vez mais jovens.

Nos Estados Unidos da América, cerca de 8 a 45% dos novos casos de Diabetes *Mellitus* em crianças são do tipo II (Macêdo et al., 2010).

Em Inglaterra e no País de Gales, a DM2 representa aproximadamente 2% de todos os casos de diabetes em crianças e adolescentes. Existem poucos estudos sobre DM2 em indivíduos jovens. Os dados mais atuais da prevalência de DM2 em adolescentes provêm do Reino Unido, com 2,9 casos por 100 mil crianças menores de 16 anos (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017).

Em Portugal, a obesidade infantil atingiu, nas últimas décadas, uma dimensão preocupante. Em 2015 a DGS revelou que cerca de 30% das crianças entre os 6 e os 18 anos tinham excesso de peso e que cerca de 14% tinham obesidade (Filipe, Godinho & Graça, 2016).

Em todas as crianças desde o primeiro ano de vida, a par do peso e da altura, o IMC deve ser avaliado e registado em curvas de percentil, podendo, assim, identificar-se e corrigir precocemente qualquer tendência para o excesso ponderal.

A prevalência de obesidade tem aumentado entre crianças e adolescentes, e há maior risco de doenças e associação de doenças ligadas à obesidade. Algumas das causas do aumento do número de crianças obesas são a disponibilidade abundante de alimentos com alto teor calórico e o sedentarismo ligado a atividades como televisão, jogos eletrónicos e computadores. Com o crescimento da obesidade infantil, as complicações associadas tornam-se mais comuns. A obesidade infantil leva ao aparecimento de doenças como Diabetes *Mellitus* tipo II, hipertensão arterial e dislipidémia, que conferem aumento do risco de eventos cardiovasculares. A DM2, tem crescido de maneira dramática entre os adolescentes nos últimos 20 anos (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017).

A verdadeira extensão da DM2 na adolescência ainda é motivo de estudo. Nos Estados Unidos da América, a DM2 chega a ser responsável por 10 a 50% dos casos de diabetes na adolescência. Estudos recentes em estados americanos encontraram um aumento significativo da prevalência de DM2 em jovens, de 7% ao ano no século XXI, mantendo a tendência de maior impacto em grupos étnicos específicos (negros, asiáticos, insulares do Pacífico e nativos americanos) em relação a brancos.

A eclosão de casos de DM tipo 2 na infância e na adolescência é decorrente da epidemia mundial de obesidade e sedentarismo. Atualmente, mais de 200 crianças e adolescentes desenvolvem a doença a cada dia, no mundo (Macêdo, et al., 2010).

No entanto, caso medidas preventivas não sejam adotadas, a sociedade enfrentará graves problemas com as complicações decorrentes do aparecimento precoce da DM tipo 2.

Um dos papéis dos enfermeiros frente ao aumento da DM tipo 2 em crianças, é identificar aquelas que apresentam fatores de risco, principalmente, com excesso de peso. A obtenção correta e precisa de peso, altura e IMC nas escolas é o primeiro passo do enfermeiro para conhecer crianças vulneráveis e, assim, prevenir essa endocrinopatia com a colaboração dos pais e professores (Macêdo et al., 2010).

Os mesmos autores defendem que a Enfermagem, que já ocupa o âmbito escolar para educar na questão das doenças sexualmente transmissíveis, prevenção de acidentes, uso de drogas, entre outras, pode intervir efetivamente nesse espaço também para realizar ações de educação para a saúde que favoreçam a adoção de hábitos de vida saudável, bem como desenvolvendo consultas de enfermagem para identificar crianças com risco de desenvolver DM tipo 2.

Neste sentido, a DGS (2015), no Programa Nacional de Saúde Escolar, refere que a Saúde Escolar, ao trabalhar com a família e com a Escola, apoia a promoção de comportamentos alimentares saudáveis e intervém na alteração do padrão de doença (obesidade, excesso de peso e magreza), disponibilizando respostas adequadas e atempadas.

2.3. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA COMO AGENTE DE CAPACITAÇÃO DA COMUNIDADE

Segundo o RCEEEECSP, o EEEECSP tem uma intervenção com vista à capacitação e ‘*empowerment*’ da comunidade na consecução de projetos de saúde coletiva e no exercício da cidadania, o que implica a realização de atividades de PrS, EpS, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (OE, 2010). Desta forma, vai ao encontro do definido pelo PNS extensão e revisão 2020, cujas orientações preveem, entre outras, a capacitação dos cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia individual e coletiva, e responsabilização pela sua própria saúde e mais participação.

O ‘*empowerment*’ pode ser visto como um resultado, uma intervenção ou um processo, segundo Hanson (2004), através do qual se pretende:

“(...) capacitar pessoas, grupos e comunidades no emprego de estratégias e recursos para alcançar objetivos individuais e coletivos de forma ativa; adquirir conhecimentos e habilidades que ajudem indivíduos, grupos e comunidades na compreensão crítica das relações sociais e políticas e do próprio meio; adquirir competências através de experiência e intervenção, aplicadas a situações diversas.” (Sousa, Peixoto & Martins, 2008, p.267)

Assim, objetiva-se distinguir o paradigma salutogénico da saúde, reforçando a importância da relação dinâmica entre o indivíduo e o seu ambiente. Desta forma, as pessoas reforçam o seu sentido de coerência, isto é, adquirem competências para avaliarem e compreenderem a sua situação, de se direcionarem para a saúde e responderem a situações stressantes (Pereira, 2017).

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de PrS à pessoa, à família e comunidade. Assim, a PrS é concetualizada como um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais, sendo o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária (WHO, 1986).

A PrS pode ser encarada na perspetiva de um conceito amplo, que engloba atividades de (EpS). Um elemento primário na PrS é a EpS, explicada como uma ação usada sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de obterem e manterem práticas de vida saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem aptos para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que envolvem a melhoria do estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem (Pereira, 2017).

Nesta circunstância, pela natureza dos cuidados que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública presta, este atua adotando uma abordagem sistémica e de promoção da saúde, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade com os outros profissionais, o que vai ao encontro dos postulados do Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995); este equaciona como as pessoas se integram e interagem em grupo e em comunidade, através de uma intervenção sistémica do desenvolvimento nos diferentes sistemas contextuais, sendo que este não é somente condicionado pelo próprio, mas por todos aqueles sistemas em que o ser humano está inserido.

A EpS é uma das estratégias mais importantes ao nível dos cuidados de saúde primários, contribuindo não só para a melhoria das condições gerais de saúde da população, mas desempenhando um papel crucial na relação terapêutica, na melhoria da qualidade dos cuidados, no aumento dos níveis de literacia em saúde e reduzindo custos financeiros dos serviços de saúde (Costa, Araújo, Almeida & Viegas, 2014).

A literacia em saúde é definida como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação para que promovam e mantenham a boa saúde. De entre as competências das pessoas em literacia em saúde, há a destacar “*competências básicas em saúde que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, bom como o auto cuidado*” e “*competências do doente, para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro ativo dos profissionais*” (OMS, 2003).

Para isso, é decisivo que os indivíduos ou os grupos estejam conscientes das suas aspirações, das suas necessidades, dos seus direitos e deveres como cidadãos e tenham acesso aos recursos e condições que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à saúde e ao bem-estar (WHO, 1986). Esta tomada de consciência por parte dos utentes, sobre a sua doença, é igualmente importante para o profissional de saúde, uma vez que ajuda a definir de forma mais adequada as estratégias de EpS a desenvolver, permitindo que a participação e interesse na adesão ao tratamento seja mais facilitado (Costa et al., 2014).

A WHO (2009), defende que a Enfermagem assegura e providencia um aumento da qualidade dos cuidados, da acessibilidade, da equidade e a eficiência dos cuidados de saúde dirigidos para os direitos e necessidades das pessoas de que cuidam. Constitui-se, desta forma, uma mais-valia na saúde pública das populações.

No mesmo sentido, o artigo 101.º do código deontológico (do dever para com a comunidade) indica que:

O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido; b) participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; c) colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (Melo, 2020, p. 89).

No caso do presente estudo, sendo a população alvo as crianças (com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos), é fulcral que o enfermeiro tenha conhecimentos

sobre as mesmas e sobre o papel fundamental que os pais/cuidadores têm na alteração de comportamentos das suas crianças.

Para o tratamento eficiente da diabetes tipo 2, não basta a criação de programas de educação que forneçam informações e treinamento de habilidades; é preciso que sejam incorporados à rotina da criança, hábitos que auxiliem no controlo metabólico da doença e no desenvolvimento de condições psicológicas e sociais adaptadas ao estilo de vida (Dias, Maciel & Sablisch, 2007).

O tratamento deste tipo de diabetes em crianças e adolescentes é extremamente difícil, pois envolve uma grande mudança nos hábitos alimentares e no estilo de vida, sendo a reeducação desses indivíduos de grande importância. Assim, o impacto pela mudança alimentar no cenário familiar vem em decorrência das necessidades ou demandas para o controlo da doença, já que a terapia nutricional é apontada como parte imprescindível no tratamento da Diabetes *Mellitus* tipo 2 (Silva et. al, 2018).

2.4. MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

O modelo teórico de Betty Neuman, criado em 1970, conhecido também como a Teoria de Sistemas de Cuidados de Saúde, compreende quatro conceitos metaparadigmáticos: pessoa, ambiente, saúde/doença e enfermagem.

O EEECS, pela natureza dos cuidados que presta, atua adotando uma abordagem sistémica atendendo aos diferentes níveis de prevenção e em interligação com os outros profissionais, o que vai ao encontro dos postulados do referido Modelo.

Este baseia-se na teoria dos sistemas, em que o sistema está em constante mudança e em interação recíproca com o ambiente. Os três eixos que compõem o sistema no seu todo são o ser humano, os *stressores* e a resposta da pessoa aos mesmos. Enquanto modelo holístico com uma visão multidimensional e de totalidade da pessoa, vê esta como um cliente/sistema em permanente equilíbrio dinâmico com o ambiente no sentido da estabilidade (Neuman & Fawcett, 2011), ou seja, equaciona como as pessoas se integram e interagem em grupo e em comunidade, através de uma interação sistémica do desenvolvimento nos diferentes sistemas contextuais, sendo que este não é somente condicionado pelo próprio, mas por todos aqueles sistemas em que o ser humano está inserido.

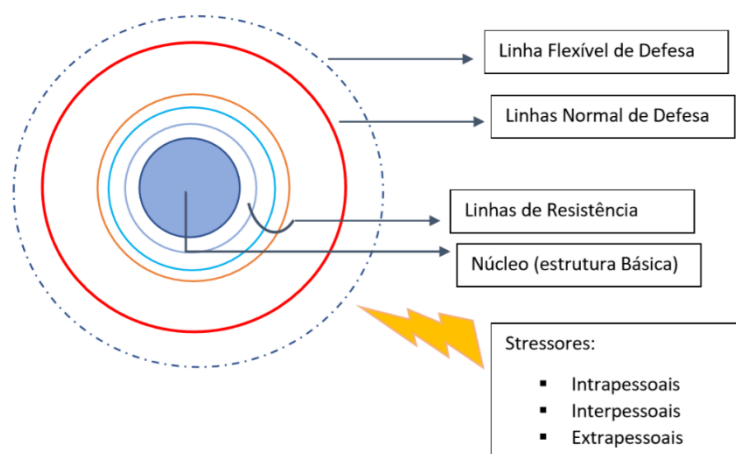
Este modelo apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema, cliente, que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade. De acordo com este referencial, a pessoa é vista como um sistema composto de variáveis fisiológicas (estrutura física do corpo, biológica e química), psicológicas (emoções e processos mentais), de desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo da vida), socioculturais (relações e expectativas sociais/culturais) e espirituais (influência de crenças religiosas na vida da pessoa) constituindo em conjunto a essência do ser (núcleo). Estas variáveis organizam-se na forma de linhas concêntricas protetoras que agem na retenção, obtenção ou conservação do equilíbrio e integridade desse sistema que compõe a pessoa (Newman & Fawcett, 2011).

Ao proteger o núcleo, constituído pelos fatores básicos de sobrevivência comum a todos os seres humanos, as linhas de resistência representam condições internas como última barreira face aos agentes agressores. A sua ineficácia pode resultar na morte da pessoa; quando são eficazes, ajudam a estabilizar e a retornar a um estado normal de bem-estar (Martins, 2014).

Esta linha normal de defesa é gerada como um nível de saúde desenvolvido e adaptado através do tempo e considerado normal para um indivíduo em particular ou um sistema. Este estado normal de bem-estar refere-se às capacidades e habilidades da pessoa a partir das vivências, representando o equilíbrio ou adaptação aos *stressores* (Martins, 2014). De outra forma, a linha flexível de defesa é dinâmica e pode ser alterada rapidamente, agindo como um amortecedor para a linha normal de defesa quando o ambiente é *stressante* e como um “filtro” quando o ambiente oferece apoio, servindo nesse contexto como uma força positiva que contribui para o crescimento e desenvolvimento pretendendo conservar o estado de bem-estar e o núcleo da pessoa (Wandekoken & Siqueira, 2013; Martins, 2014).

Quando as linhas são invadidas por um agente *stressor*, acontece uma reação na linha normal, afetando o estado de bem-estar normal da pessoa, levando ao aparecimento de sinais e sintomas de desequilíbrio do estado de doença. Ao serem dinâmicas e por poderem mudar rapidamente, estas linhas são uma forma de intervenção preventiva em saúde (Martins, 2014), tal como representa a figura 2.

À medida que aumenta a distância entre a linha flexível de defesa e a linha normal de defesa, ou seja, quanto maior a expansividade dessa linha, maior é o grau de proteção ao sistema (Wandekoken & Siqueira, 2013).



Fonte: Esquema adaptado do Modelo de Neuman (1995)
 Figura 2 – Elementos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Enquanto modelo holístico pela visão multidimensional da pessoa, considera a existência de um equilíbrio dinâmico entre esta e o meio ambiente, resultando no bem-estar e estabilidade do sistema. Neuman utilizou a definição de *stress* como sendo a resposta não específica do corpo a qualquer pedido, sendo que o *stress* aumenta com a necessidade de reajustamento.

O *stress* surge, então, como causador de tensão, com o potencial de provocar instabilidade no sistema e, por consequência, desequilíbrio ou distúrbio na harmonia pessoal. Essa dissonância pode ocorrer sempre que os fatores de *stress* rompem as linhas de defesa.

Neuman (2011), definiu ainda stressores como estímulos produtores de tensão que resultam em *stress* que podem ser positivos ou negativos. Estes stressores são de origem ambiental e podem dividir-se em fatores intrapessoais (relacionados com as forças da própria pessoa tais como o aspeto físico, atitudes ou nível de desenvolvimento pessoal); fatores interpessoais (relativos às forças exteriorizadas entre duas ou mais pessoas, de que são exemplo as relações entre familiares ou enfermeiro-utente); e fatores extrapessoais (relacionados com as forças exteriores ao sistema que influenciam a pessoa como a habitação ou o desemprego) (Neuman, 1995).

O modelo analisado tem presente um campo energético aberto (fluxo contínuo de entrada e processo, saída e *feedback*) em que a pessoa está sujeita a stressores. Como tal, as linhas de defesa deverão ser reforçadas para o equilíbrio do continuum saúde-doença. É precisamente neste ponto que a atuação de enfermagem tem a sua importância, pela ajuda no reforço das diversas linhas de defesa através de intervenções, entendidas como ações de promoção da saúde do cuidado e dentro do sistema de saúde, nos diversos níveis de cuidados,

destacando-se, de acordo com Martins (2014) e Amaral (2009):

- **Prevenção primária:** atuação para evitar que o stressor afete a linha flexível de defesa, visando a identificação de fatores de risco de modo a prevenir possíveis reações;
- **Prevenção secundária:** a intervenção ocorre devido ao nível anterior não conseguir proteger a linha normal de defesa, iniciando-se o tratamento de sintomas após a reação a fatores de *stress* para reduzir os seus efeitos nocivos;
- **Prevenção terciária:** a atuação de enfermagem tem como objetivo ajudar à readaptação, manutenção do equilíbrio e a reeducação para prevenção de novos eventos. Esta ocorre depois da linha de defesa normal ter sido atingida.

Em qualquer um dos níveis mencionados, as intervenções de enfermagem visam auxiliar o sistema a adaptar-se ou a ajustar-se e a reter, restaurar ou manter um grau de estabilidade entre as variáveis do sistema do cliente e os *stressores* ambientais (Neuman, 2011). Prevenir os *stressores* através da intervenção, é a chave para o bem-estar do cliente devendo esta começar assim que um fator de risco ou *stressor* é identificado ou tem a sua existência comprometida, antes que ocorra uma resposta negativa do cliente (Rixillo, 2011).

Portanto, a saúde está relacionada com a energia disponível do sistema para responder a constantes alterações. Equivale à estabilidade ideal do sistema, sendo este equilíbrio traduzido como o melhor estado de saúde, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de unir o cliente, ambiente e saúde, mantendo a solidez destes componentes. A doença será o oposto do bem-estar e representa a instabilidade e a diminuição de energia entre partes ou subpartes do sistema (Amaral, 2009; Melanie & Evely, 2009).

A avaliação dos stressores que inclui, por um lado, a limitação do stressor e, por outro, o fortalecimento das linhas de defesa, resulta no diagnóstico de enfermagem. Assim, e após estabilização do grau de reação, a Enfermagem planeia intervenções de forma a fortalecer as linhas de resistência, através dos níveis de prevenção primária, secundária ou terciária (Tomey & Alligood, 2004). De forma a ir ao encontro deste fortalecimento, é necessário que a enfermagem capacite as pessoas, reforçando o seu potencial de saúde em direção ao bem-estar, tendo em conta as respostas do cliente ao *stress* (Pereira, 2017).

Assim, perspetiva-se que o cliente alvo de cuidados de enfermagem na comunidade possa melhorar o seu nível de bem-estar, implicando um compromisso e responsabilização de todos os sistemas em interação, assim como a perceção dos benefícios para o sistema

cliente/indivíduo, família, grupo ou comunidade, considerando o enfermeiro comunitário um mediador entre o saber baseado na evidência e a aplicabilidade deste no seu contexto de cuidados. Assim, no contexto deste trabalho, procurou-se a abordagem da promoção da saúde de forma a oferecer ferramentas ao grupo para que cada participante seja capaz de produzir mudanças a nível pessoal e comunitário.

3 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

Segundo Melo (2020), o Planeamento em Saúde consiste num conjunto de funções: planear, organizar, dirigir e controlar. Este define-se em três grandes etapas: a elaboração do plano, a execução e a avaliação.

É importante a racionalização do uso de recursos, com vista ao cumprimento dos objetivos definidos, tendo em vista a diminuição dos problemas de saúde ponderados como prioritários, o que acarreta a organização e a coordenação de esforços procedentes das diversas áreas socioeconómicas.

Este processo que é contínuo, cíclico e dinâmico integra diversas fases, nomeadamente o diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e, por último a avaliação (Imperator & Giraldes, 1993), que se descrevem de seguida neste relatório.

3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Tal como referido no RCEEEECSP, o EEEECSP deve estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (OE, 2018).

Esta avaliação da comunidade permite-nos conhecer o seu estado de saúde, caracterizando o ponto de partida através da identificação dos principais problemas de saúde, podendo fazer-se uso de várias técnicas para a elaboração desta etapa (Nunes, 2016).

O projeto desenvolvido teve por base os problemas de saúde identificados, no sentido de integrar programas e projetos de intervenção que possam promover a capacitação comunitária com o intuito de abranger competências específicas enquanto futura Enf^ª EECSP e constituir, assim, um contributo para o local de estágio e comunidade abrangida.

O diagnóstico de enfermagem constitui um passo importante na fase do planeamento, dado que vai permitir expor o problema, clarificar quem recebe os cuidados e identificar os fatores que contribuíram para o problema. O desenvolvimento do diagnóstico de

enfermagem constitui por isso um importante passo para a fase do planeamento (Stanhope & Lancaster, 2011).

Este diagnóstico foi desenvolvido com base no Plano de Ação da UCC e no Plano Local de Saúde do ACES Pinhal Litoral. Em ambos os documentos a Diabetes e a obesidade infantil constituem uma problemática prioritária.

Considerando o Plano Local da Saúde do ACES Pinhal Litoral 2018-2020 e com base na lista preliminar dos principais problemas de saúde, estes surgem priorizados segundo os critérios de magnitude, transcendência (social e económica) e vulnerabilidade.

Dos problemas identificados, “Diabetes e Obesidade” surge com a segunda maior pontuação na lista de prioridades. Assim, as estratégias são alinhadas para ter os objetivos gerais de:

- Reduzir a mortalidade prematura;
- Reduzir os fatores de risco relacionados com as doenças priorizadas;
- Aumentar a esperança de vida saudável;
- Melhorar a satisfação dos utentes.

O excesso de peso e a obesidade são considerados uns dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da Diabetes. Como um dos objetivos das estratégias identificadas o problema identificado “Diabetes e Obesidade”, é descrita a redução “*em 20% o número de crianças obesas em idade escolar*” (DGS, 2015).

Tendo em linha de conta, o Relatório de Atividades da UCC de 2019, observa-se que são identificados:

- Indicadores de Gestão em Saúde – Consulta de Enfermagem para Adolescentes – tendo como um dos objetivos a prevenção da obesidade, promovendo hábitos de vida saudáveis e sensibilização de crianças e famílias para as consequências da obesidade infantil. Como problemas, foram identificados:

- “Mantém-se fraca consciencialização dos pais para as consequências da obesidade a longo prazo, comprometendo a adesão ao projeto;
- “Necessidade de criação de estratégia conjunta em articulação com as unidades funcionais UCSP e USF para sensibilizar os pais e aumentar a adesão ao projeto.”

A caracterização da população do concelho da Marinha Grande foi feita a partir do conhecimento dos profissionais de saúde, recorrendo a entrevistas semiestruturadas a dois informantes-chave da UCC, tendo por base a perspetiva teórico-conceitual de Betty

Neuman, fazendo a caracterização através de cada um dos seus subsistemas (comunicação e transportes; económico; educação; recreação; religião; leis e política; saúde e segurança).

As entrevistas foram realizadas nos dias 28 e 30 de julho de 2020, após assinatura do consentimento livre e informado (ANEXO III), num ambiente favorável. Foram audiogravadas e tiveram uma duração de cerca de 45 minutos. Para as entrevistas aos informantes-chave foram elaborados guiões, sendo posteriormente analisadas com recurso à análise de conteúdo de Bardin (2018) (ANEXO IV).

As entrevistas foram codificadas através da contagem das linhas (ln) para posteriormente referenciar as citações utilizadas na análise de conteúdo. No que se refere às regras de codificação, teve-se presente a escolha do recorte da unidade de registo. A E1¹ resultou num total de 5 páginas A4 e a E2 num total de 2 páginas. Todas as páginas dos entrevistados foram dactilografadas.

Para a análise de conteúdo foi constituído como *corpus* as entrevistas transcritas aos informantes-chave. Neste processo foram respeitadas as qualidades de exclusão mútua (cada elemento foi apenas classificado numa categoria), de homogeneidade (respeitando um único princípio para classificação e organização das categorias), de pertinência (adequação das categorias ao referencial teórico mobilizado), de objetividade e de fidelidade (respeitado pela matriz e forma de codificação de todos os elementos) e produtividade (possibilidade de novas inferências), no sistema de categorias estruturado, para validação interna.

Depois de definida a constituição do *corpus* das entrevistas, identificaram-se as unidades de registo que foram agrupadas, de forma gradual e progressiva, consoante o conteúdo e contexto das mesmas. Optou-se, por construir um sistema de categorias que se representa sob a forma de uma grelha de análise e que se caracteriza por compreender várias subcategorias. A construção das categorias, foi feita *a posteriori*.

Após análise às entrevistas realizadas aos informantes-chave, despontaram dois temas: caracterização da comunidade e áreas de intervenção comunitária. O primeiro tema encontra-se dividido em *subsistemas da comunidade* (que engloba as subcategorias “saúde”, “educação”, “recreação”, “leis e política”); *caraterísticas do núcleo* (que inclui a subcategoria “multiculturalidade”); e *problemas de saúde identificados pelos informantes-chave* (que compreende as subcategorias “doenças crónicas”, “comportamentos aditivos”, “doenças mentais”, “excesso de peso/obesidade”).

¹ Utilizar-se-ão os códigos E1, E2 por respeito da anonimização dos entrevistados e dados.

Nas entrevistas é visível o destaque para a elevada prevalência de obesidade infantil e de diabetes:

(...) evidentes problemas que estão diretamente relacionados com a obesidade, nomeadamente: alteração do metabolismo dos lípidos; hipertensão; perturbações depressivas; e diabetes” (E1).

É ainda salientada a importância da literacia e da capacitação dos pais:

(...) é urgente utilizar uma estratégia que promova o aumento da perceção dos pais e das crianças para a importância de interromper o ciclo da obesidade(E2).

(...) importante estabelecer parcerias com unidades funcionais de saúde, comunidade, escola no sentido de referenciar estas crianças para o programa já existente e enveredar por um projeto de cariz preventivo que assente no aumento da literacia em obesidade infantil (E2).

(...) a Educação para a Saúde, a literacia em saúde e as competências relativas aos autocuidados constituem os pilares para a capacitação em saúde das crianças com obesidade, suas famílias e comunidades (E1).

Contudo, tal como referido anteriormente, o recurso à *Scoping Review* foi uma estratégia fundamental para a definição das atividades a realizar, suportando a prática na mais recente evidência científica e favorecendo a implementação do projeto de intervenção comunitária, para uma prática de enfermagem baseada na evidência.

A população do estudo foi constituída pelas crianças, com idades entre os 6 e os 12 anos, com obesidade diagnosticada, residentes no concelho.

A seleção da amostra foi feita de forma aleatória, tendo sido definidos os seguintes critérios de inclusão: obesidade diagnosticada, idade compreendida entre os 6 e os 12 anos, residir no concelho, estar inscrito no centro de saúde e aceitar participar no estudo. Atendendo às características do grupo-alvo (crianças entre os 6 e os 12 anos), o acesso e toda a intervenção foi operacionalizada com os pais, que são o principal motor da mudança dentro de casa. Associando a estes aspetos as condições impostas pela atual pandemia, foram apenas os pais (pai ou mãe) a ser convidados a assistir às sessões de EpS, reduzindo assim o número de pessoas presencialmente.

Foi também elaborado um Consentimento Livre e Informado para as entrevistas aos informantes-chave com pedido de autorização para gravação das mesmas, tendo sido apagadas depois de transcritas. Realizou-se igualmente um pedido de parecer à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém, de forma a obter permissão para a realização do

estudo, tendo sido deferido (ANEXO V).

A realização de atividades para concretizar esta etapa permitiu adquirir experiência numa das competências incluídas no RCEEEECSP (2018): UC. 1.1 – “*Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade*”. De igual forma, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública dão particular ênfase a esta etapa ao referir que se espera que o EEEECSP “*identifique as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade.*” (OE, 2017, p. 3).

3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de prioridades é o passo seguinte à primeira fase do Planeamento em Saúde. No diagnóstico procede-se à identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa de seleção de prioridades. Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

É importante priorizar porque normalmente nas comunidades encontram-se múltiplos Diagnósticos de Enfermagem identificados nos indivíduos que as integram e nem sempre os recursos são suficientes para responder a todos no tempo disponível (Melo, 2020).

O processo de uniformização dos problemas de saúde identificados no Plano Local de Saúde do ACES consistiu em reconhecer os problemas com especificidade elevada que poderiam ser agregados com outros problemas de cariz semelhante. Deste processo resultou uma nova lista, onde foram avaliados os problemas, resultando numa nova lista, obtendo os cinco problemas com maior pontuação: 1) Saúde Mental; 2) Diabetes e Obesidade; 3) Doenças do Aparelho Circulatório; 4) Tumores Malignos; 5) Acessibilidade (ARS, 2018).

De forma a realizar a hierarquização das necessidades, recorreu-se ao Método de Hanlon (ANEXO VI), o qual utiliza quatro critérios para a realização da priorização: Amplitude ou magnitude do problema (A); Gravidade do problema (B); Eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do problema) (C); Exequibilidade do projeto ou da intervenção (D). A ordenação dos problemas é obtida pelo cálculo da fórmula $(A + B) \times C \times D$. A cada um dos critérios deve ser atribuído um peso através de uma escala pré-determinada. A DGS (2016) baseada nas conclusões de Hanlon apresentou recentemente uma nova fórmula de cálculo das prioridades: $A + (2 \times B) \times C$. Com base no Método de Hanlon, foram apresentadas as necessidades reais da população em estudo, hierarquizados por prioridades.

Após a hierarquização das necessidades por prioridades, obteve-se a seguinte

ordenação: 1) Hipertensão, Diabetes, Obesidade/Obesidade infantil; 2) Uso de álcool, consumo de drogas, tabagismo; 3) Depressão.

No decorrer das atividades relativas ao estágio, dadas as limitações temporais do período em que este decorreu, definiu-se intervir no diagnóstico de obesidade infantil e no diagnóstico de Diabetes, relacionando os dois.

Assim, a intervenção centrou-se nos diagnósticos: obesidade e diabetes (CIPE).

Foi então definido o Diagnóstico de Enfermagem “rutura na linha normal de defesa das crianças, evidenciada por Obesidade”, o qual correspondeu às necessidades referidas após reunião com as Enf^{as} Coordenadora e Cooperante, considerando-se importante intervir na referida área.

Considera-se que a realização desta etapa do planeamento em saúde permitiu adquirir a competência: UC. 1.2: “*Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade*” (RCEEEECSP, 2018).

Após a realização do diagnóstico de situação é possível traçar o caminho das estratégias de intervenção de uma forma clara através de uma adequada definição de objetivos (Melo, 2020).

Neste contexto, definiu-se como objetivo geral: Promover a literacia em saúde visando a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças, entre os 6 e os 12 anos de idade, do concelho da Marinha Grande, através de um projeto de intervenção comunitária, de julho a dezembro de 2020.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), há necessidade de transpor o objetivo geral em objetivos operacionais, uma vez que a capacidade de os alcançar revela a capacidade de atingir o objetivo principal. Por conseguinte, estabelecem-se os seguintes objetivos específicos:

- Informar sobre os benefícios de uma alimentação saudável;
- Informar sobre os benefícios da prática da atividade física/exercício físico;
- Informar sobre as complicações da obesidade em crianças;
- Sensibilizar os pais/cuidadores para as complicações da Diabetes *Mellitus*

tipo II.

Após a definição dos objetivos urge estabelecer as metas a alcançar. Para Melo (2020), devem ser definidos indicadores para medir os objetivos. Estes não são mais do que a relação entre o Diagnóstico de Enfermagem e a população avaliada, traduzida em percentagem.

Os respetivos indicadores e metas definidos, bem como os resultados alcançados, encontram-se descritos no subtítulo da avaliação, neste relatório.

3.3 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

A etapa da seleção de estratégias é a etapa onde se define o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993) através da definição de formas de atuação (Tavares, 1990). Esta fase requer criatividade, mas também um conjunto de passos para a conceção e seleção da estratégia a adotar (Tavares, 1990).

Para definir estratégias na intervenção comunitária teve-se em conta as características da população-alvo, bem como o modelo de enfermagem escolhido como base para a intervenção.

No âmbito do presente projeto optou-se pelo recurso à EpS, tendo como objetivo que a pessoa possa adquirir conhecimentos sobre a obesidade, para uma tomada de decisão em seu próprio benefício. Esta conduta de educação em grupo tem sido sobejamente apontada como uma mais-valia para a prevenção e tratamento de doenças crónicas.

A EpS é definida pela combinação de experiências de aprendizagem criadas para ajudar os indivíduos e comunidades a melhorar a sua saúde através do aumento dos seus conhecimentos ou da influência das suas atitudes (WHO, 2016). Está estreitamente ligada com o ato de cuidar e é fundamental para a melhoria do nível de saúde dos indivíduos e comunidades. Este acesso à informação é não só uma estratégia de PrS mas também um imperativo moral do exercício profissional.

A comunicação configura-se como um elemento essencial no cuidado (Broca, 2012), sendo por isso uma ferramenta fundamental para qualquer uma das intervenções descritas. Como tal, foram usados predominantemente dois canais de comunicação: o visual e o auditivo. Procurou-se sempre utilizar linguagem clara, simples, concisa e apropriada ao tempo, às circunstâncias e à população alvo. De igual modo, procurou-se favorecer a comunicação através da escuta ativa, de modo a promover o envolvimento dos participantes. Utilizaram-se como métodos a discussão em grupo, analogias com situações passadas, a preleção, perguntas e respostas, demonstração e prática.

O processo de seleção da amostra iniciou-se com a identificação de todas as crianças com obesidade e idade compreendida entre os 6 e os 12 anos de idade (22 crianças no total). Para tal, solicitou-se colaboração a uma das médicas da USF que extraiu uma listagem dos

utentes identificados no programa informático com o diagnóstico de obesidade, os quais foram posteriormente contactados telefonicamente pela gestora do projeto. Desta forma, foram incluídos no programa os primeiros oito utentes a aceitar participar.

Tal como defendem Simões, Serra e Duarte (2015), todas as crianças e adolescentes com DM2 devem ser alvo de um plano de adoção de estilos de vida saudável, em que os pais ou outros responsáveis são elementos-chave. Assim, incluíram-se os pais (um pai/mãe por cada criança) nas atividades programadas, uma vez que são os impulsionadores da mudança de comportamento das suas crianças.

O número restrito de participantes foi condicionado por dois fatores: o primeiro sendo a limitação governamental imposta no sentido de não permitir ajuntamentos superiores a 10 pessoas (Resolução do Conselho de Ministros nº 70-A/2020); e a segunda, o facto da UCC se encontrar em obras e as sessões de EpS terem que decorrer num espaço externo, solicitado pela unidade, o que inviabilizou a possibilidade de constituir mais do um grupo, dado que estávamos limitados às disponibilidades do espaço em termos de dias e horários.

A convergência de ideias e objetivos e o desenvolvimento de um trabalho em parceria é primordial, pois permite que haja uma linha orientadora da intervenção e resultados mais eficazes e efetivos.

As ligações com outras pessoas e organizações incluem parcerias, coligações e alianças para a saúde e demonstram a capacidade para trabalhar em rede, colaborar e cooperar e desenvolver relações que promovam uma interdependência elevada (Laverack, 2008).

Atendendo a este princípio, foram criadas parcerias com a Associação Cultural e Desportiva de Casal Galego, a Junta de Freguesia, e a USF Vitrius. As parcerias foram criadas através de um contacto prévio da Enf^a coordenadora da UCC, no sentido de se realizar uma reunião para apresentação do Projeto a desenvolver. Esta reunião realizou-se nas instalações da Unidade com a presença da Nutricionista da Junta de Freguesia, de duas médicas da USF, do Fisioterapeuta da UCC e da Enf^a coordenadora da Unidade, da Enf^a Cooperante e da Enf^a gestora do Projeto.

De forma a dar continuidade a esta relação interdisciplinar, foi realizada a apresentação do projeto aos elementos da UCC e aos parceiros. Esta apresentação permitiu validar a tipologia e nível de participação dos diferentes intervenientes no projeto, fomentando o seu desenvolvimento nas atividades.

Os achados da *Scoping Review* deram contributo na seleção das estratégias a utilizar,

nomeadamente no que diz respeito à EpS, pois foram importantes na organização das sessões EpS, as quais incidiram na importância dos hábitos alimentares e da prática de exercício físico. Dias, Maciel e Sablisch (2017), assim como Simões, Serra e Duarte (2015) defendem que o sedentarismo e as modificações do hábito alimentar têm contribuído para a epidemia da obesidade infantil, levando ao aparecimento precoce da Diabetes *Mellitus* tipo II. Para prevenção da mesma, devem ser alvo de um plano de adoção de estilos de vida saudável, em que os pais ou outros responsáveis são elementos-chave. O aumento de peso na infância associado à inadequada alimentação pode contribuir para o desenvolvimento de doenças crónicas na idade adulta, que são doenças onde os estilos de vida e os hábitos inadequados de alimentação são os principais fatores de prevenção (Silva et al, 2018). Assim todas as crianças e adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo II devem ser alvo de um plano de adoção de estilos de vida saudável, em que os pais ou outros responsáveis são elementos-chave (Simões, Serra e Duarte, 2015). Para tal, é urgente a elaboração de programas e protocolos para a prevenção, o diagnóstico e a classificação das crianças frente à Diabetes *Mellitus* tipo II a fim de prevenir o futuro cenário epidemiológico desfavorável (...) pode interferir efetivamente nesse espaço também para realizar ações de educação para a saúde que favoreçam a adoção de hábitos de vida saudáveis bem como desenvolvendo consultas de enfermagem para identificar crianças com risco para desenvolver esta doença (Dias, Maciel & Sablisch, 2017). Simões, Serra e Duarte (2015) afirmam que o efeito de mudanças dos hábitos de vida sobre crianças de risco e seus respetivos pais, mostraram a efetividade do programa nutricional e da atividade física na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II e na diminuição do ganho de peso. Sendo que, a partir desses resultados, estratégias no âmbito de saúde pública podem ser estabelecidas, visando a prevenção da doença.

Com o estabelecimento de objetivos e a seleção das estratégias consideradas mais adequadas, desenvolveu-se outra das competências do enfermeiro especialista UC. 1.3 – “*Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.*” (RCEEEECSP, 2018).

3.4 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Esta etapa é considerada por Imperatori e Giraldes (1993) como o estudo pormenorizado das atividades imprescindíveis à execução parcial ou total de uma estratégia para atingir um ou mais objetivos.

3.4.1 – Projeto de Intervenção Comunitária

O projeto individual de intervenção comunitária desenvolvido ao longo do estágio intitula-se “Promoção de estilos de vida saudável em crianças”, focando-se na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II.

Os dados obtidos pelo diagnóstico de situação, conduziram ao Diagnóstico de Enfermagem “rutura na linha normal de defesa das crianças, evidenciada por Obesidade”.

A designação deste projeto pretende chamar à atenção para a problemática da obesidade infantil e as repercussões que a mesma poderá ter no futuro, em particular o aparecimento precoce de Diabetes *Mellitus*. A UCC aponta como objetivo dar continuidade a este projeto.

Com este projeto pretende-se ir ao encontro de um dos desígnios do PNS para 2020: Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar.

Através da realização desta atividade foi possível adquirir a competência UC. 1.4 – “*Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.*” (RCEEEECSP, 2018).

3.5 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO E EXECUÇÃO

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), a fase da preparação da execução corresponde à etapa do planeamento em saúde que possui maior ligação com as fases anteriores e com as que se lhe seguem, refletindo o processo contínuo que caracteriza o planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

O início desta etapa teve como base a elaboração de Cronograma de Atividades a desenvolver (ANEXO VII) (validadas pela Enf^a Cooperante), incluindo os objetivos específicos, as estratégias de intervenção, os recursos utilizados, o horizonte temporal, o local onde foram desenvolvidos as atividades e os indicadores de avaliação, e que consta do Projeto de Estágio. Como objetivos específicos foram definidos:

- Informar sobre os benefícios de uma alimentação saudável;
- Informar sobre os benefícios da prática da atividade física/exercício físico;
- Informar sobre as complicações da obesidade em crianças;

- Sensibilizar os pais/cuidadores para as complicações da Diabetes *Mellitus* tipo II.

Uma das médicas da USF Vitrius, com quem foi estabelecido contacto prévio aquando da reunião de apresentação do projeto, enviou a listagem das crianças com obesidade diagnosticada. Através desta listagem obtiveram-se os contactos dos pais, os quais foram contactados telefonicamente pela gestora do projeto, com o propósito de informar e questionar o interesse na participação do mesmo.

Os oito primeiros pais que aceitaram participar, foram integrados no projeto. Definiu-se o número limite de 8 participantes, dado que a limitação governamental imposta à data, não permitia juntar mais de dez pessoas; para além disso, o facto de a UCC se encontrar em obras e não existir local disponível para realizar as sessões de EpS, conduziu à necessidade de se recorrer a um espaço externo, cujas disponibilidades de dias e horários também estavam limitados, inviabilizando a possibilidade de constituir mais do que um grupo.

Após a seleção dos utentes e respetiva aceitação por parte dos mesmos na participação, foram realizadas sete sessões de EpS (ANEXO VIII), onde foram apresentadas as sessões inicial e final e cinco sessões psico-educativas desenvolvidas pela gestora do projeto, com a participação de alguns parceiros convidados, abordando as temáticas: Diabetes *Mellitus* tipo II e suas complicações, Obesidade infantil e suas complicações, Sono e Repouso, Exercício/atividade física e nutrição. As sessões tiveram lugar na Associação do Casal Galego, Marinha Grande.

Na primeira sessão, assim como na sessão final, aplicaram-se os instrumentos de avaliação já previamente selecionados: Questionário de Propensão Alimentar e Questionário de Atividade Física (ANEXO IX), cujo preenchimento foi realizado pelos pais. A posterior análise dos resultados obtidos permitiu indiciar alguma alteração comportamental nas crianças.

As várias temáticas abordadas nas sessões de EpS foram elaboradas em suporte *powerpoint*, com recurso a linguagem simples e imagens ilustrativas. Para todas as sessões foi elaborado o respetivo plano da sessão. Em algumas das sessões, foram convidados profissionais das diversas áreas abordadas, de forma a trazer mais contributos e a perspetiva profissional de cada um. Nas temáticas “Diabetes e suas complicações” e “Obesidade Infantil e suas complicações” foi convidada a Dr^a Sílvia Almeida da USF Vitrius, que após a apresentação *powerpoint* feita pela Enf^a gestora do projeto, fez uma pequena abordagem da temática, dando o seu contributo enquanto médica que diagnostica e encaminha estas crianças. Na temática “Sono e repouso na criança” foi convidada a Enf^a Ana Rita Lopes,

que, no final da sessão, deu o seu contributo enquanto Enf^a que acompanha casos de obesidade infantil e Diabetes no serviço de Pediatria. Para a temática. Para o tema “Nutrição e preparação de lanches saudáveis” foi convidada a Nutricionista Marta Malhó, da Junta de Freguesia, que no final da sessão, abordou a temática relacionando os maus hábitos alimentares das crianças que lhe chegam às consultas e disponibilizando-se para a realização de consultas de Nutrição às crianças participantes. Na temática “Exercício/atividade física para crianças”, foi convidado o Fisioterapeuta Emanuel Vital para dar o seu contributo. No entanto, por questões pessoais, não este convidado pode comparecer na sessão.

Foi, também, elaborado um artigo para divulgação do projeto no Jornal da Marinha Grande (ANEXO X).

Como instrumentos de recolha de dados foram usados: questionário de colheita de dados sociodemográficos, Questionário de Propensão Alimentar e Questionário de Atividade Física (ANEXO IX). De realçar que, no que concerne aos dois últimos, foi utilizada apenas a secção do instrumento destinada à população alvo do estudo (crianças) e que todos os questionários foram eliminados por uma destruidora de papel após tratamento estatístico dos mesmos.

Estes questionários foram aplicados aos participantes (pais das crianças selecionadas) na primeira sessão (sessão de apresentação do projeto).

A aplicação dos Questionários de Propensão Alimentar e de Atividade Física foram aplicados com o objetivo de avaliar se existiria mudança de comportamento nas crianças entre a primeira e a última sessão de EpS realizadas.

O Questionário de Propensão Alimentar consiste em medir as frequências de consumo dos alimentos, que varia entre “nunca” e “6-7 dias/semana”. É constituído por 45 itens alimentares, tendo como período de referência o último mês. Inclui também uma lista pré-definida de diferentes suplementos alimentares/nutricionais (Lopes *et al.*, 2017).

O Questionário de Atividade Física é um instrumento amplamente utilizado em estudos de base populacional, em diferentes contextos socioculturais, encontrando-se validado em 12 países. A versão curta é composta por quatro questões e permite estimar o número de dias e o tempo despendido, por semana, em atividades físicas vigorosas, moderadas, em caminhada e o tempo sentado. É ainda questionado o número de horas de sono habituais, durante a semana e durante o fim de semana (Lopes *et al.*, 2017).

Os referidos Questionários encontram-se disponíveis no *site* do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física. Para a sua utilização foi pedida a respetiva autorização (ANEXO XI).

Para a avaliação, foram elaboradas fichas de avaliação de conhecimentos com questões simples, de resposta verdadeiro/falso que foram entregues após cada sessão (ANEXO XII). Foi ainda aplicada uma grelha de avaliação da satisfação da sessão pelos formandos, cujo modelo já existia na UCC (ANEXO XII), de forma a obter a perceção dos mesmos acerca de pertinência dos conteúdos, objetivos, entre outros. A avaliação do formador também foi realizada, através da aplicação do modelo utilizado, de modo a realizar uma avaliação global das sessões.

Na fase de execução foram colocadas em prática todas as atividades delineadas que procuram dar resposta aos objetivos definidos. As sessões de formação decorreram nas instalações da Associação Social Cultural e Desportiva de Casal Galego, onde foi possível garantir a devida distância entre os participantes.

A sessão de apresentação realizou-se no dia 20 de outubro de 2020, iniciando-se com uma apresentação dos elementos do grupo e do Projeto. Seguidamente foram entregues os três questionários para preenchimento.

Na primeira sessão estiveram presentes sete pessoas: a gestora do projeto, a Enf.^a Cooperante e 5 participantes.

A segunda sessão intitulada “Diabetes *Mellitus* tipo II e suas complicações”, foi realizada no dia 23 de outubro de 2020 e estiveram presentes oito pessoas: a Enf.^a gestora do projeto, a Enf.^a cooperante, uma médica convidada da USF, que no final abordou o tema do ponto de vista médico, e cinco participantes que se mantiveram até final do projeto. Os três participantes em falta, embora tenham voltado a confirmar a sua presença na sessão, não o fizeram. E após esta, não voltaram a atender o telefone, considerando-se, assim, que desistiram do projeto. A partir deste momento considerou-se que o número total de elementos do grupo de participantes passou a ser cinco.

A sessão decorreu com a pontualidade e participação ativa dos formandos; foram utilizados os métodos expositivo e interativo. No final da sessão, foram preenchidos uma ficha de avaliação de conhecimentos e um questionário de satisfação.

A terceira sessão, intitulada “Obesidade infantil e suas complicações”, foi realizada no dia 27 de outubro de 2020. Estiveram presentes a Enf.^a gestora do projeto, a Enf.^a cooperante e a médica da USF, no sentido de realizar uma participação semelhante à da

sessão anterior, e os cinco participantes. Foram utilizados os métodos expositivo e interativo. No final foram aplicados a ficha de avaliação e o questionário de satisfação.

A quarta sessão, intitulada “Sono e repouso nas crianças”, decorreu no dia 3 de novembro de 2020. Estiveram presentes a Enf^a. gestora do projeto, a Enf^a cooperante, a Enf^a Especialista em Pediatria e os cinco participantes. Esta sessão revelou-se muito interessante para os participantes, dado nunca terem associado a importância do sono na prevenção do aumento de peso, o que levou a mais partilhas de opinião. A presença da Enf^a Especialista foi importante, dada a experiência partilhada por ela, tendo em conta a sua formação nesta temática. No final foram aplicados a ficha de avaliação e o questionário de satisfação.

Quanto à quinta sessão, intitulada “Exercício/atividade física e sua importância”, decorreu no dia 10 de novembro de 2020. Nesta sessão estiveram presentes a Enf^a gestora do projeto, a Enf^a cooperante e os cinco participantes; tinha sido convidado o fisioterapeuta da UCC, no sentido de dar também o seu contributo, mas por imprevistos pessoais, não pode estar presente. Foram utilizados os métodos expositivo e interativo. Os participantes também se mostraram bastante participativos, tendo em conta a importância de apresentar diferentes atividades para desenvolverem com as crianças, por forma a que pratiquem mais exercício físico. No final foram aplicados a ficha de avaliação e o questionário de satisfação.

Na sexta sessão, intitulada “Nutrição infantil e preparação de lanches saudáveis”, realizada a 13 de novembro de 2020, estiveram presentes a Enf^a. gestora do projeto, a Enf^a cooperante, a nutricionista e os cinco participantes. Foram utilizados os métodos expositivo e interativo. Na parte final da sessão a nutricionista realizou a atividade “vamos às compras?” em que se simulou uma ida ao supermercado para que os participantes pudessem selecionar os produtos mais saudáveis com base na leitura do rótulo. A presença da nutricionista foi muito importante para esclarecimento de dúvidas mais específicas e exposição de situações práticas. No final foram aplicados a ficha de avaliação e o questionário de satisfação.

A sétima e última sessão, realizada no dia 20 de novembro de 2020, estiveram presentes a Enf^a. gestora do projeto, a Enf^a cooperante e os cinco participantes. Nesta sessão foi feita a apreciação global do projeto e novamente aplicados os Questionários de Propensão Alimentar e de Atividade Física.

No ANEXO XII encontram-se também os planos das sessões realizadas e as apresentações em *powerpoint* das mesmas.

Relativamente às questões ético-legais, a alínea b) do artigo 5º do regulamento das competências comuns dos enfermeiros especialistas (regulamento n.º 140/2019) indica que

o enfermeiro especialista deve garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

Segundo Fortin (2009), qualquer procedimento levado a cabo junto de seres humanos acarreta questões éticas. Estas colocam problemas decorrentes das exigências morais, pelo respeito pela pessoa, pela sua dignidade e pelo direito de viver livremente. Deste modo, para assegurar os princípios ético-morais deste trabalho e para garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados facultados, os participantes foram informados sobre o objetivo do trabalho e assinaram o Consentimento Livre e Informado (ANEXO III).

Assim, a participação no estudo foi de caráter voluntário, onde se preservou a confidencialidade e anonimato de todos os que aceitaram participar, tendo estes sido informados sobre a pertinência do estudo, os seus objetivos, o início e a previsão do final do estudo.

As atividades realizadas nas duas últimas etapas do planeamento em saúde contribuíram para a aprendizagem de outras competências do EEECS, a designar: UC. 2.1 – *“Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.”*; UC. 2.2 – *“Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais.”*; UC. 2.3 – *“Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.”* (RCEEECS, 2018).

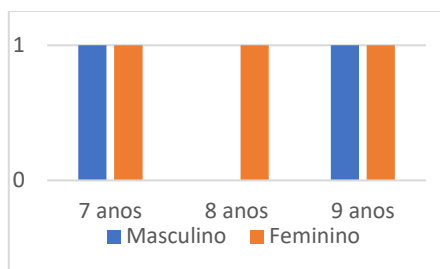
3.6 – AVALIAÇÃO

A avaliação é considerada a última etapa do planeamento, a qual consiste em comparar algo com um padrão, de forma a corrigir ou afinar as atividades realizadas ou planear de forma mais eficiente (Imperatori & Giraldes, 1993).

Aqui serão apresentados os principais resultados dos indicadores que foram previamente definidos, assim como as atividades realizadas, de forma a ser possível realizar a uma avaliação. Os instrumentos de colheita de dados para a concretização da avaliação foram implementados à medida que o projeto foi sendo desenvolvido.

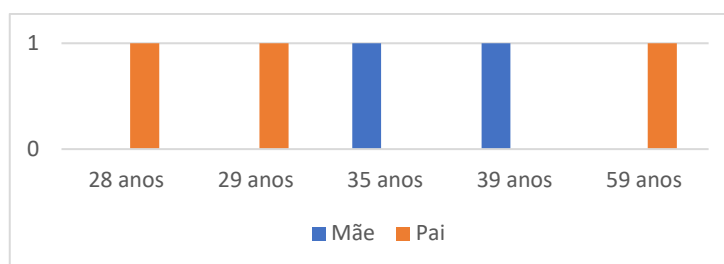
No gráfico abaixo (gráfico 1) são apresentados os dados referentes à caracterização das cinco crianças, quanto à idade e sexo (3 do género feminino e 2 do género masculino, com idades compreendidas entre os 7 e 9 anos de idade).

Gráfico 1 – Caracterização da amostra das crianças participantes



O Gráfico 2 representa a caracterização dos pais das crianças participantes, relativamente ao sexo e à idade de cada um. Participaram 5 pais com idades compreendidas entre os 28 e os 59 anos. De recordar que cada um (pai ou mãe) representa uma criança.

Gráfico 2 – Caracterização da amostra dos pais das crianças participantes



De seguida é apresentado sob a forma de quadro (quadro 4 e quadro 5), as atividades realizadas e os indicadores de atividade e de resultado respetivos, assim como a avaliação da consecução de todas as metas definidas. Fazendo uma análise dos quadros, pode verificar-se que todas as metas inicialmente definidas para as diferentes atividades foram atingidas.

Evidenciam-se os principais resultados, que vão ao encontro dos objetivos do projeto e das orientações do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) e do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF).

Quadro 4 – Avaliação dos indicadores de atividade

Indicadores de atividade	Meta	Avaliação
Taxa de sessões de EpS realizadas: $\frac{n.^{\circ} \text{ de sessões de EpS realizadas}}{n.^{\circ} \text{ de sessões de EpS programadas}} \times 100$	Realizar 100% das sessões	Sessões: 7/7 x 100 = 100%
Taxa de assiduidade dos participantes nas sessões de EpS:	Obter 60% de assiduidade	Sessão 1: 5/8 x 100 = 62,5% Sessão 2:

$\frac{\text{n.º de pessoas presentes nas sessões de EpS}}{\text{n.º de pessoas convocadas para as sessões de EpS}} \times 100$		$5/8 \times 100 = 62,5\%$ Sessão 3: $5/5 \times 100 = 100\%$ Sessão 4: $5/5 \times 100 = 100\%$ Sessão 5: $5/5 \times 100 = 100\%$ Sessão 6: $5/5 \times 100 = 100\%$ Sessão 7: $5/5 \times 100 = 100\%$
<p>Taxa de avaliação de satisfação das sessões, segundo os participantes (1-nulo; 2-muito fraco; 3-suficiente; 4-bom; 5-muito bom):</p> $\frac{\text{n.º de participantes a classificar em 4 ou 5 as sessões}}{\text{n.º total de participantes a avaliar as sessões}} \times 100$	Obter 80% dos participantes a considerar as sessões boas ou muito boas	Sessão 2: $5/8 \times 100 = 62,5\%$ Sessão 3: $5/5 \times 100 = 100\%$ Sessão 4: $5/5 \times 100 = 100\%$ Sessão 5: $5/5 \times 100 = 100\%$ Sessão 6: $5/5 \times 100 = 100\%$
<p>Taxa de avaliação do desempenho do formador, segundo os participantes (1 – nulo; 2-fraco; 3 – suficiente; 4 – bom; 5 – muito bom)</p> $\frac{\text{n.º de participantes a classificar em 4 ou 5 o desempenho do formador}}{\text{n.º total de participantes a avaliar}} \times 100$	Obter 80% dos participantes a considerar o desempenho do formador bom ou muito bom	Sessão 2: $5/8 \times 100 = 62,5\%$ Sessão 3: $5/5 \times 100 = 100\%$ Sessão 4: $5/5 \times 100 = 100\%$ Sessão 5: $5/5 \times 100 = 100\%$ Sessão 6: $5/5 \times 100 = 100\%$
<p>Taxa de concretização dos objetivos, segundo o formador (1 – nulo; 2-fraco; 3 – suficiente; 4 – bom; 5 – muito bom):</p> $\frac{\text{n.º de objetivos atingidos avaliados em 4 e 5}}{\text{n.º total de objetivos a atingir}} \times 100$	Obter 80% dos objetivos atingidos segundo avaliação pelo formador	Sessão 2: $5/8 \times 100 = 62,5\%$ Sessão 3: $5/5 \times 100 = 100\%$ Sessão 4: $5/5 \times 100 = 100\%$ Sessão 5: $5/5 \times 100 = 100\%$ Sessão 6: $5/5 \times 100 = 100\%$

Quadro 5 – Avaliação dos indicadores de resultado

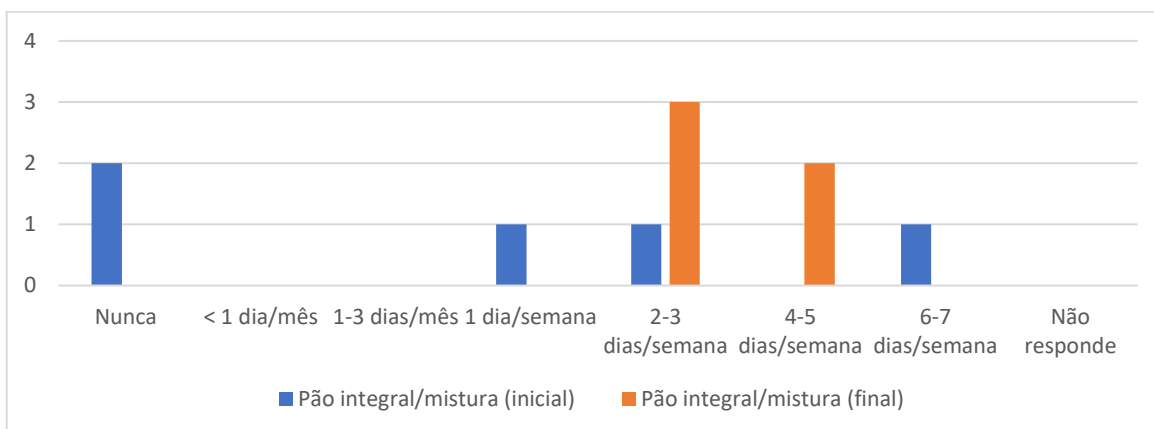
Indicadores de resultado	Meta	Avaliação
<p>Taxa de participantes com conhecimentos adquiridos:</p> $\frac{\text{n.º de respostas corretas}}{\text{n.º total de respostas dadas}} \times 100$	Obter 80% de respostas corretas nas sessões	Sessão 2: $23/25 \times 100 = 92\%$ Sessão 3: $23/25 \times 100 = 92\%$ Sessão 4: $36/40 \times 100 = 90\%$ Sessão 5: $38/40 \times 100 = 95\%$

		Sessão 6: 37/40x100=92,5%
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a problemática da Diabetes:</p> $\frac{n.^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre Diabetes}}{n.^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre Diabetes}} \times 100$	Que 80% dos participantes demonstrem conhecer a Diabetes como problema de saúde	<p>Participante 1: 4/5 x 100 = 80%</p> <p>Participante 2: 5/5 x 100 = 100%</p> <p>Participante 3: 5/5 x 100 = 100%</p> <p>Participante 4: 5/5 x 100 = 100%</p> <p>Participante 5: 4/5 x 100 = 80%</p>
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a problemática da obesidade:</p> $\frac{n.^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre obesidade}}{n.^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre obesidade}} \times 100$	Que 80% dos participantes demonstrem conhecer a obesidade como problema de saúde	<p>Participante 1: 5/5 x 100 = 100%</p> <p>Participante 2: 4/5 x 100 = 80%</p> <p>Participante 3: 4/5 x 100 = 80%</p> <p>Participante 4: 5/5 x 100 = 100%</p> <p>Participante 5: 5/5 x 100 = 100%</p>
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a importância do sono e repouso na criança:</p> $\frac{n.^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre importância do sono}}{n.^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre importância do sono}} \times 100$	Que 80% dos participantes demonstrem conhecer a importância do sono na criança	<p>Participante 1: 6/8 x 100 = 100%</p> <p>Participante 2: 6/8 x 100 = 80%</p> <p>Participante 3: 8/8 x 100 = 100%</p> <p>Participante 4: 8/8 x 100 = 100%</p> <p>Participante 5: 8/8 x 100 = 100%</p>
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da atividade física:</p> $\frac{n.^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre importância da atividade física}}{n.^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre importância da atividade física}} \times 100$	Que 80% dos participantes demonstrem conhecer a importância da atividade física	<p>Participante 1: 7/8 x 100 = 87,5%</p> <p>Participante 2: 7/8 x 100 = 87,5%</p> <p>Participante 3: 8/8 x 100 = 100%</p> <p>Participante 4: 7/8 x 100 = 87,5%</p> <p>Participante 5: 7/8 x 100 = 87,5%</p>
<p>Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre a importância de uma alimentação saudável:</p> $\frac{n.^{\circ} \text{ de respostas corretas sobre importância da alimentação saudável}}{n.^{\circ} \text{ total de respostas dadas sobre importância da alimentação saudável}} \times 100$	Que 80% dos participantes demonstrem conhecer a importância da alimentação saudável	<p>Participante 1: 8/8 x 100 = 100%</p> <p>Participante 2: 6/8 x 100 = 80%</p> <p>Participante 3: 6/8 x 100 = 80%</p> <p>Participante 4: 8/8 x 100 = 100%</p> <p>Participante 5: 8/8 x 100 = 100%</p>

Tendo por base as partilhas de opinião e conversas após cada sessão, foi consensual a satisfação com o projeto, tendo os participantes demonstrado disponibilidade para novas iniciativas. Analisando-se estas intervenções de enfermagem, segundo o modelo sistémico de Betty Neuman, pode-se afirmar que foi uma mais-valia para este grupo, pois foi notória a motivação para adoção de comportamentos alimentares saudáveis e de atividade física, como vai ser possível demonstrar no ponto de avaliação.

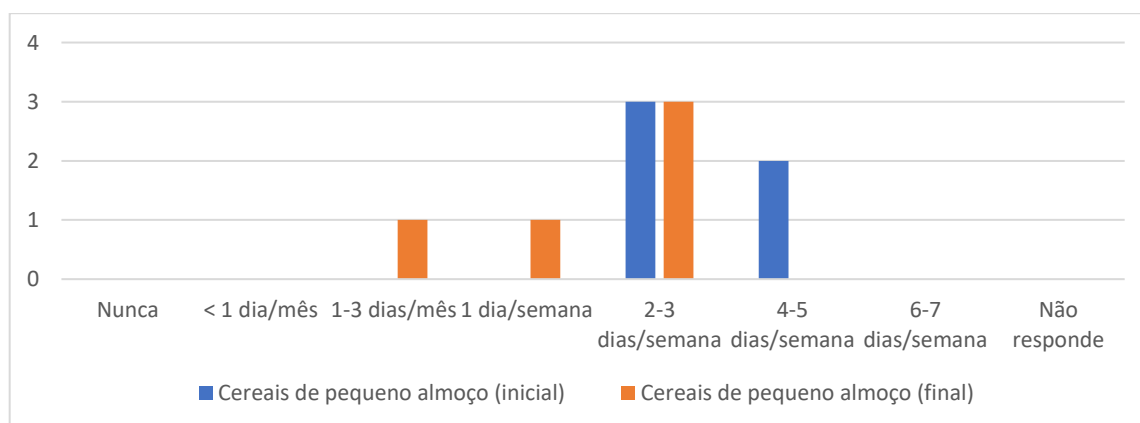
Relativamente aos resultados evidenciados pelo Questionário de Propensão Alimentar, foi possível constatar, pela análise do gráfico 3, que existiu um aumento da ingestão de pão integral/mistura.

Gráfico 3 – Avaliação da ingestão de pão integral/mistura.



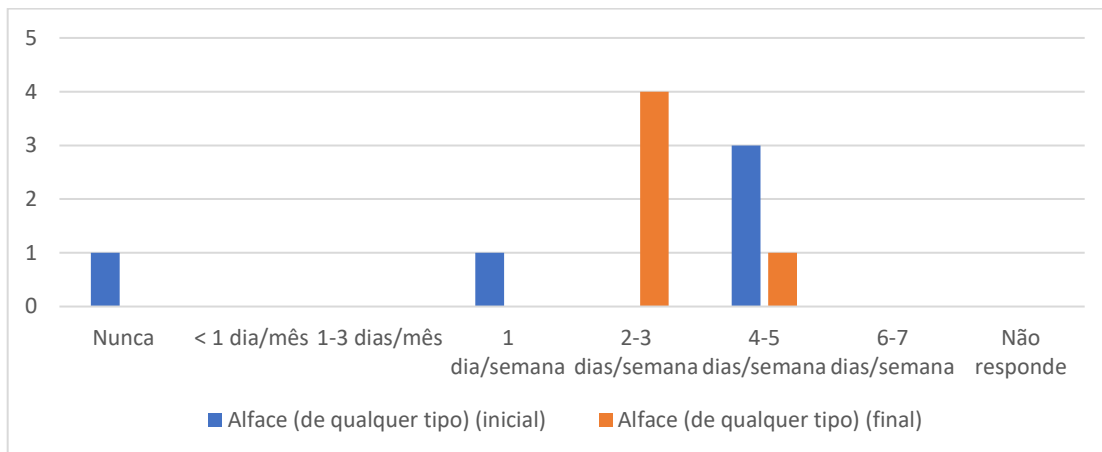
Quanto ao consumo de cereais de pequeno-almoço, é possível verificar que existiu um decréscimo na frequência de ingestão destes alimentos, como se verifica no gráfico 4.

Gráfico 4 – Avaliação da ingestão de cereais de pequeno-almoço.



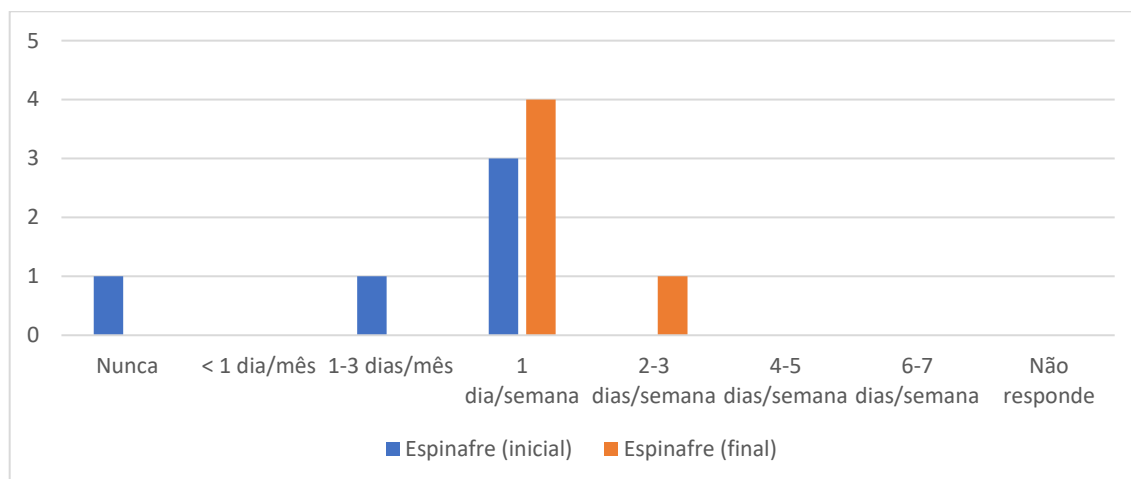
Pela análise dos gráficos 5 e 6, é possível verificar que, numa perspetiva geral, o consumo de vegetais aumentou. No gráfico 5 observa-se o aumento da frequência na ingestão de alface.

Gráfico 5 – Avaliação da ingestão de vegetais (alface).



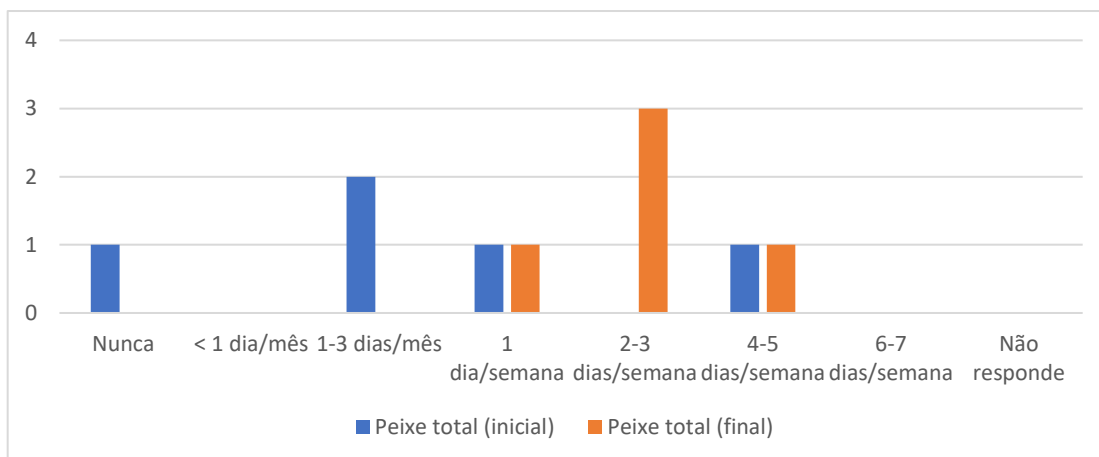
No gráfico 6, verifica-se que o consumo de espinafres era muito baixo na fase inicial do projeto, passando este alimento a ser consumido com mais regularidade.

Gráfico 6 – Avaliação da ingestão de vegetais (espinafres).



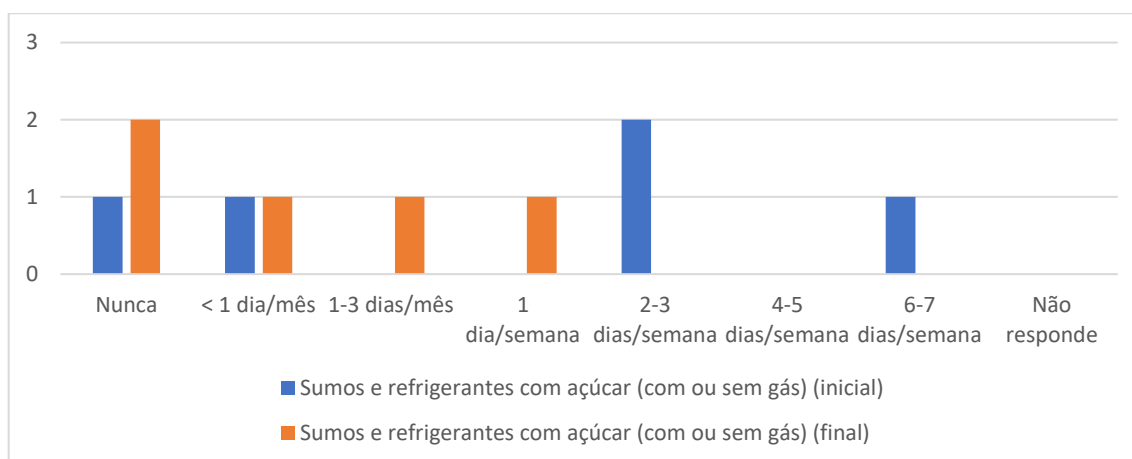
Relativamente ao consumo de peixe, é possível verificar pela análise do gráfico 7, que existiu um aumento no consumo geral e no número de vezes que os participantes ingerem este alimento.

Gráfico 7 - Avaliação da ingestão de peixe.



Quanto ao consumo de sumos e refrigerantes, pela análise do gráfico 8, é possível constatar que existiu uma redução significativa na ingestão da primeira para a última para a última avaliação.

Gráfico 8 – Avaliação da ingestão de sumos e refrigerantes

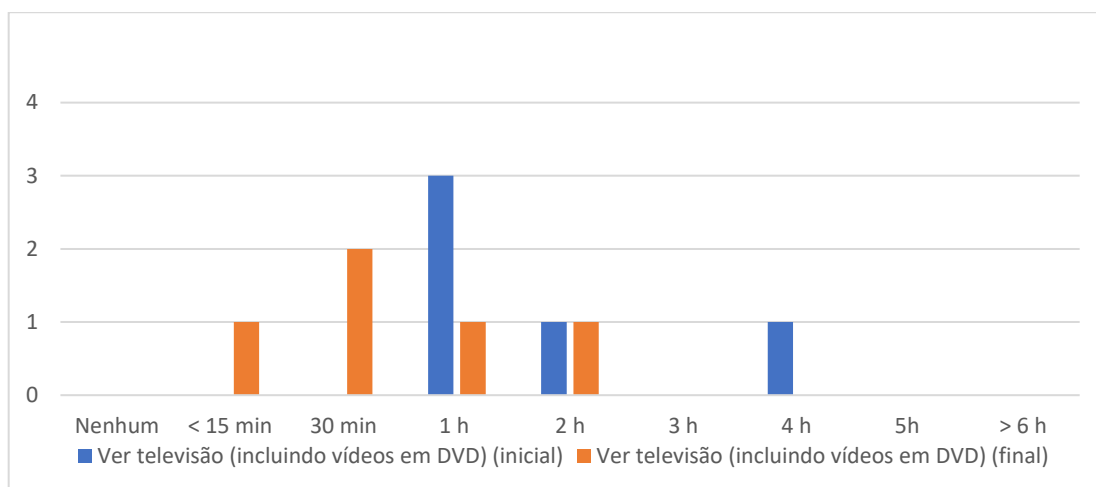


Em relação ao Questionário de Atividade Física, destacam-se os principais resultados: pela análise dos gráficos 9, 10, 11 e 12.

Relativamente ao tempo gasto a ver televisão, num dia de semana, pode constatar-se

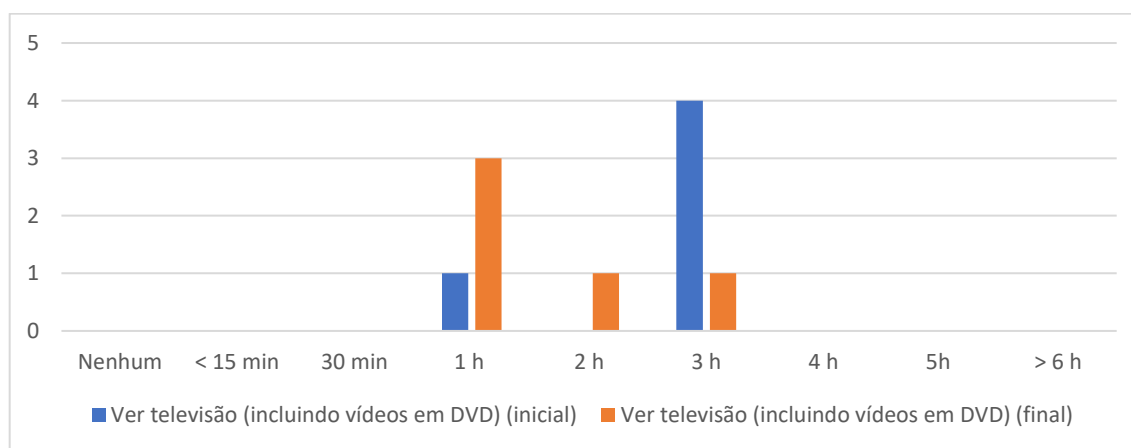
que houve redução do tempo gasto, como se observa no gráfico 8.

Gráfico 9 – Avaliação do tempo gasto a ver televisão, num dia de semana



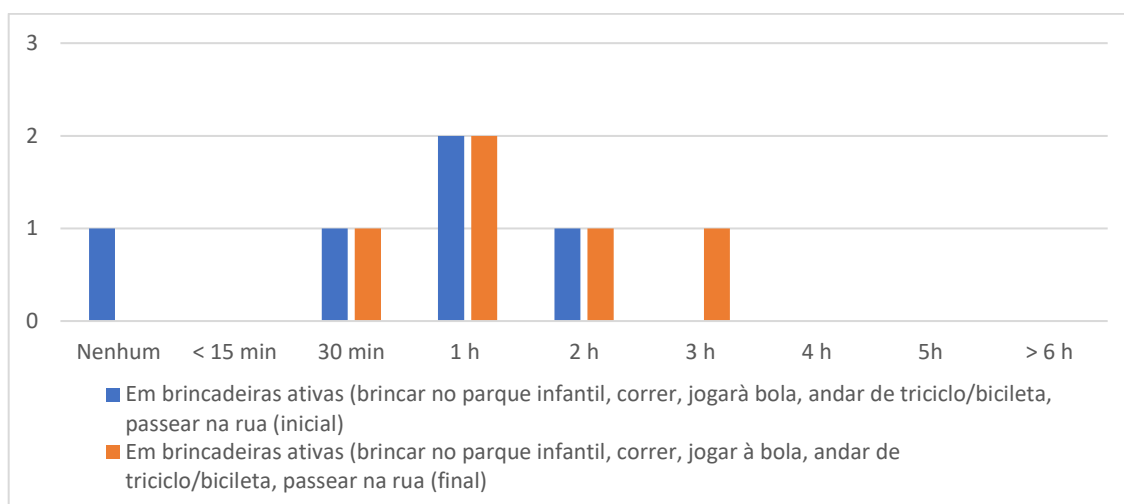
Quanto ao tempo gasto a ver televisão durante o fim-de-semana, verifica-se no gráfico 10 que existiu uma redução do tempo em que as crianças estiveram em frente ao ecrã.

Gráfico 10 - Avaliação do tempo gasto a ver televisão, num dia de fim-de-semana.



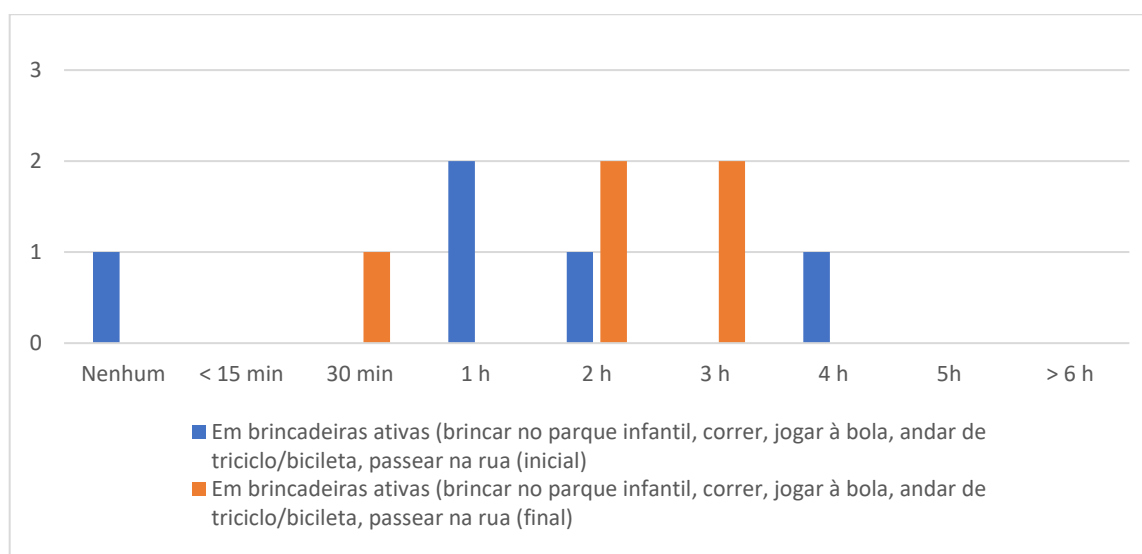
Ao contrário, como é possível verificar no gráfico 11, o tempo gasto em brincadeiras durante a semana, aumentou do início para o final do projeto, dando a entender que as crianças passaram a estar mais tempo em brincadeiras e menos a ver televisão.

Gráfico 11 - Avaliação do tempo gasto em brincadeiras, num dia de semana



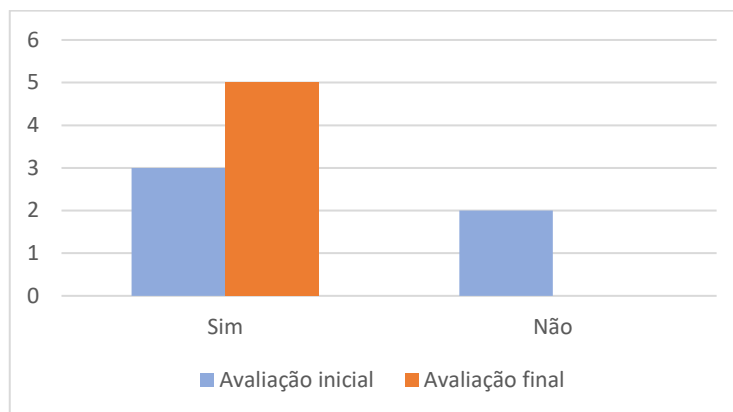
Da mesma forma, como é possível verificar no gráfico 12, o tempo gasto em brincadeiras ao fim de semana também aumentou, tendo as crianças mais horas de atividades ativas.

Gráfico 12 - Avaliação do tempo gasto em brincadeiras, num dia de fim-de-semana.



Relativamente à questão sobre a prática de atividade física, verifica-se no gráfico 13 que no início do projeto, apenas três crianças praticavam atividade física programada com regularidade, e no final, as restantes crianças teriam também iniciado a prática regular de atividade física.

Gráfico 13 – Prática de algum tipo de atividade desportiva programada e regular (excluindo aulas de educação física)



Pela análise dos resultados dos questionários aplicados nas primeira e última sessões, pode constatar-se que existiu alguma alteração de alguns hábitos alimentares e da prática de exercício físico.

Os dados anteriormente apresentados vão ao encontro do objetivo geral do projeto, nomeadamente “Promover a literacia em saúde visando a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças”, pois já indiciam alguma mudança comportamental. Contudo, atendendo a que a alteração efetiva de hábitos e comportamentos é algo que só se consegue validar efetivamente a médio ou longo prazo, e o período de estágio é limitado no tempo, não é possível assegurar efetivamente a monitorização destas alterações. Esta será assegurada pela equipa da UCC, uma vez que já assumiu que é sua intenção dar continuidade a este projeto, tornando assim possível que estas alterações comportamentais sejam validadas.

Desta forma, foi adquirida a competência: UC. 1.5 – “*Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.*” (RCEEEECSP, 2018).

4 – OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS EM ESTÁGIO

Durante o estágio realizado foram desenvolvidas outras atividades, para além do projeto de intervenção comunitária implementado.

As duas primeiras semanas de estágio decorreram na USP de um Centro de Saúde do ACES Pinhal Litoral, onde foram desenvolvidas atividades na área da gestão de unidade, no cumprimento das suas missões, em particular na Vigilância Epidemiológica, onde foi possível fazer o seguimento das cadeias de transmissão do vírus, fazer emissões de certificados de isolamento social e conhecer o programa Covid 19 *Situation Report* USP para o registo dos casos ativos. Tendo em conta a situação pandémica atual, este período foi muito enriquecedor.

Na UCC, as atividades desenvolvidas propostas pela Enf^a Cooperante, tiveram como principal objetivo, adquirir outras competências de EEECS, assim como compreender o funcionamento e a dinâmica da unidade de forma ampla.

De seguida são descritas resumidamente as referidas atividades:

- Participação nas visitas domiciliárias com Equipa da ECCI onde foi possível prestar cuidados aos utentes sinalizados, na realização de pensos, administração de injetáveis e encaminhamento para outras valências;
- Observação das aulas do curso de preparação para o parto e parentalidade, onde foi possível verificar a dinâmica das sessões e os exercícios práticos realizados com as grávidas, pela Enf.^a Especialista em Saúde Materna e Obstétrica;
- Participação na reunião de Saúde Escolar, por videoconferência, para definição das temáticas prioritárias a abordar e adequação de estratégias face às limitações impostas pela pandemia;
- Participação na campanha de vacinação contra a gripe sazonal onde foi possível colaborar com a equipa da UCC na administração das vacinas;
- Colaboração na introdução de dados da UCC e registos de todos os procedimentos realizados, em programas informáticos.

Tendo em conta a situação pandémica já vivida à data da realização do estágio, alguns

dos programas existentes na UCC encontravam-se suspensos (como os programas “Viver com a Diabetes” e o programa de “Intervenção em jovens com comportamentos de risco”), pois os recursos humanos existentes estavam todos destacados para as necessidades decorrentes da situação. Desta forma, não foi possível realizar atividades que envolvessem os mesmos.

Relativamente às atividades que foi possível realizar, as mesmas contribuíram para o enriquecimento do estágio e permitiram a aquisição das competências: UC. 3.1 – *“Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde”* e UC. 4.1 – *“Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica”* (RCEEEECSP, 2018).

5 – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

A prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas (Santos & Fernandes, 2004).

A prática reflexiva tem acelerado o estudo e o debate das questões relacionadas com o exercício e a educação profissional dos enfermeiros, ao assumir uma tendência dominante na capacitação dos estudantes e profissionais e protagonizar uma área capital na composição dos programas de educação em enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016).

A reflexão em enfermagem aumenta a capacidade de aprender a partir das práticas permitindo que, quer o conhecimento quer a experiência seja fundamentado e sustentado pela prática (Santos, 2010).

A construção do presente documento pretende constituir uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas neste estágio, relacionando a sua contribuição com a aquisição e desenvolvimento de competências na área da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Na fase inicial do estágio era determinante planear uma intervenção comunitária. Em colaboração com a Enf^a Cooperante e com a Professora Orientadora, definiu-se o início do projeto “Promoção de estilos de vida saudável em crianças”, com foco na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II. Este foi definido tendo por base o diagnóstico de situação previamente realizado à comunidade da Marinha Grande e o diagnóstico de enfermagem comunitário elaborado segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman descrito como: rutura na linha normal de defesa das crianças, evidenciada por Obesidade.

A implementação do projeto de intervenção comunitária teve como objetivo obter ganhos em saúde, assim como possibilitar a aquisição de diversas competências de EEECS. Ao longo deste relatório foram evidenciadas as competências adquiridas. A situação pandémica existente criou algumas dificuldades, as quais foram contornadas e ultrapassadas, permitindo alcançar os principais objetivos do ensino clínico.

Neuman (1995), defende uma visão holística da pessoa, grupo ou comunidade, perspetivando-a como um ser multidimensional que está em constante interação com o.

ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a fatores de *stress*. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, que foi adotado como referencial teórico de Enfermagem, revelou ser adequado nesta intervenção comunitária.

O recurso à *Scoping Review* permitiu a escolha de intervenções de enfermagem que refletem a melhor evidência científica, permitindo que o enfermeiro que trabalha com e para a comunidade seja um mediador entre o saber baseado na evidência científica, característico da sua disciplina, e a transmissão do conhecimento para o quotidiano da vida das pessoas. Deste modo, os achados da *Scoping Review* mostraram-se fundamentais para a consecução do projeto de intervenção implementado, reforçando a importância da enfermagem na PrS em crianças com obesidade. O recurso a sessões de EpS revelou-se importante de forma a abordar temáticas para a alteração comportamental dos estilos de vida relacionados com a atividade física e a alimentação saudável.

Nas sessões de EpS realizadas, os participantes tiveram a possibilidade de interagir com o formador, promovendo interação, partilha de ideias e opiniões e aprendizagens. Da mesma forma, foram proporcionados momentos para esclarecimento de dúvidas e discussão, permitindo a reflexão e levando à consolidação de conhecimentos adquiridos, de forma a facilitar a colocação em prática nos contextos devidos.

Depois de realizadas as atividades, é possível afirmar que se contribuiu para habilitar sobre os benefícios da prática de exercício físico/atividade física, assim como os benefícios de uma alimentação saudável, alertando para as complicações da obesidade e do aparecimento da Diabetes *Mellitus* tipo II em idades precoces.

A análise dos resultados entre os questionários de propensão alimentar e de atividade física aplicados no início e no final da intervenção, parecem traduzir alguma mudança já iniciada, constituindo bons indicadores da evidência da importância do papel do EEECS na PrS.

A avaliação deste processo realizou-se através das fichas de avaliação de conhecimentos implementadas no final de cada uma das sessões e do *feedback* dos participantes.

Desta forma, pode-se afirmar que os objetivos específicos do projeto foram atingidos. Esta apreciação foi realizada através da implementação de fichas de avaliação no final de cada sessão, assim como através dos comentários orais e escritos dos participantes.

Relativamente ao objetivo principal, será feita uma avaliação a longo prazo, pela equipa da UCC, para determinar a concretização do mesmo, uma vez que o tempo de estágio

é curto para o se poder afirmar se foi ou não atingido.

Como constrangimentos e limitações, é importante apontar o facto de o tempo de estágio ser relativamente reduzido para a implementação e avaliação do projeto. Também o facto de o Centro de saúde se encontrar em obras durante o período de estágio foi algo que colocou alguns limites, uma vez que foi necessário encontrar um espaço que autorizasse e pudesse acolher o grupo de participantes, podendo, ao mesmo tempo, manter o distanciamento entre eles, de forma a serem cumpridas as orientações da DGS para estas questões. O espaço encontrado também se encontrava com limitações de horários e dias da semana, uma vez que era também utilizado para outras atividades. Desta forma, foi possível desenvolver todas as sessões programadas e os participantes mostraram-se comunicativos e interessados nas mesmas.

Tendo em conta todas as limitações impostas pela pandemia, considera-se também importante referir o esforço e empenho demonstrados para a concretização dos objetivos, tendo também em linha de conta a aquisição de conhecimentos e competências do EEECSF.

Os seminários, intercalar e final contribuíram também para a avaliação reflexiva deste estágio, através das apresentações realizadas (ANEXO XIII).

A importância do EEECSF e o impacto das intervenções de enfermagem na promoção da saúde da comunidade foram, desta forma, apreendidos através de todas as atividades desenvolvidas durante o estágio.

Relativamente às competências do nível de mestrado, e de acordo com a Portaria nº 782/2009, existiu aquisição de conhecimentos especializados que sustentam a capacidade de reflexão original e a investigação. Nesse sentido, desenvolveram-se aptidões especializadas para a resolução de problemas em matéria de investigação, de forma a ampliar conhecimentos e procedimentos e integrar os conhecimentos de diferentes áreas.

6 – CONCLUSÃO

Neste documento foi apresentado o percurso realizado ao longo do estágio de intervenção comunitária, para o qual se objetivou a aquisição de competências específicas do EEECSF.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a educação e a promoção da saúde são contributos dos enfermeiros, melhoram o estado de saúde da população, pois estes são os profissionais de saúde que ocupam uma posição diferente para intervir concretamente e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Assim, o EEECSF tem um papel essencial neste âmbito na medida em que, é da sua competência cooperar no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades.

A intervenção do EEECSF é fundamental para a promoção de conhecimentos e bons hábitos saudáveis, uma vez que as crianças que adotam estilos de vida saudáveis, têm maior probabilidade de a manter durante toda a vida (DGS, 2006).

O projeto de intervenção comunitária teve por base a temática da obesidade infantil como potencial causadora de Diabetes *Mellitus* tipo II. O aumento da prevalência de ambas as doenças, tanto a nível mundial, como em Portugal, fundamenta a pertinência da temática e impõe uma intervenção urgente na prevenção.

Com este projeto de intervenção comunitária pretendeu-se facultar informações para que estas crianças possam adquirir hábitos para uma vida saudável, nomeadamente a prática regular da atividade física e uma alimentação saudável.

Fazendo uma alusão aos objetivos geral e específicos, e analisando os resultados das avaliações, assim como dos questionários aplicados, é possível afirmar que se as atividades realizadas permitiram informar sobre os benefícios de uma alimentação saudável e da prática de atividade física/exercício físico, alertar para as complicações de obesidade infantil e sensibilizar os pais/cuidadores para as complicações da Diabetes *Mellitus* tipo II. Assim sendo, foi promovida a literacia em saúde, com vista à prevenção da Diabetes.

Os resultados obtidos demonstram o impacto positivo do projeto, revelando que houve aumento da prática de exercício físico, aumento da ingestão de frutas e verduras, com

diminuição da ingestão de alimentos hipercalóricos.

Uma das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária passa pela capacidade de integrar a comunidade na resolução dos seus problemas.

A elaboração deste documento permitiu uma reflexão sobre o percurso efetuado, sobre a prática desenvolvida e sobre o Planeamento em Saúde que possibilitou o desenvolvimento de competências ao nível de uma enfermagem avançada. Todas as atividades realizadas na UCC, para além da intervenção comunitária, permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências específicas nos vários domínios previstos no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Além disso, foi uma experiência enriquecedora e gratificante a nível pessoal e profissional.

Realça-se a importância da continuidade desta intervenção comunitária. A Enfermagem Comunitária ao abranger esta temática, contribuirá para a capacitação da comunidade para uma resposta atempada que promova a manutenção da cadeia de sobrevivência. A implementação de um projeto por mim delineado que terá continuidade na UCC é também motivo de orgulho, esperando envolver mais crianças neste programa.

Com o trabalho realizado foi possível promover a saúde numa perspetiva salutogénica bem como intervir no âmbito da prevenção terciária para restabelecimento do equilíbrio na comunidade afeta a este projeto.

Este trajeto foi possível muito pelo apoio da Enf.^a Cooperante e da Prof.^a Orientadora. De destacar também a disponibilidade de toda a equipa da UCC, de toda a comunidade da Marinha Grande e dos parceiros envolvidos, que foram fundamentais para o desenvolvimento e para o sucesso do projeto.

Este campo de estágio revelou-se adequado pelo enriquecimento de experiências que possibilitou, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Houve oportunidade de divulgar este projeto sob a forma de póster científico no Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Santarém, em maio do corrente ano.

Para finalizar, a elaboração deste relatório permitiu o desenvolvimento da minha capacidade de análise crítica e reflexiva, essencial na avaliação do projeto de intervenção comunitária desenvolvido.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Centro (2018). *Plano Local de Saúde ACES Pinhal Litoral*. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro.
- Administração Regional de Saúde do Centro (2019). *Perfil de Saúde ACES Pinhal Litoral*. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro.
- Amaral, M. (2009). *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados, a visão das Enfermeiras* Tese de Mestrado Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Disponível em <https://hdl.handle.net/10216/20148>
- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo* (3.^a ed.). Lisboa: Edições 70. ISBN: 9789724415062
- Broca, P (2012). *Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem. 65(1), p. 97-103. Consultado em 12 de fevereiro de 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/rxxwHhHCKZbGpD9M47DjDxp/?format=pdf&lang=pt>
- Carneiro, C. (2020). Obesidade Infantil: um desafio de saúde pública no século XXI. *Ordem dos Médicos*. Consultado em 06/05/2021. Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/obesidade-infantil-um-desafio-de-saude-publica-no-seculo-xxi/>
- Conselho Internacional dos Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: Da evidência à ação*. Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, C. (2016). *Sono e Obesidade em Idade Pediátrica*. Artigo de Revisão - Tese de Mestrado em Medicina da Universidade de Medicina de Lisboa. Disponível em <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26372/1/CatarinaFJCorreia.pdf>
- Costa, Y., Araújo, O., Almeida, L. & Viegas, S. (2014). O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. *O Mundo da Saúde*, 38, 473-481. Disponível em <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20143804473481>
- COSI (2019). *Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI Portugal 2019*. Instituto Ricardo Jorge
- Dias, S., Maciel, T. & Sablich, G. (2007). Diabetes tipo 2 na infância: revisão de literatura. *ConScientiae Saúde*. 6(1), 71-80. Disponível em <https://doi.org/10.5585/conssaude.v6i1.910>
- Direção Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2019). *Obesidade*. Lisboa. DGS
- Direção Geral de Saúde (2006). *Atualização das curvas de Crescimento*. Circular. Normativa N°05/DSMIA.21/02/06.Lisboa.DGS
- Direção Geral de Saúde (2011). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Norma 002/2011*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2016a). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. Lisboa: DGS
- Direção Geral da Saúde (2016b). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Lisboa: DGS

- Direção Geral da Saúde (2017). *Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2021). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: DGS
- Filipe, J., Godinho, C. & Graça, P. (2016). Intervenções Comportamentais de Prevenção da Obesidade Infantil: Estado da Arte em Portugal. *Psychology, Community & Health*. 5(2), 170-184. Disponível em <https://doi.org/10.5964/pch.v5i2.175>
- Fortin, M (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Gabay, M., Cesarini, P. & Dib, S. (2003). Diabetes melito do tipo 2 na infância e adolescência: revisão da literatura. *Jornal de Pediatria*. [online]. 79, (3), 201-208. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0021-75572003000300004>.
- Hanson, S. (2004) - *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. 2ª Edição, Lusociência: Loures.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas
- International Diabetes Federation (2020). *IDF Diabetes Atlas*. 9ª Edição. Consultado em 21 de janeiro de 2021. Disponível em https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf
- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde: Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- 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., 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. Relatório metodológico*. Universidade do Porto. ISBN: 978-989-746-181-1. Consultado em 21 de janeiro de 2021. Disponível em <https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relatorio%20Metodol%C3%B3gico.pdf>
- Macêdo, S., Araújo, M., Marinho, N., Lima, A., Freitas, R., & Damasceno, M. (2010). Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em crianças. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18(5), 1-8. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000500014>
- Martins, N. (2014). *Pessoas idosas e incontinência urinária: Trajetória da proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada em enfermagem*. (Tese de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil). Disponível em <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/774>
- Mello, E., Luft, V. & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, [online] 80 (3), 173-182. Disponível em <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1180>.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Edições Lidel. ISBN: 9789897524776
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model*. (3th ed). USA: Library of Congress. ISBN: 9780838567012
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson. Disponível em <https://doi.org/10.1177/0894318412457067>
- Nogueira-de-Almeida, C., Mello, E., Ribeiro, G. Almeida, C., Falcão, M. & Rêgo, C. (2018). Classificação da obesidade infantil. *Revista de Medicina (Ribeirão Preto)*, 51(2), 138-152. Disponível em <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v51i2p138-152>
- Nunes, M. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as suas ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora. ISBN: 9789895157143
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Peixoto, N. & Peixoto, T. (2016). Prática Reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121-132.
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. (Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/24199>
- Poeta, L., Duarte, L. & Giuliano, I. (2010). Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças obesas. *Revista Associação Médica Brasileira*. 52(6), 168-172. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000200014>
- Portaria nº 782/2009. *Diário da República, nº 141/2009, Série I*. Ministério do Trabalho e da Segurança Social, da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa.
- Prazeres, T. & Fonseca, J. (2010). Rastreamento da obesidade infantil – três anos de jornadas nacionais. *Acta Pediátrica Portuguesa* 41, 122-126. Disponível em <https://doi.org/10.25754/PJP.2010.4358>
- Regulamento nº 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, 2ª Série, Nº 135, p. 19354. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeirospt/media/8418/115698536.pdf>.
- Regulamento nº 348/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2ª Série, Nº 118/19, 16481 - 16486. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/67540266>
- Rixillo, M. (2011). *Modelo de Sistemas de Betty Neuman*. Disponível em <http://pt.slideshare.net/rixillo/modelo-de-sistemas-de-neuman>.
- Romualdo, M., Nóbrega, F. & Escrivão, M. (2014). Insulin resistance in obese children and adolescents. *Jornal de pediatria*, 90(6), 600-607. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.03.005>
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 59-62.
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Revista Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4 (3), 127-134. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/2320>
- Serra, L. (2008). *Pé Diabético – Manual para a prevenção da catástrofe*. (2ª ed). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas. ISBN: 9789727575091
- Silva, A., Oliveira, A., Silva, C., Oliveira, D., Carrias, D., Rodrigues, H., Lima, W. (2018). Relação da alimentação com surgimento precoce de obesidade e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 18(90), 1-6. Disponível em <https://doi.org/10.25248/reas.e90.2019>
- Simões, H., Serra, F. & Duarte, S. (2015). Diabetes Tipo 2 na Infância e Adolescência – Novos Doentes, Novos Desafios. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 10(2), 90-107. Consultado em 21 de janeiro de 2021. Disponível em <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-10-n%C2%BA-2-Junho-2015-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-90-97.pdf>
- Soares, P. (2020). Diabetes tipo 2 em crianças e adolescentes: como prevenir? Hospital da Luz. Lisboa. Consultado em 21 de janeiro de 2021. Disponível em <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/guia-de-saude/dicionario-de-saude/D/88/diabetes-tipo-2-jovens-prevenir>
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2017). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo Clannade. Consultado em 21 de janeiro de 2021. Disponível em <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>

- Sousa, J., Loureiro, I. & Carmo, I. (2008). A obesidade infantil: um problema emergente. *Revista Saúde e tecnologia*, 2, 5-15. Disponível em <http://dx.doi.org/10.25758/set.74>
- Sousa, M. R; Peixoto, M. J. & Martins T. (2008). Satisfação do diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência*, 8, 59-67.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública cuidados de saúde na comunidade centrados na população (7ª ed.)*, Loures: Lusodidata. ISBN: 9789898075291
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*, (5ª Ed.). Loures: Lusociência.
- UCC Marinha Grande (2013). *Plano de Ação da UCC Marinha Grande*. Marinha Grande.
- Venâncio, P., Aguilar, S. & Pinto, G. (2012). Obesidade infantil... um problema cada vez mais atual. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28, 410-416. Disponível em <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v28i6.10982>
- Viveiro, C., Brito, S. & Moleiro, P. (2016). Sobrepeso e obesidade pediátrica: a realidade portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 34(1), 30-37. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.07.004>
- Wandekoken, K. & Siqueira, M. (2013). Aplicação do modelo de Neuman e diagnósticos de Nanda ao cuidado do usuário de crack. *Ciencia y enfermeria* 19 (2), 125-139. Disponível em <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200012>
- World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, Canadá. Consultado em 21 de janeiro de 2021. Disponível em https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- World Health Organization (2007). Growth reference data for 5-19 years. Consultado em 22 de fevereiro de 2021. Disponível em <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years>
- World Health Organization (2009). *Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents*. FACT SHEET 2.3, CODE: RPG2_Hous_E2. Consultado em 21 de janeiro de 2021. Disponível em https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96980/2.3.-Prevalence-of-overweight-and-obesity-EDITED_layouted_V3.pdf
- World Health Organization (2011). *Obesity and Overweight*. Consultado em 21 de janeiro de 2021. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Health Organization (2016). *Health literacy. The solid facts*. Genève: Kickbusch, Pelikan, Apfel & Tsouros. Consultado em 21 de janeiro de 2021. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>
- World Health Organization (2021). *Diabetes*. Consultado em 21 de janeiro de 2021. Disponível em https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

ANEXOS

ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

PROJETO DE ESTÁGIO

Autores:

Salomé Pedrosa, Nº 180400140

Santarém, setembro 2020

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO II

PROJETO DE ESTÁGIO

“Prevenção da Diabetes tipo II em Crianças”

Autores:

Salomé Pedrosa, N^o 180400140

Orientadora:

Prof^a Celeste Godinho

Enf^a Cooperante:

Enf^a Ana Sofia Machado

Santarém, setembro 2020

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

A8 – Auto-estrada 8

A17 – Auto-estrada 17

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CIPE – Classificação internacional para a Prática de Enfermagem

Dec. Lei – Decreto-Lei

EN 242 – Estrada Nacional 242

Enf^a – Enf^a

ERIC – Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

IMC – índice de Massa Corporal

Km² – quilómetros quadrados

n.º - número

p. - Página

PLS – Plano Local de Saúde

PrS – Promoção da Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	5
1 – CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE	6
1.1– UCC DA MARINHA GRANDE	9
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
3 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	16
3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	16
3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	18
3.3 – FIXAÇÃO DOS OBJETIVOS	19
3.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	19
3.4.1 – <i>Scoping Review</i> 20	
4 – PROJETO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	24
4.1. OUTRAS ATIVIDADES A DESENVOLVER	24
5- PLANO DE ATIVIDADES	26
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	
Anexo I – Guião de entrevista a Informantes-chave	37
Anexo II – Análise de conteúdo das Entrevistas	38
Anexo III – Entrevistas Informantes chave	45
Anexo IV – <i>Scoping review</i>	62

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 3 - Localização geográfica do Concelho da Marinha Grande	7

INTRODUÇÃO

A realização do presente projeto surge no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém, integrado na unidade curricular - Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária (ERIC). Segundo Guerra (2002), um projeto é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, mas é também a expressão de uma necessidade, de uma situação a que se pretende responder.

Este estágio decorre no período de 27 de julho a 18 de dezembro de 2020 na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) – situada no Centro de Saúde da Marinha Grande, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Pinhal Litoral, onde através da metodologia de planeamento em saúde, se pretende realizar um diagnóstico de enfermagem à comunidade.

Neste contexto, os objetivos definidos para o estágio são:

- Analisar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária numa perspetiva transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

O Projeto de Intervenção Comunitária pretende definir a área de intervenção de acordo com os resultados obtidos e com as prioridades identificadas no Diagnóstico de Situação, o qual foi desenvolvido recorrendo a entrevistas a informantes-chave, da UCC.

Recorrendo ao Modelo de Betty Neuman e ao Planeamento em Saúde, foi desenvolvido este projeto de estágio, referente à Unidade Curricular Estágio II.

Para contextualizar o plano de ação apresentado, é feita uma caracterização do concelho da Marinha Grande e da respetiva população, de forma a identificar as suas principais necessidades. Para tal, procedeu-se à análise documental do Plano de Ação da UCC, Plano Local de Saúde (PLS) do ACES Pinhal Litoral, corroborada com entrevistas a informantes-chave, da UCC., pelo seu conhecimento em relação à Comunidade, que foram submetidas a uma análise de conteúdo.

Do processo de Diagnóstico de situação desenvolvido, destacam-se as entrevistas a Informantes Chave, que foram submetidas a análise de conteúdo, da qual emergiram os Diagnósticos de Enfermagem e se sustentou a necessidade de intervenção na área da promoção de estilos de vida saudável em crianças, mais especificamente na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças.

Através das informações recolhidas, concluiu-se a importância de trabalhar a obesidade infantil relacionada com o aparecimento de Diabetes *Mellitus* tipo II, em crianças.

Na elaboração do presente projeto de intervenção foi tido como base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, assim como o Código Deontológico que regulamentam a atividade profissional dos enfermeiros.

Para a realização deste documento foram utilizadas as Normas da APA, adotadas pela Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), do Instituto Politécnico de Santarém.

1 – CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE

Podemos caracterizar Marinha Grande como uma cidade portuguesa, pertencente ao distrito de Leiria, na província da Beira Litoral.

Tendo como base o “Modelo de Sistemas” de Betty Neuman e considerando a Comunidade como Cliente, procede-se à caracterização da comunidade através de cada um dos subsistemas.

O concelho da Marinha Grande apresenta-se como um dos concelhos mais promissores do país, enquanto possibilidade de criação de postos de trabalho e fixação de famílias, dado que tem como principal atividade económica a indústria.

Situada no litoral da região centro de Portugal, no distrito de Leiria, a 10km do oceano, a Marinha Grande está implantada numa extensa planície, cercada por um horizonte de pinheiros do majestoso Pinhal do Rei, também conhecido por Pinhal de Leiria ou Mata Nacional de Leiria.

A Marinha Grande está limitada a Norte e Este pelo concelho de Leiria e a Sul pelo concelho de Alcobaça, implantada numa extensa planície de chão arenoso rodeado por inúmeras matas de pinheiros que constituem o Pinhal de Leiria. É banhada pelas praias de São Pedro de Moel e Praia de Vieira de Leiria.

O concelho é constituído por três freguesias: Marinha Grande, Vieira de Leiria e Moita, e tem uma área aproximada de 187,2 km² (figura 1).



Figura 1 - Localização geográfica do Concelho da Marinha Grande
Fonte: Câmara Municipal da Marinha Grande (2015)

A população residente é de 38878 habitantes, estando distribuída pelas três freguesias do concelho. A faixa etária com maior representatividade situa-se entre os 7-64 anos. Esta informação permite aos profissionais de saúde aplicar as ponderações recomendadas no documento de apoio à implementação da UCC e, desta forma, classificar a população quanto às prioridades de intervenção permitindo dotar recursos a estas necessidades.

Atualmente verifica-se a presença de comunidades Indiana, Brasileira, de países do Leste e, mais recentemente, um aumento do número de cidadãos Paquistaneses no concelho. Na Marinha Grande existem também indivíduos de etnia cigana distribuídos por três principais comunidades, de estratos sócio económicos visivelmente distintos.

Relativamente ao subsistema **Comunicação e Transportes**, por ser uma planície, o concelho da Marinha Grande constitui uma área geográfica propícia à utilização de meios de transporte não motorizados. Por essa razão, até há poucos anos, a bicicleta era o principal meio de deslocação.

A existência de uma ciclovía entre a Marinha Grande, São Pedro de Moel e Vieira de Leiria, constitui uma mais-valia em termos de acessibilidade territorial por meio não motorizado.

Quanto aos transportes, o concelho possui condições razoáveis de circulação, sobretudo ao nível rodoviário. As vias projetadas, nomeadamente com ligação em autoestrada entre: Marinha Grande – Figueira da Foz (N109/A17) e Marinha Grande-Leiria (A8), introduzem uma inquestionável melhoria na circulação e acesso dos bens produzidos no concelho. Também as ligações com Coimbra (A1) e Lisboa (A8) tornam a Marinha Grande num concelho próximo de todo o país.

O concelho possui também uma linha interna de transportes públicos e uma estação rodoviária. Para além disso, dispõe de várias praças de táxis, uma estação ferroviária, estações de correios e postos de telefone público.

Quanto ao **subsistema económico**, o índice de dependência de jovens é de 20.27%, o índice de dependência dos idosos é de 36.71% e o índice de dependência total é de 56.98%, representando assim mais de metade da população dependente.

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2012), a população na faixa etária entre os 15 e os 64 anos de idade, 68% é população ativa, registando-se um índice de juventude de 37% e um índice de envelhecimento de 123,70%. O índice de Pearl representa um saldo natural o que traduz um maior número de nascimentos do que de óbitos à data dos últimos censos realizados para o concelho da Marinha Grande. No que respeita à longevidade verifica-se concordância com os valores nacionais, que regista 46,4 %.

Como recursos na comunidade a nível do **Subsistema da Educação**, o parque escolar da Marinha Grande está dotado de três Agrupamentos de Escolas: Agrupamento de Escolas Marinha Grande Poente, Agrupamento de Escolas Marinha Grande Nascente e Agrupamento Vieira de Leiria.

Com um total de 40 estabelecimentos de ensino público e 11 privados, abrange uma média de 6000 alunos.

Relativamente ao **Subsistema de Recreação**, o município dispõe de diversos parques infantis, jardins e espaços verdes, percursos para caminhada, pavilhões gimnodesportivos, campos de futebol, piscinas municipais, entre outros.

Como exemplos de respostas culturais na Marinha Grande temos cinco espaços museológicos; o Núcleo de Arte Contemporânea; dois Cine teatros na freguesia de Vieira de Leiria; Galeria Municipal com oferta de exposições temporárias e eventos para públicos mais intimistas; oferta cultural promovida pela autarquia e várias coletividades/associações do concelho; existência de vários grupos de teatro no concelho; Orquestra Ligeira da Marinha Grande; Biblioteca Municipal; Grupo de Percussão Tocandar; Orquestra da Amieirinha; Coro da Tertúlia dos Anos de Ouro; Casa da Cultura –Teatro Stephens; Auditório José Vareda do Sport Operário Marinhense.

Existem também cerca de cinquenta coletividades desportivas. Os desportos com maior expressão no concelho são o andebol, futebol, natação, ténis de mesa, judo, patinagem de velocidade e artística e atletismo. Existe uma forte interação destas coletividades com os restantes parceiros da rede social, nomeadamente com a saúde, existindo projetos da UCC com parceria com estas coletividades, nomeadamente no âmbito da obesidade infantil e Diabetes no adulto.

Ao longo do ano, o município, em associação com várias coletividades e também com outros parceiros da rede social, nomeadamente a Saúde, promove atividades desportivas e lúdicas para as várias faixas etárias.

No concelho existe também uma estação de rádio (Rádio Clube Marinhense) e um Semanário (Jornal da Marinha Grande).

O **Subsistema Religião** é constituído por diferentes credos e religiões, fruto da multiculturalidade presente na região, destacando-se a religião cristã, com a presença de inúmeras igrejas e capelas.

No que se refere ao Subsistema **Leis e Política**, é relevante destacar as várias Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), todas integradas na rede social e que operam em áreas e idades da população diversas. Existem IPSS de intervenção na infância e juventude, incluindo uma que coordena o Centro de acolhimento temporário para crianças vítimas de maus tratos; IPSS que intervêm com idosos e pessoas com vulnerabilidade social incluindo a prestação de apoios no âmbito da alimentação a apoio domiciliário e uma IPSS que intervém na área das toxicodependências, incluindo equipas de rua.

Relativamente ao subsistema **Saúde e Segurança**, em termos de segurança pública este concelho conta com a presença da Polícia Segurança Pública (PSP), da Guarda Nacional Republicana (GNR), da Proteção Civil e de diversas corporações de Bombeiros.

A nível da saúde temos o Centro de Saúde da Marinha Grande, constituído por 3 equipas de Saúde Familiar (duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP- e uma Unidade de Saúde Familiar); uma Unidade de Cuidados na Comunidade; uma equipa da Unidade de Saúde Pública; um Serviço de Atendimento Permanente aberto 24 horas; um representante da Unidade de apoio à Gestão. Agregadas a uma das UCSP, existem extensões de saúde, situadas em Vieira de Leiria e Moita.

Na comunidade existem ainda onze clínicas de saúde privadas de tipologias diversas, oito laboratórios de análises clínicas, um laboratório de imagiologia, oito farmácias e uma parafarmácia.

1.1– UCC DA MARINHA GRANDE

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (Dec. Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro) propôs uma reorganização dos centros de saúde que consistiu na criação de agrupamentos de centros de saúde, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Os problemas de saúde comunitários e a evolução da prestação dos cuidados de saúde exigem hoje a reorganização das instituições e de métodos de trabalho, enfatizando a constituição de equipas multidisciplinares para otimizar as respostas às necessidades da população. O sentido da mudança é enquadrado pelo Dec. Lei nº 157/99, de 10 de maio, que preconiza uma organização descentralizada. Neste sentido, esta reestruturação cria, entre outras, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Segundo o Decreto-Lei n.º 28/2008, alterado pelo Artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 239/2015 - Diário da República n.º 201/2015, Série I de 2015-10-14, em vigor a partir de 2015-10-19:

1. A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.
2. A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos.
3. O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local.

4. À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.
5. A UCC pode ser criada por municípios, mediante parecer prévio favorável da Administração regional de Saúde (ARS) respetiva, e aprovação do membro do Governo responsável pela área da saúde.
6. A UCC criada nos termos do número anterior fica sob administração do município responsável pela sua criação.
7. A UCC criada nos termos do n.º 5 fica vinculada aos objetivos do ACES respetivo e às regras relativas à sua execução.

O edifício UCC encontra-se no Centro de Saúde da Marinha Grande.

A UCC é uma das unidades funcionais que compõem o Centro de Saúde da Marinha Grande, parte integrante do ACES Pinhal Litoral, a qual nasceu a 23 de fevereiro de 2014 com a homologação do parecer técnico pela ARS Centro. Opera numa base populacional e dá resposta a toda a população do conselho, residente ou não.

Tal como é descrito na legislação, a esta Unidade tem como missão, contribuir para ganhos em saúde da população que abrange, identificando necessidades específicas e prestando cuidados de elevada qualidade, de carácter multidisciplinar.

A equipa constituinte desenvolve as suas atividades numa perspetiva integrativa de cuidados multidisciplinares através da transparência, responsabilidade, igualdade, equidade, confiança, dedicação e respeito. Através destas premissas a UCC da Marinha Grande constitui uma unidade funcional de referência na sua tipologia para todo o ACES e também ARS Centro.

A equipa é constituída por 6 Enfermeiros, detentores de especialidades várias, duas assistentes técnicas, uma assistente social, um fisioterapeuta, um médico e uma psicóloga que afetam parte do seu horário semanal à UCC.

A UCC da Marinha Grande tem na sua carteira de serviços, que contratualiza com o ACES todos os anos, os seguintes projetos programas:

- Vamos Nascer;
- Promoção Saúde Infantil e Juvenil (Pinhal Litoral Seguro, PIOI - Plano de intervenção de obesidade infantil);
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI);
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACRJ);
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ);
- Equipa de prevenção de violência entre adultos (EPVA);
- Programa Saúde Mental para Cuidadores Informais;

- Rede Social e Núcleo Executivo;
- Núcleo Local de Inserção Social (NLI);
- Projeto de Intervenção com Doentes Crónicos;
- Programa de Saúde Escolar (+ contigo; sexualidade e afetos; In-dependências; DARE+; Gerações; Adição sem substância; NSE);
- Viver com Diabetes;
- Projeto de Intervenção em jovens com comportamentos de risco;
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Regulamento 428/2018 define que, uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública é estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, sendo esta, o alvo de intervenção da enfermagem comunitária.

Comunidade é definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 1.0, como o grupo de seres humanos vistos como unidade social ou um todo coletivo composto de membros pela partilha geográfica, de condições, ou interesses comuns. A unidade social constituída pela comunidade como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação de proximidade geográfica, partilha de condições, ou interesses comuns, que constituem as partes do grupo (Regulamento 348/2015).

O planeamento em saúde tem como objetivo fazer face às necessidades de saúde da população rentabilizando os recursos disponíveis. É um processo contínuo e dinâmico constituído por várias etapas, sendo a primeira o Diagnóstico de Situação, que nos permite o conhecimento da comunidade através da identificação dos seus problemas, necessidades, grupos de risco, recursos e outros.

A concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do projeto, esteja este vocacionado para a resolução ou minimização de problemas de saúde ou para a otimização ou aumento da eficiência dos Serviços prestadores de cuidados (Imperatori & Giraldes, 1993).

A Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem — Conselho de Enfermagem), sendo que, o Plano Regional de Saúde da Região Centro recomenda o envolvimento ativo de outras entidades (dentro e fora do setor da saúde) no processo de identificação e hierarquização das principais necessidades de saúde da população da região. Desta forma, é fundamental proceder à comunicação intra e

interinstitucional que permita encontrar as estratégias para melhor responder às questões de saúde (PRS, 2018).

Planear em saúde revela-se, assim, de extrema importância ao nível da saúde comunitária, onde a necessidade de conhecer uma determinada comunidade, deve envolver as várias entidades interessadas, tais como políticas, sociais, educacionais, técnicas e de representantes da população para atingir o fim pretendido, tal como é preconizado nas competências específicas do enfermeiro especialista.

Nesta circunstância, pela natureza dos cuidados que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública presta, este atua adotando uma abordagem sistémica e de promoção da saúde, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade com os outros profissionais, o que vai ao encontro dos postulados do Modelo Sistémico de Betty Neuman (1995); este equaciona como as pessoas se integram e interagem em grupo e em comunidade, através de uma intervenção sistémica do desenvolvimento nos diferentes sistemas contextuais, sendo que este não é somente condicionado pelo próprio, mas por todos aqueles sistemas em que o ser humano está inserido.

O modelo teórico de Betty Neuman, criado em 1970, conhecido também como a Teoria de Sistemas de Cuidados de Saúde, teve origem a partir das teorias de Gestalt, Filosóficas de Chardin e Bernard Marx, Geral dos Sistemas de Bertalanffy, Stress de Hans Seyle e a de Crise de Gerald Caplan (Pearson & Vaughan, 1992) e compreende quatro conceitos metaparadigmáticos: pessoa, ambiente, saúde/doença e enfermagem.

Este modelo apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema cliente, que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade. De acordo com este referencial teórico a pessoa é vista como um sistema composto de variáveis fisiológicas (estrutura física do corpo, biológica e química), psicológicas (emoções e processos mentais), de desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo da vida), socioculturais (relações e expectativas sociais/culturais) e espirituais (influência de crenças religiosas na vida da pessoa) constituindo em conjunto a essência do ser (núcleo). Essas variáveis organizam-se na forma de linhas concêntricas protetoras que agem na retenção, obtenção ou conservação do equilíbrio e integridade desse sistema que compõe a pessoa (Braga & Silva, 2011; Melanie & Evely, 2009).

Atualmente, a Promoção da Saúde (PrS) é vista como um processo mais abrangente, que engloba a comunidade e a saúde dos indivíduos, saúde pública, cuidados de saúde primários, política de saúde e equidade social, mas que pode conter elementos de educação para a PrS (Pereira, 2017). Ainda segundo a mesma autora, a PrS pode ser encarada na perspetiva de um conceito amplo, que aglutina atividades de educação para a saúde, e poderá ser usada sobre os

indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de obterem e manterem práticas de vida saudáveis.

Em Portugal, assim como na maioria dos países, as doenças crónicas constituem a principal causa de mortalidade e de morbilidade. A evidência científica recente aponta para um aumento significativo do seu peso no futuro próximo, sobretudo devido ao aumento de patologias como a Diabetes.

Estima-se que em 2030 a prevalência da Diabetes seja o dobro da prevalência atual no mundo e que aumente cerca de 20% na Europa.

A Diabetes é particularmente frequente em populações envelhecidas, no entanto, atinge idades cada vez mais jovens, aumentando proporcionalmente ao número de pessoas que vivem mais anos e à alteração verificada nos estilos de vida, nomeadamente o sedentarismo e a obesidade.

Portugal é um dos países europeus com uma das mais elevadas taxas de prevalência de diabetes.

O termo “diabetes” designa um distúrbio metabólico, crónico, que se caracteriza por níveis elevados de glucose no sangue o que leva a lesões sérias no coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos. O tipo mais comum de diabetes é o tipo II, mais frequente em adultos, e ocorre quando o corpo se torna resistente à insulina ou o pâncreas não produz insulina em quantidades suficientes (OMS, 2020).

Soares (2020) salienta que se anteriormente a Diabetes *Mellitus* tipo 2 era associada a adultos por se manifestar apenas após anos de obesidade e de vida sedentária, a atualidade é diferente. Nos últimos anos, o aumento da obesidade nas crianças e nos adolescentes conduziu ao aparecimento desta doença em grupos etários cada vez mais jovens.

Nos Estados Unidos da América, cerca de 8 a 45% dos novos casos de Diabetes *Mellitus* em crianças são do tipo II (Macêdo et al., 2010).

Em Portugal, a obesidade infantil tem subido de forma alarmante, apresentando taxas superiores à média europeia, estando desta forma igualmente a aumentar a Diabetes *Mellitus* tipo II na população jovem (Soares, 2020).

O mesmo autor defende ainda que a base terapêutica consiste na educação do jovem e da família, com ênfase nas alterações comportamentais. É fundamental a modificação do estilo de vida que leve à criação de padrões saudáveis de alimentação e de atividade física. Em todas as crianças desde o primeiro ano de vida, a par do peso e da altura, o Índice de Massa Corporal (IMC) deve ser avaliado e registado em curvas de percentil, podendo, assim, identificar-se e corrigir precocemente qualquer tendência para o excesso ponderal.

Dias, Maciel e Sablisch (2007), referem que a tendência mundial é o aumento da incidência da Diabetes *Mellitus* tipo 2 na infância e na adolescência. Além dos fatores de risco predisponentes para a doença, as alterações, nos últimos anos, no estilo de vida da criança têm cooperado para incrementar esses índices. O sedentarismo e as modificações do hábito alimentar têm contribuídos para a epidemia da obesidade infantil.

A prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II requer, em primeiro plano, a prevenção da obesidade.

3 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

Planear pode ser definido como a solução para encontrar a resposta adequada a determinada situação. O planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que condicionam o mesmo: biológicos, endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados. O planeamento em saúde deve conter três fases importantes: a elaboração do plano, a execução e a avaliação (Imperatori e Giraldes, 1993).

É importante a racionalização do uso de recursos, com vista ao cumprimento dos objetivos definidos, tendo em vista a diminuição dos problemas de saúde ponderados como prioritários, o que acarreta a organização e a coordenação de esforços procedentes das diversas áreas socioeconómicas.

Esse processo de previsão de recursos e de serviços necessários tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro (Tavares, 1992). Este processo que é contínuo, cíclico e dinâmico integra diversas fases, nomeadamente o diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e, por último a avaliação (Imperatori e Giraldes, 1993).

3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No Planeamento em Saúde, o Diagnóstico de Situação surge como a primeira etapa. Esta consiste num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes de saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades, permitindo assim, alcançar um conhecimento efetivo dos mesmos, através da identificação dos problemas, da definição e priorização das necessidades ou problemas identificados, formulação de objetivos e soluções aceites pelos intervenientes. O diagnóstico é considerado o ponto a partir do qual será medido o avanço alcançado com as nossas atividades (Imperatori e Giraldes, 1993).

A caracterização da população do concelho da Marinha Grande foi feita a através de entrevistas aos Informantes Chave (anexo I), que foram posteriormente transcritas (anexo II) e submetidas a análise de conteúdo, com recurso a Bardin (2018).

No sentido de manter o anonimato e a confidencialidade dos participantes sempre que estes fossem referidos, foram utilizadas nomenclaturas simbólicas: E1 e E2 para denominação do

primeiro, segundo e terceiro entrevistados, respetivamente. As entrevistas foram codificadas através da contagem das linhas (ln) para posteriormente referenciar as citações utilizadas na análise de conteúdo. No que se refere às regras de codificação, teve-se presente a escolha do recorte da unidade de registo. A E1 resultou num total de 5 páginas A4 e a E2 num total de 6 páginas.

Para a realização da análise de conteúdo foi constituído como *corpus* as entrevistas transcritas aos informantes-chave. Neste processo foram respeitadas as qualidades: de exclusão mútua (cada elemento foi apenas classificado numa categoria), de homogeneidade (respeitando um único princípio para classificação e organização das categorias), de pertinência (adequação das categorias ao referencial teórico mobilizado), de objetividade e de fidelidade (respeitado pela matriz e forma de codificação de todos os elementos) e produtividade (possibilidade de novas inferências), no sistema de categorias estruturado, para validação interna.

Após a constituição do *corpus* das entrevistas, identificaram-se as unidades de registo que foram agrupadas consoante o conteúdo e contexto das mesmas. Posteriormente contruiu-se uma grelha de análise onde é representado um sistema de categorias e subcategorias.

Feita esta análise, das entrevistas realizadas, surgiram a caracterização da comunidade da marinha Grande e as áreas de intervenção comunitária. Daqui desponta a integração de um projeto na área da promoção de estilos de vida saudável em crianças, abordando em particular a prevenção da obesidade infantil e a Diabetes *Mellitus*.

Para além das entrevistas, tal como já referido, o diagnóstico foi desenvolvido com base no Plano de Ação da UCC e no Plano Local de Saúde do ACES Pinhal Litoral. Em ambos os documentos a Diabetes e a obesidade infantil constituem uma problemática prioritária.

Considerando o Plano Local da Saúde do ACES Pinhal Litoral 2018-2020 e com base na lista preliminar dos principais problemas de saúde, estes surgem priorizados segundo os critérios de magnitude, transcendência (social e económica) e vulnerabilidade.

Dos problemas identificados, “Diabetes e Obesidade” surge com a segunda maior pontuação na lista de prioridades. Assim, as estratégias são alinhadas para ter os objetivos gerais de:

- Reduzir a mortalidade prematura;
- Reduzir os fatores de risco relacionados com as doenças prioritizadas;
- Aumentar a esperança de vida saudável;
- Melhorar a satisfação dos utentes.

O excesso de peso e a obesidade são considerados uns dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da Diabetes. Como um dos objetivos das estratégias

identificadas o problema identificado “Diabetes e Obesidade”, é descrita a redução “em 20% o número de crianças obesas em idade escolar”.

Tendo em linha de conta, o Relatório de Atividades da UCC de 2019, observa-se que são identificados:

- Indicadores de Gestão em Saúde – Consulta de Enfermagem para Adolescentes – tendo como um dos objetivos a prevenção da obesidade, promovendo hábitos de vida saudáveis e sensibilização de crianças e famílias para as consequências da obesidade infantil. Como problemas, foram identificados:

- “Mantém-se fraca consciencialização dos pais para as consequências da obesidade a longo prazo, comprometendo a adesão ao projeto;

- Necessidade de criação de estratégia conjunta em articulação com as unidades funcionais UCSP e USF para sensibilizar os pais e aumentar a adesão ao projeto.”

3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades é o passo seguinte na primeira fase do Planeamento em Saúde. No diagnóstico procede-se à identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa de seleção de prioridades. Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Após a realização do diagnóstico de situação e definição dos diagnósticos de enfermagem, procede-se a uma hierarquização os problemas e, conseqüentemente determinação de prioridades. Nesta etapa do planeamento em saúde, são selecionados os problemas de saúde que serão resolvidos (Imperatori e Giraldes, 1993). A definição dos critérios e sua ponderação são cruciais nesta etapa, pois, é a partir destes que se obterá, no final, a lista ordenada de problemas (Tavares, 1990).

A hierarquização das necessidades de saúde e definição das prioridades foi realizada com base no Método de Hanlon. Segundo a DGS (2016), este método constitui-se como um método complexo, mas vantajoso quando o objetivo é produzir uma lista de Problemas de Saúde baseados em dados numéricos. Segundo Tavares (1990), o Método de Hanlon, utiliza quatro critérios para a realização da priorização: Amplitude ou magnitude do problema (A); Gravidade do problema (B); Eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do problema) (C); Exequibilidade do projeto ou da intervenção (D). A ordenação dos problemas é obtida pelo cálculo da fórmula $(A + B) \times C \times D$. A cada um dos critérios deve ser atribuído um peso através de uma escala pré-determinada. Contudo mais recentemente a DGS (2016) baseada nas conclusões de Hanlon apresenta uma nova fórmula de

cálculo das prioridades: $A + (2 \times B) \times C$. Com base no Método de Hanlon, foram apresentadas as necessidades reais da população em estudo, hierarquizados por prioridades.

Tendo por base os dados obtidos do diagnóstico de situação e da priorização das necessidades, é prioritário intervir na prevenção da Diabetes tipo II em crianças, nomeadamente em crianças com obesidade diagnosticada, dado ser um dos principais fatores de risco para desenvolvimento de Diabetes tipo II.

3.3 – FIXAÇÃO DOS OBJETIVOS

Após a realização do diagnóstico de situação e posterior hierarquização dos problemas identificados, é fundamental uma correta fixação de objetivos a atingir relativamente a cada problema num determinado período de tempo, pois, só mediante uma adequada definição de objetivos, é possível proceder a uma avaliação da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993). Na formulação dos objetivos, é importante considerar que estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990). Nesta etapa devem ainda ser definidos os indicadores dos problemas de saúde prioritários e a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas (Imperatori & Giraldes, 1993). Neste contexto, urge a definição do objetivo geral deste projeto, após a identificação e enquadramento da problemática em questão. Assim, define-se como objetivo geral:

- Promover a literacia em saúde visando a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças, entre os 6 e os 12 anos de idade.

O mesmo autor indica que há necessidade de transpor o objetivo geral em objetivos operacionais, uma vez que a capacidade de os alcançar revela a capacidade de atingir o objetivo principal. Por conseguinte, estabelecem-se os seguintes objetivos específicos:

- Informar sobre os benefícios de uma alimentação saudável;
- Informar sobre os benefícios da prática da atividade física/exercício físico;
- Alertar para as complicações da obesidade em crianças;
- Sensibilizar os pais/cuidadores para as complicações da Diabetes *Mellitus* tipo II.

3.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A etapa da seleção de estratégias é a etapa onde se define o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993) através da definição de

formas de atuação (Tavares, 1990). Esta fase requer criatividade, mas também um conjunto de passos para a conceção e seleção da estratégia a adotar (Tavares, 1990).

De forma a executar o Projeto, definiu-se que os médicos da Unidade de Saúde Familiar (USF) Vitrius (do Centro de Saúde da Marinha Grande), encaminharão a listagem dos utentes (crianças entre os 6 e os 12 anos com obesidade diagnosticada). Após este encaminhamento, são realizadas chamadas telefónicas para os responsáveis desses utentes, de forma a saber se estarão interessados em participar.

Após a seleção dos utentes e respetiva aceitação por parte dos mesmos na participação, serão realizadas sete sessões de Educação para a Saúde, onde serão apresentadas as sessões inicial e final e cinco sessões psicoeducativas, desenvolvendo as temáticas: Diabetes *Mellitus* tipo II e suas complicações, Obesidade infantil e suas complicações, Sono e Repouso, Exercício/atividade física e nutrição. As sessões terão lugar na Associação do Casal Galego, Marinha Grande.

Na primeira sessão, assim como na sessão final, serão aplicados os instrumentos de avaliação já previamente selecionados: Questionário de Propensão Alimentar e Questionário de Atividade Física. A posterior análise destes instrumentos indicará se ocorreu alteração comportamental nas crianças.

Relativamente à população-alvo, que será sempre as crianças, houve necessidade de se alterar a população que assistirá às sessões de educação para a saúde. Passaram a ser os pais (apenas um – pai ou mãe) a ser convidados a assistir às sessões, uma vez que a situação atual de pandemia, não permite que se juntem muitas pessoas, e tendo em conta que os pais são o principal motor da mudança dentro de casa, optou-se, assim, por ter apenas os pais presencialmente.

3.4.1 – *Scoping Review*

A prática baseada na evidência pressupõe a utilização consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência existente para fundamentar as decisões sobre o cuidado a prestar a cada pessoa (Sackett *et al.*, 2000).

Para uma prática baseada na evidência, procurou-se a mais recente evidência científica, de forma a garantir a metodologia adequada e eficaz para a orientação das formações futuras e para o desenvolvimento do projeto de intervenção.

A *Scoping Review* suporta-se num protocolo que contém os objetivos, os critérios de elegibilidade dos estudos, a metodologia utilizada, a análise e conclusões dos estudos incluídos (Amendoeira, 2018).

O protocolo desenvolvido para esta *Scoping Review* (anexo III) e teve como base as orientações do *Joanna Briggs Institute*, de forma a garantir a qualidade metodológica. A concetualização teórica permitiu sustentar e orientar a pesquisa sobre a temática e teve como base o mapa concetual, que se encontra em anexo no respetivo protocolo (*Appendix I*), e permitiu conduzir à formulação da questão de pesquisa de acordo com a metodologia PCC: Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção da diabetes *Mellitus* tipo II em crianças?

De acordo com a metodologia PCC a População: Crianças com obesidade; os Conceitos: Enfermagem, Promoção da Saúde, Diabetes *Mellitus* tipo II, Crianças; e o Contexto: a revisão considera todas as intervenções realizadas e avaliadas no contexto de cuidados de saúde primários, no âmbito da Promoção da Saúde com crianças. Os estudos a incluir foram do tipo quantitativo, qualitativo e misto.

A pesquisa foi realizada com os descritores *MeSH* interligados pelo booleano *AND* e *OR* conjugando a seguinte estratégia de pesquisa: (Nurs* *AND* Diabetes *Mellitus* type 2 *OR* Health Promotion *AND* Child).

Procedeu-se à pesquisa de artigos primários e secundários, publicados na base de dados PubMed e na plataforma EBSCO *Host: CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MEDLINE Complete e Medclatina*. Os limitadores usados em cada base de dados, assim como os resultados do cruzamento dos descritores constam na *Search Strategy* do protocolo (*Appendix II*).

O processo de seleção dos estudos desenvolveu-se de acordo com o *PRISMA 2009 Flow Diagram* (*Appendix III* do protocolo), procedendo-se deste modo à extração dos dados a partir do instrumento proposto pelo *Joanna Briggs Institute*, garantindo a qualidade metodológica dos mesmos. Assim, foram identificados um total de 27 artigos através das bases de dados referenciadas. Deste número, foi eliminado 1 artigo duplicado. Dos 26 artigos, 23 foram eliminados a partir da leitura do título e resumo, reunindo-se 3 artigos elegíveis. Estes artigos foram lidos na íntegra e submetidos aos critérios de inclusão definidos, não tendo excluído nenhum.

Foram por isso selecionados três artigos, um de natureza quantitativa e dois de natureza qualitativa:

- O Papel da Hemoglobina A1c no Rastreamento de Intolerância à Glicose e da Diabetes Tipo 2 em Crianças e Adolescentes Obesos;
- Diabetes tipo 2 na infância e adolescência – novos doentes, novos desafios;
- Relação da alimentação com surgimento precoce da obesidade e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes

Todos os artigos foram analisados segundo o *Data extraction instrument*, que é constituído por nove questões que permitiram identificar os estudos (*Appendix IV* do protocolo).

Deste modo, os contributos da evidência científica encontrada reforçam a importância da Educação para a Saúde enquanto eixo central da Promoção da Saúde ao nível dos cuidados de saúde primários, na adoção de estilos de vida saudável em crianças com obesidade, na prevenção da diabetes tipo II.

As principais conclusões dos artigos selecionados, que servirão de sustentação às intervenções implementadas neste projeto, encontram-se de uma forma mais pormenorizada no *Data Synthesis* e no *Data Extraction Instrument* do protocolo.

4 – PROJETO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Um projeto de intervenção em saúde é um documento orientador pormenorizado, com ações, devidamente alicerçadas, a serem desenvolvidas, com a finalidade de responder às necessidades de saúde identificadas e que visam promover a qualidade de vida e ampliar o nível de saúde de uma dada população, através do reforço do envolvimento comunitário na resolução dos problemas identificados, decorrendo num período bem delimitado de tempo (Tavares, 1990).

O projeto individual de intervenção comunitária a desenvolver ao longo deste estágio intitula-se “Promoção de estilos de vida saudável em crianças”, focando-se na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II.

A temática foi selecionada pelo Diagnóstico de Enfermagem realizado, que aponta para a “rutura na linha normal de defesa das crianças, evidenciada por Obesidade”.

Com o nome do projeto escolhido, pretende-se chamar à atenção para a problemática da obesidade infantil e as repercussões que a mesma poderá ter no futuro, em particular o aparecimento precoce de Diabetes *Mellitus*.

4.1. OUTRAS ATIVIDADES A DESENVOLVER

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde (PrS) à pessoa, à família e comunidade. O Regulamento 428/2018 define que, uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública é estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, sendo esta, o alvo de intervenção da enfermagem comunitária.

Para além do desenvolvimento do projeto individual de intervenção comunitária, espera-se que, enquanto mestranda, consiga desenvolver outras atividades integradas na UCC, como forma de capacitar enquanto futura Enf^a especialista em Enfermagem Comunitária.

Objetiva-se, desta forma, a participação nos programas e projetos da UCC: Projeto de Intervenção na Obesidade Infantil, Viver com Diabetes, Curso de preparação para o parto e

parentalidade, Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Projeto de intervenção em jovens com comportamentos de risco.

5- PLANO DE ATIVIDADES

Neste capítulo será esquematizado o plano de atividades através da tabela que consagra os objetivos a atingir, bem como as atividades a desenvolver e as estratégias encontradas. São ainda referidas as unidades de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, relacionadas com o objetivo e as atividades em questão. É importante referir que, enquanto planeamento que é, poderá surgir a necessidade de alterar o plano de atividades. Desta forma, considero que este é flexível e passível de ser alterado sempre que se justifique.

Unidades de Competência	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Quando e Onde	Indicadores de Avaliação
G.1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a UCC da Marinha Grande e a equipa multidisciplinar; - Identificar a área de intervenção para a implementação do projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com Enf^{as} Coordenadora e Cooperante; - Apresentação à equipa e visita às instalações; - Consulta do Plano de Ação da UCC; - Reunião para discussão do projeto a desenvolver, tendo em conta o diagnóstico de situação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda Salomé Pedrosa; - Enf^a Coordenadora da UCC; 	<p>UCC da Marinha Grande</p> <p>13 a 18/09/2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Número de projetos da UCC para integrar alunos; - Número de intervenções individuais propostas; - Número de propostas para desenvolver o projeto individual.

			<p>Enf^a Cooperante do estágio;</p> <p>Equipa multidisciplinar;</p> <p>- Professora Celeste Godinho.</p>		
<p>G.1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados</p>	<p>- Desenvolver o projeto de intervenção comunitária face ao diagnóstico de enfermagem;</p> <p>- Planear intervenções para promover a saúde das crianças com obesidade.</p>	<p>- Elaboração do plano de atividades e cronograma;</p> <p>- Validação do planeamento da intervenção com Enf.^a Cooperante, Professora e parceiros envolvidos;</p> <p>- Participação em reuniões com a Enf.^a coordenadora da UCC e Enf.^a Cooperante, de forma a estabelecer parcerias para o projeto;</p> <p>- Elaboração do plano de formação a implementar;</p> <p>- Validação do planeamento da intervenção com a Professora e Enf.^a coordenadora</p>	<p>- Mestranda Salomé Pedrosa;</p> <p>- Enf.^a Coordenadora da UCC;</p> <p>- Enf.^a Cooperante;</p> <p>- Parceiros;</p> <p>Professora Celeste.</p>	<p>UCC da Marinha Grande</p> <p>13/09/2020 a 9/10/2020</p>	<p>- Nº de reuniões efetuadas;</p> <p>- Nº de propostas produzidas para a intervenção;</p> <p>- Nº de parcerias efetuadas;</p> <p>- Nº de intervenções estabelecidas para o projeto;</p> <p>- Documento com proposta de atividades com o grupo e parceiros.</p>
<p>G.2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de</p>	<p>- Divulgar o projeto de intervenção à comunidade</p>	<p>- Apresentação do projeto de intervenção à Enf.^a Coordenadora da UCC e Enf.^a Cooperante, Professora e parceiros;</p>	<p>- Mestranda Salomé Pedrosa;</p>	<p>UCC da Marinha Grande</p>	<p>- Nº de propostas resultantes das reuniões;</p>

<p>grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Convocação dos pais/encarregados de educação/responsáveis das crianças com obesidade para as sessões do projeto; - Estratégias de motivação para a população em estudo para a participação no projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfª Coordenadora da UCC; - Enfª Cooperante; - Parceiros. 	<p>13/09/2020 a 9/10/2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de crianças abrangidas pelo projeto.
<p>G.2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, ciências humanas e sociais</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar o projeto de intervenção com crianças diagnosticadas com obesidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Planeamento das sessões, considerando os objetivos, conteúdos, estratégias e avaliação; - Sessão de apresentação do programa e dos elementos do grupo; - Sessão nº 2 de EpS: “Diabetes e suas complicações”; - Sessão nº 3 de EpS: “Obesidade infantil e suas complicações”; - Sessão nº 4 de EpS: “Sono e repouso na criança”; - Sessão nº 5 de EpS: “Nutrição e preparação de lanches saudáveis”; Sessão n.º 6 de EpS: “Exercício/atividade física para crianças” - Sessão final. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda Salomé Pedrosa; - Enfª Coordenadora da UCC; - Enfª Cooperante; - Parceiros. 	<p>UCC da Marinha Grande e Sport Clube Operário</p> <p>12/10/2020 a 30/11/2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de contactos telefónicos semanais; - Taxa de sessões de EpS realizadas $((N.º \text{ de sessões de EpS realizadas } \div \text{ n.º de sessões de EpS programadas}) \times 100)$, considerando a meta nos 100%; - Taxa de assiduidade dos participantes em cada sessão $((n.º \text{ de participantes previstos } \div \text{ n.º participantes nas sessões}) \times 100)$; Considerando a meta nos 60%; - Taxa de avaliação de satisfação das sessões, segundo os participantes $((n.º \text{ de participantes a classificar em 4 ou 5 as sessões } \div \text{ n.º total de$

					<p>participantes a avaliar as sessões)x100), considerando a meta nos 80%;</p> <p>- Taxa de avaliação do desempenho do formador, segundo os participantes</p> <p>$((n.º \text{ de participantes a classificar em 4 ou 5 o desempenho do formador } \div n.º \text{ total de participantes a avaliar o desempenho do formador}) \times 100)$, considerando a meta nos 80%;</p> <p>- Taxa de concretização dos objetivos, segundo o formador $((n.º \text{ de objetivos atingidos, segundo o formador } \div n.º \text{ total de objetivos a atingir}) \times 100)$, considerando a meta nos 80%;</p> <p>- Nº de partilhas de experiências na mudança de comportamento relativamente aos temas abordados nas sessões.</p>
G.1.5. Avalia programas e projetos de intervenção	- Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção	- Processo reflexivo ao longo do projeto; - Elaboração do documento de avaliação das sessões;	- Mestranda Salomé Pedrosa	UCC da Marinha Grande	- Avaliação de processo na fase intermédia e final da intervenção comunitária.

<p>com vista à resolução dos problemas identificados</p>		<p>- Elaboração do documento de satisfação da prestação dos formadores.</p>		<p>Ao longo do estágio</p>	
<p>G.2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania</p>	<p>- Integrar alguns projetos do plano de ação da UCC mediante necessidades de intervenção comunitária; - Refletir de forma crítica as atividades e estratégias de intervenção com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária</p>	<p>- Participação nos programas e projetos da UCC: Projeto de Intervenção na Obesidade Infantil, Viver com Diabetes, Curso de preparação para o parto e parentalidade, Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Projeto de intervenção em jovens com comportamentos de risco; - Participação em Seminário Intercalar; - Análise dos resultados das intervenções; - Realização do relatório de estágio; - Participação em seminário final de discussão dos resultados.</p>	<p>- Mestranda Salomé Pedrosa</p>	<p>UCC da Marinha Grande Ao longo do estágio</p>	<p>- Feedback da comunidade e dos profissionais de saúde da UCC; - Documento produzido como Relatório final de Estágio.</p>

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendo com este projeto contribuir para alcançar os objetivos inicialmente propostos, para quem se propõe ser especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Este projeto é o primeiro passo de uma longa caminhada para uma prática avançada de enfermagem em saúde comunitária. Tendo em conta que este objetiva mudanças de comportamento, tenho consciências das dificuldades que poderão surgir.

Considero que o desenvolvimento das atividades poderá ser bastante condicionado, dada a situação pandémica atual e todos os constrangimentos que tem trazido. No entanto, sei que não será impeditivo de ter resultados positivos para as crianças, que são a população alvo

Para finalizar esta reflexão torna-se importante referir que as competências descritas serão desenvolvidas ao longo de todo o estágio, e que a consecução destes objetivos contribuirão para adquirir competências nos vários domínios, que de acordo com o próprio estatuto da Ordem dos Enfermeiros, permitem aos enfermeiros prestar cuidados de enfermagem com elevados padrões de qualidade, e de responder às necessidades e expetativas da comunidade que têm sob a sua responsabilidade.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde do Centro (2018). *Plano Regional de Saúde do Centro 2018-2020*. Administração Regional de Saúde do Centro, IP. Coimbra.

Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo* (3.ª Ed.). Lisboa: Edições 70.

Braga, G. e Silva, J. (2011). *Teorias de enfermagem*. São Paulo: látria. Cabral, V., Ferreira, M., Silva, P., e Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Câmara Municipal da Marinha Grande (2020). Disponível em: <https://www.cm-mgrande.pt/>

Carrondo, E. (2006). Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico. Disponível em: https://scholar.google.pt/scholar?hl=ptPT&as_sdt=0%2C5&q=SALUTOG%C3%89NICO+CORRONDO&btnG= . Acedido em 25/07/2020.

[Chissini, R., Oliveira, C., Giannini, D., Kushnir, M. \(2015\). *Obesidade na infância e adolescência: associação da inflamação e resistência à insulina com alterações metabólicas*. Hospital universitário Pedro Ernesto. Artigo de revisão; v. 14, n. 3, jul-set/2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/19895>. Acedido em 1 de outubro de 2020.](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/19895)

Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro. Diário da República, I Série (38). Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de Abril. Diário da República, I Série (65). Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/105326876/201704291008/73341845/element/diploma#73341845>

[Dias, S., Maciel, T. e Sablisch, G. \(2007\). Diabetes tipo 2 na infância: revisão de literatura. Revista ConScientiae Saúde, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 71-80. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/saude/article/view/910>. Acedido a 10 de setembro de 2020.](https://periodicos.uninove.br/saude/article/view/910)

Gabbay, M. Cesarini, P. e Dib, S. (2003). *Diabetes melito tipo 2 na infância e adolescência: revisão de literatura*. Jornal de Pediatria, v. 79, n.º 3, p. 201-208. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572003000300004&script=sci_arttext&tIng=pt. Acedido a 20 de setembro de 2020.

Galhardo, J. e Shield, J. (2015). *O Papel da Hemoglobina A1c no Rastreamento de Intolerância à Glicose e da Diabetes Tipo 2 em Crianças e Adolescentes Obesos*. Revista Científica da Ordem dos Médicos. Acta Med Port 2015. Mai-Jun; 28(3): 308-315. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/295502895_O_Papel_da_Hemoglobina_A1c_n

[o Rastreamento de Intolerância a Glicose e da Diabetes Tipo 2 em Crianças e Adolescentes Obesos](#). Acedido a 1 de outubro de 2020.

Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação - O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Principia.

Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª edição, Lisboa: Obras Avulsas.

Macêdo, S., Araújo, M., Marinho, N., Lima, A., Freitas, R. e Damasceno, M. (2010). *Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em crianças*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 18 (5), set-out 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_14.pdf. Acedido em 20 de setembro de 2020.

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª edição. USA: Library of Congress

Pearson, A. e Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício da enfermagem*. Lisboa: ACEPS

Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos currículos de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Portugal. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf

Plano Regional de Saúde do Centro 2018-2020. Administração Regional de Saúde do Centro, IP.

[Poeta, L., Duarte, M. e Giuliano, I. \(2010\). Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças obesas. Revista da Associação Médica Brasileira. 56\(2\): 168-72. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-423020100002000144. Acedido a 1 de outubro de 2020.](#)

Regulamento 348/2015. *Diário da República, N.º 118/19 de junho de 2015 -2.ª série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Sackett, L., Strauss, S., Richardson, S., Rosenberg, W. e Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. Chuechill Livingstone. Londres.

Silva, A., Oliveira, A., Silva, C., Oliveira, D., Carrias, D., Rodrigues, H., Morais, J., Rodrigues, K., Barros, I., Souza, M., Araújo, R., Ramos, R. e Lima, W. (2018). *Relação da alimentação com surgimento precoce da obesidade e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes*. Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/329540307_Relacao_da_alimentacao_com_surgimento_precoce_da_obesidade_e_diabetes_mellitus_tipo_2_em_crianças_e_adolescentes. Acedido em 1 de outubro de 2020.

[Simões, H., Serra F. e Duarte, S. \(2015\). Diabetes Tipo 2 na Infância e Adolescência – Novos Doentes, Novos Desafios. Revista Portuguesa de Diabetes, 10\(2\):p. 90-97. Disponível em: http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-10-n%C2%BA-2-Junho-2015-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-90-97.pdf. Acedido em 1 de outubro de 2020.](#)

Soares, P. (2020). Hospital da Luz. Lisboa. Disponível em: <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/guia-de-saude/dicionario-de-saude/D/88/diabetes-tipo-2-joovens-prevenir>

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa: Ministério da Saúde.

Watson, J. (1999). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma de enfermagem*. Loures: Lusociência. 2002.pp. 299.

World Health Organization (2020). *Diabetes*. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

ANEXOS

Anexo I – Guião de entrevista a Informantes-chave



**GUIÃO DA ENTREVISTA PROFISSIONAIS INFORMANTES-CHAVE
DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA MARINHA GRANDE**

**Diagnóstico de Enfermagem Comunitária da população residente
no concelho da Marinha Grande**

Entrevistadora: Salomé Pedrosa

Entrevistado: Informante-chave, enquanto elemento pertencente e dinamizador de um projeto em desenvolvimento nas áreas de interesse

Idade: _____

Formação: _____

Tempo de serviço nas atuais funções: _____

Data: _____

Local: _____

Hora de início: _____

Hora de término: _____

QUESTÕES	INDICADORES
1. Quais os principais recursos da comunidade da Marinha Grande? <ul style="list-style-type: none">• Saúde• Educação• Lazer• Desporto• Instituições de solidariedade social• Outros.	
2. Quais as principais características da comunidade da Marinha Grande? <ul style="list-style-type: none">• Tipo de população: etnias, imigrantes...• Relações sociais• Integração no meio	

<p>3. Quais as principais necessidades/problemas de saúde da comunidade da Marinha Grande?</p>	
<p>4. Considera a promoção da saúde das crianças com obesidade como uma necessidade prioritária na Comunidade da Marinha Grande?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referenciais e orientações na área da promoção da alimentação saudável e da literacia em saúde; • Medidas inovadoras para a redução da incidência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar; • Produzir e divulgar orientações técnicas sobre identificação de crianças com fatores de risco para a obesidade • Maximização das intervenções promotoras de comportamentos saudáveis na rotina diária (refeições e a prática de atividade física em família, bem como outras atividades lúdicas e criativas.) 	
<p>5. Considera que seria importante o desenvolvimento de ações para a prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II em crianças?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ações relacionadas com a promoção da adoção de estilo de vida saudável (dieta e prática regular de exercício físico); • Ações para identificar a prevalência de fatores de risco modificáveis para DM tipo 2; • Ações no âmbito da prevenção da ingestão calórica excessiva, da obesidade e do sedentarismo. 	
<p>6. Deseja acrescentar algum contributo ao que foi referido anteriormente?</p>	



CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Projeto de Intervenção Comunitária dirigido a crianças, na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II

O meu nome é Salomé Gomes Pedrosa, sou Enf^a e encontro-me a frequentar o 8^o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém, e a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde da Marinha Grande, com a cooperação da Enf^a Ana Sofia Machado e a orientação da Professora Celeste Godinho.

Solicito a sua colaboração para a realização desta entrevista, integrada na construção do Diagnóstico de Enfermagem Comunitária, com a qual se pretende validar a promoção da saúde das crianças com obesidade entre os 6 e os 12 anos de idade como uma necessidade prioritária na Comunidade da Marinha Grande e legitimar a pertinência de um projeto no âmbito da literacia em saúde, visando a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo 2 em crianças obesas, entre os 6 e os 12 anos de idade

Se em algum momento desejar interromper a entrevista, tal será imediatamente respeitado.

Os dados recolhidos serão devidamente tratados, mantendo o sigilo e o anonimato.

Solicito que após se considerar devidamente informado, assine este documento dando o seu consentimento à realização da entrevista.

Assinatura: _____

Anexo II – Análise de conteúdo das Entrevistas

ANÁLISE DE CONTEÚDO (Bardin, 2018)

No sentido de manter o anonimato e a confidencialidade dos participantes sempre que estes forem referidos, foram utilizadas nomenclaturas simbólicas: E1 e E2 para denominação do primeiro, segundo e terceiro entrevistados, respetivamente. As entrevistas foram codificadas através da contagem das linhas (ln) para, posteriormente, referenciar as citações utilizadas na análise de conteúdo.

No que se refere às regras de codificação, teve-se presente a escolha do recorte da unidade de registo. A E1 resultou num total de 5 páginas A4 e a E2 num total de 7 páginas. Todas as páginas dos entrevistados foram dactilografadas.

Para a análise de conteúdo foi constituído como *corpus* as entrevistas transcritas aos informantes-chave. Neste processo foram respeitadas as qualidades: de exclusão mútua (cada elemento foi apenas classificado numa categoria), de homogeneidade (respeitando um único princípio para classificação e organização das categorias), de pertinência (adequação das categorias ao referencial teórico mobilizado), de objetividade e de fidelidade (respeitado pela matriz e forma de codificação de todos os elementos) e produtividade (possibilidade de novas inferências), no sistema de categorias estruturado, para validação interna.

Definida a constituição do *corpus* das entrevistas, identificaram-se as unidades de registo que foram agrupadas, de forma gradual e progressiva, consoante o conteúdo e contexto das mesmas. Optou-se, então, por construir através de um tema, um sistema de categorias que se representa sob a forma de uma grelha de análise e que se caracteriza por compreender várias subcategorias. Quanto à construção das categorias, foi feita *à posteriori*.

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
<p>Caracterização da comunidade da Marinha Grande</p>	<p>Subsistemas da comunidade</p>	<p>Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Centro de Saúde da Marinha Grande constituído por 3 equipas de saúde familiar (...) 1 Unidade de Cuidados na Comunidade, 1 equipa de Saúde Pública, um serviço de atendimento permanente aberto 24h” E1: In 30-33 • “11 clínicas de saúde privadas (...), 8 laboratórios de análises clínicas, 1 laboratório de imagiologia, 8 farmácias e 1 parafarmácia” E1: In 36-37 • “Centro de saúde da Marinha Grande, constituído por 3 equipas de saúde familiar da tipologia (2 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e 1 Unidade de Saúde Familiar); 1 Unidade de cuidados na comunidade; 1 equipa da Unidade de Saúde Pública; 1 Serviço de atendimento permanente aberto 24h; 1 representante da Unidade de apoio à Gestão. Com 2 extensões de saúde, situadas em Vieira de Leiria e Moita agregadas a uma das UCSP” E2: In 32-36 • “Na comunidade existem ainda 11 clínicas de saúde privadas de tipologias diversas, 8 laboratórios de análises clínicas, 1 laboratório de imagiologia, 8 farmácias e 1 parafarmácia” E2: In 37-38
		<p>Educação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “3 agrupamentos de escolas (Vieira de Leiria, Marinha Grande Nascente e Marinha Grande Poente) assim como por entidades privadas. Sendo assim, existem 40 estabelecimentos de ensino públicos e 11 privados com um total variável de cerca de 6000 alunos” E1: In 40-43 • “O parque escolar da Marinha Grande é constituído por 3 agrupamentos de escolas, assim como por entidades privadas com um total de 40 estabelecimentos de ensino públicos e 11 privados com um total variável de 6000 alunos” E2: In 41-43
		<p>Recreação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (...) destacam-se: Museu do Vidro; Museu Joaquim Correia; Museu do Molde; Casa Museu Afonso Lopes Vieira; Casa Museu 18 janeiro; Núcleo de Arte Contemporânea – Marinha Grande; 2 Cine teatros na freguesia de Vieira de Leiria; Galeria Municipal com oferta de exposições temporárias e eventos para públicos mais intimistas; Oferta cultural promovida pela autarquia e várias coletividades/associações do concelho; Existência de vários grupos de teatro no concelho; Orquestra Ligeira da Marinha Grande; Biblioteca Municipal; Grupo de Percussão Tocandar; Orquestra da Amieirinha; Coro da Tertúlia dos Anos de Ouro (ADESER II, IPSS); Casa da Cultura –Teatro Stephens; Auditório José Vareda do Sport Operário Marinhense” E1: In 47-67

		<ul style="list-style-type: none"> • “população da Marinha Grande ter acesso a espaços ao ar livre, recursos naturais tais como a mata nacional e praias (...) vários parques de lazer no concelho” E1: In 68-70 • “Existem na Marinha Grande cerca de 50 coletividades desportivas (...) andebol, futebol, natação, ténis de mesa, judo, patinagem de velocidade e artística, atletismo, entre outras modalidades (...) existindo projetos da UCC com parceria com estas coletividades, nomeadamente no âmbito da obesidade infantil e Diabetes” E1: 73-78 • “O concelho da Marinha Grande está situado numa zona privilegiada em termos naturais, com uma extensa mata e ladeada por várias praias o que remete para atividades de lazer ao ar livre (...) vários parques de lazer no concelho.” E2: In 46-48 • “Ao longo do ano o município, em associação com várias coletividades (diagnóstico social) e também com outros parceiros da rede social, nomeadamente a Saúde, promove atividades desportivas e lúdicas para as várias faixas etárias.” E2: In 50-52 • “Existência de 5 espaços museológicos na Marinha Grande: Museu do Vidro; Museu Joaquim Correia; Museu do Molde; Casa Museu Afonso Lopes Vieira; Casa Museu 18 janeiro; Núcleo de Arte Contemporânea – Marinha Grande, 2 Cine teatros na freguesia de Vieira de Leiria; Galeria Municipal com oferta de exposições temporárias e eventos para públicos mais intimistas; Oferta cultural promovida pela autarquia e várias colectividades/associações do concelho; Existência de vários grupos de teatro no concelho; Orquestra Ligeira da Marinha Grande; Biblioteca Municipal; Grupo de Percussão Tocandar; Orquestra da Amieirinha, Coro da Tertúlia dos Anos de Ouro (ADESER II, IPSS) Casa da Cultura –Teatro Stephens; Auditório José Vareda do Sport Operário Marinhenses” E2: In 54-72 • “Existem na Marinha Grande cerca de 50 coletividades desportivas. Os desportos com maior expressão no concelho são: andebol, futebol, natação, ténis de mesa, judo, patinagem de velocidade e artística, atletismo, entre outras modalidades. Existe uma forte interação destas coletividades com os restantes parceiros da rede social, nomeadamente com a saúde, existindo projetos da UCC com parceria com estas coletividades, nomeadamente no âmbito da obesidade infantil e Diabetes no adulto.” E2: In 75-80
		<p style="text-align: center;">Leis e Política</p> <ul style="list-style-type: none"> • “As IPSS existentes na Marinha Grande estão todas integradas na rede social e desenvolvem atividades em áreas e idades de população diversas” E1: In 81-82 • “IPSS de intervenção na infância e juventude” E1: In 82-83 • “Centro de acolhimento temporário para crianças vítimas de maus tratos (...) uma que coordena o Centro de acolhimento temporário para crianças vítimas de maus tratos; IPSS que intervêm com idosos e pessoas com vulnerabilidade social incluindo

			<p>a prestação de apoios no âmbito da alimentação a apoio domiciliário e 1 IPSS que intervém na área das toxicodependências” E1: In 83-86</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Felizmente para o concelho existem várias IPSS, todas integradas na rede social e que operam em áreas e idades da população diversas. Assim temos IPSS de intervenção na infância e juventude, incluindo uma que coordena o Centro de acolhimento temporário para crianças vítimas de maus tratos; IPSS que intervém com idosos e pessoas com vulnerabilidade social incluindo a prestação de apoios no âmbito da alimentação a apoio domiciliário e uma IPSS que intervém na área das toxicodependências, incluindo equipas de rua. A intervenção destas IPSS são sempre em forte articulação com a segurança social, saúde, CPCJ e outros parceiros.” E2: In 83-89
	Características do núcleo	Multiculturalidade	<ul style="list-style-type: none"> • A população da Marinha Grande contempla indivíduos de diversas origens” E1: In 95 • “Destacam-se nacionalidades diferentes da portuguesa tais como indiana, brasileira, paquistanesa e países do Leste” E1: In 99-101 • “As respostas sociais e da saúde na Marinha Grande articulam-se de forma efetiva e com uma ligação forte no âmbito da rede social. Os contactos entre os vários parceiros são muito facilitados, havendo uma informalidade que facilita o trabalho. Sempre que existe um evento ou uma problemática no concelho os vários parceiros mobilizam-se quase automaticamente para dar resposta.” E2: In 92-95 • “A população da Marinha Grande é oriunda de todo o País e também estrangeiro. Este facto deve-se à forte atividade empresarial ligada aos moldes e outros sectores. A maior da população desenvolve a sua atividade profissional em fábricas no concelho. De realçar a presença de comunidades: Indiana, Brasileira, de países do Leste. Mais recentemente verifica-se um aumento do número de cidadãos Paquistaneses no concelho. No âmbito da saúde esta realidade lança vários desafios, nomeadamente, no que respeita à adaptação dos conceitos de saúde face à cultura dos indivíduos, assim como na comunicação, uma vez que no caso dos Indianos e Paquistaneses, na sua maioria falam Inglês ou nem isso.” E2: In 98-105 • “Na Marinha Grande existem também indivíduos de etnia cigana distribuídos por 3 principais comunidades, de estratos sócio económicos, visivelmente distintos. Preocupam mais a saúde os indivíduos residentes em acampamento sem condições de habitabilidade e a fraca adesão desta população aos cuidados de saúde, nomeadamente com as crianças numa perspetiva preventiva.” E2: In 106-109 • “A população da Marinha Grande é pacífica, sendo o índice de criminalidade no nosso concelho baixo. No que diz respeito a esta problemática tem vindo a preocupa-nos o

			<p>aumento dos casos de violência doméstica sinalizados. Este facto também se deve ao facto de há cerca de 1 ano se ter formalizada a Rede de prevenção de violência entre adultos, promovida pela saúde, facilitando assim a sinalização destas situações, oferecendo mais segurança às vítimas aquando da denúncia e também promovendo a divulgação da temática na população através de várias atividades desenvolvidas.” E2: In 110-115</p>
	Problemas de saúde identificados pelos informantes-chave	Doenças crónicas	<ul style="list-style-type: none"> • “a diabetes está em 4º lugar nos fatores de risco e determinantes de saúde registados nos CSP e a Obesidade em 5º lugar” E1: In 113-115 • “Como principais problemas de saúde da população da Marinha Grande destacam-se (...) a doença oncológica, doença cardíaca, doença cerebrovascular, diabetes, DPOC, acidentes e HTA” E1: In 115-117
Áreas de intervenção comunitária	Integração de um projeto no âmbito da prevenção da Diabetes em crianças	Linhas orientadoras	<ul style="list-style-type: none"> • “Tendo em conta o perfil de saúde da população da Marinha Grande, este projeto é relevante. De acordo com o Plano Regional de Saúde (2018-2020) da Região Centro” E1: In 112-115 • “evidentes problemas que estão diretamente relacionados com a obesidade, nomeadamente: alteração do metabolismo dos lípidos; hipertensão; perturbações depressivas; e diabetes” E1: In 121-123 • “a Educação para a Saúde, a literacia em saúde e as competências relativas aos autocuidados constituem os pilares para a capacitação em saúde das crianças com obesidade, suas famílias e comunidades” E1: In 126-128 • “o desenvolvimento de ações para a prevenção de DM II em crianças são de extrema importância” E1: In 134-135 • “concerne à prevenção de ingestão calórica excessiva, obesidade e sedentarismo é uma preocupação de todos os profissionais de saúde. A sua importância é efetiva e acrescenta-se que está inserida nos conteúdos dos cuidados antecipatórios inerentes ao Programa de Saúde Infantil e Juvenil em vigor que orientam as consultas de vigilância” E1: In 140-143 • “este projeto será benéfico no sentido que poderá constituir programa para a UCC” E1: In 146-147 • “À semelhança do resto do país, o sedentarismo que se tem vindo a intensificar representa consequências no perfil de saúde das populações. Ao consultarmos o Perfil de saúde de 2018 verificamos que o excesso de peso é um dos diagnósticos ativos para os determinantes de saúde, seguindo de diagnósticos associados a consumos de tabaco, álcool e drogas.” E2: In 118-121

			<ul style="list-style-type: none">• “Com o desenvolvimento do Programa de Intervenção em Obesidade Infantil, a UCC tem vindo a manifestar uma forte preocupação com os hábitos de vida das crianças e famílias, nomeadamente no âmbito da alimentação e exercício físico. No mesmo Perfil consegue-se verificar que os primeiros 5 diagnósticos estão diretamente relacionados com a obesidade, nomeadamente: alteração do metabolismo dos lípidos; hipertensão; perturbações depressivas; Obesidade e diabetes.” E2: In 122-127• “Em 2018 a UCC elaborou um estudo concluiu que cerca de 50% das crianças na faixa etária dos 10 anos tinham excesso de peso ou obesidade. Fruto desta iniciativa, e do facto de desde o início da sua fundação, a UCC, promover um Projeto de intervenção em obesidade Infantil, verifica-se que existe por parte dos pais uma baixa associação entre a obesidade e as suas possíveis consequências, ou seja, ainda se mantém a falsa ideia de que, quando os meninos crescerem tudo isto passa.” E2: In 130-135• “(...) todos os anos letivos a UCC desenvolve, no âmbito da equipa de saúde escolar atividades na escola alusivas aos hábitos de vida saudáveis.” E2: In 139-140• “Considero que ainda falta a consciencialização dos pais acerca das consequências a curto, médio e longo prazo, da obesidade.” E2: In 141-142• “(...) é urgente utilizar uma estratégia que promova o aumento da perceção dos pais e das crianças para a importância de interromper o ciclo da obesidade. Parece-me igualmente importante estabelecer parcerias com unidades funcionais de saúde, comunidade, escola no sentido de referenciar estas crianças para o programa já existente e enveredar por um projeto de cariz preventivo que assente no aumento da literacia em obesidade infantil.” E2: In 144-149• “Conseguirmos identificar os fatores de risco e medir de que modo a nossa intervenção pode influenciar positivamente o futuro destas crianças parece-nos muito importante.” E2: In 164-165
--	--	--	---

Anexo III – Entrevistas Informantes chave



4

5

6

7

**GUIÃO DA ENTREVISTA PROFISSIONAIS INFORMANTES-CHAVE
DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA MARINHA GRANDE**

8

9

10 **Diagnóstico de enfermagem comunitária da população residente**

11 **no concelho da Marinha Grande**

12

13 **Entrevistadora:** Salomé Pedrosa

14 **Entrevistado:** A. S. C. M.

15 **Idade:** 34 anos

16 **Formação:** Mestrado em Enfermagem Comunitária

17 **Tempo de serviço nas atuais funções:** 2 anos (UCSP), desde Junho 2020 (UCC)

18 **Data:** 2020/07/28 **Local:** UCC Marinha Grande

19 **Hora de início:** 9h **Hora de término:** 11h

20

21

QUESTÕES	INDICADORES
7. Quais os principais recursos da comunidade da Marinha Grande? <ul style="list-style-type: none">• Saúde• Educação• Lazer• Desporto• Instituições de solidariedade social• Outros.	

<p>8. Quais as principais características da comunidade da Marinha Grande?</p> <ul style="list-style-type: none">• Tipo de população: etnias, imigrantes...• Relações sociais• Integração no meio	
<p>9. Quais as principais necessidades/problemas de saúde da comunidade da Marinha Grande?</p>	
<p>10. Considera a promoção da saúde das crianças com obesidade como uma necessidade prioritária na Comunidade da Marinha Grande?</p> <ul style="list-style-type: none">• Referenciais e orientações na área da promoção da alimentação saudável e da literacia em saúde;• Medidas inovadoras para a redução da incidência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar;• Produzir e divulgar orientações técnicas sobre identificação de crianças com fatores de risco para a obesidade• Maximização das intervenções promotoras de comportamentos saudáveis na rotina diária (refeições e a prática de atividade física em família, bem como outras atividades lúdicas e criativas.)	
<p>11. Considera que seria importante o desenvolvimento de ações para a prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II em crianças?</p> <ul style="list-style-type: none">• Ações relacionadas com a promoção da adoção de estilo de vida saudável (dieta e prática regular de exercício físico);	

<ul style="list-style-type: none">• Ações para identificar a prevalência de fatores de risco modificáveis para DM tipo 2;• Ações no âmbito da prevenção da ingestão calórica excessiva, da obesidade e do sedentarismo.	
12. Deseja acrescentar algum contributo ao que foi referido anteriormente?	

22

23

24

25 **Questão 1**

26 Os principais recursos da comunidade da Marinha Grande são os seguintes (Diagnóstico Social
27 da Marinha Grande, 2016):

28

29 **SAÚDE**

30 Centro de saúde da Marinha Grande, constituído por 3 equipas de saúde familiar da tipologia (2
31 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e 1 Unidade de saúde Familiar); 1 Unidade de
32 cuidados na comunidade; 1 equipa da Unidade de Saúde Pública; 1 Serviço de atendimento
33 permanente aberto 24h; 1 representante da Unidade de apoio à Gestão; 1 Unidade de Recursos
34 Assistenciais Partilhados. Importa referir ainda que existem 2 extensões de saúde, situadas em
35 Vieira de Leiria e Moita agregadas à UCSP Atlântica.

36 Na comunidade existem ainda 11 clínicas de saúde privadas de tipologias diversas, 8 laboratórios
37 de análises clínicas, 1 laboratório de imagiologia, 8 farmácias e 1 parafarmácia.

38

39 **EDUCAÇÃO**

40 O parque escolar da Marinha Grande é constituído por 3 agrupamentos de escolas (Vieira de
41 Leiria, Marinha Grande Nascente e Marinha Grande Poente) assim como por entidades privadas.

42 Sendo assim, existem 40 estabelecimentos de ensino públicos e 11 privados com um total
43 variável de cerca de 6000 alunos.

44

45 **LAZER**

46 Relativamente a espaços destinados a atividades de lazer no concelho da

47 Marinha Grande destacam-se:

- 48 • Museu do Vidro;
- 49 • Museu Joaquim Correia;
- 50 • Museu do Molde;
- 51 • Casa Museu Afonso Lopes Vieira;
- 52 • Casa Museu 18 janeiro
- 53 • Núcleo de Arte Contemporânea – Marinha Grande
- 54 • 2 Cine teatros na freguesia de Vieira de Leiria;
- 55 • Galeria Municipal com oferta de exposições temporárias e eventos para públicos mais
- 56 intimistas;
- 57 • Oferta cultural promovida pela autarquia e várias coletividades/associações
- 58 do concelho;
- 59 • Existência de vários grupos de teatro no concelho;
- 60 • Orquestra Ligeira da Marinha Grande;
- 61 • Biblioteca Municipal;
- 62 • Grupo de Percussão Tocandar;
- 63 • Orquestra da Amieirinha
- 64 • Coro da Tertúlia dos Anos de Ouro (ADESER II, IPSS)
- 65 • Casa da Cultura –Teatro Stephens;
- 66 • Auditório José Vareda do Sport Operário Marinhenses

67 Realça-se o facto de a população da Marinha Grande ter acesso a espaços ao ar livre, recursos
68 naturais tais como a mata nacional e praias que permitem diversas atividades em espaços que
69 não sejam fechados. Para além disto existem vários parques de lazer no concelho, de relevo 3
70 na cidade da Marinha Grande e 1 na freguesia de Vieira de Leiria.

71

72 **DESPORTO**

73 Existem na Marinha Grande cerca de 50 coletividades desportivas. Os desportos com maior
74 expressão no concelho são: andebol, futebol, natação, ténis de mesa, judo, patinagem de
75 velocidade e artística, atletismo, entre outras modalidades. Existe uma forte interação destas
76 coletividades com os restantes parceiros da rede social, nomeadamente com a saúde, existindo

77 projetos da UCC com parceria com estas coletividades, nomeadamente no âmbito da obesidade
78 infantil e Diabetes no adulto.

79

80 **INSTITUIÇÕES SOLIDARIEDADE SOCIAL**

81 As IPSS existentes na Marinha Grande estão todas integradas na rede social e desenvolvem
82 atividades em áreas e idades de população diversas. Assim temos IPSS de intervenção na
83 infância e juventude, incluindo uma que coordena o Centro de acolhimento temporário para
84 crianças vítimas de maus tratos; IPSS que intervêm com idosos e pessoas com vulnerabilidade
85 social incluindo a prestação de apoios no âmbito da alimentação a apoio domiciliário e 1 IPSS
86 que intervém na área das toxicodependências, incluindo equipas de rua. A intervenção destas
87 IPSS são sempre em forte articulação com a segurança social, saúde, CPCJ e outros parceiros.

88

89 **OUTROS**

90 As respostas sociais e da saúde na Marinha Grande articulam-se de forma efetiva e de maior
91 relevo através da Rede Social. Os contactos entre os vários parceiros são eficientes e benéficos
92 no sentido de agilizar os processos e tomar as diligências necessárias.

93

94 **Questão 2**

95 A população da Marinha Grande contempla indivíduos de diversas origens, no que diz respeito
96 a território nacional como internacional. Este facto deve-se à forte atividade empresarial ligada
97 aos moldes e outros sectores industriais. A maior da população desenvolve a sua atividade
98 profissional em fábricas no concelho. Sendo assim a questão da multiculturalidade está muito
99 presente na população da Marinha Grande. Destacam-se nacionalidade diferentes da
100 portuguesa tais como indiana, brasileira, paquistanesa e países do Leste (ucraniana, russa). No
101 âmbito da saúde esta realidade representa vários desafios, nomeadamente, no que respeita à
102 adaptação dos conceitos de saúde face à cultura dos indivíduos, famílias e comunidade.
103 Acrescentando que a questão da barreira linguística apresenta-se como um dos grandes desafios
104 à comunicação efetiva.

105 Na Marinha Grande existem também indivíduos de etnia cigana distribuídos por 3 principais
106 comunidades, de estratos sócio económicos, visivelmente distintos. Preocupam mais a saúde os
107 indivíduos residentes em acampamento sem condições de habitabilidade, acrescentando-se os

108 casos de negligência passiva, quando os pais não compreendem e não cumpre a vigilâncias de
109 saúde dos próprios e dos dependentes.

110

111 **Questão 3**

112 Tendo em conta o perfil de saúde da população da Marinha Grande, este projeto é relevante.
113 De acordo com o Plano Regional de Saúde (2018-2020) da Região Centro, a diabetes está em 4º
114 lugar nos fatores de risco e determinantes de saúde registados nos CSP e a Obesidade em 5º
115 lugar. Como principais problemas de saúde da população da Marinha Grande destacam-se, por
116 ordem de prevalência crescente a doença oncológica, doença cardíaca, doença cerebrovascular,
117 diabetes, DPOC, acidentes e HTA.

118 Acrescenta-se que segundo o Plano Local de Saúde do ACES Pinhal Litoral 2018-2020 e o Perfil
119 Local de Saúde Aces Pinhal Litoral 2018, verifica-se que o excesso de peso (relacionado com a
120 diabetes) é um dos diagnósticos ativos para os determinantes de saúde.

121 Na população da Marinha Grande são evidentes problemas que estão diretamente relacionados
122 com a obesidade, nomeadamente: alteração do metabolismo dos lípidos; hipertensão;
123 perturbações depressivas; e diabetes.

124

125 **Questão 4**

126 Sim, considero importante porque a Educação para a Saúde, a literacia em saúde e as
127 competências relativas aos autocuidados constituem os pilares para a capacitação em saúde das
128 crianças com obesidade, suas famílias e comunidades.

129 Atualmente, como referencial para a alimentação das crianças temos o Programa Nacional para
130 a promoção de alimentação saudável (2019) da DGS e o Programa de Saúde Infantil e Juvenil.

131

132 **Questão 5**

133 Sim, o desenvolvimento de ações para a prevenção de DM II em crianças são de extrema
134 importância e numa perspetiva de saúde familiar são desenvolvidas individualmente nas
135 consultas de vigilância pelos enfermeiros. Relativamente a ações para identificar a prevalência
136 de fatores de risco modificáveis penso que é mais direcionado e realizados por enfermeiros

137 especialistas (saúde materna, infantil, comunitária e mental), pelo menos é o que constato na
138 prática profissional.

139 No que concerne à prevenção de ingestão calórica excessiva, obesidade e sedentarismo é uma
140 preocupação de todos os profissionais de saúde. A sua importância é efetiva e acrescenta-se
141 que está inserida nos conteúdos dos cuidados antecipatórios inerentes ao Programa de Saúde
142 Infantil e Juvenil em vigor que orientam as consultas de vigilância.

143

144 **Questão 6**

145 Do ponto de vista da instituição em que se realiza o estágio este projeto será benéfico no sentido
146 que poderá constituir programa para a UCC.

147 Acrescento ainda que o projeto terá vários parceiros, o que no meu ponto de vista o torna
148 enriquecedor: médicos, fisioterapeuta, nutricionista, professor de educação física. O
149 envolvimento de outras unidades referenciadoras tal como a USF também será benéfico para a
150 identificação da prevalência da problemática.

151 Sendo assim perspectiva-se através deste projeto seja efetivada a capacitação e conseguidos
152 ganhos em saúde da população da Marinha Grande.

153

154



CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Projeto de Intervenção Comunitária dirigido a crianças, na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II

O meu nome é Salomé Gomes Pedrosa, sou Enf^a e encontro-me a frequentar o 8^o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém, e a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde da Marinha Grande, com a cooperação da Enf^a Ana Sofia Machado e a orientação da Professora Celeste Godinho.

Solicito a sua colaboração para a realização desta entrevista, integrada na construção do Diagnóstico de Enfermagem Comunitária, com a qual se pretende validar a promoção da saúde das crianças com obesidade entre os 6 e os 12 anos de idade como uma necessidade prioritária na Comunidade da Marinha Grande e legitimar a pertinência de um projeto no âmbito da literacia em saúde, visando a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo 2 em crianças obesas, entre os 6 e os 12 anos de idade

Se em algum momento desejar interromper a entrevista, tal será imediatamente respeitado.

Os dados recolhidos serão devidamente tratados, mantendo o sigilo e o anonimato.

Solicito que após se considerar devidamente informado, assine este documento dando o seu consentimento à realização da entrevista.

Assinatura: _____



4

5

6

7

**GUIÃO DA ENTREVISTA PROFISSIONAIS INFORMANTES-CHAVE
DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA MARINHA GRANDE**

8

9

10 **Diagnóstico de enfermagem comunitária da população residente**

11

no concelho da Marinha Grande

12

13 **Entrevistadora:** Salomé Pedrosa

14 **Entrevistado:** A. L. L. R. B.

15 **Idade:** 49

16 **Formação:** Pós licenciada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

17 **Tempo de serviço nas atuais funções:** 6 anos

18 **Data:** 19/09/2020 **Local:** Marinha Grande (UCC)

19 **Hora de início:** 08:50 **Hora de término:** 10:20

20

21

QUESTÕES	INDICADORES
13. Quais os principais recursos da comunidade da Marinha Grande? <ul style="list-style-type: none">• Saúde• Educação• Lazer• Desporto• Instituições de solidariedade social• Outros.	

<p>14. Quais as principais características da comunidade da Marinha Grande?</p> <ul style="list-style-type: none">• Tipo de população: etnias, imigrantes...• Relações sociais• Integração no meio	
<p>15. Quais as principais necessidades/problemas de saúde da comunidade da Marinha Grande?</p>	
<p>16. Considera a promoção da saúde das crianças com obesidade como uma necessidade prioritária na Comunidade da Marinha Grande?</p> <ul style="list-style-type: none">• Referenciais e orientações na área da promoção da alimentação saudável e da literacia em saúde;• Medidas inovadoras para a redução da incidência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar;• Produzir e divulgar orientações técnicas sobre identificação de crianças com fatores de risco para a obesidade• Maximização das intervenções promotoras de comportamentos saudáveis na rotina diária (refeições e a prática de atividade física em família, bem como outras atividades lúdicas e criativas.)	
<p>17. Considera que seria importante o desenvolvimento de ações para a prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II em crianças?</p> <ul style="list-style-type: none">• Ações relacionadas com a promoção da adoção de estilo de vida saudável (dieta e prática regular de exercício físico);	

<ul style="list-style-type: none">• Ações para identificar a prevalência de fatores de risco modificáveis para DM tipo 2;• Ações no âmbito da prevenção da ingestão calórica excessiva, da obesidade e do sedentarismo.	
18. Deseja acrescentar algum contributo ao que foi referido anteriormente?	

22

23

24

25 **Questão 1**

26 Os principais recursos da comunidade da Marinha Grande são (em anexo Diagnóstico Social da
27 Marinha Grande):

28 De realçar que o representante da saúde na rede social da Marinha Grande integra a equipa da UCC
29 da Marinha Grande (neste caso a coordenadora)

30

31 **SAÚDE**

32 Centro de saúde da Marinha Grande, constituído por 3 equipas de saúde familiar da tipologia (2
33 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e 1 Unidade de Saúde Familiar); 1 Unidade de cuidados
34 na comunidade; 1 equipa da Unidade de Saúde Pública; 1 Serviço de atendimento permanente aberto
35 24h; 1 representante da Unidade de apoio à Gestão. Com 2 extensões de saúde, situadas em Vieira de
36 Leiria e Moita agregadas a uma das UCSP.

37 Na comunidade existem ainda 11 clínicas de saúde privadas de tipologias diversas, 8 laboratórios de
38 análises clínicas, 1 laboratório de imagiologia, 8 farmácias e 1 parafarmácia.

39

40 **EDUCAÇÃO**

41 O parque escolar da Marinha Grande é constituído por 3 agrupamentos de escolas, assim como por
42 entidades privadas com um total de 40 estabelecimentos de ensino públicos e 11 privados com um
43 total variável de 6000 alunos.

44

45 **LAZER**

46 O concelho da Marinha Grande está situado numa zona privilegiada em termos naturais, com uma
47 extensa mata e ladeada por várias praias o que remete para atividades de lazer ao ar livre. Para além
48 disto existem vários parques de lazer no concelho, de relevo 3 na cidade da Marinha Grande e 1 na
49 freguesia de Vieira de Leiria.

50 Ao longo do ano o município, em associação com várias coletividades (diagnóstico social) e também
51 com outros parceiros da rede social, nomeadamente a Saúde, promove atividades desportivas e
52 lúdicas para as várias faixas etárias.

53 Algumas das respostas culturais na Marinha Grande:

54 Existência de 5 espaços museológicos na Marinha Grande:

- 55 • Museu do Vidro;
- 56 • Museu Joaquim Correia;
- 57 • Museu do Molde;
- 58 • Casa Museu Afonso Lopes Vieira;
- 59 • Casa Museu 18 janeiro
- 60 • Núcleo de Arte Contemporânea – Marinha Grande
- 61 • 2 Cine teatros na freguesia de Vieira de Leiria;
- 62 • Galeria Municipal com oferta de exposições temporárias e eventos para públicos mais
63 intimistas;
- 64 • Oferta cultural promovida pela autarquia e várias coletividades/associações do concelho;
- 65 • Existência de vários grupos de teatro no concelho;
- 66 • Orquestra Ligeira da Marinha Grande;
- 67 • Biblioteca Municipal;
- 68 • Grupo de Percussão Tocandar;
- 69 • Orquestra da Amieirinha
- 70 • Coro da Tertúlia dos Anos de Ouro (ADESER II, IPSS)
- 71 • Casa da Cultura –Teatro Stephens;
- 72 • Auditório José Vareda do Sport Operário Marinhenses

73

74 **DESPORTO**

75 Existem na Marinha Grande cerca de 50 coletividades desportivas. Os desportos com maior expressão
76 no concelho são: andebol, futebol, natação, ténis de mesa, judo, patinagem de velocidade e artística,
77 atletismo, entre outras modalidades. Existe uma forte interação destas coletividades com os restantes
78 parceiros da rede social, nomeadamente com a saúde, existindo projetos da UCC com parceria com
79 estas coletividades, nomeadamente no âmbito da obesidade infantil e Diabetes no adulto.

80

81 **IPSS**

82 Felizmente para o concelho existem várias IPSS, todas integradas na rede social e que operam em áreas
83 e idades da população diversas. Assim temos IPSS de intervenção na infância e juventude, incluindo
84 uma que coordena o Centro de acolhimento temporário para crianças vítimas de maus tratos; IPSS que
85 intervêm com idosos e pessoas com vulnerabilidade social incluindo a prestação de apoios no âmbito
86 da alimentação a apoio domiciliário e 1 IPSS que intervêm na área das toxicodependências, incluindo
87 equipas de rua. A intervenção destas IPSS são sempre em forte articulação com a segurança social,
88 saúde, CPCJ e outros parceiros.

89

90 **OUTROS**

91 As respostas sociais e da saúde na Marinha Grande articulam-se de forma efetiva e com uma ligação
92 forte no âmbito da rede social. Os contactos entre os vários parceiros são muito facilitados, havendo
93 uma informalidade que facilita o trabalho. Sempre que existe um evento ou uma problemática no
94 concelho os vários parceiros mobilizam-se quase automaticamente para dar resposta.

95

96 **Questão 2**

97 A população da Marinha Grande é oriunda de todo o País e também estrangeiro. Este facto deve-se à
98 forte atividade empresarial ligada aos moldes e outros sectores. A maior da população desenvolve a
99 sua atividade profissional em fábricas no concelho. De realçar a presença de comunidades: Indiana,
100 Brasileira, de países do Leste. Mais recentemente verifica-se um aumento do número de cidadãos
101 Paquistaneses no concelho. No âmbito da saúde esta realidade lança vários desafios, nomeadamente,
102 no que respeita à adaptação dos conceitos de saúde face à cultura dos indivíduos, assim como na

103 comunicação, uma vez que no caso dos Indianos e Paquistaneses, na sua maioria falam Inglês ou nem
104 isso.

105 Na Marinha Grande existem também indivíduos de etnia cigana distribuídos por 3 principais
106 comunidades, de estratos sócio económicos, visivelmente distintos. Preocupam mais a saúde os
107 indivíduos residentes em acampamento sem condições de habitabilidade e a fraca adesão desta
108 população aos cuidados de saúde, nomeadamente com as crianças numa perspetiva preventiva.

109 A população da Marinha Grande é pacífica, sendo o índice de criminalidade no nosso concelho baixo.
110 No que diz respeito a esta problemática tem vindo a preocupa-nos o aumento dos casos de violência
111 doméstica sinalizados. Este facto também se deve ao facto de há cerca de 1 ano se ter formalizada a
112 Rede de prevenção de violência entre adultos, promovida pela saúde, facilitando assim a sinalização
113 destas situações, oferecendo mais segurança às vítimas aquando da denúncia e também promovendo
114 a divulgação da temática na população através de várias atividades desenvolvidas.

115

116 **Questão 3**

117 À semelhança do resto do país, o sedentarismo que se tem vindo a intensificar representa
118 consequências no perfil de saúde das populações. Ao consultarmos o Perfil de saúde de 2018
119 verificamos que o excesso de peso é um dos diagnósticos ativos para os determinantes de saúde,
120 seguindo de diagnósticos associados a consumos de tabaco, álcool e drogas.

121 Com o desenvolvimento do Programa de Intervenção em Obesidade Infantil, a UCC tem vindo a
122 manifestar uma forte preocupação com os hábitos de vida das crianças e famílias, nomeadamente no
123 âmbito da alimentação e exercício físico.

124 No mesmo Perfil consegue-se verificar que os primeiros 5 diagnósticos estão diretamente relacionados
125 com a obesidade, nomeadamente: alteração do metabolismo dos lípidos; hipertensão; perturbações
126 depressivas; Obesidade e diabetes.

127

128 **Questão 4**

129 Sim. Em 2018 a UCC elaborou um estudo que concluiu que cerca de 50% das crianças na faixa etária
130 dos 10 anos tinham excesso de peso ou obesidade. Fruto desta iniciativa, e do facto de desde o início
131 da sua fundação, a UCC, promover um Projeto de intervenção em obesidade Infantil, verifica-se que
132 existe por parte dos pais uma baixa associação por parte dos pais entre a obesidade e as suas possíveis
133 consequências, ou seja, ainda se mantém a falsa ideia de que, quando os meninos crescerem tudo isto

134 passa. O percurso que a UCC tem feito nesta matéria passa pela aplicação de um programa de 8 sessões
135 conjuntas (em 3 delas juntamos pais e filhos e em 2 delas vêm só os pais) onde a intervenção é feita
136 de forma positiva com o intuito de capacitar as famílias para escolhas mais saudáveis.

137 A par desta intervenção todos os anos letivos a UCC desenvolve, no âmbito da equipa de saúde escolar
138 atividades na escola alusivas aos hábitos de vida saudáveis.

139 Considero que ainda falta a consciencialização dos pais acerca das consequências a curto, médio e
140 longo prazo, da obesidade.

141 Sendo a Diabetes Tipo II uma das consequências mais frequentes da obesidade, e tendo em conta que
142 começando mais cedo, maior é risco de desenvolver comorbilidades, é urgente utilizar uma estratégia
143 que promova o aumento da perceção dos pais e das crianças para a importância de interromper o ciclo
144 da obesidade. Parece-me igualmente importante estabelecer parcerias com unidades funcionais de
145 saúde, comunidade, escola no sentido de referenciar estas crianças para o programa já existente e
146 enveredar por um projeto de cariz preventivo que assente no aumento da literacia em obesidade
147 infantil.

- 148 • Medidas inovadoras para a redução da incidência de excesso de peso e obesidade na
149 população infantil e escolar;
- 150 • Produzir e divulgar orientações técnicas sobre identificação de crianças com fatores de risco
151 para a obesidade;
- 152 • Maximização das intervenções promotoras de comportamentos saudáveis na rotina diária
153 (refeições e a prática de atividade física em família, bem como outras atividades lúdicas e
154 criativas).

155

156 **Questão 5**

157 A UCC desenvolve desde 2009 um projeto de intervenção com crianças com excesso de peso e
158 obesidade. Os hábitos de vida das famílias que já integraram o programa, desde a alimentação, o
159 combate ao sedentarismo são questões que preocupam a nossa equipa. A vida agitada das famílias e
160 as escolhas alimentares pouco equilibradas são uma realidade. Deste modo consideramos que
161 trabalhar estas dimensões é extremamente importante.

162 Conseguirmos identificar os fatores de risco e medir de que modo a nossa intervenção pode influenciar
163 positivamente o futuro destas crianças parece-nos muito importante.

164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

**Projeto de Intervenção Comunitária dirigido a crianças,
na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II**

O meu nome é Salomé Gomes Pedrosa, sou Enf^a e encontro-me a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém, e a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde da Marinha Grande, com a cooperação da Enf^a Ana Sofia Machado e a orientação da Professora Celeste Godinho.

Solicito a sua colaboração para a realização desta entrevista, integrada na construção do Diagnóstico de Enfermagem Comunitária, com a qual se pretende validar a promoção da saúde das crianças com obesidade entre os 6 e os 12 anos de idade como uma necessidade prioritária na Comunidade da Marinha Grande e legitimar a pertinência de um projeto no âmbito da literacia em saúde, visando a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo 2 em crianças obesas, entre os 6 e os 12 anos de idade

Se em algum momento desejar interromper a entrevista, tal será imediatamente respeitado.

Os dados recolhidos serão devidamente tratados, mantendo o sigilo e o anonimato.

Solicito que após se considerar devidamente informado, assine este documento dando o seu consentimento à realização da entrevista.

Assinatura: _____

Anexo IV – Scoping review

Review Title

Promoção de estilos de vida saudáveis em crianças

Reviewers

¹ Salomé Pedrosa

² Professora Celeste Godinho

Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde

Review question

Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção da diabetes *Mellitus* tipo II em crianças?

Objectives

- Identificar as intervenções de Enfermagem na prevenção da diabetes tipo II em crianças e adolescentes.

Key word (Mesh Descriptors)

Passam a ser designadas por descritores Mesh as palavras-chave: *Nurs**; *Diabetes Mellitus type 2*; *Health promotion e Child*, validadas na Mesh Browser 2020.

Background

Portugal é um dos países europeus com uma das mais elevadas taxas de prevalência de diabetes. Os dados do Observatório Nacional da Diabetes (2016) evidenciam que 13,3% da população com idade compreendida entre os 20 e os 79 anos é diabética, o que corresponde a mais de um milhão de portugueses (Dias, 2019).

O termo “diabetes” designa um distúrbio metabólico, crónico, que se caracteriza por níveis elevados de glucose no sangue o que leva a lesões sérias no coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos. O tipo mais comum de diabetes é o tipo II, mais frequente em adultos, e ocorre quando o corpo se torna resistente à insulina ou o pâncreas não produz insulina em quantidades suficientes (OMS, 2018).

Soares (2020) salienta que se anteriormente a Diabetes *Mellitus* tipo 2 era associada a adultos por se manifestar apenas após anos de obesidade e de vida sedentária, a atualidade é diferente. Nos

últimos anos, o aumento da obesidade nas crianças e nos adolescentes conduziu ao aparecimento desta doença em grupos etários cada vez mais jovens.

Nos Estados Unidos da América, cerca de 8 a 45% dos novos casos de Diabetes *Mellitus* em crianças são do tipo II (Macêdo et al., 2010).

Com a urbanização, a população passou a mudar do campo para a cidade e a residir em pequenas casas ou apartamentos. Diante dessas mudanças, a infância, que era sinónimo de atividades físicas, passou a ser de sedentarismo, com as crianças dentro de casa, apenas agarradas aos computadores (Dias et al, 2007). Este aspeto levou, conseqüentemente, ao aumento da prevalência de obesidade infantil.

Em Portugal, a obesidade infantil tem subido de forma alarmante, apresentando taxas superiores à média europeia, estando desta forma igualmente a aumentar a Diabetes *Mellitus* tipo II na população jovem (Soares, 2020).

O mesmo autor defende ainda que a base terapêutica consiste na educação do jovem e da família, com ênfase nas alterações comportamentais. É fundamental a modificação do estilo de vida que leve à criação de padrões saudáveis de alimentação e de atividade física. Em todas as crianças desde o primeiro ano de vida, a par do peso e da altura. O Índice de Massa Corporal (IMC) deve ser avaliado e registado em curvas de percentil, podendo, assim, identificar-se e corrigir precocemente qualquer tendência para o excesso ponderal.

Dias, Maciel e Sablisch (2007), referem que a tendência mundial é o aumento da incidência da Diabetes *Mellitus* tipo 2 na infância e na adolescência. Além dos fatores de risco predisponentes para a doença, as alterações, nos últimos anos, no estilo de vida da criança têm cooperado para incrementar esses índices. O sedentarismo e as modificações do hábito alimentar têm contribuídos para a epidemia da obesidade infantil. Os mesmos autores defendem que a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II requer a prevenção da obesidade.

A literatura evidencia o contributo dos profissionais de saúde na prevenção de complicações e na manutenção da qualidade de vida da pessoa com diabetes, através de consultas de vigilância, do acompanhamento e desenvolvimento de estratégias educacionais que auxiliem a pessoa diabética e sua família ou cuidadores na promoção de comportamentos de autocuidado, promovendo uma melhor gestão e adaptação ao regime terapêutico (Dias, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986), Promoção da Saúde (PrS) é um processo que visa aumentar e capacitar os indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Com a estratégia de PrS, pretende-se que o

enfermeiro consiga capacitar e dotar o cuidador de competências que lhe permitam assumir o papel de prestador de cuidados de forma mais adequada. Os enfermeiros intervêm no sentido da PrS, com uma ação educativa, sistemática e integradora ao longo do processo de adaptação do cuidador/família, proporcionando conhecimento e *empowerment*, para incentivar respostas saudáveis às mudanças.

Empowerment pode ser definido como um processo pelo qual as pessoas, organizações e comunidades ganham mestria sobre os seus assuntos, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e qualidade de vida (Wallerstein, 2006; citado por Pereira, 2017). Segundo Pereira (2017), é um conceito amplo que move indivíduos e grupos na tomada de consciência para o alcance dos seus objetivos. De acordo com Carvalho (2004b; citado por Pereira 2017), é através do *empowerment* que é possível capacitar as pessoas para aprenderem através da vida. O *empowerment* é uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, constituindo o eixo central da PrS. Este assume-se não como um fim, mas como um meio, sendo a sua principal vantagem: as pessoas adquirirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionem poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis (Pereira, 2017).

Desta constatação é possível inferir que a Enfermagem se interessa pelo cuidado à pessoa que, em interação contínua com o ambiente que a rodeia, vive experiências de saúde. Esta definição leva-nos aos conceitos metaparadigmáticos em Enfermagem: cuidados de Enfermagem, pessoa, saúde e ambiente (Morais, 2012).

Devem ser os enfermeiros os agentes de parceria e de mudança junto dos utentes com diabetes tipo II e seus familiares. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros define a Enfermagem como a profissão que, na área da saúde, “tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE, 2015: 99).

Também o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento nº 428/2018) determina no seu artigo 2º, nº1, alínea b) que, no âmbito das suas competências específicas em Enfermagem Comunitária, o enfermeiro especialista nessa área “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Diário da República, 2018: 19354).

O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito individual de saúde, numa complexa interdependência pessoa/ambiente (Morais, 2012).

A pessoa é o centro de interesse, baseada numa relação interpessoal que ocorre entre quem necessita de ajuda e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é mecânico, mas sim humanístico (Amendoeira, 2009). Várias são as fontes que dão ênfase à pessoa como ser individual, alvo de cuidados. É nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que se encontra a definição de que “a pessoa (...) é alvo dos cuidados de Enfermagem, é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 8-9).

A pessoa durante o ciclo vital desenvolve capacidades de acordo com um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos que lhe permitem construir de forma integrativa os valores, padrões sociais e culturais, cujos pilares emergem da família, da escola, dos pares com que se relaciona, das crenças que lhe são transmitidas, da forma como as vivencia e das regras da sociedade em que está inserida (Orem, 1995, 2001; Caria, 2002; Silva, 2010, 2012, 2014, citados por Silva, 2017).

A construção da pessoa enquanto ser único, responsável pelas suas ações e decisões, relaciona-se com todas estas dimensões, no entanto, a sua capacitação depende não só da forma como as integra, mas também daquilo que valoriza neste processo de construção do seu projeto de vida (Meleis, 1991; Orem, 1995; 2001; Silva, 2012, 2014, citados por Silva, 2017).

Da forma como se relacionam os conceitos metaparadigma anteriormente descritos, resultam diferentes maneiras de conceber os cuidados.

Tendo como objetivo a capacitação para a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II, elegeu-se como referencial teórico o Modelo de Dorothea Orem.

A teoria geral de enfermagem concetualizada por Orem (2001) integra três construtos interrelacionados: teoria do autocuidado, teoria do *défice* do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

Em relação à teoria do autocuidado, esta permite-nos trabalhar o conceito de autocuidado numa perspetiva da promoção da capacitação da pessoa em relação ao mesmo. “...a teoria do autocuidado favorece a autonomia do indivíduo para o autocuidado ao conduzir a pessoa assistida ao reconhecimento de suas habilidades e capacidade de cuidar de si e do outro...” (Silva e Murai, 2012:60 citados por Silva, 2017).

A teoria do *défice* de autocuidado de Orem é constituída por três teorias, contudo integramos essencialmente a teoria dos sistemas de enfermagem e do autocuidado, pois segundo a autora a primeira é unificadora e inclui todos os elementos essenciais e a segunda é o fundamento das outras e exprime o objetivo, os métodos e o resultado de cuidar de si próprio (Orem, 2001).

No que concerne à teoria dos sistemas de enfermagem, Orem (2001) concebe três sistemas:

sistema totalmente compensatório; sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação; sendo este último orientado para execução do autocuidado por parte da pessoa e regula o exercício e o desenvolvimento da atividade do autocuidado (Orem in Alligood, 2004 citados por Silva, 2017).

Assim, segundo Orem (1995), a ciência do autocuidado identifica o que uma pessoa necessita para ser saudável, a complexidade dos fatores que deve mudar ou modificar essas exigências, as ações da pessoa para manter a saúde e o bem-estar, e as limitações das capacidades individuais para realizar as ações. Concetualiza o mesmo conceito, numa perspetiva mais operacional face à pessoa, ou seja, refere que autocuidado é o trabalho exigido a cada pessoa para manter a vida e saúde, bem como para promover o desenvolvimento.

A intervenção do enfermeiro dirige-se à pessoa (ou ao cuidador), enquanto agente de autocuidado, que sendo uma característica humana complexa e adquirida; é o poder que o indivíduo possui em se comprometer nas atividades essenciais ao autocuidado, que resultam num sistema de ações direcionadas para o próprio ou para o ambiente, com o intuito da sua regulação, mantendo ou promovendo a sua integridade funcional e estrutural, bem como o seu desenvolvimento humano (Orem, 2001).

Em termos de educação para a capacidade de autocuidado, Orem (2001) na sua Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, no sistema de apoio e educação refere a necessidade do enfermeiro estar atento aos Défices de Autocuidado. Estes podem estar relacionados com a falta de conhecimentos, falta de recursos ou na habilidade para levar a cabo a atividade. Para a autora, a pessoa pode ter capacidade para adquirir os conhecimentos necessários, mas não ter acesso à informação ou aos meios para adquiri-la. Podem ainda existir défices cognitivos ou estados emocionais que interfiram com o acesso e compreensão da informação disponível, ou discrepâncias entre as crenças culturais e o conhecimento científico atual (Taylor&Renpenning, 2011, citados por Amendoeira *et al*, 2018).

Desenvolver um programa de apoio e educação demora tempo, pois exige ajudar a pessoa a fazer mudanças no estilo de vida, incorporando novas formas de comportamento no seu quotidiano, estando por isso, também relacionado com a disposição para mudar ((Taylor&Renpenning, 2011, citados por Amendoeira *et al*, 2018).

Segundo Orem (2001) a intervenção do enfermeiro é necessária quando as pessoas necessitam de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao seu sistema de autocuidado, cuja realização exige conhecimento assim como quando a pessoa necessita de recuperação face a uma doença ou para enfrentar os seus efeitos. Orem (2001) identifica cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e

psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar (Amendoeira *et al*, 2018).

De acordo com os mesmos autores, a procura da maximização da capacidade de autocuidado impõe que o enfermeiro disponibilize informação oportuna, apoie e monitorize de forma regular a tomada de decisão para a ação de autocuidado, com o objetivo de desenvolver e/ou reforçar as capacidades individuais, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem de cada pessoa/família.

Os resultados correspondentes à forma como a pessoa e os seus problemas de saúde são afetados pelas intervenções de enfermagem, são designados por resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, que surgem em função de intervenções resultantes da prescrição, diagnóstico e planeamento realizados pelos enfermeiros (Ferreira & Amendoeira, 2015).

A relação entre a intervenção dos enfermeiros e os resultados dessa mesma intervenção pode ser estudada através do modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem de Sidani & Irvine (1999), que associa domínios da intervenção de enfermagem a resultados ao nível da prevenção de complicações, gestão de sintomas, capacidades funcionais e de autocuidado, conhecimento da doença, tratamento e gestão de efeitos secundários, satisfação com os cuidados e custos (Amendoeira *et al*, 2018).

Os mesmos autores acrescentam que o Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem, considerando a natureza multidimensional de uma situação de cuidados e, analisando as componentes de estrutura, processo e resultados, permite nortear a investigação sobre aspetos que estão subjacentes à forma como os cuidados de enfermagem influenciam os resultados obtidos nas pessoas.

Também centrados na capacidade que a pessoa apresenta nas suas ações do autocuidado, podemos olhar o fenómeno como um resultado. Isto é, quando a pessoa apresenta habilidades e capacidades quer porque as adquiriu ao longo do seu ciclo vital, quer porque após um processo de saúde/doença onde houve intervenção dos profissionais de saúde, desenvolveu capacidades para a manutenção do seu autocuidado. Temos então o autocuidado como um resultado, cujo processo é tão importante como quando olhamos o fenómeno como um recurso ou uma necessidade, ou seja, o objetivo major é sempre a capacitação da pessoa para a gestão dos seus processos de saúde/doença, mais especificamente gestão dos diferentes regimes terapêuticos que levam a uma melhor gestão do processo de saúde/doença. Estas dimensões só podem ser equacionadas se a pessoa for o centro nas intervenções de enfermagem (Orem, 2001; Silva, 2012, 2014 citados por Silva, 2017).

Os enfermeiros avaliam a ação de autocuidado (capacidade humana ou poder de se comprometer no autocuidado) mobilizando como indicadores na sua avaliação a consciência da condição de saúde, a capacidade da pessoa executar medidas de autocuidado e, por fim, o desenvolvimento da interação social (Amendoeira *et al*, 2018).

A avaliação da capacidade da pessoa executar as medidas de autocuidado relaciona-se com a intervenção do enfermeiro ao nível do ensino que desenvolveu face aos condicionalismos que a diabetes possa ter nos processos de vida das pessoas. Ao identificarem esses condicionalismos e a forma como a pessoa os conseguiu gerir, pode remeter para um novo planeamento da informação a transmitir.

Inclusion criteria

Types of participants: Crianças, entre os 6 e os 12 anos.

Concept: Enfermagem, Diabetes *Mellitus* tipo II, Promoção da saúde, Crianças.

Context: Serviços de saúde

Types of studies: Qualitativos, quantitativos e mistos

Search strategy

A expressão de pesquisa Booleano com a conjugação *and* e *or* (Nurs* AND Diabetes *Mellitus* type 2 OR Health Promotion AND Child).

Bases de dados incluídas:

- Bases de Dados científicas:

Plataforma EBSCO *Host*:

- *CINAHL Complete*
- *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*
- *MedLine Complete*
- *MedicLatina*

PubMed

Limitadores:

Limitadores comuns: friso temporal: 08/2015 a 07/2020; free full text; resumo disponível; humanos; Idiomas: inglês, português, espanhol; Idade: *Child (6-12 years)*; *AB resumo*.

Limitadores específicos em cada base de dados:

- ***CINAHL complete:*** Qualquer autor é enfermeiro; Texto completo em PDF.
- ***Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive:*** Texto completo em PDF.
- ***MEDLINE complete:*** Texto completo em PDF.

- **MedicLatina:** Texto completo em PDF.
- **Pubmed:** abstract; free full texto; clinical trial; review; 5 years; humans; English, Portuguese, Spanish; child: 6-12 years.

O cruzamento dos dados encontra-se disponível no *Appendix II: Initial Search Strategy*, cuja seleção se apresenta de acordo com o *Prisma 2009 Flow Diagram*, os quais se encontram ambos em anexo.

Study selection

De forma a garantir a qualidade metodológica, foi utilizado o *Prisma 2009 Flow Diagram* (presente no *Appendix III*). Assim, foram identificados 27 artigos através das bases de dados referenciadas. Deste número, foi eliminado 1 artigo duplicado. Dos 26 artigos, 23 foram eliminados a partir da leitura do título e resumo, reunindo-se 3 artigos elegíveis. Estes artigos foram lidos na íntegra e submetidos aos critérios de inclusão definidos, não tendo excluído nenhum.

Foram por isso selecionados 3 artigos, 1 de natureza quantitativa e 2 de natureza qualitativa.

Artigos selecionados:

1. O papel da hemoglobina A1c no rastreio de intolerância à glicose e da diabetes tipo 2 em crianças e adolescentes obesos;
2. Diabetes tipo 2 na infância e adolescência – novos doentes, novos desafios;
3. Relação da alimentação com surgimento precoce da obesidade e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes.

Artigos excluídos:

Não foi excluído nenhum artigo.

Data collection

Os dados para este protocolo foram colhidos através de um instrumento presente no *Appendix IV: Data Extraction Instrument*, o qual é constituído por 9 variáveis, que permitiram identificar o estudo. Contempla o título, autores, ano de publicação, país de origem e objetivos do artigo. Identifica as metodologias e métodos, as fontes de pesquisa, população e amostra e nível de evidência. Integra os dados significativos extraídos dos artigos consultados, a interpretação desenvolvida e o contributo retirado do estudo para a compreensão desta *scoping review*.

Data synthesis

Simões, Duarte e Serra (2015) afirmam que o aumento da incidência de diabetes *mellitus* tipo 2, agora também nas crianças e nos adolescentes, é um fenômeno mundial. Os mesmos autores referem que este aumento está claramente relacionado com a emergência alarmante da obesidade infantil, em resultado de um estilo de vida sedentário e uma alimentação predominantemente hipercalórica, também nestas faixas etárias. Esta afirmação é corroborada nos três artigos analisados.

A diabetes mellitus tipo 2, até recentemente, era considerada uma doença rara na infância. Atualmente, mais de 200 crianças e adolescentes desenvolvem a doença a cada dia no mundo. (Macêdo et al, 2010).

A tendência mundial é o aumento da incidência da diabetes tipo 2 na infância e na adolescência. Além dos fatores de risco predisponentes para a doença, as alterações, nos últimos anos, no estilo de vida da criança têm cooperado para incrementar esses índices. O sedentarismo e as modificações do hábito alimentar têm contribuído para a epidemia da obesidade infantil (Dias, Maciel e Sablisch, 2017).

Estes autores defendem ainda que as alterações no estilo de vida da criança têm sido o fator responsável pelo aumento da incidência na diabetes mellitus tipo 2 na infância, nos últimos anos, apontando para as facilidades e comodidades advindas da industrialização como decisivos para o sedentarismo e a adoção de hábitos alimentares inadequados, contribuindo para a prevalência da obesidade entre crianças e adolescentes, o que tem preocupado a World Health Organization e a International Diabetes Federation.

Na última década, a obesidade pediátrica alcançou valores epidémicos a nível mundial. Vários estudos têm revelado que, na Europa, o excesso de peso afeta cerca de 22% das crianças dos 5 aos 9 anos e 16 % dos adolescentes (Galhardo et. al, 2015). Também Silva et. al (2018) apoiam que a obesidade infantil teve um aumento alarmante nas últimas décadas. Essa epidemia mundial está associada a vários fatores e é considerada um problema de saúde pública podendo desencadear diversos danos na saúde das crianças.

A obesidade apresenta-se de forma constante na diabetes tipo 2 no jovem e aproximadamente 70 a 90% dessas crianças são obesas, sendo que 38% apresentam obesidade mórbida (Gabbay, Cesarini e Dib, 2003).

Já Romualdo, Nóbrega e Escrivão (2015) defendem que a infância pode ser considerada um período crítico para o princípio ou constância da obesidade e ponto de partida para o aparecimento e o desenvolvimento de alterações clínicas e metabólicas importantes que, dependendo da duração e da gravidade, podem gerar danos à saúde na idade adulta.

A presença de obesidade nesta faixa etária tem sido associada ao aparecimento precoce de várias doenças, tais como a diabetes tipo 2 e que nas últimas três décadas, a prevalência da obesidade infantil aumentou dramaticamente, dando início a uma variedade de problemas de saúde, incluindo o aparecimento de diabetes tipo 2 (Silva et al, 2018).

Como a obesidade nos jovens tem aumentado tanto nos países industrializados, como nos países em industrialização, a Diabetes *Mellitus* tipo 2 no jovem pode ser considerado um problema emergente também na nossa população.

O crescimento desta patologia em pediatria está diretamente relacionado com o problema da obesidade infantil. Portugal apresenta dos piores números da união europeia quanto à obesidade infantil, com 30% das crianças com excesso ponderal e 10% consideradas obesas (Simões, Serra e Duarte, 2015).

Gabbay, Cesarini e Dib (2003) relatam que o aumento na prevalência da obesidade na infância e adolescência registado nos últimos anos explicaria, em grande parte, o avanço da DM2 em populações jovens. Dizem ainda que estudos relacionam as elevadas taxas de obesidade na infância e adolescência ao sedentarismo e à mudança nos hábitos alimentares.

Já Poeta, Duarte e Giuliano (2010) apontam que a prevalência elevada de obesidade na infância e na adolescência pode resultar no desenvolvimento mais precoce de doenças crónicas na idade adulta, diminuição da qualidade de vida e custo elevado em cuidados de saúde, sendo um fator de risco para doenças como a diabetes mellitus tipo 2.

Todas as crianças e adolescentes com DM2 devem ser alvo de um plano de adoção de estilos de vida saudável, em que os pais ou outros responsáveis são elementos chave (Simões, Serra e Duarte, 2015). Enfatizando assim, a importância que os pais têm na alteração dos hábitos das crianças.

Também neste sentido, Silva et al. (2018), defendem que quando a alimentação é realizada pelos pais e responsáveis da criança, torna-se mais fácil a criança gostar. Sendo que, o número de obesos tem crescido elevadamente, e na maioria dos casos é resultado do estilo de vida.

Ainda Simões, Serra e Duarte (2015) afirmam que não é demais enfatizar a necessidade de adoção de estilos de vida saudáveis. Um grau moderado de restrição calórica pode induzir a perda de peso ou impedir o ganho ponderal.

De forma a prevenir doenças como a diabetes mellitus tipo 2, Galhardo et. al (2015) defendem que é fundamental que os centros de saúde e os serviços de pediatria revejam a sua capacidade de prevenir, diagnosticar e tratar precocemente a obesidade e a DM₂, para que, nas próximas décadas, seja possível evitar um aumento substancial de doenças cardiovasculares e subsequente morte precoce no jovem adulto.

No entanto, caso medidas preventivas não sejam adotadas, a sociedade enfrentará graves

problemas com as complicações decorrentes do aparecimento precoce da Dm tipo 2 (Macêdo et al, 2010).

Os mesmos autores, fazendo uma abordagem ao nível dos cuidados de enfermagem, afirmam que um dos papéis dos enfermeiros face à ascensão da DM tipo 2 em crianças é identificar aquelas com fatores de risco, principalmente com excesso de peso. A obtenção correta e precisa de peso, altura e IMC nas escolas é o primeiro passo do enfermeiro para conhecer crianças vulneráveis e, assim, prevenir essa endocrinopatia com a colaboração dos pais e professores.

Silva et al (2018), afirmam que o aumento de peso na infância associado à inadequada alimentação pode contribuir para o desenvolvimento de doenças crónicas na idade adulta, que são doenças onde os estilos de vida e os hábitos inadequados de alimentação são os principais fatores de prevenção.

Como forma de prevenção, Corrêa (2004) afirma que os profissionais de saúde devem ter em consideração os fatores de risco das crianças e adolescentes, realizando rastreios dos mesmos, além de alertar as crianças e adolescentes e as suas famílias para a prevenção.

A prevenção torna-se um fator determinante, dado que as crianças com diabetes tipo 2 são assintomáticas por longos períodos, sendo que, em média, 50% são citadas por clínicas especializadas, devido a glicosúria ou hiperglicemia, constatadas em exames de rotina (Dias, Maciel e Sablisch, 2007).

Macêdo et al (2010) defendem que é urgente a elaboração de programas e protocolos para a prevenção, o diagnóstico e a classificação das crianças frente à DM tipo 2 a fim de prevenir o futuro cenário epidemiológico desfavorável. Estes autores vêm ainda dizer que a enfermagem, que já ocupa o âmbito escolar para educar na questão das doenças sexualmente transmissíveis, prevenção de acidentes, uso de drogas, entre outras, pode interferir efetivamente nesse espaço também para realizar ações de educação para a saúde que favoreçam a adoção de hábitos de vida saudáveis bem como desenvolvendo consultas de enfermagem para identificar crianças com risco para desenvolver DM tipo 2.

Dando continuidade a esta ideia, também Gabbay, Cesarini e Dib (2003) reforçam que crianças e adolescentes obesos e seus pais devem receber explicações claras sobre a patogenia da obesidade e o risco associado em desenvolver DM2, referindo que o ponto fundamental do tratamento é a modificação do estilo de vida, incluindo modificações dietéticas e aumento da atividade física. Apontam também como importante que todos os membros da família devem adotar as mesmas características alimentares saudáveis e realizar exercícios em conjunto ou individualmente.

Estes autores ainda reforçam a ideia, referindo que os resultados obtidos no estudo QUEST, onde foi avaliado o efeito de mudanças dos hábitos de vida sobre crianças de risco e seus respetivos pais, mostraram a efetividade do programa nutricional e da atividade física na prevenção da DM2 e na

diminuição do ganho de peso. Sendo que, a partir desses resultados, estratégias no âmbito de saúde pública podem ser estabelecidas, visando a prevenção da doença.

Por outro lado, Dias, Maciel e Sablisch (2007) dizem que para o tratamento eficiente da diabetes tipo 2, não basta a criação de programas de educação que forneçam informações e treinamento de habilidades; é preciso que sejam incorporados na rotina da criança e do adolescente hábitos que auxiliem no controle metabólico da doença e no desenvolvimento de condições psicológicas e sociais adaptadas ao estilo de vida.

Conflicts of interest

O autor não tem conflitos de interesse a declarar.

Acknowledgements

O autor agradece à Professora Celeste Godinho pelo apoio prestado, dedicação, sugestões e disponibilidade ao longo do desenvolvimento desta *scoping review*.

References

- Amendoeira, J. (2009). *Políticas de saúde em Portugal e desigualdades*. Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/86/1/Pol%C3%ADticas%2de%20sa%C3%BAde%20em%20Portugal%20e%20desigualdades.pdf>. Acedido a 31 de julho de 2020.
- Amendoeira, J. (2018). *Consulta de Enfermagem: Intervenção dos Enfermeiros com pessoas portadoras de PMD e CDI*. Um estudo qualitativo. *Revista da UIPPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. Vol. VI (2), pp. 80-94. Disponível em: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>. Acedido a 31 de julho de 2020.
- Chissini, R., Oliveira, C., Giannini, D. e Kushnir, M. (2015). *Obesidade na infância e adolescência: associação da inflamação e resistência à insulina com alterações metabólicas*. Hospital universitário Pedro Ernesto. Artigo de revisão; v. 14, n. 3, jul-set/2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/19895>. Acedido em 1 de outubro de 2020.
- Dias, S., Maciel, T. e Sablisch, G. (2007). *Diabetes tipo 2 na infância: revisão de literatura*. *Revista ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 71-80. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/saude/article/view/910>. Acedido a 10 de setembro de 2020.
- Dias, V. (2019). Artigo de opinião. *Jornal Médico dos cuidados de saúde primários*. Nº 71. Disponível em <https://justnews.pt/artigos/pe-diabetico-cerca-de-50-das-amputacoes-e-ulceracoes-poderao-ser-prevenidas#.XTmj9kK> DeM. Acedido a 31 de julho de 2020.
- Ferreira, R. & Amendoeira, J. (2015). *Resultados sensíveis em enfermagem. Ensaio: modelo de avaliação da qualidade de cuidados*. *Revista UIIPS*; v. 3 (5), pp. 396-407. ISSN: 2182-960. Disponível em <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/issue/view/5>. Acedido a 31 de julho de 2020.
- Gabbay, M. Cesarini, P. e Dib, S. (2003). *Diabetes melito tipo 2 na infância e adolescência: revisão de literatura*. *Jornal de Pediatria*, v. 79, n.º 3, p. 201-208. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572003000300004&script=sci_arttext&tlng=pt. Acedido a 20 de setembro de 2020.
- Galhardo, J. e Shield, J. (2015). *O Papel da Hemoglobina A1c no Rastreamento de Intolerância à Glicose e da Diabetes Tipo 2 em Crianças e Adolescentes Obesos*. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. Acta Medica Porto, 2015. Mai-Jun; 28(3): 308-315. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/295502895> *O Papel da Hemoglobina A1c no Rastreamento de Intolerância a Glicose e da Diabetes Tipo 2 em Crianças e Adolescentes Obesos*. Acedido a 1 de outubro de 2020.

Macêdo, S., Araújo, M., Marinho, N., Lima, A., Freitas, R. e Damasceno, M. (2010). *Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em crianças*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 18 (5), set-out 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_14.pdf. Acedido em 20 de setembro de 2020.

[Morais, C. \(2012\). *Matrizes Conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados*. \(Tese de mestrado em enfermagem\). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewi91eOm-fXjAhVuilsKHRqRA1wQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Frepositorio.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24204%26code%3D688&usg=AOvVaw1k8IVqyN-cy8v49ysbBlvz>. Acedido a 2 de agosto de 2020.](#)

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6th edition. St. Louis, Missouri: Mosby. [Acedido a 31 de julho de 2020.](#)

Organização Mundial de Saúde (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Ottawa, Canada. [Acedido a 31 de julho de 2020.](#)

Organização Mundial de Saúde (2018). *Health Topics: Diabetes*. Disponível em <https://www.who.int/health-topics/diabetes>. [Acedido a 02 de agosto de 2020.](#)

Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. (Tese de doutoramento em enfermagem). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf. [Acedido a 02 de agosto de 2020.](#)

[Poeta, L., Duarte, M. e Giuliano, I. \(2010\). *Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças obesas*. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 56\(2\): 168-72. Disponível em: \[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200014\]\(https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200014\). Acedido a 1 de outubro de 2020.](#)

Regulamento nº 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, 2ª Série, Nº 135, p. 19354. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>. [Acedido a 31 de julho de 2020.](#)

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), 2015, p. 99. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf. [Acedido a 31 de julho de 2020.](#)

[Romualdo, M., Nóbrega, F. e Escrivão, M. \(2014\). *Insulin resistance in obese children and adolescents*. *Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, 2014, 90\(6\): 600-207*. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25019650/>. Acedido a 7 de setembro de 2020.](#)

Silva, A., Oliveira, A., Silva, C., Oliveira, D., Carrias, D., Rodrigues, H., Morais, J., Rodrigues, K., Barros, I., Souza, M., Araújo, R., Ramos, R. e Lima, W. (2018). *Relação da alimentação com surgimento precoce da obesidade e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes*. Revista Eletrônica

Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/329540307_Relacao_da_alimentacao_com_surgimento_precoce_da_obesidade_e_diabetes_mellitus_tipo_2_em_crianças_e_adolescentes. Acedido em 1 de outubro de 2020.

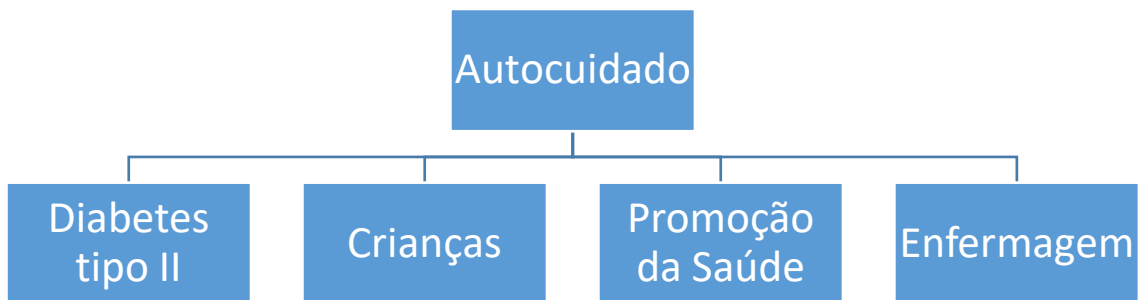
Silva, M. (2017). *Enfermagem na Promoção da autogestão regime terapêutico em pessoas com doença cardiovascular*. (Tese de doutoramento em enfermagem). Universidade do Porto. Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/106473>. Acedido a 31 de julho de 2020.

[Simões, H., Serra F. e Duarte, S. \(2015\). *Diabetes Tipo 2 na Infância e Adolescência – Novos Doentes, Novos Desafios*. Revista Portuguesa de Diabetes, 10\(2\):p. 90-97. Disponível em: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-10-n%C2%BA-2-Junho-2015-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-90-97.pdf>. Acedido em 1 de outubro de 2020.](#)

Soares, P. (2020). Hospital da Luz. Lisboa. Disponível em: <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/guia-de-saude/dicionario-de-saude/D/88/diabetes-tipo-2-jovens-prevenir>

Anexos

Appendix I: Mapa conceptual



Adaptado de Curso 1st Comprehensive Systematic Review Training Program (CRSTP) Portugal Centre for Evidence Based Practice – PCEBP. ESENFUC_UICISA

Appendix II: Initial Search Strategy

Bases de Dados	Plataforma EBSCOhost				PubMed	Total
	CINAHL Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	MedLine Complete	Medic Latina		
Descritores						
Nurs* (1)	1	1133	0	0	11	1145
Diabetes mellitus type 2 (2)	0	0	0	0	2	2
Health Promotion (3)	0	140	0	0	3	143
Child (4)	1	3094	0	0	502	3597
Nurs* AND Diabetes mellitus type 2 (1 e 2)	0	0	0	0	1	1
Nurs* OR Diabetes mellitus type 2 (1 ou 2)	0	0	0	0	12	12
Nurs* AND Health promotion (1 e 3)	0	15	0	0	0	15
Nurs* OR Health promotion (1 ou 3)	1	1258	0	0	14	1273
Nurs* AND Child (1 e 4)	0	142	0	0	11	153
Nurs* OR Child (1 ou 4)	2	4085	0	0	502	4589
Diabetes mellitus type 2 AND Health promotion	0	0	0	0	0	0

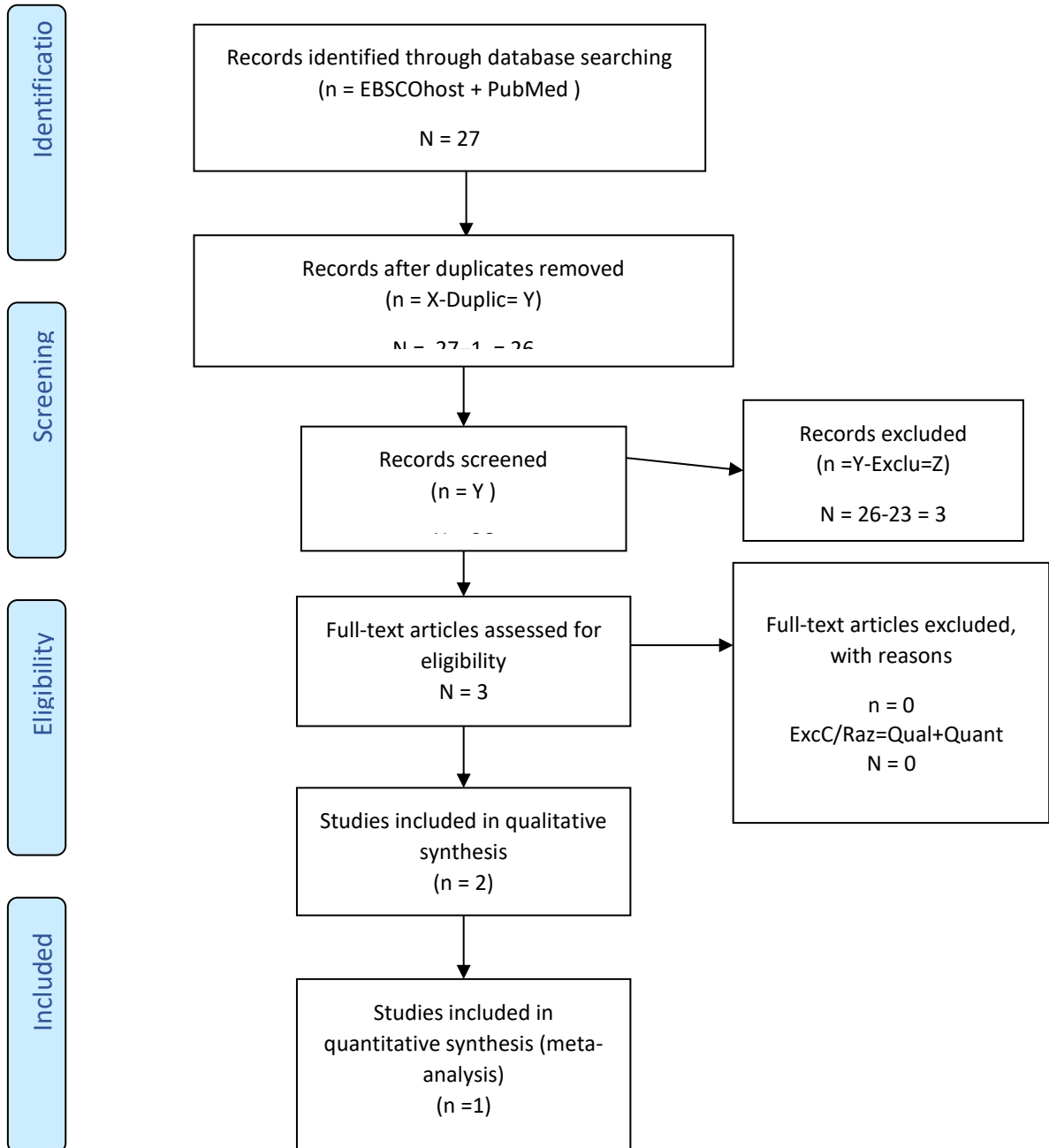
(2 e 3)						
Diabetes mellitus type 2 OR Health promotion (2 ou 3)	0	140	0	0	5	145
Diabetes mellitus type 2 AND Child (2 e 4)	0	0	0	0	2	2
Diabetes mellitus type 2 OR Child (2 ou 4)	1	3094	0	0	502	3597
Health promotion AND Child (3 e 4)	0	22	0	0	3	25
Health promotion OR Child (3 ou 4)	1	3212	0	0	502	3715
Nurs* AND Diabetes Mellitus type 2 AND Health promotion (1 e 2 e 3)	0	0	0	0	0	0
Nurs* OR Diabetes Mellitus type 2 AND Health promotion (1 ou 2 e 3)	1	1133	0	0	8	1142
Nurs* AND Health promotion AND Child (1 e 3 e 4)	0	3	0	0	0	3
Nurs* OR Health promotion OR Child (1 ou 3 ou 4)	2	4191	0	0	507	4700
Diabetes Mellitus type 2 AND Health Promotion AND Child (2 e 3 e 4)	0	0	0	0	0	0
Diabetes Mellitus type 2 OR Health Promotion AND Child (2 ou 3 e 4)	0	22	0	0	6	28
Diabetes Mellitus type 2 AND Health Promotion OR Child (2 e 3 ou 4)	1	3094	0	0	507	3602

Nurs* AND Diabetes Mellitus type 2 AND Child (1 e 2 e 4)	0	0	0	0	1	1
Nurs* OR Diabetes Mellitus type 2 AND Child (1 ou 2 e 4)	1	1133	0	0	14	1148
Nurs* AND Diabetes Mellitus type 2 AND Health Promotion AND Child (1 e 2 e 3 e 4)	0	0	0	0	0	0
Nurs* OR Diabetes Mellitus type 2 AND Health Promotion AND Child (1 ou 2 e 3 e 4)	1	1133	0	0	0	1134
Nurs* AND Diabetes Mellitus type 2 OR Health Promotion AND Child (1 e 2 ou 3 e 4)	0	22	0	0	5	27
Nurs* AND Diabetes Mellitus type 2 AND Health Promotion OR Child (1 e 2 e 3 ou 4)	1	3094	0	0	507	3602
Total	14	29024	0	0	3627	66466

Appendix III: Appraisal instruments



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Appendix IV – Data Extraction Instrument

<p>Apêndice IV: Data extraction instrument</p> <p>Revisor: Salomé Pedrosa</p> <p>Artigo n.º 1: <i>O Papel da Hemoglobina A1c no Rastreamento de Intolerância à Glicose e da Diabetes Tipo 2 em Crianças e Adolescentes Obesos</i></p> <p>Título da Revisão: Prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II em crianças</p> <p>Questão: Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II em crianças?</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <p>População: Crianças com obesidade, entre os 6 e os 12 anos</p> <p>Conceito: Enfermagem, Promoção da saúde, Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II, Crianças</p> <p>Contexto: Serviços de saúde</p>
➤ <u>Autor/es:</u> Júlia Galhardo, Julian Shield
➤ <u>Ano da Publicação:</u> 2015
➤ <u>País de origem:</u> Portugal
➤ <u>Objetivos:</u> Testar a Hemoglobina A1c como ferramenta de rastreio para pré-diabetes e Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2, numa população pediátrica obesa de alto risco.
➤ <u>Metodologia/métodos:</u> <ul style="list-style-type: none">○ Estudo transversal, desenvolvido num hospital pediátrico britânico de nível terciário.
➤ <u>Fontes de pesquisa utilizadas:</u> <ul style="list-style-type: none">○ Durante os primeiros 6 meses de 2012 foram recrutados todos os novos doentes referentes à consulta de obesidade pediátrica, que cumprissem os critérios recomendados para rastreio de DM2.○ Critérios de exclusão: gravidez; intolerância à glicose ou diabetes conhecidas; medicação crónica, nomeadamente hipoglicemiante; hemoglobinopatia ou outras condições associadas a alteração da sobrevivência leucocitária.○ O protocolo de estudo foi aprovado pelo United Bristol Hospitals Trust Research Ethics Committee. O consentimento informado foi assinado pelos adolescentes ou , no caso de crianças mais

pequenas, pelos pais.
<p>➤ <u>Interpretação desenvolvida:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• “Na última década, a obesidade pediátrica alcançou valores epidémicos a nível mundial. (...)na Europa, o excesso de peso afeta cerca de 22% das crianças dos 5 aos 9 anos (...) e 16% dos adolescentes (...)”. (p.2)• “À semelhança do adulto, também nesta faixa etária a adiposidade visceral está diretamente associada à hiperinsulinemia e à resistência à insulina, sendo um fator de risco major para o desenvolvimento precoce da diabetes mellitus tipo 2” (p.2)• “(...) é fundamental que os centros de saúde e os serviços de saúde revejam a sua capacidade de prevenir, diagnosticar e tratar precocemente a obesidade e a DM₂, para que, nas próximas décadas, seja possível evitar um aumento substancial de doenças cardiovasculares e de subsequente morte precoce no jovem adulto.” (p.2)• “(...) é atualmente recomendado o rastreio de todos os doentes púberes ou com idade superior a 10 anos, que apresentem índice de massa corporal (IMC) superior a P85 para o sexo e idade e pelo menos dois dos seguintes fatores de risco: familiar em 1º ou 2º grau com DM₂, mãe com diabete gestacional no decurso dessa gravidez, raça não caucasiana ou sinais/condições associadas a insulinoresistência(...)” (p.2)
<p>➤ <u>Nível de Evidência alcançado (se aplicável):</u></p> <p>➤ <i>Level 3.e – Observational study without a control group</i></p>
<p>➤ <u>Contributo para a questão de revisão:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Este artigo possui contributos importantes para a questão de revisão, uma vez que relaciona a importância do diagnóstico precoce da DM₂ em crianças com obesidade diagnosticada. De referir também que salienta a importância da prevenção realizada pelos Cuidados de Saúde Primários.

<p>Apêndice IV: Data extraction instrument</p> <p>Revisor: Salomé Pedrosa</p> <p>Artigo n.º 2: Diabetes tipo 2 na infância e adolescência – novos doentes, novos desafios</p> <p>Título da Revisão: Prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II em crianças</p> <p>Questão: Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II em crianças?</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <p>População: Crianças com obesidade, entre os 6 e os 12 anos</p> <p>Conceito: Enfermagem, Promoção da saúde, Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II, Crianças</p> <p>Contexto: Serviços de saúde</p>
<p>➤ <u>Autor/es:</u> H. Simões, F. Serra, S. Duarte</p>
<p>➤ <u>Ano da Publicação:</u> 2015</p>
<p>➤ <u>País de origem:</u> Portugal</p>
<p>➤ <u>Objetivos:</u> Proceder a uma recolha e resumo da informação científica mais relevante sobre DM” em idade pediátrica, no que concerne a risco de desenvolver diabetes, diagnóstico, desenvolvimento de complicações e tratamento.</p>
<p>➤ <u>Metodologia/métodos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">○ Pesquisa e revisão bibliográfica.
<p>➤ <u>Fontes de pesquisa utilizadas:</u></p> <ul style="list-style-type: none">○ Efetuou-se uma pesquisa bibliográfica recorrendo a bases de dados Pubmed usando a expressão <i>type 2 diabetes</i>, cruzada com as expressões <i>children, youth, pediatric, diagnosis</i> e <i>treatment</i> e ainda aplicando filtros etários para a faixa etária pretendida.○ Utilizou-se apenas informação respeitante a humanos até aos 18 anos, e privilegiou-se informação proveniente de ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.

- Utilizaram-se apenas publicações posteriores a 1990.
- Recorreu-se ainda a fontes como recomendações de sociedades internacionais, livros de texto dedicados ao tema, e a referências bibliográficas consideradas relevantes encontradas nas publicações resultantes da pesquisa.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

- "...o aumento da incidência da diabetes mellitus tipo 2, agora também nas crianças e adolescentes, é um fenómeno mundial, que afeta especialmente alguns grupos étnicos" (p.1)
- "Este aumento da incidência da DM2 em crianças e jovens está claramente relacionado com a emergência alarmante da obesidade infantil, em resultado de um estilo de vida sedentário e uma alimentação predominantemente hipercalórica, também nestas faixas etárias". (p.1)
- "Apesar do aumento da incidência, de momento não se justificam rastreios generalizados da DM2 nesta faixa etária. Em vez disso, os clínicos devem focar a sua atenção em grupos de risco. A DM2 surge habitualmente em crianças e adolescentes com as seguintes características: excesso de peso ou obesidade..." (p.2)
- "Todas as crianças e adolescentes devem ser alvo de um plano de adoção de estilos de vida saudável, em que os pais ou outros responsáveis são elementos chave." (p.3)
- "A evidência sobre a eficácia da adoção de estilos de vida saudável é mais robusta em crianças obesas, e nesta população demonstrou benefícios metabólicos e cardiovasculares." (p.3)
- "Ainda assim, não é demais enfatizar a necessidade de adoção de estilos de vida saudáveis. Um grau moderado de restrição calórica pode induzir perda de peso ou impedir o ganho ponderal..." (p.3)
- "Estudos como o *Diabetes Prevention Program* são bons exemplos dos bons resultados que a adoção de estilos de vida saudáveis pode alcançar na redução ponderal e da progressão da pré-diabetes para DM2." (p.3)
- "Reduzir o sedentarismo é fundamental. Recomenda-se reduzir o tempo de ecrã, o tempo despendido diante do televisor, consola ou computador a um máximo de 1 ou 2 horas por dia. Estes passatempos são responsáveis por demasiado tempo de inatividade e, frequentemente, associam-se a ingestão desregulada de alimentos hipercalóricos." (p.4)
- "A adesão ao exercício físico pode ser melhorada se ele for alvo de uma prescrição formal e se a família ou cuidadores forem envolvidos." (p.4)
- "O crescimento desta patologia em pediatria está diretamente relacionada com o problema da obesidade infantil. Portugal apresenta dos piores números da união europeia quanto à obesidade infantil, com 30% das crianças com excesso ponderal e 10% consideradas obesas". (p.7)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

- *Level 4.a – Systematic review of descriptive studies*

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este artigo produz contributos importantes para a questão formulada, tendo em conta que relaciona a obesidade infantil com o aparecimento da diabetes tipo 2 em crianças e adolescentes. Vem reforçar a importância da redução da obesidade infantil, promovendo um estilo de vida mais saudável, tanto a nível físico, como a nível alimentar, por forma a diminuir o aparecimento de diabetes tipo 2 em idades pediátricas.

Apêndice IV: Data extraction instrument

Revisor: Salomé Pedrosa

Artigo n.º 3: *Relação da alimentação com surgimento precoce da obesidade e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes*

Título da Revisão: Prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças

Questão: Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Crianças com obesidade, entre os 6 e os 12 anos

Conceito: Enfermagem, Promoção da saúde, Diabetes *Mellitus* tipo II, Crianças

Contexto: Serviços de saúde

➤ **Autor/es:** Aline Silva, Adolfo Oliveira, Carla Silva, Daiara Oliveira, Daniela Carrias, Herivelton Rodrigues, Juniel Moraes, Kassiane Rodrigues, Lissandra Barros, Moira Souza, Radson Araújo, Rosane Ramos, Whyds Lima.

➤ **Ano da Publicação:** 2018

➤ **País de origem:** Brasil

➤ **Objetivos:** Analisar na literatura produções científicas acerca da relação dos hábitos alimentares para o surgimento da obesidade e da diabetes *mellitus* tipo 2 na infância a adolescência.

➤ **Metodologia/métodos:**
○ Revisão sistemática da literatura.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**
○ A procura pelos estudos ocorreu entre os meses de fevereiro a maio de 2018. As bases de dados online pesquisadas foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde (LILACS) e da Medical Literature Analysis and retrieval System online (MEDLINE), cujo acesso se realizou através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).
○ Os descritores controlados utilizados e listados pelos descritores de Ciências da Saúde (DeCS)

foram: “Alimentação”, “Diabetes Mellitus”, “Obesidade infantil”. Os descritores foram cruzados nessa mesma ordem e por meio do operador “and”.

○ Os critérios de inclusão foram artigos científicos que responderam aos objetivos, que estivessem na língua portuguesa e inglesa, disponíveis na íntegra e gratuitamente nas bases de dados selecionados no período de 2008 a 2018. Optou-se pela exclusão de editais, cartas de editor, opinião de especialistas e reflexões.

○ A apresentação dos resultados e da discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método.

➤ ***Interpretação desenvolvida:***

- “(...) é através dos modelos de ingestão que é realizada na infância e adolescência torna-se possível que a obesidade, bem como, as doenças crônicas na fase adulta.” (p.2)
- “(...) a obesidade infantil e na adolescência vem aumentando progressivamente nas últimas décadas, sendo considerada a epidemia global pela Organização Mundial de Saúde.” (p.2)
- “Deve-se destacar que no que tange à diabetes mellitus, a sua incidência entre crianças e adolescentes torna-se um grande problema de saúde pública.” (p.2)
- “(...) paralelamente ao número cada vez maior de casos, observa-se a incidência crescente de formas de doença (...) como é o caso da DM₂.” (p.2)
- “(...) torna-se fundamental a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e obesidade.” (p.2)
- “Tais agravantes da saúde vêm crescendo na população mundial, especialmente entre os mais jovens.” (p.2)
- “A infância e adolescência apresentam como característica o crescimento físico, a alta vulnerabilidade para deficiências nutricionais e parece constituir também, período de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta. (...) tem-se priorizado a vigilância nutricional nessa fase (...) prevenindo assim os prejuízos ao crescimento e à saúde desse grupo.” (p.3)
- “A obesidade infantil teve um aumento alarmante nas últimas décadas. Essa epidemia mundial está associada a vários fatores e é considerada um problema de saúde pública podendo desencadear diversos danos na saúde das crianças (...)” (p.3)
- “(...) na infância e adolescência, o número de obesos tem crescido elevadamente, e na maioria dos casos é resultado do estilo de vida.” (p.3)
- “(...) a presença de obesidade nesta faixa tem sido associada ao aparecimento precoce de várias doenças, tais como (...) o aumento da ocorrência de diabetes tipo 2 (...)” (p.5)
- “(...) quando a alimentação saudável é realizada pelos pais e responsáveis da criança, torna-se mais fácil a criança gostar, tendo os pais como exemplo.” (p.5)
- “(...) nas últimas décadas, a prevalência da obesidade infantil aumentou dramaticamente (...) dando início a uma variedade de problemas de saúde, incluindo a diabetes mellitus tipo 2.” (p.5)
- “O rápido surgimento da DM₂ na infância representa um desafio para muitos médicos, que geralmente se encontram mal equipados para tratar doenças de adultos encontradas em crianças.” (p.5)
- “(...) observa-se que o risco de complicações micro e macrovasculares em crianças e adolescentes é extremamente elevado pela precoce faixa etária do diagnóstico, levando, a longo prazo, a um imenso impacto econômico, com grande ônus ao sistema de saúde e à sociedade.” (p.5)
- “(...) estudos apontam que a terapia nutricional é parte integrante imprescindível no tratamento da diabetes mellitus.” (p.6)
- “A literatura mostra que o consumo alimentar das crianças e adolescentes está desequilibrado e essa realidade é fator precursor do aumento das doenças crônicas como a diabetes mellitus nesta fase precoce (...)” (p.6)
- “(...) o aumento de peso nessa idade associado à inadequação alimentar pode contribuir para o desenvolvimento de doenças crônicas na idade adulta, que são doenças onde o estilo de vida e os hábitos inadequados de alimentação são os principais fatores de prevenção.” (p.6)

➤ ***Nível de Evidência alcançado (se aplicável):***

Level 3.e – Observational study without a control group

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este artigo produz contributos para a questão formulada, uma vez que aborda a relação entre os hábitos alimentares e o aparecimento de obesidade e de diabetes mellitus tipo 2 na infância e na adolescência. Da mesma forma, contribui, enaltecendo que os estilos de vida são a principal causa de aparecimento de doenças na infância e na adolescência e que a promoção de estilos de vida saudável, como uma dieta alimentar equilibrada, é importante para a prevenção da diabetes mellitus tipo 2.

ANEXO II – SCOPING REVIEW

Review Title

Promoção de estilos de vida saudáveis em crianças

Reviewers

¹ Salomé Pedrosa

² Professora Celeste Godinho

Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde

Review question

Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças?

Objectives

- Identificar as intervenções de Enfermagem na prevenção da diabetes tipo II em crianças e adolescentes.

Key word (Mesh Descriptors)

Passam a ser designadas por descritores Mesh as palavras-chave: *Nurs**; *Diabetes Mellitus type 2*; *Health promotion e Child*, validadas na Mesh Browser 2020.

Background

Portugal é um dos países europeus com uma das mais elevadas taxas de prevalência de diabetes. Os dados do Observatório Nacional da Diabetes (2016) evidenciam que 13,3% da população com idade compreendida entre os 20 e os 79 anos é diabética, o que corresponde a mais de um milhão de portugueses (Dias, 2019).

O termo “diabetes” designa um distúrbio metabólico, crónico, que se caracteriza por níveis elevados de glucose no sangue o que leva a lesões sérias no coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos. O tipo mais comum de diabetes é o tipo II, mais frequente em adultos, e ocorre quando o corpo se torna resistente à insulina ou o pâncreas não produz insulina em quantidades suficientes (OMS, 2018).

Soares (2020) salienta que se anteriormente a Diabetes *Mellitus* tipo II era associada a adultos por se manifestar apenas após anos de obesidade e de vida sedentária, a atualidade é diferente. Nos últimos anos, o aumento da obesidade nas crianças e nos adolescentes conduziu ao aparecimento desta doença em grupos etários cada vez mais jovens.

Nos Estados Unidos da América, cerca de 8 a 45% dos novos casos de Diabetes *Mellitus* em crianças são do tipo II (Macêdo et al., 2010).

Com a urbanização, a população passou a mudar do campo para a cidade e a residir em pequenas casas ou apartamentos. Diante dessas mudanças, a infância, que era sinónimo de atividades físicas, passou a ser de sedentarismo, com as crianças dentro de casa, apenas agarradas aos computadores (Dias et al, 2007). Este aspeto levou, conseqüentemente, ao aumento da prevalência de obesidade infantil.

Em Portugal, a obesidade infantil tem subido de forma alarmante, apresentando taxas superiores à média europeia, estando desta forma igualmente a aumentar a Diabetes *Mellitus* tipo II na população jovem (Soares, 2020).

O mesmo autor defende ainda que a base terapêutica consiste na educação do jovem e da família, com ênfase nas alterações comportamentais. É fundamental a modificação do estilo de vida que leve à criação de padrões saudáveis de alimentação e de atividade física. Em todas as crianças desde o primeiro ano de vida, a par do peso e da altura. O Índice de Massa Corporal (IMC) deve ser avaliado e registado em curvas de percentil, podendo, assim, identificar-se e corrigir precocemente qualquer tendência para o excesso ponderal.

Dias, Maciel e Sablisch (2007), referem que a tendência mundial é o aumento da incidência da Diabetes *Mellitus* tipo II na infância e na adolescência. Além dos fatores de risco predisponentes para a doença, as alterações, nos últimos anos, no estilo de vida da criança têm cooperado para incrementar esses índices. O sedentarismo e as modificações do hábito alimentar têm contribuídos para a epidemia da obesidade infantil. Os mesmos autores defendem que a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II requer a prevenção da obesidade.

A literatura evidencia o contributo dos profissionais de saúde na prevenção de complicações e na manutenção da qualidade de vida da pessoa com diabetes, através de consultas de vigilância, do acompanhamento e desenvolvimento de estratégias educacionais que auxiliem a pessoa diabética e sua família ou cuidadores na promoção de comportamentos de autocuidado, promovendo uma melhor gestão e adaptação ao regime terapêutico (Dias, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986), Promoção da Saúde (PrS) é um processo que visa aumentar e capacitar os indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o

indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Com a estratégia de PrS, pretende-se que o enfermeiro consiga capacitar e dotar o cuidador de competências que lhe permitam assumir o papel de prestador de cuidados de forma mais adequada. Os enfermeiros intervêm no sentido da PrS, com uma ação educativa, sistemática e integradora ao longo do processo de adaptação do cuidador/família, proporcionando conhecimento e *empowerment*, para incentivar respostas saudáveis às mudanças.

Empowerment pode ser definido como um processo pelo qual as pessoas, organizações e comunidades ganham mestria sobre os seus assuntos, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e qualidade de vida (Wallerstein, 2006; citado por Pereira, 2017). Segundo Pereira (2017), é um conceito amplo que move indivíduos e grupos na tomada de consciência para o alcance dos seus objetivos. De acordo com Carvalho (2004b; citado por Pereira 2017), é através do *empowerment* que é possível capacitar as pessoas para aprenderem através da vida. O *empowerment* é uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, constituindo o eixo central da PrS. Este assume-se não como um fim, mas como um meio, sendo a sua principal vantagem: as pessoas adquirirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionem poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis (Pereira, 2017).

Desta constatação é possível inferir que a Enfermagem se interessa pelo cuidado à pessoa que, em interação contínua com o ambiente que a rodeia, vive experiências de saúde. Esta definição leva-nos aos conceitos metaparadigmáticos em Enfermagem: cuidados de Enfermagem, pessoa, saúde e ambiente (Morais, 2012).

Devem ser os enfermeiros os agentes de parceria e de mudança junto dos utentes com diabetes tipo II e seus familiares. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros define a Enfermagem como a profissão que, na área da saúde, “tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE, 2015: 99).

Também o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento nº 428/2018) determina no seu artigo 2º, nº1, alínea b) que, no âmbito das suas competências específicas em Enfermagem Comunitária, o enfermeiro especialista nessa área “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Diário da República, 2018: 19354).

O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de

vida e que se repercutem no conceito individual de saúde, numa complexa interdependência pessoa/ambiente (Morais, 2012).

A pessoa é o centro de interesse, baseada numa relação interpessoal que ocorre entre quem necessita de ajuda e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é mecânico, mas sim humanístico (Amendoeira, 2009). Várias são as fontes que dão ênfase à pessoa como ser individual, alvo de cuidados. É nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que se encontra a definição de que “a pessoa (...) é alvo dos cuidados de Enfermagem, é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 8-9).

A pessoa durante o ciclo vital desenvolve capacidades de acordo com um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos que lhe permitem construir de forma integrativa os valores, padrões sociais e culturais, cujos pilares emergem da família, da escola, dos pares com que se relaciona, das crenças que lhe são transmitidas, da forma como as vivencia e das regras da sociedade em que está inserida (Orem, 1995, 2001; Caria, 2002; Silva, 2010, 2012, 2014, citados por Silva, 2017).

A construção da pessoa enquanto ser único, responsável pelas suas ações e decisões, relaciona-se com todas estas dimensões, no entanto, a sua capacitação depende não só da forma como as integra, mas também daquilo que valoriza neste processo de construção do seu projeto de vida (Meleis, 1991; Orem, 1995; 2001; Silva, 2012, 2014, citados por Silva, 2017).

Da forma como se relacionam os conceitos metaparadigma anteriormente descritos, resultam diferentes maneiras de conceber os cuidados.

Tendo como objetivo a capacitação para a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II, elegeu-se como referencial teórico o Modelo de Dorothea Orem.

A teoria geral de enfermagem concetualizada por Orem (2001) integra três construtos interrelacionados: teoria do autocuidado, teoria do *défice* do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

Em relação à teoria do autocuidado, esta permite-nos trabalhar o conceito de autocuidado numa perspetiva da promoção da capacitação da pessoa em relação ao mesmo. “...a teoria do autocuidado favorece a autonomia do indivíduo para o autocuidado ao conduzir a pessoa assistida ao reconhecimento de suas habilidades e capacidade de cuidar de si e do outro...” (Silva e Murai, 2012:60 citados por Silva, 2017).

A teoria do *défice* de autocuidado de Orem é constituída por três teorias, contudo integramos essencialmente a teoria dos sistemas de enfermagem e do autocuidado, pois segundo a autora a primeira é unificadora e inclui todos os elementos essenciais e a segunda é o fundamento das outras

e exprime o objetivo, os métodos e o resultado de cuidar de si próprio (Orem, 2001).

No que concerne à teoria dos sistemas de enfermagem, Orem (2001) concebe três sistemas: sistema totalmente compensatório; sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação; sendo este último orientado para execução do autocuidado por parte da pessoa e regula o exercício e o desenvolvimento da atividade do autocuidado (Orem in Alligood, 2004 citados por Silva, 2017).

Assim, segundo Orem (1995), a ciência do autocuidado identifica o que uma pessoa necessita para ser saudável, a complexidade dos fatores que deve mudar ou modificar essas exigências, as ações da pessoa para manter a saúde e o bem-estar, e as limitações das capacidades individuais para realizar as ações. Concetualiza o mesmo conceito, numa perspetiva mais operacional face à pessoa, ou seja, refere que autocuidado é o trabalho exigido a cada pessoa para manter a vida e saúde, bem como para promover o desenvolvimento.

A intervenção do enfermeiro dirige-se à pessoa (ou ao cuidador), enquanto agente de autocuidado, que sendo uma característica humana complexa e adquirida; é o poder que o indivíduo possui em se comprometer nas atividades essenciais ao autocuidado, que resultam num sistema de ações direcionadas para o próprio ou para o ambiente, com o intuito da sua regulação, mantendo ou promovendo a sua integridade funcional e estrutural, bem como o seu desenvolvimento humano (Orem, 2001).

Em termos de educação para a capacidade de autocuidado, Orem (2001) na sua Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, no sistema de apoio e educação refere a necessidade do enfermeiro estar atento aos Défices de Autocuidado. Estes podem estar relacionados com a falta de conhecimentos, falta de recursos ou na habilidade para levar a cabo a atividade. Para a autora, a pessoa pode ter capacidade para adquirir os conhecimentos necessários, mas não ter acesso à informação ou aos meios para adquiri-la. Podem ainda existir défices cognitivos ou estados emocionais que interfiram com o acesso e compreensão da informação disponível, ou discrepâncias entre as crenças culturais e o conhecimento científico atual (Taylor&Renpenning, 2011, citados por Amendoeira *et al*, 2018).

Desenvolver um programa de apoio e educação demora tempo, pois exige ajudar a pessoa a fazer mudanças no estilo de vida, incorporando novas formas de comportamento no seu quotidiano, estando por isso, também relacionado com a disposição para mudar ((Taylor&Renpenning, 2011, citados por Amendoeira *et al*, 2018).

Segundo Orem (2001) a intervenção do enfermeiro é necessária quando as pessoas necessitam de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao seu sistema de autocuidado, cuja realização exige conhecimento assim como quando a pessoa necessita de

recuperação face a uma doença ou para enfrentar os seus efeitos. Orem (2001) identifica cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar (Amendoeira *et al*, 2018).

De acordo com os mesmos autores, a procura da maximização da capacidade de autocuidado impõe que o enfermeiro disponibilize informação oportuna, apoie e monitorize de forma regular a tomada de decisão para a ação de autocuidado, com o objetivo de desenvolver e/ou reforçar as capacidades individuais, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem de cada pessoa/família.

Os resultados correspondentes à forma como a pessoa e os seus problemas de saúde são afetados pelas intervenções de enfermagem, são designados por resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, que surgem em função de intervenções resultantes da prescrição, diagnóstico e planeamento realizados pelos enfermeiros (Ferreira & Amendoeira, 2015).

A relação entre a intervenção dos enfermeiros e os resultados dessa mesma intervenção pode ser estudada através do modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem de Sidani & Irvine (1999), que associa domínios da intervenção de enfermagem a resultados ao nível da prevenção de complicações, gestão de sintomas, capacidades funcionais e de autocuidado, conhecimento da doença, tratamento e gestão de efeitos secundários, satisfação com os cuidados e custos (Amendoeira *et al*, 2018).

Os mesmos autores acrescentam que o Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem, considerando a natureza multidimensional de uma situação de cuidados e, analisando as componentes de estrutura, processo e resultados, permite nortear a investigação sobre aspetos que estão subjacentes à forma como os cuidados de enfermagem influenciam os resultados obtidos nas pessoas.

Também centrados na capacidade que a pessoa apresenta nas suas ações do autocuidado, podemos olhar o fenómeno como um resultado. Isto é, quando a pessoa apresenta habilidades e capacidades quer porque as adquiriu ao longo do seu ciclo vital, quer porque após um processo de saúde/doença onde houve intervenção dos profissionais de saúde, desenvolveu capacidades para a manutenção do seu autocuidado. Temos então o autocuidado como um resultado, cujo processo é tão importante como quando olhamos o fenómeno como um recurso ou uma necessidade, ou seja, o objetivo major é sempre a capacitação da pessoa para a gestão dos seus processos de saúde/doença, mais especificamente gestão dos diferentes regimes terapêuticos que levam a uma melhor gestão do processo de saúde/doença. Estas dimensões só podem ser equacionadas se a pessoa for o centro nas intervenções de enfermagem (Orem, 2001; Silva, 2012, 2014 citados por Silva, 2017).

Os enfermeiros avaliam a ação de autocuidado (capacidade humana ou poder de se comprometer no autocuidado) mobilizando como indicadores na sua avaliação a consciência da

condição de saúde, a capacidade da pessoa executar medidas de autocuidado e, por fim, o desenvolvimento da interação social (Amendoeira *et al*, 2018).

A avaliação da capacidade da pessoa executar as medidas de autocuidado relaciona-se com a intervenção do enfermeiro ao nível do ensino que desenvolveu face aos condicionalismos que a diabetes possa ter nos processos de vida das pessoas. Ao identificarem esses condicionalismos e a forma como a pessoa os conseguiu gerir, pode remeter para um novo planeamento da informação a transmitir.

Inclusion criteria

Types of participants: Crianças, entre os 6 e os 12 anos.

Concept: Enfermagem, Diabetes *Mellitus* tipo II, Promoção da saúde, Crianças.

Context: Serviços de saúde

Types of studies: Qualitativos, quantitativos e mistos

Search strategy

A expressão de pesquisa Booleano com a conjugação *and* e *or* (Nurs* AND Diabetes *Mellitus* type 2 OR Health Promotion AND Child).

Bases de dados incluídas:

- Bases de Dados científicas:
Plataforma EBSCO *Host*:
 - *CINAHL Complete*
 - *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*
 - *MedLine Complete*
 - *MedicLatina*
- PubMed

Limitadores:

Limitadores comuns: friso temporal: 08/2015 a 07/2020; free full text; resumo disponível; humanos; Idiomas: inglês, português, espanhol; Idade: *Child (6-12 years)*; *AB resumo*.

Limitadores específicos em cada base de dados:

- **CINAHL complete:** Qualquer autor é enfermeiro; Texto completo em PDF.
- **Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive:** Texto completo em PDF.
- **MEDLINE complete:** Texto completo em PDF.

- **MedicLatina:** Texto completo em PDF.
- **Pubmed:** abstract; free full texto; clinical trial; review; 5 years; humans; English, Portuguese, Spanish; child: 6-12 years.

O cruzamento dos dados encontra-se disponível no *Appendix II: Initial Search Strategy*, cuja seleção se apresenta de acordo com o *Prisma 2009 Flow Diagram*, os quais se encontram ambos em anexo.

Study selection

De forma a garantir a qualidade metodológica, foi utilizado o *Prisma 2009 Flow Diagram* (presente no *Appendix III*). Assim, foram identificados 27 artigos através das bases de dados referenciadas. Deste número, foi eliminado 1 artigo duplicado. Dos 26 artigos, 23 foram eliminados a partir da leitura do título e resumo, reunindo-se 3 artigos elegíveis. Estes artigos foram lidos na íntegra e submetidos aos critérios de inclusão definidos, não tendo excluído nenhum.

Foram por isso selecionados 3 artigos, 1 de natureza quantitativa e 2 de natureza qualitativa.

Artigos selecionados:

4. O papel da hemoglobina A1c no rastreio de intolerância à glicose e da diabetes tipo 2 em crianças e adolescentes obesos;
5. Diabetes tipo 2 na infância e adolescência – novos doentes, novos desafios;
6. Relação da alimentação com surgimento precoce da obesidade e Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças e adolescentes.

Artigos excluídos:

Não foi excluído nenhum artigo.

Data collection

Os dados para este protocolo foram colhidos através de um instrumento presente no *Appendix IV: Data Extraction Instrument*, o qual é constituído por 9 variáveis, que permitiram identificar o estudo. Contempla o título, autores, ano de publicação, país de origem e objetivos do artigo. Identifica as metodologias e métodos, as fontes de pesquisa, população e amostra e nível de evidência. Integra os dados significativos extraídos dos artigos consultados, a interpretação desenvolvida e o contributo retirado do estudo para a compreensão desta *scoping review*.

Data synthesis

Simões, Duarte e Serra (2015) afirmam que o aumento da incidência de Diabetes *Mellitus* tipo 2, agora também nas crianças e nos adolescentes, é um fenômeno mundial. Os mesmos autores referem que este aumento está claramente relacionado com a emergência alarmante da obesidade infantil, em resultado de um estilo de vida sedentário e uma alimentação predominantemente hipercalórica, também nestas faixas etárias. Esta afirmação é corroborada nos três artigos analisados.

A Diabetes Mellitus tipo II, até recentemente, era considerada uma doença rara na infância. Atualmente, mais de 200 crianças e adolescentes desenvolvem a doença a cada dia no mundo. (Macêdo et al, 2010).

A tendência mundial é o aumento da incidência da diabetes tipo 2 na infância e na adolescência. Além dos fatores de risco predisponentes para a doença, as alterações, nos últimos anos, no estilo de vida da criança têm cooperado para incrementar esses índices. O sedentarismo e as modificações do hábito alimentar têm contribuído para a epidemia da obesidade infantil (Dias, Maciel e Sablisch, 2017).

Estes autores defendem ainda que as alterações no estilo de vida da criança têm sido o fator responsável pelo aumento da incidência na Diabetes *Mellitus* tipo II na infância, nos últimos anos, apontando para as facilidades e comodidades advindas da industrialização como decisivos para o sedentarismo e a adoção de hábitos alimentares inadequados, contribuindo para a prevalência da obesidade entre crianças e adolescentes, o que tem preocupado a World Health Organization e a International Diabetes Federation.

Na última década, a obesidade infantil alcançou valores epidêmicos a nível mundial. Vários estudos têm revelado que, na europa, o excesso de peso afeta cerca de 22% das crianças dos 5 aos 9 anos e 16 % dos adolescentes (Galhardo et. al, 2015). Também Silva et. al (2018) apoiam que a obesidade infantil teve um aumento alarmante nas últimas décadas. Essa epidemia mundial está associada a vários fatores e é considerada um problema de saúde pública podendo desencadear diversos danos na saúde das crianças.

A obesidade apresenta-se de forma constante na diabetes tipo 2 no jovem e aproximadamente 70 a 90% dessas crianças são obesas, sendo que 38% apresentam obesidade mórbida (Gabbay, cesarini e Dib, 2003).

Já Romualdo, Nóbrega e Escrivão (2015) defendem que a infância pode ser considerada um período crítico para o princípio ou constância da obesidade e ponto de partida para o aparecimento e o desenvolvimento de alterações clínicas e metabólicas importantes que, dependendo da duração e da gravidade, podem gerar danos à saúde na idade adulta.

A presença de obesidade nesta faixa etária tem sido associada ao aparecimento precoce de

várias doenças, tais como a diabetes tipo 2 e que nas últimas três décadas, a prevalência da obesidade infantil aumentou dramaticamente, dando início a uma variedade de problemas de saúde, incluindo o aparecimento de diabetes tipo 2 (Silva et al, 2018).

Como a obesidade nos jovens tem aumentado tanto nos países industrializados, como nos países em industrialização, a Diabetes *Mellitus* tipo II no jovem pode ser considerado um problema emergente também na nossa população.

O crescimento desta patologia em pediatria está diretamente relacionado com o problema da obesidade infantil. Portugal apresenta dos piores números da união europeia quanto à obesidade infantil, com 30% das crianças com excesso ponderal e 10% consideradas obesas (Simões, Serra e Duarte, 2015).

Gabbay, Cesarini e Dib (2003) relatam que o aumento na prevalência da obesidade na infância e adolescência registado nos últimos anos explicaria, em grande parte, o avanço da DM2 em populações jovens. Dizem ainda que estudos relacionam as elevadas taxas de obesidade na infância e adolescência ao sedentarismo e à mudança nos hábitos alimentares.

Já Poeta, Duarte e Giuliano (2010) apontam que a prevalência elevada de obesidade na infância e na adolescência pode resultar no desenvolvimento mais precoce de doenças crónicas na idade adulta, diminuição da qualidade de vida e custo elevado em cuidados de saúde, sendo um fator de risco para doenças como a Diabetes *Mellitus* tipo II.

Todas as crianças e adolescentes com DM2 devem ser alvo de um plano de adoção de estilos de vida saudável, em que os pais ou outros responsáveis são elementos chave (Simões, Serra e Duarte, 2015). Enfatizando assim, a importância que os pais têm na alteração dos hábitos das crianças.

Também neste sentido, Silva et al. (2018), defendem que quando a alimentação é realizada pelos pais e responsáveis da criança, torna-se mais fácil a criança gostar. Sendo que, o número de obesos tem crescido elevadamente, e na maioria dos casos é resultado do estilo de vida.

Ainda Simões, Serra e Duarte (2015) afirmam que não é demais enfatizar a necessidade de adoção de estilos de vida saudáveis. Um grau moderado de restrição calórica pode induzir a perda de peso ou impedir o ganho ponderal.

De forma a prevenir doenças como a Diabetes *Mellitus* tipo II, Galhardo et. al (2015) defendem que é fundamental que os centros de saúde e os serviços de pediatria revejam a sua capacidade de prevenir, diagnosticar e tratar precocemente a obesidade e a DM₂, para que, nas próximas décadas, seja possível evitar um aumento substancial de doenças cardiovasculares e subsequente morte precoce no jovem adulto.

No entanto, caso medidas preventivas não sejam adotadas, a sociedade enfrentará graves problemas com as complicações decorrentes do aparecimento precoce da Dm tipo 2 (Macêdo et al,

2010).

Os mesmos autores, fazendo uma abordagem ao nível dos cuidados de enfermagem, afirmam que um dos papéis dos enfermeiros face à ascensão da DM tipo 2 em crianças é identificar aquelas com fatores de risco, principalmente com excesso de peso. A obtenção correta e precisa de peso, altura e IMC nas escolas é o primeiro passo do enfermeiro para conhecer crianças vulneráveis e, assim, prevenir essa endocrinopatia com a colaboração dos pais e professores.

Silva et al (2018), afirmam que o aumento de peso na infância associado à inadequada alimentação pode contribuir para o desenvolvimento de doenças crónicas na idade adulta, que são doenças onde os estilos de vida e os hábitos inadequados de alimentação são os principais fatores de prevenção.

Como forma de prevenção, Corrêa (2004) afirma que os profissionais de saúde devem ter em consideração os fatores de risco das crianças e adolescentes, realizando rastreios dos mesmos, além de alertar as crianças e adolescentes e as suas famílias para a prevenção.

A prevenção torna-se um fator determinante, dado que as crianças com diabetes tipo 2 são assintomáticas por longos períodos, sendo que, em média, 50% são citadas por clínicas especializadas, devido a glicosúria ou hiperglicemia, constatadas em exames de rotina (Dias, Maciel e Sablisch, 2007).

Macêdo et al (2010) defendem que é urgente a elaboração de programas e protocolos para a prevenção, o diagnóstico e a classificação das crianças frente à DM tipo 2 a fim de prevenir o futuro cenário epidemiológico desfavorável. Estes autores vêm ainda dizer que a enfermagem, que já ocupa o âmbito escolar para educar na questão das doenças sexualmente transmissíveis, prevenção de acidentes, uso de drogas, entre outras, pode interferir efetivamente nesse espaço também para realizar ações de educação para a saúde que favoreçam a adoção de hábitos de vida saudáveis bem como desenvolvendo consultas de enfermagem para identificar crianças com risco para desenvolver DM tipo 2.

Dando continuidade a esta ideia, também Gabbay, Cesarini e Dib (2003) reforçam que crianças e adolescentes obesos e seus pais devem receber explicações claras sobre a patogenia da obesidade e o risco associado em desenvolver DM2, referindo que o ponto fundamental do tratamento é a modificação do estilo de vida, incluindo modificações dietéticas e aumento da atividade física. Apontam também como importante que todos os membros da família devem adotar as mesmas características alimentares saudáveis e realizar exercícios em conjunto ou individualmente.

Estes autores ainda reforçam a ideia, referindo que os resultados obtidos no estudo QUEST, onde foi avaliado o efeito de mudanças dos hábitos de vida sobre crianças de risco e seus respetivos pais, mostraram a efetividade do programa nutricional e da atividade física na prevenção da DM2 e na diminuição do ganho de peso. Sendo que, a partir desses resultados, estratégias no âmbito de saúde

pública podem ser estabelecidas, visando a prevenção da doença.

Por outro lado, Dias, Maciel e Sablisch (2007) dizem que para o tratamento eficiente da diabetes tipo 2, não basta a criação de programas de educação que forneçam informações e treinamento de habilidades; é preciso que sejam incorporados na rotina da criança e do adolescente hábitos que auxiliem no controle metabólico da doença e no desenvolvimento de condições psicológicas e sociais adaptadas ao estilo de vida.

Conflicts of interest

O autor não tem conflitos de interesse a declarar.

Acknowledgements

O autor agradece à Professora Celeste Godinho pelo apoio prestado, dedicação, sugestões e disponibilidade ao longo do desenvolvimento desta *scoping review*.

References

- Amendoeira, J. (2009). *Políticas de saúde em Portugal e desigualdades*. Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/0400.15/86/1/Pol%C3%ADticas%2de%20sa%C3%BAde%20em%20Portugal%20e%20desigualdades.pdf>. Acedido a 31 de julho de 2020.
- Amendoeira, J. (2018). Consulta de Enfermagem: Intervenção dos Enfermeiros com pessoas portadoras de PMD e CDI. Um estudo qualitativo. *Revista da UIPPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. Vol. VI (2), pp. 80-94. Disponível em: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>. Acedido a 31 de julho de 2020.
- Chissini, R., Oliveira, C., Giannini, D. e Kushnir, M. (2015). *Obesidade na infância e adolescência: associação da inflamação e resistência à insulina com alterações metabólicas*. Hospital universitário Pedro Ernesto. Artigo de revisão; v. 14, n. 3, jul-set/2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/19895>. Acedido em 1 de outubro de 2020.
- Dias, S., Maciel, T. e Sablsh, G. (2007). Diabetes tipo 2 na infância: revisão de literatura. *Revista ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 71-80. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/saude/article/view/910>. Acedido a 10 de setembro de 2020.
- Dias, V. (2019). Artigo de opinião. *Jornal Médico dos cuidados de saúde primários*. Nº 71. Disponível em: https://justnews.pt/artigos/pe-diabetico-cerca-de-50-das-amputacoes-e-ulceracoes-poderao-ser-prevenidas#.XTmj9kK_DeM. Acedido a 31 de julho de 2020.
- Ferreira, R. & Amendoeira, J. (2015). Resultados sensíveis em enfermagem. Ensaio: modelo de avaliação da qualidade de cuidados. *Revista UIIPS*; v. 3 (5), pp. 396-407. ISSN: 2182-960. Disponível em <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/issue/view/5>. Acedido a 31 de julho de 2020.
- Gabbay, M. Cesarini, P. e Dib, S. (2003). Diabetes melito tipo 2 na infância e adolescência: revisão de literatura. *Jornal de Pediatria*, v. 79, n.º 3, p. 201-208. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572003000300004&script=sci_arttext&lng=pt. Acedido a 20 de setembro de 2020.
- Galhardo, J. e Shield, J. (2015). O Papel da Hemoglobina A1c no Rastreamento de Intolerância à Glicose e da Diabetes Tipo 2 em Crianças e Adolescentes Obesos. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. Acta Medica Porto, 2015. Mai-Jun; 28(3): 308-315. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/295502895_O_Papel_da_Hemoglobina_A1c_no_Rastreamento_de_Intolerancia_a_Glicose_e_da_Diabetes_Tipo_2_em_Crianças_e_Adolescentes_Obesos. Acedido a 1 de outubro de 2020.

- Macêdo, S., Araújo, M., Marinho, N., Lima, A., Freitas, R. & Damasceno, M. (2010). Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em crianças. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18 (5), set-out 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_14.pdf. Acedido em 20 de setembro de 2020.
- Morais, C. (2012). *Matrizes Conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados*. (Tese de mestrado em enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Disponível em: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewi91eOm-fXjAhVuilsKHRqRA1wQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Frepositorio.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24204%26code%3D688&usg=AOvVaw1k8IVqyN-cy8v49ysbBlvz>. Acedido a 2 de agosto de 2020.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6th edition. St. Louis, Missouri: Mosby. Acedido a 31 de julho de 2020.
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Ottawa, Canada. Acedido a 31 de julho de 2020.
- Organização Mundial de Saúde (2018). *Health Topics: Diabetes*. Disponível em <https://www.who.int/health-topics/diabetes>. Acedido a 02 de agosto de 2020.
- Pereira, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. (Tese de doutoramento em enfermagem). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf. Acedido a 02 de agosto de 2020.
- Poeta, L., Duarte, M. e Giuliano, I. (2010). Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças obesas. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 56(2): 168-72. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200014. Acedido a 1 de outubro de 2020.
- Regulamento nº 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, 2ª Série, Nº 135, p. 19354. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>. Acedido a 31 de julho de 2020.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), 2015, p. 99. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf. Acedido a 31 de julho de 2020.
- Romualdo, M., Nóbrega, F. e Escrivão, M. (2015). Insulin resistance in obese children and adolescents. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 2014, 90(6): 600-207. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25019650/>. Acedido a 7 de setembro de 2020.
- Silva, A., Oliveira, A., Silva, C., Oliveira, D., Carrias, D., Rodrigues, H., Moraes, J., Rodrigues, K., Barros, I., Souza, M., Araújo, R., Ramos, R. e Lima, W. (2018). Relação da alimentação com surgimento precoce da obesidade e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/329540307_Relacao_da_alimentacao_com_surgi

[mento precoce da obesidade e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes.](#)

Acedido em 1 de outubro de 2020.

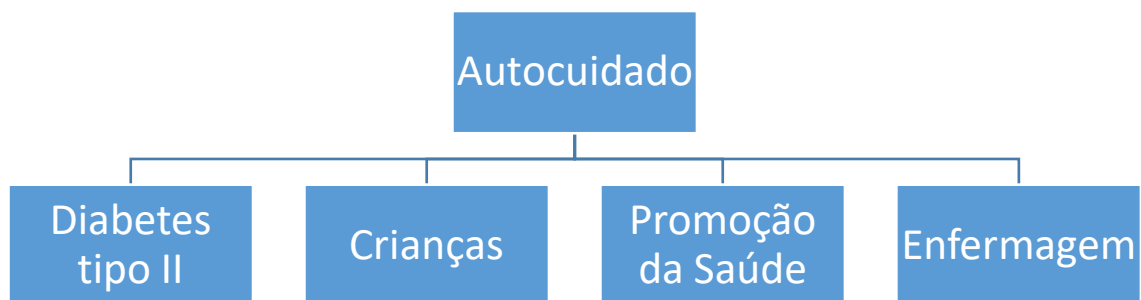
Silva, M. (2017). *Enfermagem na Promoção da autogestão regime terapêutico em pessoas com doença cardiovascular*. (Tese de doutoramento em Enfermagem). Universidade do Porto. Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/106473>. Acedido a 31 de julho de 2020.

Simões, H., Serra F. e Duarte, S. (2015). Diabetes Tipo 2 na Infância e Adolescência – Novos Doentes, Novos Desafios. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 10(2):p. 90-97. Disponível em: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-10-n%C2%BA-2-Junho-2015-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-90-97.pdf>. Acedido em 1 de outubro de 2020.

Soares, P. (2020). Hospital da Luz. Lisboa. Disponível em: <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/guia-de-saude/dicionario-de-saude/D/88/diabetes-tipo-2-jovens-prevenir>

ANEXOS

Appendix I: Mapa conceptual



Adaptado de Curso 1st Comprehensive Systematic Review Training Program (CRSTP) Portugal Centre for EvidenceBasedPractice–PCEBP. ESENFUC_UICISA

Appendix II: Initial Search Strategy

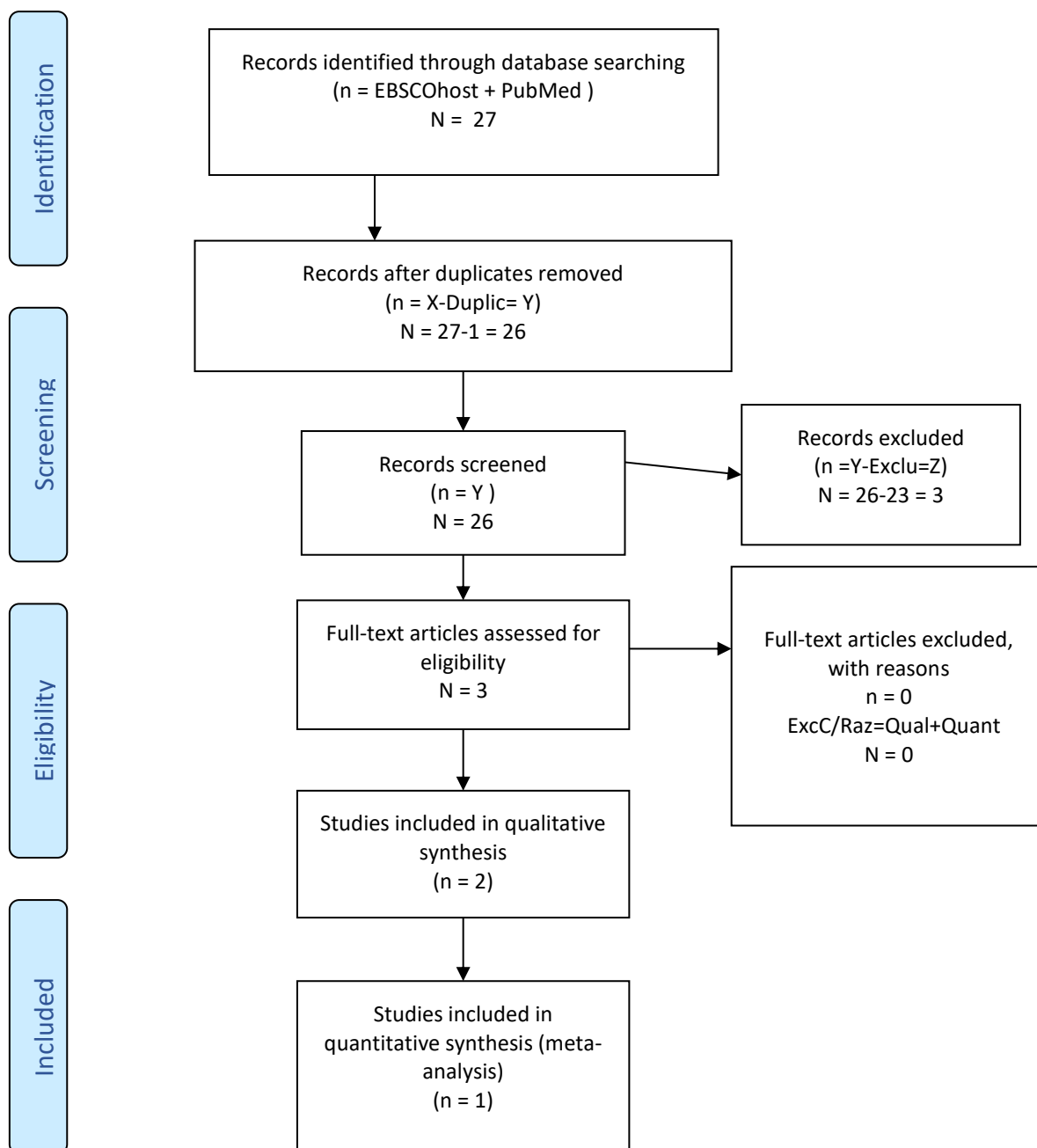
Bases de Dados	Plataforma EBSCOhost				PubMed	Total
	CINAHL Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	MedLine Complete	Medic Latina		
Descritores						
Nurs* (1)	1	1133	0	0	11	1145
Diabetes Mellitus type 2 (2)	0	0	0	0	2	2
Health Promotion (3)	0	140	0	0	3	143
Child (4)	1	3094	0	0	502	3597
Nurs* AND Diabetes Mellitus type 2 (1 e 2)	0	0	0	0	1	1
Nurs* OR Diabetes Mellitus type 2 (1 ou 2)	0	0	0	0	12	12
Nurs* AND Health promotion (1 e 3)	0	15	0	0	0	15
Nurs* OR Health promotion (1 ou 3)	1	1258	0	0	14	1273
Nurs* AND Child (1 e 4)	0	142	0	0	11	153
Nurs* OR Child (1 ou 4)	2	4085	0	0	502	4589
Diabetes Mellitus type 2 AND Health promotion (2 e 3)	0	0	0	0	0	0
Diabetes Mellitus type 2 OR Health promotion (2 ou 3)	0	140	0	0	5	145
Diabetes Mellitus type 2 AND Child (2 e 4)	0	0	0	0	2	2
Diabetes Mellitus type 2 OR Child (2 ou 4)	1	3094	0	0	502	3597
Health promotion AND Child (3 e 4)	0	22	0	0	3	25
Health promotion OR Child (3 ou 4)	1	3212	0	0	502	3715
Nurs* AND Diabetes Mellitus type 2 AND Health promotion (1 e 2 e 3)	0	0	0	0	0	0
Nurs* OR Diabetes Mellitus type 2 AND Health promotion (1 ou 2 e 3)	1	1133	0	0	8	1142

Nurs* AND Health promotion AND Child (1 e 3 e 4)	0	3	0	0	0	3
Nurs* OR Health promotion OR Child (1 ou 3 ou 4)	2	4191	0	0	507	4700
Diabetes Mellitus type 2 AND Health Promotion AND Child (2 e 3 e 4)	0	0	0	0	0	0
Diabetes Mellitus type 2 OR Health Promotion AND Child (2 ou 3 e 4)	0	22	0	0	6	28
Diabetes Mellitus type 2 AND Health Promotion OR Child (2 e 3 ou 4)	1	3094	0	0	507	3602
Nurs* AND Diabetes Mellitus type 2 AND Child (1 e 2 e 4)	0	0	0	0	1	1
Nurs* OR Diabetes Mellitus type 2 AND Child (1 ou 2 e 4)	1	1133	0	0	14	1148
Nurs* AND Diabetes Mellitus type 2 AND Health Promotion AND Child (1 e 2 e 3 e 4)	0	0	0	0	0	0
Nurs* OR Diabetes Mellitus type 2 AND Health Promotion AND Child (1 ou 2 e 3 e 4)	1	1133	0	0	0	1134
Nurs* AND Diabetes Mellitus type 2 OR Health Promotion AND Child (1 e 2 ou 3 e 4)	0	22	0	0	5	27
Nurs* AND Diabetes Mellitus type 2 AND Health Promotion OR Child (1 e 2 e 3 ou 4)	1	3094	0	0	507	3602
Total	14	29024	0	0	3627	66466

Appendix III: Appraisal instruments



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Appendix IV – Data Extraction Instrument

Apêndice IV: Data extraction instrument

Revisor: Salomé Pedrosa

Artigo n.º 1: *O Papel da Hemoglobina A1c no Rastreamento de Intolerância à Glicose e da Diabetes Tipo 2 em Crianças e Adolescentes Obesos*

Título da Revisão: Prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças

Questão: Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Crianças com obesidade, entre os 6 e os 12 anos

Conceito: Enfermagem, Promoção da saúde, Diabetes *Mellitus* tipo II, Crianças

Contexto: Serviços de saúde

➤ **Autor/es:** Júlia Galhardo, Julian Shield

➤ **Ano da Publicação:** 2015

➤ **País de origem:** Portugal

➤ **Objetivos:** Testar a Hemoglobina A1c como ferramenta de rastreio para pré-diabetes e Diabetes *Mellitus* tipo II, numa população pediátrica obesa de alto risco.

➤ **Metodologia/métodos:**

○ Estudo transversal, desenvolvido num hospital pediátrico britânico de nível terciário.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

○ Durante os primeiros 6 meses de 2012 foram recrutados todos os novos doentes referentes à consulta de obesidade pediátrica, que cumprissem os critérios recomendados para rastreio de DM2.

○ Critérios de exclusão: gravidez; intolerância à glicose ou diabetes conhecidas; medicação crónica, nomeadamente hipoglicemiante; hemoglobinopatia ou outras condições associadas a alteração da sobrevida leucocitária.

○ O protocolo de estudo foi aprovado pelo United Bristol Hospitals Trust Research Ethics Committee. O consentimento informado foi assinado pelos adolescentes ou , no caso de crianças mais pequenas, pelos pais.

➤ ***Interpretação desenvolvida:***

- “Na última década, a obesidade pediátrica alcançou valores epidémicos a nível mundial. (...)na Europa, o excesso de peso afeta cerca de 22% das crianças dos 5 aos 9 anos (...) e 16% dos adolescentes (...)”. (p.2)
- “À semelhança do adulto, também nesta faixa etária a adiposidade visceral está diretamente associada à hiperinsulinemia e à resistência à insulina, sendo um fator de risco major para o desenvolvimento precoce da Diabetes *Mellitus* tipo 2” (p.2)
- “(...) é fundamental que os centros de saúde e os serviços de saúde revejam a sua capacidade de prevenir, diagnosticar e tratar precocemente a obesidade e a DM₂, para que, nas próximas décadas, seja possível evitar um aumento substancial de doenças cardiovasculares e de subsequente morte precoce no jovem adulto.” (p.2)
- “(...) é atualmente recomendado o rastreio de todos os doentes púberes ou com idade superior a 10 anos, que apresentem índice de massa corporal (IMC) superior a P85 para o sexo e idade e pelo menos dois dos seguintes fatores de risco: familiar em 1º ou 2º grau com DM₂, mãe com diabeste gestacional no decurso dessa gravidez, raça não caucasiana ou sinais/condições associadas a insulinoresistência(...)” (p.2)

➤ ***Nível de Evidência alcançado (se aplicável):***

- *Level 3.e – Observational study without a control group*

➤ ***Contributo para a questão de revisão:***

- Este artigo possui contributos importantes para a questão de revisão, uma vez que relaciona a importância do diagnóstico precoce da DM₂ em crianças com obesidade diagnosticada. De referir também que salienta a importância da prevenção realizada pelos Cuidados de Saúde Primários.

Apêndice IV: Data extraction instrument

Revisor: Salomé Pedrosa

Artigo n.º 2: *Diabetes tipo 2 na infância e adolescência – novos doentes, novos desafios*

Título da Revisão: Prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças

Questão: Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Crianças com obesidade, entre os 6 e os 12 anos

Conceito: Enfermagem, Promoção da saúde, Diabetes *Mellitus* tipo II, Crianças

Contexto: Serviços de saúde

➤ **Autor/es:** H. Simões, F. Serra, S. Duarte

➤ **Ano da Publicação:** 2015

➤ **País de origem:** Portugal

➤ **Objetivos:** Proceder a uma recolha e resumo da informação científica mais relevante sobre DM” em idade pediátrica, no que concerne a risco de desenvolver diabetes, diagnóstico, desenvolvimento de complicações e tratamento.

➤ **Metodologia/métodos:**
○ Pesquisa e revisão bibliográfica.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**
○ Efetuou-se uma pesquisa bibliográfica recorrendo a bases de dados Pubmed usando a expressão *type 2 diabetes*, cruzada com as expressões *children, youth, pediatric, diagnosis* e *treatment* e ainda aplicando filtros etários para a faixa etária pretendida.
○ Utilizou-se apenas informação respeitante a humanos até aos 18 anos, e privilegiou-se informação

proveniente de ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.

- Utilizaram-se apenas publicações posteriores a 1990.
- Recorreu-se ainda a fontes como recomendações de sociedades internacionais, livros de texto dedicados ao tema, e a referências bibliográficas consideradas relevantes encontradas nas publicações resultantes da pesquisa.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

- "...o aumento da incidência da Diabetes Mellitus tipo II, agora também nas crianças e adolescentes, é um fenómeno mundial, que afeta especialmente alguns grupos étnicos" (p.1)
- "Este aumento da incidência da DM2 em crianças e jovens está claramente relacionado com a emergência alarmante da obesidade infantil, em resultado de um estilo de vida sedentário e uma alimentação predominantemente hipercalórica, também nestas faixas etárias". (p.1)
- "Apesar do aumento da incidência, de momento não se justificam rastreios generalizados da DM2 nesta faixa etária. Em vez disso, os clínicos devem focar a sua atenção em grupos de risco. A DM2 surge habitualmente em crianças e adolescentes com as seguintes características: excesso de peso ou obesidade..." (p.2)
- "Todas as crianças e adolescentes devem ser alvo de um plano de adoção de estilos de vida saudável, em que os pais ou outros responsáveis são elementos chave." (p.3)
- "A evidência sobre a eficácia da adoção de estilos de vida saudável é mais robusta em crianças obesas, e nesta população demonstrou benefícios metabólicos e cardiovasculares." (p.3)
- "Ainda assim, não é demais enfatizar a necessidade de adoção de estilos de vida saudáveis. Um grau moderado de restrição calórica pode induzir perda de peso ou impedir o ganho ponderal..." (p.3)
- "Estudos como o *Diabetes Prevention Program* são bons exemplos dos bons resultados que a adoção de estilos de vida saudáveis pode alcançar na redução ponderal e da progressão da pré-diabetes para DM2." (p.3)
- "Reduzir o sedentarismo é fundamental. Recomenda-se reduzir o tempo de ecrã, o tempo despendido diante do televisor, consola ou computador a um máximo de 1 ou 2 horas por dia. Estes passatempos são responsáveis por demasiado tempo de inatividade e, frequentemente, associam-se a ingestão desregulada de alimentos hipercalóricos." (p.4)
- "A adesão ao exercício físico pode ser melhorada se ele for alvo de uma prescrição formal e se a família ou cuidadores forem envolvidos." (p.4)
- "O crescimento desta patologia em pediatria está diretamente relacionada com o problema da obesidade infantil. Portugal apresenta dos piores números da união europeia quanto à obesidade infantil, com 30% das crianças com excesso ponderal e 10% consideradas obesas". (p.7)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

- *Level 4.a – Systematic review of descriptive studies*

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este artigo produz contributos importantes para a questão formulada, tendo em conta que relaciona a obesidade infantil com o aparecimento da diabetes tipo 2 em crianças e adolescentes.

Vem reforçar a importância da redução da obesidade infantil, promovendo um estilo de vida mais saudável, tanto a nível físico, como a nível alimentar, por forma a diminuir o aparecimento de diabetes tipo 2 em idades pediátricas.

Apêndice IV: Data extraction instrument

Revisor: Salomé Pedrosa

Artigo n.º 3: *Relação da alimentação com surgimento precoce da obesidade e Diabetes Mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes*

Título da Revisão: Prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças

Questão: Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Crianças com obesidade, entre os 6 e os 12 anos

Conceito: Enfermagem, Promoção da saúde, Diabetes *Mellitus* tipo II, Crianças

Contexto: Serviços de saúde

➤ **Autor/es:** Aline Silva, Adolfo Oliveira, Carla Silva, Daiara Oliveira, Daniela Carrias, Herivelton Rodrigues, Juniel Moraes, Kassiane Rodrigues, Lissandra Barros, Moira Souza, Radson Araújo, Rosane Ramos, Whyds Lima.

➤ **Ano da Publicação:** 2018

➤ **País de origem:** Brasil

➤ **Objetivos:** Analisar na literatura produções científicas acerca da relação dos hábitos alimentares para o surgimento da obesidade e da Diabetes *Mellitus* tipo 2 na infância a adolescência.

➤ **Metodologia/métodos:**
○ Revisão sistemática da literatura.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**
○ A procura pelos estudos ocorreu entre os meses de fevereiro a maio de 2018. As bases de dados online pesquisadas foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde (LILACS) e da Medical Literature Analysis and retrieval System online (MEDLINE), cujo

acesso se realizou através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

- Os descritores controlados utilizados e listados pelos descritores de Ciências da Saúde (DeCS) foram: “Alimentação”, “Diabetes Mellitus”, “Obesidade infantil”. Os descritores foram cruzados nessa mesma ordem e por meio do operador “and”.
- Os critérios de inclusão foram artigos científicos que responderam aos objetivos, que estivessem na língua portuguesa e inglesa, disponíveis na íntegra e gratuitamente nas bases de dados selecionados no período de 2008 a 2018. Optou-se pela exclusão de editais, cartas de editor, opinião de especialistas e reflexões.
- A apresentação dos resultados e da discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

- “(...) é através dos modelos de ingestão que é realizada na infância e adolescência torna-se possível que a obesidade, bem como, as doenças crônicas na fase adulta.” (p.2)
- “(...) a obesidade infantil e na adolescência vem aumentando progressivamente nas últimas décadas, sendo considerada a epidemia global pela Organização Mundial de Saúde.” (p.2)
- “Deve-se destacar que no que tange à Diabetes Mellitus, a sua incidência entre crianças e adolescentes torna-se um grande problema de saúde pública.” (p.2)
- “(...) paralelamente ao número cada vez maior de casos, observa-se a incidência crescente de formas de doença (...) como é o caso da DM₂.” (p.2)
- “(...) torna-se fundamental a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e obesidade.” (p.2)
- “Tais agravantes da saúde vêm crescendo na população mundial, especialmente entre os mais jovens.” (p.2)
- “A infância e adolescência apresentam como característica o crescimento físico, a alta vulnerabilidade para deficiências nutricionais e parece constituir também, período de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta. (...) tem-se priorizado a vigilância nutricional nessa fase (...) prevenindo assim os prejuízos ao crescimento e à saúde desse grupo.” (p.3)
- “A obesidade infantil teve um aumento alarmante nas últimas décadas. Essa epidemia mundial está associada a vários fatores e é considerada um problema de saúde pública podendo desencadear diversos danos na saúde das crianças (...)” (p.3)
- “(...) na infância e adolescência, o número de obesos tem crescido elevadamente, e na maioria dos casos é resultado do estilo de vida.” (p.3)
- “(...) a presença de obesidade nesta faixa tem sido associada ao aparecimento precoce de várias doenças, tais como (...) o aumento da ocorrência de diabetes tipo 2 (...)” (p.5)
- “(...) quando a alimentação saudável é realizada pelos pais e responsáveis da criança, torna-se mais fácil a criança gostar, tendo os pais como exemplo.” (p.5)
- “(...) nas últimas décadas, a prevalência da obesidade infantil aumentou dramaticamente (...) dando início a uma variedade de problemas de saúde, incluindo a Diabetes Mellitus tipo 2.” (p.5)
- “O rápido surgimento da DM₂ na infância representa um desafio para muitos médicos, que geralmente se encontram mal equipados para tratar doenças de adultos encontradas em crianças.” (p.5)
- “(...) observa-se que o risco de complicações micro e macrovasculares em crianças e adolescentes é extremamente elevado pela precoce faixa etária do diagnóstico, levando, a longo prazo, a um imenso impacto económico, com grande ónus ao sistema de saúde e à sociedade.” (p.5)
- “(...) estudos apontam que a terapia nutricional é parte integrante imprescindível no tratamento da Diabetes Mellitus.” (p.6)
- “A literatura mostra que o consumo alimentar das crianças e adolescentes está desequilibrado e essa realidade é fator precursor do aumento das doenças crônicas como a Diabetes Mellitus nesta fase precoce (...)” (p.6)
- “(...) o aumento de peso nessa idade associado à inadequação alimentar pode contribuir para o desenvolvimento de doenças crônicas na idade adulta, que são doenças onde o estilo de vida e os hábitos inadequados de alimentação são os principais fatores de prevenção.” (p.6)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**
Level 3.e – Observational study without a control group

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Este artigo produz contributos para a questão formulada, uma vez que aborda a relação entre os hábitos alimentares e o aparecimento de obesidade e de Diabetes *Mellitus* tipo II na infância e na adolescência. Da mesma forma, contribui, enaltecendo que os estilos de vida são a principal causa de aparecimento de doenças na infância e na adolescência e que a promoção de estilos de vida saudável, como uma dieta alimentar equilibrada, é importante para a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II.

ANEXO III – CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO DE PARTICIPANTES E
INFORMANTES-CHAVE



Consentimento Livre e Informado

Ex^o Senhor (a)

Salomé Gomes Pedrosa, Enf^a e estudante do 8^o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém, está a desenvolver um projeto na UCC da Marinha Grande, que tem como objetivo geral: Promover a literacia em saúde visando a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças, entre os 6 e os 12 anos de idade. Este estudo envolverá a sua participação através de resposta a dois questionários sobre atividade física e sobre propensão alimentar, os quais deverá responder, tendo em conta os hábitos da sua criança. Este método de colheita de dados é o Questionário de Atividade Física e o Questionário de Propensão Alimentar. Este pedido surge no seguimento daqueles que consideramos serem os critérios de inclusão da amostra para o estudo que estamos a desenvolver. Pretende-se levantar informações significativas, que auxiliem a centrar as intervenções comunitárias e promover estratégias de intervenção mais adequadas a este grupo. Neste sentido apelamos à sua participação, sendo a decisão de participar absolutamente voluntária, podendo alterar a sua intenção a qualquer momento, sem ter de se justificar e sem qualquer prejuízo para a sua pessoa. É garantido que a sua participação não acarreta qualquer tipo de risco, mantendo-se o total anonimato e sigilo, sendo os dados utilizados exclusivamente para a realização deste projeto. Não terá qualquer tipo de encargos económicos, nem receberá nenhum pagamento ou gratificação pela participação no referido projeto. Ao responder às questões está a consentir a sua participação garantindo que compreendeu tudo o que lhe foi explicado anteriormente. O questionário terá a duração de aproximadamente 30 minutos.



Certificado de Consentimento

Declaro que fui convidado(a) a participar no projeto da UCC da Marinha Grande, que tem como objetivo geral: Promover a literacia em saúde visando a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças, entre os 6 e os 12 anos de idade. Fui informado(a) sobre todos os procedimentos e recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Participarei através de resposta a dois questionários. Este método de colheita de dados é o Questionário de Atividade Física e o Questionário de Propensão Alimentar. Fui informado(a) que os desconfortos da minha parte serão minimizados e a existirem serão relativos à partilha de informações pessoais ou confidenciais. Estou consciente que não haverá nenhum benefício direto nem incentivo pela minha participação neste estudo. Declaro ainda que fui informado(a) que posso abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Fui informado(a) do nome e contactos do investigador. Para o efeito declaro que aceito/não aceito (riscar o que não interessa)

Data: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do enfermeiro: _____

Eu, enfermeiro, li ou testemunhei a leitura com exatidão do termo de consentimento ao potencial participante, e confirmo que o mesmo deu o seu consentimento livremente.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Diagnóstico de enfermagem comunitária da população residente no concelho da Marinha Grande

Entrevistadora: **Salomé Pedrosa**

Entrevistado/Informante-chave: _____

Data: _____

Local: _____

Hora de início: _____

Hora de término: _____

Sou Enf^a a frequentar o 8^o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém e a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde da Marinha Grande sob a orientação da Enf.^a Ana Sofia Machado e da Prof.^a Celeste Godinho.

Pretendo realizar um **Diagnóstico de Enfermagem Comunitária** com os seguintes objetivos:

- Colher informação acerca da comunidade residente no concelho da Marinha Grande;
- Identificar as necessidades de saúde dos residentes no concelho da Marinha Grande.

Para que tal seja possível, solicito a sua colaboração nesta entrevista que será gravada, no sentido de fornecer alguns dados que considero pertinentes. Se em qualquer momento manifestar o desejo de interromper a entrevista ou suspender a gravação, isso será imediatamente respeitado.

Os dados recolhidos serão devidamente tratados, mantendo o sigilo e o anonimato.

Solicito que, após considerar que está devidamente informado, assine este documento dando o seu consentimento.

Assinatura Entrevistado: _____

Assinatura Entrevistador: _____

ANEXO IV – GUIÃO DA ENTREVISTA E ANÁLISE DE CONTEÚDO

**GUIÃO DA ENTREVISTA PROFISSIONAIS INFORMANTES-CHAVE
DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA MARINHA GRANDE**

**Diagnóstico de enfermagem comunitária da população residente
no concelho da Marinha Grande**

Entrevistadora: Salomé Pedrosa

Entrevistado: Informante-chave, enquanto elemento pertencente e dinamizador de um projeto em desenvolvimento nas áreas de interesse

Idade: _____

Formação: _____

Tempo de serviço nas atuais funções: _____

Data: _____

Local: _____

Hora de início: _____

Hora de término: _____

QUESTÕES	INDICADORES
19. Quais os principais recursos da comunidade da Marinha Grande? •	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde • Educação • Lazer • Desporto • Instituições de solidariedade social • Outros.
20. Quais as principais características da comunidade da Marinha Grande?	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de população: etnias, imigrantes... • Relações sociais • Integração no meio
21. Quais as principais necessidades/problemas de saúde da comunidade da Marinha Grande?	

<p>22. Considera a promoção da saúde das crianças com obesidade como uma necessidade prioritária na Comunidade da Marinha Grande?</p> <ul style="list-style-type: none">• Referenciais e orientações na área da promoção da alimentação saudável e da literacia em saúde;• Medidas inovadoras para a redução da incidência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar;• Produzir e divulgar orientações técnicas sobre identificação de crianças com fatores de risco para a obesidade• Maximização das intervenções promotoras de comportamentos saudáveis na rotina diária (refeições e a prática de atividade física em família, bem como outras atividades lúdicas e criativas.)	
<p>23. Considera que seria importante o desenvolvimento de ações para a prevenção da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II em crianças?</p> <ul style="list-style-type: none">• Ações relacionadas com a promoção da adoção de estilo de vida saudável (dieta e prática regular de exercício físico);• Ações para identificar a prevalência de fatores de risco modificáveis para DM tipo 2;• Ações no âmbito da prevenção da Ingestão calórica excessiva, da obesidade e do sedentarismo.	
<p>24. Deseja acrescentar algum contributo ao que foi referido anteriormente?</p>	

ANÁLISE DE CONTEÚDO (Bardin, 2018)

No sentido de manter o anonimato e a confidencialidade dos participantes sempre que estes forem referidos, foram utilizadas nomenclaturas simbólicas: E1 e E2 para denominação do primeiro, segundo e terceiro entrevistados, respetivamente. As entrevistas foram codificadas através da contagem das linhas (ln) para, posteriormente, referenciar as citações utilizadas na análise de conteúdo.

No que se refere às regras de codificação, teve-se presente a escolha do recorte da unidade de registo. A E1 resultou num total de 5 páginas A4 e a E2 num total de 7 páginas. Todas as páginas dos entrevistados foram dactilografadas.

Para a análise de conteúdo foi constituído como *corpus* as entrevistas transcritas aos informantes-chave. Neste processo foram respeitadas as qualidades: de exclusão mútua (cada elemento foi apenas classificado numa categoria), de homogeneidade (respeitando um único princípio para classificação e organização das categorias), de pertinência (adequação das categorias ao referencial teórico mobilizado), de objetividade e de fidelidade (respeitado pela matriz e forma de codificação de todos os elementos) e produtividade (possibilidade de novas inferências), no sistema de categorias estruturado, para validação interna.

Definida a constituição do *corpus* das entrevistas, identificaram-se as unidades de registo que foram agrupadas, de forma gradual e progressiva, consoante o conteúdo e contexto das mesmas. Optou-se, então, por construir através de um tema, um sistema de categorias que se representa sob a forma de uma grelha de análise e que se caracteriza por compreender várias subcategorias. Quanto à construção das categorias, foi feita *à posteriori*.

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Caracterização da comunidade da Marinha Grande	Subsistemas da comunidade	Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • “Centro de Saúde da Marinha Grande constituído por 3 equipas de saúde familiar (...) 1 Unidade de Cuidados na Comunidade, 1 equipa de Saúde Pública, um serviço de atendimento permanente aberto 24h” E1: In 30-33 • “11 clínicas de saúde privadas (...), 8 laboratórios de análises clínicas, 1 laboratório de imagiologia, 8 farmácias e 1 parafarmácia” E1: In 36-37 • “Centro de saúde da Marinha Grande, constituído por 3 equipas de saúde familiar da tipologia (2 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e 1 Unidade dessa Saúde Familiar); 1 Unidade de cuidados na comunidade; 1 equipa da Unidade de Saúde Pública; 1 Serviço de atendimento permanente aberto 24h; 1 representante da Unidade de apoio à Gestão. Com 2 extensões de saúde, situadas em Vieira de Leiria e Moita agregadas a uma das UCSP” E2: In 32-36 • “Na comunidade existem ainda 11 clínicas de saúde privadas de tipologias diversas, 8 laboratórios de análises clínicas, 1 laboratório de imagiologia, 8 farmácias e 1 parafarmácia” E2: In 37-38
		Educação	<ul style="list-style-type: none"> • “3 agrupamentos de escolas (Vieira de Leiria, Marinha Grande Nascente e Marinha Grande Poente) assim como por entidades privadas. Sendo assim, existem 40 estabelecimentos de ensino públicos e 11 privados com um total variável de cerca de 6000 alunos” E1: In 40-43 • “O parque escolar da Marinha Grande é constituído por 3 agrupamentos de escolas, assim como por entidades privadas com um total de 40 estabelecimentos de ensino públicos e 11 privados com um total variável de 6000 alunos” E2: In 41-43
		Recreação	<ul style="list-style-type: none"> • (...) destacam-se: Museu do Vidro; Museu Joaquim Correia; Museu do Molde; Casa Museu Afonso Lopes Vieira; Casa Museu 18 janeiro; Núcleo de Arte Contemporânea – Marinha Grande; 2 Cine teatros na freguesia de Vieira de Leiria; Galeria Municipal com oferta de exposições temporárias e eventos para públicos mais intimistas; Oferta cultural promovida pela autarquia e várias coletividades/associações do concelho; Existência de vários grupos de teatro no concelho; Orquestra Ligeira da Marinha Grande; Biblioteca Municipal; Grupo de Percussão Tocandar; Orquestra da Amieirinha; Coro da Tertúlia dos Anos de Ouro (ADESER II,

			<p>IPSS); Casa da Cultura –Teatro Stephens; Auditório José Vareda do Sport Operário Marinhense” E1: In 47-67</p> <ul style="list-style-type: none"> • “população da Marinha Grande ter acesso a espaços ao ar livre, recursos naturais tais como a mata nacional e praias (...) vários parques de lazer no concelho” E1: In 68-70 • “Existem na Marinha Grande cerca de 50 coletividades desportivas (...) andebol, futebol, natação, ténis de mesa, judo, patinagem de velocidade e artística, atletismo, entre outras modalidades (...) existindo projetos da UCC com parceria com estas coletividades, nomeadamente no âmbito da obesidade infantil e Diabetes” E1: 73-78 • “O concelho da Marinha Grande está situado numa zona privilegiada em termos naturais, com uma extensa mata e ladeada por várias praias o que remete para atividades de lazer ao ar livre (...) vários parques de lazer no concelho.” E2: In 46-48 • “Ao longo do ano o município, em associação com várias coletividades (diagnóstico social) e também com outros parceiros da rede social, nomeadamente a Saúde, promove atividades desportivas e lúdicas para as várias faixas etárias.” E2: In 50-52 • “Existência de 5 espaços museológicos na Marinha Grande: Museu do Vidro; Museu Joaquim Correia; Museu do Molde; Casa Museu Afonso Lopes Vieira; Casa Museu 18 janeiro; Núcleo de Arte Contemporânea – Marinha Grande, 2 Cine teatros na freguesia de Vieira de Leiria; Galeria Municipal com oferta de exposições temporárias e eventos para públicos mais intimistas; Oferta cultural promovida pela autarquia e várias colectividades/associações do concelho; Existência de vários grupos de teatro no concelho; Orquestra Ligeira da Marinha Grande; Biblioteca Municipal; Grupo de Percussão Tocandar; Orquestra da Amieirinha, Coro da Tertúlia dos Anos de Ouro (ADESER II, IPSS) Casa da Cultura –Teatro Stephens; Auditório José Vareda do Sport Operário Marinhenses” E2: In 54-72 • “Existem na Marinha Grande cerca de 50 coletividades desportivas. Os desportos com maior expressão no concelho são: andebol, futebol, natação, ténis de mesa, judo, patinagem de velocidade e artística, atletismo, entre outras modalidades. Existe uma forte interação destas coletividades com os restantes parceiros da rede social, nomeadamente com a saúde, existindo projetos da UCC com parceria com estas coletividades, nomeadamente no âmbito da obesidade infantil e Diabetes no adulto.” E2: In 75-80
		<p>Leis e Política</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “As IPSS existentes na Marinha Grande estão todas integradas na rede social e desenvolvem atividades em áreas e idades de população diversas” E1: In 81-82 • “IPSS de intervenção na infância e juventude” E1: In 82-83

			<ul style="list-style-type: none"> • “Centro de acolhimento temporário para crianças vítimas de maus tratos (...) uma que coordena o Centro de acolhimento temporário para crianças vítimas de maus tratos; IPSS que intervêm com idosos e pessoas com vulnerabilidade social incluindo a prestação de apoios no âmbito da alimentação a apoio domiciliário e 1 IPSS que intervêm na área das toxicodependências” E1: In 83-86 • “Felizmente para o concelho existem várias IPSS, todas integradas na rede social e que operam em áreas e idades da população diversas. Assim temos IPSS de intervenção na infância e juventude, incluindo uma que coordena o Centro de acolhimento temporário para crianças vítimas de maus tratos; IPSS que intervêm com idosos e pessoas com vulnerabilidade social incluindo a prestação de apoios no âmbito da alimentação a apoio domiciliário e uma IPSS que intervêm na área das toxicodependências, incluindo equipas de rua. A intervenção destas IPSS são sempre em forte articulação com a segurança social, saúde, CPCJ e outros parceiros.” E2: In 83-89
	Características do núcleo	Multiculturalidade	<ul style="list-style-type: none"> • A população da Marinha Grande contempla indivíduos de diversas origens” E1: In 95 • “Destacam-se nacionalidades diferentes da portuguesa tais como indiana, brasileira, paquistanesa e países do Leste” E1: In 99-101 • “As respostas sociais e da saúde na Marinha Grande articulam-se de forma efetiva e com uma ligação forte no âmbito da rede social. Os contactos entre os vários parceiros são muito facilitados, havendo uma informalidade que facilita o trabalho. Sempre que existe um evento ou uma problemática no concelho os vários parceiros mobilizam-se quase automaticamente para dar resposta.” E2: In 92-95 • “A população da Marinha Grande é oriunda de todo o País e também estrangeiro. Este facto deve-se à forte atividade empresarial ligada aos moldes e outros sectores. A maior da população desenvolve a sua atividade profissional em fábricas no concelho. De realçar a presença de comunidades: Indiana, Brasileira, de países do Leste. Mais recentemente verifica-se um aumento do número de cidadãos Paquistaneses no concelho. No âmbito da saúde esta realidade lança vários desafios, nomeadamente, no que respeita à adaptação dos conceitos de saúde face à cultura dos indivíduos, assim como na comunicação, uma vez que no caso dos Indianos e Paquistaneses, na sua maioria falam Inglês ou nem isso.” E2: In 98-105 • “Na Marinha Grande existem também indivíduos de etnia cigana distribuídos por 3 principais comunidades, de estratos sócio económicos, visivelmente distintos. Preocupam mais a saúde os indivíduos residentes em acampamento sem condições de habitabilidade e a fraca adesão

			<p>desta população aos cuidados de saúde, nomeadamente com as crianças numa perspetiva preventiva.” E2: In 106-109</p> <ul style="list-style-type: none"> • “A população da Marinha Grande é pacífica, sendo o índice de criminalidade no nosso concelho baixo. No que diz respeito a esta problemática tem vindo a preocupa-nos o aumento dos casos de violência doméstica sinalizados. Este facto também se deve ao facto de há cerca de 1 ano se ter formalizada a Rede de prevenção de violência entre adultos, promovida pela saúde, facilitando assim a sinalização destas situações, oferecendo mais segurança às vítimas aquando da denúncia e também promovendo a divulgação da temática na população através de várias atividades desenvolvidas.” E2: In 110-115
	Problemas de saúde identificados pelos informantes-chave	Doenças	<ul style="list-style-type: none"> • “a diabetes está em 4º lugar nos fatores de risco e determinantes de saúde registados nos CSP e a Obesidade em 5º lugar” E1: In 113-115 • “Como principais problemas de saúde da população da Marinha Grande destacam-se (...) a doença oncológica, doença cardíaca, doença cerebrovascular, diabetes, DPOC, acidentes e HTA” E1: In 115-117
Áreas de intervenção comunitária	Integração de um projeto no âmbito da prevenção da Diabetes em crianças	Linhas orientadoras	<ul style="list-style-type: none"> • “Tendo em conta o perfil de saúde da população da Marinha Grande, este projeto é relevante. De acordo com o Plano Regional de Saúde (2018-2020) da Região Centro” E1: In 112-115 • “evidentes problemas que estão diretamente relacionados com a obesidade, nomeadamente: alteração do metabolismo dos lípidos; hipertensão; perturbações depressivas; e diabetes” E1: In 121-123 • “a Educação para a Saúde, a literacia em saúde e as competências relativas aos autocuidados constituem os pilares para a capacitação em saúde das crianças com obesidade, suas famílias e comunidades” E1: In 126-128 • “o desenvolvimento de ações para a prevenção de DM II em crianças são de extrema importância” E1: In 134-135 • “concerne à prevenção de ingestão calórica excessiva, obesidade e sedentarismo é uma preocupação de todos os profissionais de saúde. A sua importância é efetiva e acrescenta-se que está inserida nos conteúdos dos cuidados antecipatórios inerentes ao Programa de Saúde Infantil e Juvenil em vigor que orientam as consultas de vigilância” E1: In 140-143 • “este projeto será benéfico no sentido que poderá constituir programa para a UCC” E1: In 146-147 • “À semelhança do resto do país, o sedentarismo que se tem vindo a intensificar representa consequências no perfil de saúde das populações. Ao consultarmos o Perfil de saúde de 2018

			<p>verificamos que o excesso de peso é um dos diagnósticos ativos para os determinantes de saúde, seguindo de diagnósticos associados a consumos de tabaco, álcool e drogas.” E2: In 118-121</p> <ul style="list-style-type: none">• “Com o desenvolvimento do Programa de Intervenção em Obesidade Infantil, a UCC tem vindo a manifestar uma forte preocupação com os hábitos de vida das crianças e famílias, nomeadamente no âmbito da alimentação e exercício físico. No mesmo Perfil consegue-se verificar que os primeiros 5 diagnósticos estão diretamente relacionados com a obesidade, nomeadamente: alteração do metabolismo dos lípidos; hipertensão; perturbações depressivas; Obesidade e diabetes.” E2: In 122-127• “Em 2018 a UCC elaborou um estudo concluiu que cerca de 50% das crianças na faixa etária dos 10 anos tinham excesso de peso ou obesidade. Fruto desta iniciativa, e do facto de desde o início da sua fundação, a UCC, promover um Projeto de intervenção em obesidade Infantil, verifica-se que existe por parte dos pais uma baixa associação entre a obesidade e as suas possíveis consequências, ou seja, ainda se mantém a falsa ideia de que, quando os meninos crescerem tudo isto passa.” E2: In 130-135• “(...) todos os anos letivos a UCC desenvolve, no âmbito da equipa de saúde escolar atividades na escola alusivas aos hábitos de vida saudáveis.” E2: In 139-140• “Considero que ainda falta a consciencialização dos pais acerca das consequências a curto, médio e longo prazo, da obesidade.” E2: In 141-142• “(...) é urgente utilizar uma estratégia que promova o aumento da perceção dos pais e das crianças para a importância de interromper o ciclo da obesidade. Parece-me igualmente importante estabelecer parcerias com unidades funcionais de saúde, comunidade, escola no sentido de referenciar estas crianças para o programa já existente e enveredar por um projeto de cariz preventivo que assente no aumento da literacia em obesidade infantil.” E2: In 144-149• “Conseguirmos identificar os fatores de risco e medir de que modo a nossa intervenção pode influenciar positivamente o futuro destas crianças parece-nos muito importante.” E2: In 164-165
--	--	--	--

ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SANTARÉM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

EMISSÃO DE PARECER 182020Saúde

Identificação do Investigador I Salomé Pedrosa

Identificação do Projeto I **Prevenção da Diabetes Mellitus tipo II em crianças**

PARECER

Considerando que:

- Trabalho Académico de Investigação misto (não totalmente claro, dado que utiliza dados secundários e também a finalidade do mesmo para Intervenção Comunitária), integrado no Plano Curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária;
- Identificação das instituições envolvidas (Escola Superior de Saúde de Santarém e ACeS Pinhal Litoral — UCC Marinha Grande);
- Objetivos Geral e específicos (na perspetiva do diagnóstico e da Intervenção) definidos em consonância entre a fundamentação teórica e, a metodologia (Colheita de dados a população infantil através Questionário desenvolvido pela Universidade do Porto (apresenta autorização dos autores) sobre propensão alimentar e atividade física, com consentimento informado dos pais e/ou encarregados de educação – que apresenta e, entrevista a informantes-chave de que explica guião) propostas;
- Apresenta consentimento informado, dirigido aos pais e encarregados de educação (Questionário) bem como em relação aos Informantes chave (Guião de Entrevista integra consentimento informado).

Somos de parecer que o projeto de investigação, reúne os requisitos ao seu desenvolvimento, atendendo ao solicitado por esta Comissão de Ética.

Assinatura

Santarém, 26 de outubro 2020

Carla Chicau Borrego

(Coordenadora da Comissão de Ética)

ANEXO VI – HIERARQUIZAÇÃO DAS NECESSIDADES PELO MÉTODO DE
HANLON

MÉTODO DE HANLON

No planeamento em saúde, após o diagnóstico de situação são definidas as prioridades. Para a definição das prioridades optou-se pela escolha do Método de Hanlon adaptado à dimensão da amostra, para estabelecer a ordem hierárquica com que serão abordados os problemas, com base nos quatro critérios apresentados por Tavares (1990).

A - Amplitude ou magnitude do problema.

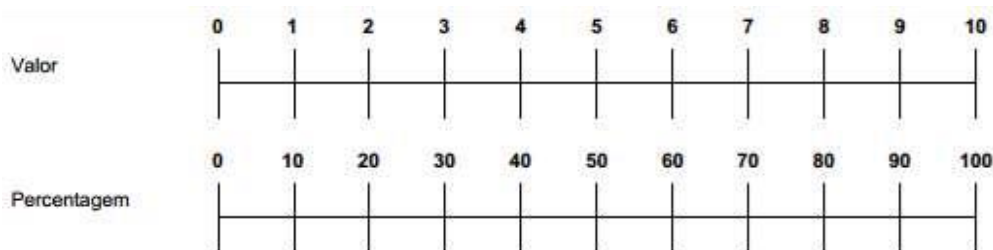
B - Gravidade do problema.

C - Eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do problema).

D - Exequibilidade do projeto ou da intervenção.

Amplitude ou Magnitude do Problema

A amplitude calcula-se com base no número de pessoas afetadas, sendo atribuído uma ponderação de 0 a 10. Para esta definição de prioridades, usou-se uma adaptação à metodologia proposta, utilizando-se como base o valor máximo do potencial de melhoria identificado, sendo este expresso em percentagem, ao valor de 100% correspondeu o valor 10 de amplitude, tal como expresso na escala que se apresenta de seguida.



Gravidade do Problema

A gravidade do problema “pode ser analisada em termos de mortalidade, morbilidade, causa de incapacidades, custos ou outros” (Tavares, 1990, p. 91) e cada fator em análise é ponderado na escala (0 -10) sendo 0 nenhuma gravidade, 5 gravidade média e o de maior gravidade pontuado com 10.

Eficácia

A eficácia da solução deve ser ponderada numa escala de 0,5; 1 e 1,5, sendo considerado:

0,5 - Difícil solução. 1 - Média solução.

1,5 - Fácil solução.

Exequibilidade

O critério da exequibilidade possui cinco componentes avaliados por ponderação: Sim = 1 e Não = 0.

Os componentes propostos por Tavares (1990) são:

. Pertinência.

Problemas	Magnitud e A	Gravidad e B	Eficáci a C	Exequibilidad e D	$A+(2 \times B) \times C$	Prioridade s
Hipertensão	9	10	0.5	1	19	1º
Uso de álcool	7	9	0.5	1	16	2º
Consumo de drogas	7	9	0.5	1	16	2º
Tabagismo	7	9	0.5	1	16	2º
Depressão	8	6	0.5	1	14	3º
Obesidade/Obesida de infantil	9	10	0.5	1	19	1º
Diabetes	9	10	0.5	1	19	1º

. Exequibilidade económica.

. Aceitabilidade.

. Recursos disponíveis.

. Legalidade.

Se no decorrer da avaliação o fator D = 0 então o problema é eliminado.

Com base nos quatro critérios definidos pelo Método de Hanlon, amplitude, gravidade, eficácia da solução e exequibilidade do projeto, apresenta-se o respetivo cálculo (DGS, 2016).

Com base no método de Hanlon, são apresentadas as necessidades hierarquizadas por prioridades:

- 1) Hipertensão, Diabetes, Obesidade
- 2) Uso de álcool, consumo de drogas, tabagismo
- 3) Depressão

ANEXO VII – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

PLANO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Objetivo geral: Promover a literacia em saúde visando a prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II em crianças, entre os 6 e os 12 anos de idade.

Área de intervenção individual: intervenção comunitária em crianças com obesidade infantil

População-alvo: Pais/Encarregados de educação de crianças, entre os 6 e os 12 anos, com obesidade, que residam no concelho da Marinha Grande

Unidades de Competência	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Quando e Onde	Indicadores de Avaliação
G.1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a UCC da Marinha Grande e a equipa multidisciplinar; - Identificar a área de intervenção para a implementação do projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com Enf^{as} Coordenadora e Cooperante; - Apresentação à equipa e visita às instalações; - Consulta do Plano de Ação da UCC; - Reunião para discussão do projeto a desenvolver, tendo em conta o diagnóstico de situação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda Salomé Pedrosa; - Enf^a Coordenadora da UCC; - Enf^a Cooperante do estágio; - Equipa multidisciplinar; - Professora Celeste Godinho. 	<p>UCC da Marinha Grande</p> <p>13 a 18/09/2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Número de projetos da UCC para integrar alunos; - Número de intervenções individuais propostas; - Número de propostas para desenvolver o projeto individual.
G.1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o projeto de intervenção comunitária face ao diagnóstico de enfermagem; 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração do plano de atividades e cronograma; - Validação do planeamento da intervenção com Enf.^a Cooperante, Professora e parceiros envolvidos; - Participação em reuniões com a Enf^a coordenadora da UCC e Enf.^a Cooperante, 	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda Salomé Pedrosa; - Enf^a Coordenadora da UCC; 	<p>UCC da Marinha Grande</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de reuniões efetuadas; - Nº de propostas produzidas para a intervenção; - Nº de parcerias efetuadas;

resolução dos problemas identificados	- Planear intervenções para promover a saúde das crianças com obesidade.	de forma a estabelecer parcerias para o projeto; - Elaboração do plano de formação a implementar; - Validação do planeamento da intervenção com a Professora e Enf.ª coordenadora	- Enfª Cooperante; - Parceiros; Professora Celeste.	13/09/2020 a 9/10/2020	- Nº de intervenções estabelecidas para o projeto; - Documento com proposta de atividades com o grupo e parceiros.
G.2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania	- Divulgar o projeto de intervenção à comunidade	- Apresentação do projeto de intervenção à Enf.ª Coordenadora da UCC e Enf.ª Cooperante, Professora e parceiros; - Convocação dos pais/encarregados de educação/responsáveis das crianças com obesidade para as sessões do projeto; - Estratégias de motivação para a população em estudo para a participação no projeto.	- Mestranda Salomé Pedrosa; - Enfª Coordenadora da UCC; - Enfª Cooperante; - Parceiros.	UCC da Marinha Grande 13/09/2020 a 9/10/2020	- Nº de propostas resultantes das reuniões; - Nº de crianças abrangidas pelo projeto.
G.2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, ciências humanas e sociais	- Implementar o projeto de intervenção com crianças diagnosticadas com obesidade	- Planeamento das sessões, considerando os objetivos, conteúdos, estratégias e avaliação; - Sessão de apresentação do programa e dos elementos do grupo; - Sessão nº 2 de EpS: “Diabetes e suas complicações”; - Sessão nº 3 de EpS: “Obesidade infantil e suas complicações”; - Sessão nº 4 de EpS: “Sono e repouso na criança”; - Sessão nº 5 de EpS: “Nutrição e preparação de lanches saudáveis”; Sessão n.º 6 de EpS: “Exercício/atividade física para crianças” - Sessão final.	- Mestranda Salomé Pedrosa; - Enfª Coordenadora da UCC; - Enfª Cooperante; - Parceiros.	UCC da Marinha Grande e Sport Clube Operário 12/10/2020 a 30/11/2020	- Nº de contactos telefónicos semanais; - Taxa de adesão dos participantes em cada sessão ((n.º de participantes previstos ÷ n.º participantes nas sessões)x100); Considerando a meta nos 60%; - Taxa de participantes que avaliem as sessões ((n.º de participantes que avaliem as sessões em satisfeito ou

					<p>superior ÷ n.º de participantes que avaliem as sessões)x100);</p> <p>- Nº de partilhas de experiências na mudança de comportamento relativamente aos temas abordados nas sessões.</p>
G.1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados	<p>- Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção</p>	<p>- Processo reflexivo ao longo do projeto;</p> <p>- Elaboração do documento de avaliação das sessões;</p> <p>- Elaboração do documento de satisfação da prestação dos formadores.</p>	<p>- Mestranda Salomé Pedrosa</p>	<p>UCC da Marinha Grande</p> <p>Ao longo do estágio</p>	<p>- Avaliação de processo na fase intermédia e final da intervenção comunitária.</p>
G.2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania	<p>- Integrar alguns projetos do plano de ação da UCC mediante necessidades de intervenção comunitária;</p> <p>- Refletir de forma crítica as atividades e estratégias de intervenção com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária</p>	<p>- Participação nos programas e projetos da UCC: Projeto de Intervenção na Obesidade Infantil, Viver com Diabetes, Curso de preparação para o parto e parentalidade, Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Projeto de intervenção em jovens com comportamentos de risco;</p> <p>- Participação em Seminário Intercalar;</p> <p>- Análise dos resultados das intervenções;</p> <p>- Realização do relatório de estágio;</p> <p>- Participação em seminário final de discussão dos resultados.</p>	<p>- Mestranda Salomé Pedrosa</p>	<p>UCC da Marinha Grande</p> <p>Ao longo do estágio</p>	<p>- Feedback da comunidade e dos profissionais de saúde da UCC;</p> <p>- Documento produzido como Relatório final de Estágio.</p>

ANEXO VIII – CRONOGRAMA DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Cronograma das Atividades a desenvolver:

Sessões de Educação para a Saúde	Temáticas abordadas	Orador	Data	Local
Sessão 1	Apresentação do Projeto e aplicação dos questionários	Enfª Salomé Pedrosa	20/10/2020	Associação Recreativa do Casal Galego
Sessão 2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II e suas complicações	Enfª Salomé Drª Sílvia (convidada)	23/10/2020	
Sessão 3	Obesidade infantil e suas complicações	Enfª Salomé Drª Sílvia (convidada)	27/10/2020	
Sessão 4	Sono e repouso nas crianças	Enfª Salomé Enfª Ana Rita Lopes (convidada)	03/11/2020	
Sessão 5	Exercício/atividade física e sua importância	Enfª Salomé Ft. Vital (convidado)	10/11/2020	
Sessão 6	Nutrição infantil e preparação de lanches saudáveis	Enfª Salomé Nutricionista Marta Milhó (convidada)	13/11/2020	
Sessão 7	Sessão final e aplicação dos questionários	Enfª Salomé Pedrosa	20/11/2020	

ANEXO IX – QUESTIONÁRIOS DE COLHEITA DE DADOS



Dados socio-demográficos

Este questionário surge no âmbito da colheita de dados para o desenvolvimento do projeto “Promoção de estilos de vida saudável em crianças – Prevenção da Diabetes tipo II”.

Garante o anonimato.

Dados da criança:

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: Masculino ____ Feminino ____
3. Diagnóstico de obesidade há _____ anos

Quem representa a criança: Mãe _____ Pai _____

4. Idade: _____
5. Sexo: Masculino ____ Feminino ____
6. Escolaridade: _____

Obrigada pela sua participação!

8. Suplemento multivitamínico sem sais minerais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Suplemento multivitamínico com sais minerais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Suplemento de ferro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Suplemento de Cálcio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Suplemento de Flúor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Suplemento de ácidos gordos ómega-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Óleo de peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Levedura de cerveja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Outro, por favor, indique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. _____								
18. _____								

2.2. Se sim, indique onde costuma adquirir os suplementos alimentares/nutricionais da criança?

1. Farmácia	<input type="checkbox"/>
2. Loja de alimentos e produtos dietéticos/ Parafarmácia	<input type="checkbox"/>
3. Supermercado	<input type="checkbox"/>
4. Internet, on-line shopping ou compra por telefone	<input type="checkbox"/>
5. Centro desportivo	<input type="checkbox"/>
6. Loja de venda de material desportivo	<input type="checkbox"/>
7. Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>

3. Sentado a ouvir música na rádio ou com equipamento de som.										
4. Sentado a falar ao telefone.										
5. Realizar trabalho de secretária ou no computador (escrever, e-mails, etc.)										
6. Sentado a ler um livro ou revista.										
7. Tocar um instrumento musical.										
8. Sentado no carro, autocarro ou comboio.										
9. Em brincadeiras ativas (brincar no parque infantil, correr, jogar à bola, andar de triciclo/bicicleta, passear na rua)?										

3. Quantas horas a criança costuma dormir em média por dia?

Durante a semana |__|__| h |__|__| min

Fim de semana |__|__| h |__|__| min

4. A criança costuma praticar algum tipo de atividade desportiva programada e regular (excluindo as aulas de educação física)?

Não *[Terminar o questionário]*

Sim *[Passar à questão 4.1]*

4.1. [Se sim], qual a atividade desportiva, e quanto tempo a criança a pratica por semana?

Tipo de atividade desportiva	N.º de vezes por semana	Horas:minutos por semana
	_	_ _ : _ _
	_	_ _ : _ _
	_	_ _ : _ _
	_	_ _ : _ _

ANEXO X – ARTIGO PUBLICADO NO JORNAL

TEMA

Promoção de estilos de vida saudável em crianças – Prevenção da Diabetes tipo II

Em Portugal, assim como na maioria dos países, as doenças crónicas constituem a principal causa de mortalidade e de morbilidade, sendo um dos países europeus com uma das mais elevadas taxas de prevalência de diabetes. Estima-se que em 2030 a prevalência da Diabetes seja o dobro da prevalência atual no mundo, aumentando cerca de 20% na Europa.

A evidência científica tem vindo a demonstrar que, contrariamente à perspetiva de há alguns anos atrás, a Diabetes não é uma doença apenas de populações mais envelhecidas, atingindo idades cada vez mais jovens, associada ao sedentarismo e à obesidade.

Sabendo-se que nos Estados Unidos da América (EUA) cerca de 30% dos novos casos diagnosticados de diabetes Mellitus de tipo II, ocorrem em crianças e adolescentes obesos, e que no nosso país, a obesidade infantil tem subido de forma alarmante, apresentando taxas superiores à média europeia, é fácil de prever que, se não invertermos esta tendência, teremos rapidamente um aumento exponencial daquela patologia entre a nossa população infantil e jovem.

O termo "diabetes" designa um distúrbio metabólico, crónico, que se caracteriza por níveis elevados de glicose no sangue o que leva a lesões sérias no coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos. O tipo mais comum de diabetes é o tipo II e ocorre quando o corpo se torna resistente à insulina ou o pâncreas não produz insulina em quantidades suficientes (OMS, 2018).

Ficamos alarmados com toda esta situação? É compreensível que sim, pois a tendência mundial é o aumento da incidência da Diabetes Mellitus tipo II na infância e na adolescência. Contudo, se nos focarmos nas alterações no estilo de vida das crianças, combatendo o sedentarismo e introduzindo algumas modificações nos seus hábitos alimentares, ainda iremos a tempo de combater a epidemia da obesidade infantil, que é um dos principais fatores de risco para aquela doença.

Com base nestas evidências e de forma a prevenir o aumento da incidência da Diabetes tipo II em crianças e adolescentes diagnosticados com obesidade, a Unidade de Cuidados na Comunidade da Marinha Grande, iniciou o projeto "Promoção de estilos de vida saudável em crianças – Prevenção da Diabetes tipo II", desenvolvido por uma Enfermeira e mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, a realizar estágio nesta Unidade.

O referido projeto tem como objetivo principal promover a literacia em saúde visando a prevenção da Diabetes Mellitus tipo II em crianças, entre os 6 e os 12 anos de idade. É desenvolvido em parceria com a Unidade de Saúde Familiar Vitrius e a Junta de Freguesia da Marinha Grande, integrando sete sessões psicoeducativas, sensibilizando os pais/cuidadores para aquela problemática, decorrendo na Associação Recreativa do Casal Galego.

Não esqueçamos que a base terapêutica para esta situação está nas nossas mãos, sendo fundamental a modificação do estilo de vida que leve à criação de padrões saudáveis de alimentação e de atividade física. Em todas as crianças desde o primeiro ano de vida, a par do peso e da altura, o Índice de Massa Corporal (IMC) deve ser avaliado e registado em curvas de percentil, podendo assim identificar-se e corrigir precocemente qualquer tendência para o excesso ponderal.

Em síntese, a prevenção da Diabetes Mellitus tipo II requer, numa perspetiva global, uma alteração comportamental associada à prevenção da obesidade, integrando estratégias

promotoras da perda de peso, que consequentemente reduzam o risco de desenvolver Diabetes tipo II em idade precoce.

Esperamos conseguir ajudar a cuidar das crianças da Marinha Grande, promovendo a sua saúde!

Salomé Pedrosa
Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
da E. S. de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém

PROCURANDO SEMPRE FAZER MELHOR AQUILO QUE FAZEMOS BEM

A qualidade atinge-se com experiência, o sucesso obtém-se com precisão

Tecnologia e inovação na produção de moldes para injeção de termoplásticos e fundição injectada. Centro técnico de ensaios e transformação de matéria-primas.

www.ribermold.pt

Apartado 288
Rua da Marinha Pequena, 22
2431-904 Marinha Grande

T: +351 244 573 080
E: geral@ribermold.pt

High Precision Molds

www.tumg.pt

TUMG – Transportes Urbanos da Marinha Grande

Agradece a todos os profissionais de saúde por cuidarem de todos nós e do futuro do mundo

ANEXO XI – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS

Pedido de autorização para utilização de instrumento ▶ Caixa de entrada x



Salomé Pedrosa <salomegp@gmail.com>

para geral ▾

sábado, 29/08/2020, 13:25



Boa tarde.

O meu nome é Salomé Pedrosa e encontro-me a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém. No seguimento da aplicação do meu projeto de intervenção (Prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II, em crianças), venho pelo presente solicitar autorização para a utilização do vosso instrumento sobre propensão alimentar e atividade física. Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,
Salomé Pedrosa



Carla Lopes <carlal@med.up.pt>

para Inês, Inquérito, mim ▾

Cara Salomé Pedrosa

Os instrumentos estão disponíveis ao público na página do projeto www.ian-af.up.pt pelo que não carecem de autorização apenas de referência correta. Contudo, teremos muito gosto em que os mesmos possam ser úteis ao seu trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Carla Lopes

ORCID: [0000-0003-1524-852X](https://orcid.org/0000-0003-1524-852X)

Departamento Ciências da Saúde Pública e Forenses, e Educação Médica

Unidade de Epidemiologia

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Tel:+351 220426640/Fax:+351 225513653

Instituto de Saúde Pública

Unidade de Investigação em Epidemiologia (EPIUnit)



ANEXO XII – PLANOS DAS SESSÕES, APRESENTAÇÕES *POWERPOINT*
REALIZADAS, FICHAS DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS E AVALIAÇÃO
DAS SESSÕES



PLANO DE SESSÃO DE APRESENTAÇÃO

Temática	Sessão de apresentação	Data de realização	20/10/2020
		N.º de horas	1 hora
Formador	Salomé Pedrosa	Sessão n.º	1 - Apresentação
Destinatários	Pais de crianças diagnosticadas com obesidade, entre os 6 e os 12 anos	Local	Associação do Casal Galego

Objetivos específicos	<p>Pretende-se que, no final da sessão, os participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Conheçam o projeto “Promoção de estilos de vida saudável em crianças – Prevenção da Diabates <i>Mellitus</i> tipo II”;• Tenham preenchido o Questionário de Propensão Alimentar;• Tenham preenchido o Questionário de Atividade Física.
------------------------------	--

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/atividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	15 minutos	Apresentação dos elementos do grupo e do Projeto	Método expositivo, interrogativo e ativo	- Formador e Participantes; - Computador portátil;	- Observação direta; - Ficha de avaliação de conhecimentos; - Ficha de avaliação da sessão.
Desenvolvimento	30 minutos	Preenchimento do Questionário de Propensão Alimentar e do Questionário de Atividade Física.			
Conclusão	15 minutos	Esclarecimento de dúvidas			



PLANO DE SESSÃO Nº 2

Temática	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II e suas complicações	Data de realização	23 de outubro de 2020
		N.º de horas	1h
Formador	Enf.ª Salomé Pedrosa, convidada: Dr.ª Silvia Almeida	Sessão n.º	2
Destinatários	Pais de crianças diagnosticadas com obesidade, entre os 6 e os 12 anos	Local	Associação do Casal Galego

Objetivos específicos	Pretende-se que, no final da sessão, os participantes sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none">- Reconhecer as principais causas de Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II;- Conhecer as complicações da Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II;- Identificar estratégias para prevenção de Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II.
------------------------------	--

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/atividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	15 min.	- Enquadramento da temática a nível mundial e nacional;	Método expositivo, interrogativo e ativo	- Formadores e Participantes;	- Observação direta; - Participação dos formandos; - Ficha de avaliação de conhecimentos; - Ficha de avaliação da sessão.
Desenvolvimento	30 min.	- Conceito de obesidade; - Causas; - Diagnóstico; - Complicações associadas;		- Computador portátil;	
Conclusão	15 min.	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação de conhecimentos; - Avaliação da Sessão.		- Videoprojetor;	



PLANO DE SESSÃO Nº 3

Temática	Obesidade infantil e suas complicações	Data de realização	27 de outubro de 2020
		N.º de horas	1h
Formador	Enf.ª Salomé Pedrosa, convidada: Dr.ª Sílvia Almeida	Sessão n.º	3
Destinatários	Pais de crianças diagnosticadas com obesidade, entre os 6 e os 12 anos	Local	Associação do Casal Galego

Objetivos específicos	Pretende-se que, no final da sessão, os participantes sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none">- Compreender o conceito de Obesidade infantil;- Identificar as causas da Obesidade infantil;- Conhecer as complicações da Obesidade infantil;- Compreender a importância de prevenir a Obesidade infantil.
------------------------------	--

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/atividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	15 min.	- Definição de Obesidade; - Obesidade infantil e prevalência mundial; - Obesidade infantil e prevalência em Portugal;	Método expositivo, interrogativo e ativo	- Formadores e Participantes;	- Observação direta;
Desenvolvimento	30 min.	- Problema; - Hipertensão arterial; - Perfil lipídico adverso; - Intolerância à Glicose; - Papel da prevenção e atuação precoce;		- Computador portátil;	- Participação dos formandos;
Conclusão	15 min.	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação de conhecimentos; - Avaliação da Sessão.		- Videoprojetor;	- Ficha de avaliação de conhecimentos; - Ficha de avaliação da sessão.



PLANO DE SESSÃO Nº 4

Temática	Sono infantil na prevenção da Diabetes	Data de realização	3 de novembro de 2020
		N.º de horas	1h
Formador	Enf.ª Salomé Pedrosa, convidada: Enf.ª Ana Rita Lopes	Sessão n.º	4
Destinatários	Pais de crianças diagnosticadas com obesidade, entre os 6 e os 12 anos	Local	Associação do Casal Galego

Objetivos específicos	Pretende-se que, no final da sessão, os participantes sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none">- Reconhecer a importância do sono nas crianças e a sua relação na prevenção da obesidade;- Identificar as recomendações para o sono adequado nas crianças.
------------------------------	--

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/atividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	15 min.	- Definição de Sono; - Fases do Sono.	Método expositivo, interrogativo e ativo	- Formadores e Participantes; - Computador portátil; - Videoprojetor;	- Observação direta; - Participação dos formandos; - Ficha de avaliação de conhecimentos; - Ficha de avaliação da sessão.
Desenvolvimento	30 min.	- Higiene do Sono; - Sono adequado – implicações; - Alterações da quantidade e qualidade do Sono; - Recomendações; - Conselhos para melhor dormir.			
Conclusão	15 min.	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação de conhecimentos; - Avaliação da Sessão.			



PLANO DE SESSÃO Nº 5

Temática	Exercício/atividade física e sua importância	Data de realização	3 de novembro de 2020
		N.º de horas	1h
Formador	Enf.ª Salomé Pedrosa	Sessão n.º	5
Destinatários	Pais de crianças diagnosticadas com obesidade, entre os 6 e os 12 anos	Local	Associação do Casal Galego

Objetivos específicos	Pretende-se que, no final da sessão, os participantes sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none">- Compreender a importância do exercício físico;- Identificar várias formas de exercício/atividade física;- Reconhecer os benefícios do exercício físico.
------------------------------	---

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/atividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	15 min.	- Exercício físico - OMS; - Exemplos de atividade física diária;	Método expositivo, interrogativo e ativo	- Formadores e Participantes; - Computador portátil; - Videoprojetor;	- Observação direta; - Participação dos formandos; - Ficha de avaliação de conhecimentos; - Ficha de avaliação da sessão.
Desenvolvimento	30 min.	- Onde e como praticar;			
Conclusão	15 min.	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação de conhecimentos; - Avaliação da Sessão.			



PLANO DE SESSÃO Nº 6

Temática	Nutrição infantil e preparação de lanches saudáveis	Data de realização	13 de novembro de 2020
		N.º de horas	1h
Formador	Enf.ª Salomé Pedrosa, convidada: Nutricionista Marta Malhó	Sessão n.º	6
Destinatários	Pais de crianças diagnosticadas com obesidade, entre os 6 e os 12 anos	Local	Associação do Casal Galego

Objetivos específicos	Pretende-se que, no final da sessão, os participantes sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none">- Compreender a importância da nutrição infantil;- Reconhecer a importância da família no estabelecimento de hábitos alimentares;- Desenvolver conhecimento sobre leitura de rótulos.
------------------------------	---

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/atividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	15 min.	- Importância de garantir um peso saudável;	Método expositivo, interrogativo e ativo	- Formadores e Participantes; - Computador portátil; - Videoprojetor;	- Observação direta; - Participação dos formandos; - Ficha de avaliação de conhecimentos; - Ficha de avaliação da sessão.
Desenvolvimento	30 min.	- Hábitos alimentares na infância; - Importância da família nos hábitos alimentares; - Ideias para preparação de lanches saudáveis; - Exercício prático – leitura de rótulos alimentares;			
Conclusão	15 min.	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação de conhecimentos; - Avaliação da Sessão.			

Temática	Sessão Final	Data de realização	20 de novembro de 2020
		N.º de horas	1h
Formador	Enf.ª Salomé Pedrosa	Sessão n.º	Sessão Final
Destinatários	Pais de crianças diagnosticadas com obesidade, entre os 6 e os 12 anos	Local	Associação do Casal Galego

Objetivos específicos	<p>Pretende-se que, no final da sessão final de encerramento do projeto, os participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tenham preenchido o Questionário de Propensão Alimentar; - Tenham preenchido o Questionário de Atividade Física. - Coloquem eventuais dúvidas e discutam os temas abordados.
------------------------------	---

Etapas	Duração	Conteúdos/temas/atividades	Métodos	Recursos humanos e técnico-pedagógicos	Metodologia de avaliação
Introdução	15 min.	- Importância do projeto apresentado e a importância da participação;	Método interrogativo e ativo	- Formadores e Participantes.	- Observação direta; - Participação dos formandos; - Questionários aplicados.
Desenvolvimento	30 min.	- Preenchimento dos Questionários de Propensão Alimentar e de Atividade Física; -			
Conclusão	15 min.	- Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação geral do projeto.			



Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Sessão n.º 2: Diabetes Mellitus tipo II e suas complicações.

Duração: _____

Classificação: _____

Das afirmações seguintes, assinale com um “X”, na quadrícula respetiva, se considera que a afirmação é Verdadeira (V) ou Falsa (F).

	V	F
Dá-se o nome de glicemia à quantidade de glicose no sangue		
Ao aumento excessivo da glicemia, chama-se hiperglicemia		
Urinar em grande quantidade e mais vezes e ter sede constante e intensa não são sintomas de hiperglicemia		
São alguns sintomas de Diabetes na criança e no jovem: emagrecer rapidamente, grande fadiga com dores musculares e dores de cabeça, náuseas e vômitos		
A dificuldade de cicatrização de feridas não é uma consequência da Diabetes		

Obrigada pela sua participação!



Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Sessão n.º 3: *Obesidade infantil e suas complicações*

Duração: _____

Classificação: _____

Das afirmações seguintes, assinale com um “X”, na quadrícula respetiva, se considera que a afirmação é Verdadeira (V) ou Falsa (F).

	V	F
A Organização Mundial de Saúde define Obesidade como “acúmulo normal de gordura que apresenta risco à saúde.		
A obesidade infantil afeta mais elementos do sexo masculino, com exceção dos menores de 6 anos		
O risco de desenvolver Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II aumenta com o tempo e a duração da obesidade		
Em crianças e adolescentes a Diabetes <i>Mellitus</i> é, geralmente, assintomática		
A família faz parte da “equipa” responsável pela prevenção e atuação precoce		

Obrigada pela sua participação!

Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Sessão n.º 4: Sono e repouso nas crianças

Duração: _____

Classificação: _____

Das afirmações seguintes, assinale com um “X”, na quadrícula respetiva, se considera que a afirmação é: Verdadeira (V) ou Falsa (F).

	V	F
O sono é tão necessário e importante para o desenvolvimento cerebral, físico e emocional das crianças como a alimentação/nutrição		
O sono é uma necessidade humana fundamental semelhante à necessidade de respirar		
As crianças entre os 6 e os 13 anos devem dormir de 8 a 10 horas		
São 4 as fases do sono		
O conjunto de hábitos e rituais que permitem facilitar o início e continuidade do sono define a Higiene do sono		
A privação do sono pode levar ao excesso de peso e à Diabetes		
Poucas horas de sono ou distúrbios do sono estão também associados à Diabetes tipo 2		
Evitar atividades vigorosas nas 2 horas que antecedem a hora de deitar ajuda a dormir melhor		

Obrigada pela sua participação!

Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Sessão n.º 5: Exercício/atividade física e sua importância

Duração: _____

Classificação: _____

Das afirmações seguintes, assinale com um “X”, na quadrícula respetiva, se considera que a afirmação é: Verdadeira (V) ou Falsa (F).

	V	F
Não existe diferença entre exercício físico e atividade física		
Alguns dos benefícios do exercício físico é fortalecer os músculos, proteger a coluna e evitar as dores nas costas		
Entre os 5 e os 17 anos, o exercício físico deve ser maioritariamente aeróbio		
No mínimo, devem ser praticados 30 minutos de atividade física diária, de intensidade moderada a vigorosa		
Tarefas domésticas não são consideradas atividades físicas		
As caminhadas não são aconselhadas a crianças e adolescentes		
Levar as crianças ao parque infantil é uma forma de praticarem atividade física		
A família pode ter uma atitude positiva perante a atividade física e transmitir essa atitude positiva às crianças e adolescentes		

Obrigada pela sua participação!

Ficha de Avaliação de Conhecimentos

Sessão n.º 6: Nutrição infantil e preparação de lanches saudáveis

Duração: _____

Classificação: _____

Das afirmações seguintes, assinale com um “X”, na quadrícula respetiva, se considera que a afirmação é: Verdadeira (V) ou Falsa (F).

	V	F
A nutrição infantil é importante para garantir saúde (física e mental) e um crescimento adequado		
A família deve proibir alimentos		
A família deve disponibilizar alimentos saudáveis e promover o seu consumo		
A leitura dos rótulos dos alimentos não é importante para realizar uma seleção adequada		
O tipo de açúcar adicionado aos alimentos é importante na sua seleção		
O tipo de gordura não interfere na seleção dos alimentos		
O pão branco é sempre preferível como primeira opção para o lanche		
Cenoura aos palitos é uma ideia de lanche saudável		

Obrigada pela sua participação!



Questionário de satisfação sobre a sessão

Com vista a melhorar o serviço prestado no âmbito da promoção da saúde, agradecemos que preencha este questionário de satisfação. Assinale com uma **cruz (X)** o quadro que traduz a sua opinião, sendo que:

MP (Muito pouco); **P** (Pouco); **S** (Suficiente); **B** (Bom); **MB** (Muito Bom).

1 – Organização da Sessão

		MP	P	S	B	MB
1.1	Qualidade da sessão					
1.2	Instalações e equipamentos					
1.3	Horário adequado					
1.4	Duração adequada					

2 – Conteúdos programáticos e Métodos

		MP	P	S	B	MB
2.1	O tema tem aplicabilidade e utilidade para si.					
2.2	Os conteúdos teóricos estavam bem organizados.					
2.3	Houve equilíbrio na exposição teórica.					
2.4	Os métodos utilizados facilitaram a apresentação do tema.					

3 – Formadores

		MP	P	S	B	MB
3.1	Utilizaram linguagem clara e acessível.					
3.2	Transmitiram bem os seus conhecimentos técnicos.					
3.3	Estimularam e motivaram a participação na sessão.					
3.4	Tiveram uma boa relação com o grupo.					

4 – Avaliação global do programa

		MP	P	S	B	MB
4.1	Concretizou os objetivos propostos.					
4.2	Permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos.					
4.3	Correspondeu às suas expectativas.					
4.4	Recomendaria a um amigo ou familiar.					

5 – Críticas / Sugestões / Comentários:

Muito Obrigada pela sua colaboração!

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PELO FORMADOR



Sessão n.º

Assinalar com um "X" o número que considerar segundo a escala: **1 – Nulo; 2 – Fraco; 3 – Suficiente; 4 – Bom; 5 – Muito Bom**

	1	2	3	4	5
1- Os objetivos da Sessão de Educação para a Saúde (SES) foram atingidos?					
2 – A metodologia utilizada foi a adequada?					
3 – A duração da sessão foi adequada?					
4 – O espaço onde decorreu a SES foi adequado?					
5 – Participação dos formandos					

6 – Avaliação global da sessão:

7 – Sugestões para o futuro:

 Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária 

**PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL EM CRIANÇAS
PREVENÇÃO DA DIABETES MELLITUS TIPO II**



Projeto de Intervenção Individual

Orientadora:
Prof.ª Celeste Godinho



Enf.ª Cooperante:
Ana Sofia Machado

Autora:
Salomé Pedrosa

20 de outubro de 2020

 **OBJETIVOS** 



- Apresentar o Projeto Promoção de estilos de vida saudável em crianças;
- Conhecer todos os elementos do grupo;
- Realizar colheita de dados sociodemográficos e de antecedentes pessoais;
- Preencher o Questionário de Propensão Alimentar e de Atividade Física.

 **PROJETO Promoção de estilos de vida saudável em crianças** 

Foram feitas entrevistas a duas Enfermeiras Especialistas da UCC para realizar um diagnóstico de situação

↓

PROBLEMAS COM MAIOR PONTUAÇÃO:
OBESIDADE INFANTIL e DIABETES MELLITUS

 **PROJETO Promoção de estilos de vida saudável em crianças** 

Portugal é um dos países europeus com uma das mais elevadas taxas de diabetes;

4º lugar na lista dos países que apresentam a maior taxa de população com excesso de peso, quando comparado com a média da OCDE;

A prevenção da Diabetes Mellitus tipo 2 em crianças, requer a prevenção da obesidade infantil, alertando para a importância do exercício físico e de uma alimentação saudável.



ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS



Escola Superior de Saúde de Santarém

Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

UCC

Diabetes Mellitus tipo II

Orientadora:
Prof.ª Celeste Godinho

Baf.ª Cooperante:
Ana Sofia Machado

Autora:
Suzané Pedrosa

20 de outubro de 2020

Objetivos

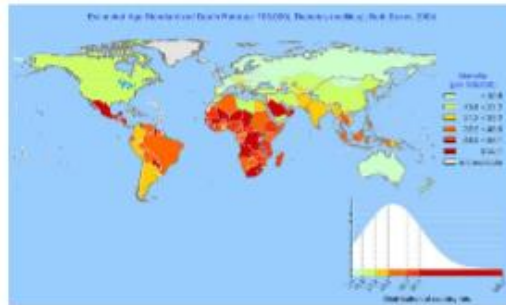
- Compreender o conceito de Diabetes *Mellitus* tipo II;
- Identificar as causas da Diabetes;
- Conhecer os conceitos de hiper e hipoglicemia;
- Conhecer as complicações da Diabetes;
- Compreender a importância de prevenir a Diabetes.



Diabetes em Portugal



Diabetes no mundo



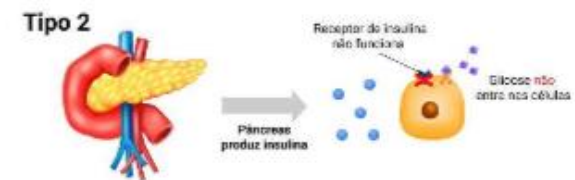
Tipos de Diabetes

- Diabetes Tipo 1
- Diabetes Tipo 2
- Diabetes Gestacional
- Diabetes Tipo LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults)
- Diabetes tipo MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young)
- Diabetes Secundária ao Aumento de Função das Glândulas Endócrinas (Ex: doença de Cushing, acromegalia ou gigantismo, feocromocitoma, glucagonoma)
- Diabetes Secundário a Doenças Pancreáticas (Exemplos: pancreatite crônica, Destruição pancreática por depósito de ferro denominado hemocromatose)

Diabetes Mellitus tipo II

- Tipo mais comum de Diabetes.
- Causada por um desequilíbrio no metabolismo da insulina.
- Fatores de risco: obesidade, sedentarismo e a predisposição genética.

Diabetes Mellitus tipo II



Hiperglicemia

Dá-se o nome de glicemia à quantidade de glicose no sangue.

Ao aumento excessivo da glicemia, chama-se Hiperglicemia.

A diabetes é uma doença que se caracteriza pela hiperglicemia que se deve em alguns casos, à insuficiente produção de insulina pelo organismo, noutros casos à insuficiente ação da insulina e frequentemente, à combinação destes dois fatores.

Valores de referência



Valores de referência



Sintomas de Hiperglicemia

- Urinar em grande quantidade e mais vezes
- Ter sede constante e intensa
- Sensação de boca seca
- Fome constante e difícil de saciar
- Cansaço
- Comichão no corpo (sobretudo ao nível dos órgãos genitais)
- Visão turva

Hiperglicemia

Um passo importante para ajudar a estabilizar os valores de glicemia na diabetes e que depende exclusivamente de cada pessoa, é a aquisição de **hábitos de vida saudáveis**, o que implica seguir um plano alimentar saudável e ajustado às necessidades de cada um e a prática de atividade física.

Se mesmo tendo estes cuidados, e fazendo a restante terapêutica aconselhada, a hiperglicemia se mantiver é aconselhável falar com a equipa de saúde que o acompanha, pois pode ser necessário ajustar o seu tratamento.

Hiperglicemia

Existem hiperglicemias ocasionais, que podem ser provocadas por:

- **Ingestão excessiva de hidratos de carbono** nas refeições anteriores
- Situação de **stress**
- Alterações na ação da medicação como sejam alterações na absorção intestinal dos medicamentos ou problemas técnicos na administração de insulina
- Períodos de **doença aguda** como sejam infeções urinárias, respiratórias, intestinais...

Hipoglicemia

Geralmente ocorre em diabéticos que utilizam fármacos para controlar a doença, sejam eles insulina ou antidiabéticos orais.

Causas:

- Toma excessiva/incorrecta da medicação,
- Jejum prolongado;
- Exercício físico inadequado.

Os níveis de açúcar no sangue não devem estar abaixo dos 70mg/dl.

Sintomas na criança e no jovem

Quase sempre na criança e nos jovens a diabetes é do tipo 1 e aparece de maneira súbita e os sintomas são muito nítidos.

- Urinar muito (por vezes, pode voltar a urinar na cama)
- Ter muita sede
- Emagrecer rapidamente
- Grande fadiga com dores musculares
- Dores de cabeça, náuseas e vômitos

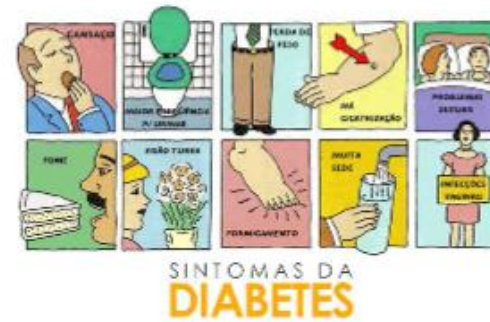
Perante estes sintomas, o diagnóstico de Diabetes deve ser rápido, seguido do início do tratamento com insulina pois, se não o fizer, a pessoa com Diabetes entra em Coma Diabético e corre perigo de vida.

Sintomas no adulto

A grande maioria dos adultos com Diabetes após os 35 anos são do tipo 2.

No adulto é habitual a Diabetes não dar sintomas no seu início e, por isso, pode passar despercebida durante anos.

Os sintomas só aparecem quando a glicemia está muito elevada e, habitualmente, de modo mais lento que na criança ou jovem.



Diagnóstico

O diagnóstico é feito através dos sintomas que a pessoa manifesta e é confirmado com análises de sangue.

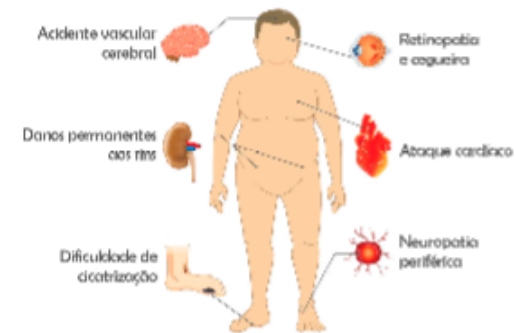
Outras vezes podem não existir sintomas e o diagnóstico ser feito em exames realizados por outra causa.



Complicações

- **Microvasculares** (lesões dos vasos sanguíneos pequenos): retinopatia, nefropatia e neuropatia.
- **Macrovasculares** (lesões dos vasos sanguíneos grandes): doença coronária, cerebral, arterial dos membros inferiores e hipertensão arterial.
- **Neuro, macro e microvasculares** (incluem alterações de vasos sanguíneos pequenos, grandes e de nervos): pé diabético
- Outras complicações: disfunção sexual, infeções etc.

Consequências da Diabetes



Pé Diabético

25% das pessoas com Diabetes tem condições que aumentam o risco de pé diabético. Esta complicação é responsável pela maioria das amputações em Portugal.

Os problemas no pé são consequência dos efeitos de dois fatores – a **aterosclerose** (acumulação de placas de gordura e outras substâncias nas artérias) e a **neuropatia** (degeneração dos nervos).

- Aterosclerose - deficiência no aporte de oxigénio aos pés, isto porque as artérias estão parcialmente ou totalmente "entupidas" e não permitem que o sangue chegue em quantidades suficientes.
- Neuropatia - destruição dos nervos que chegam aos pés.

Nefropatia diabética

O primeiro sinal da nefropatia é a existência de pequenas quantidades de uma proteína, chamada albumina, na urina. A presença desta proteína significa que, devido às lesões nas suas paredes, as artérias não conseguem impedir a saída da albumina, por isso, quanto maior a quantidade de **albumina na urina**, mais grave é o estado da nefropatia.

Em situações mais graves, a nefropatia pode culminar numa insuficiência renal, isto é, o rim deixa de ser capaz de realizar a sua função de purificação e é necessário recorrer à **hemodiálise** para que o sangue seja purificado.

A taxa de filtração glomerular deve ser avaliada anualmente na pessoa com Diabetes, é um valor que varia consoante o sexo, a idade e a superfície corporal.

Nefropatia diabética

Quando os doentes chegam a uma fase de insuficiência renal é necessário o recurso à hemodiálise que consiste na substituição da função do rim por uma máquina.

O rim tem a função de filtrar o sangue.

A hemodiálise é necessária quando o rim perde esta capacidade de filtração.

O sangue terá de passar por uma máquina que o vai filtrar substituindo desta forma a função do rim.

Hipertensão arterial

A hipertensão arterial e a diabetes são doenças inter-relacionadas que, se não tratadas, aumentam o risco de doenças cardiovasculares (enfartes do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e doença dos membros inferiores).

A hipertensão agrava ainda mais os problemas nas artérias de menor dimensão (microangiopatia), principalmente a nefropatia diabética (lesão ao nível das artérias do rim), para a qual é um fator de risco maior.

A hipertensão arterial é duas vezes mais comum em pessoas com Diabetes e aumenta com a idade.

Hipertensão arterial

Nas pessoas com Diabetes, hipertensão sistólica isolada (elevação apenas da pressão arterial máxima) é mais frequente que nas pessoas sem Diabetes. Constitui, ao contrário do que se supunha anteriormente, um maior risco de complicações cardiovasculares, principalmente de acidente vascular cerebral (trombose ou hemorragia cerebral).

É importante termos atenção à presença de outros fatores de risco, que aumentam ainda mais a probabilidade de doenças cardiovasculares:

- Alterações das gorduras no sangue (dislipidémia)
- Tabagismo
- Excesso de peso
- Falta de atividade física

Hipertensão arterial

- Um outro fator de risco ao qual deve ser dada atenção é a presença de proteínas na urina, mesmo quando esta é em pequenas quantidades;
- Os valores de pressão arterial desejáveis na pessoa com Diabetes são inferiores aos da população em geral;
- Relativamente à avaliação da pressão arterial, esta deve ser avaliada de 3 em 3 meses, quando controlada, ou uma a duas vezes por semana, quando não controlada.

Papel do Pais

- Cooperar na integração das crianças na escola
- Estarem disponível para serem contactados
- Promover a aceitação da diabetes e a autoestima das crianças
- Aceitar que a escola não tenha o conhecimento global do tratamento da diabetes
- Reforçar o ensino periodicamente (confiança, segurança e consistência).

Obrigada!

Convidada:

Dr^a Sílvia Almeida
Interna MGF

Escola Superior de Saúde (Pórcucuro)

Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

OBESIDADE INFANTIL E SUAS COMPLICAÇÕES



Orientadora:
Prof.ª Celeste Godinho

Enf.ª Cooperante:
Ana Sofia Machado

Autora:
Solená Pedrosa

27 de outubro de 2020

OBJETIVOS

- Compreender o conceito de Obesidade infantil;
- Identificar as causas da Obesidade infantil;
- Conhecer as complicações da Obesidade infantil;
- Compreender a importância de prevenir a Obesidade infantil.

DEFINIÇÃO

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE:

- ♦ "Acúmulo anormal ou excessivo de gordura que apresenta risco à saúde";
- ♦ "É uma doença por direito próprio."

Diagnostica-se a partir do cálculo de IMC

- IMC - \geq **Percentil 85** < **Percentil 95** - Pré-Obesidade
- IMC - \geq **Percentil 95** - Obesidade

OBESIDADE INFANTIL PREVALÊNCIA MUNDIAL

- ♦ Prevalência da obesidade infantil tem aumentado ao longo dos anos.

Atualmente...

- **17%** das crianças e adolescentes são obesas
- **15%** apresentam excesso de peso;
- Crianças com idade entre
 - Os 6 e os 11 anos a prevalência subiu de **5 % para 11%**
 - Os 11 aos 17 anos a obesidade passou de **5 % para 13%** nos rapazes e de **5% para 9%** nas raparigas.

OBESIDADE INFANTIL PREVALÊNCIA PORTUGUESA

- ◆ Atualmente existem cerca de...
- **37,9%** de crianças com excesso de peso
- **15,3%** crianças obesas;

A prevalência afeta mais elementos do sexo masculino, com a exceção dos menores de 6 anos;

PROBLEMA

40% das crianças com excesso de peso vão continuar a ter aumento de peso na adolescência;

75% a 80% dos adolescentes obesos manter-se-ão obesos na idade adulta;



Aumento da morbidade e mortalidade no futuro

PROBLEMA

◆ O excesso de peso e a obesidade em idade pediátrica vêm sendo consistentemente associados a:

- Hipertensão arterial
- Perfil lipídico adverso
- Intolerância à glicose
- Outros fatores de risco cardiovascular desde a idade escolar

HIPERTENSÃO ARTERIAL

- ◆ Estudos concluíram que a subida da tensão arterial sistólica dependia da **magnitude da adiposidade** o que permite considerar este parâmetro biológico como o primeiro marcador clínico das complicações associadas à obesidade.

PERFIL LIPÍDICO ADVERSO

- ❖ Estudos apontam uma correlação significativamente positiva entre os valores tensionais, a hiperinsulinemia e o colesterol total, o col-LDL e a **duração da doença**.
- ❖ Tal associação realça a importância do conceito de agregação precoce de fatores de risco de DCV, registrada já em idade pediátrica, e na exclusiva dependência da obesidade

INTOLERÂNCIA À GLICOSE

- ❖ O risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 aumenta com o tempo e a **duração** da obesidade bem como com a **intensidade** da mesma.
- ❖ Em crianças e adolescentes começa por ser assintomática ainda que possam haver alguns achados casuais como glicosúria ou sinais inespecíficos, como por exemplo candidíase vaginal.

PAPEL DA PREVENÇÃO E ATUAÇÃO PRECOCE

- ❖ A prevenção e a atuação precoce é uma responsabilidade interdisciplinar:
 - Médico
 - Enfermeiro
 - Nutricionista
 - FAMÍLIA

**A SAÚDE INFANTIL DE
HOJE SERÁ A SAÚDE DO
ADULTO DE AMANHÃ...**

Obrigada!

CONVIDADA:

Dr^a Carmo Silva
(USF Vitrius)

Shiuuu... A importância do sono na Infância

Orientadora:
Prof.ª Celso Godinho

Enf.ª Cooperante:
Ana Sofia Machado

Autora:
Salomé Pedrosa

27 de outubro de 2020

Sumário

Definição de sono;
Fases do sono;
Higiene do sono;
Sono adequado;
Alterações do sono – Implicações;
Alterações da quantidade e qualidade do sono;
Recomendações;
Conelhos para melhor dormir.



Definição de Sono

Processo corporal com “diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos”.
(Cape 2016, p. 80)

O sono é tão necessário e importante para o desenvolvimento cerebral, físico e emocional das crianças como a alimentação/nutrição, destacando a importância que tem o número de horas reais e efetivas de sono para o crescimento adequado da criança. (Guia Orientador de Boas Práticas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Volume 1)

Definição de Sono

O sono é uma necessidade humana fundamental semelhante à necessidade de respirar.

Um estado complexo que intervém em todas as funções corporais e que assegura e possibilita a recuperação física e psíquica do organismo. (Oshiro, 2017)

É responsável pela regulação de processos imunológicos, reparadores e funcionais do corpo humano, assim como a nível psicológico regula a função cognitiva da memória. (Muller 2020)





Unidade Curricular de Psicologia (11.º ano lectivo) VCC

Higiene do sono

"Conjunto de hábitos e rituais que permitem facilitar o início e continuidade do sono"

(Associação Portuguesa de Sono)



Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)

UNICAMP

Alterações do sono



As alterações relativas a quantidade e duração do sono (hipo ou hipersonias e disonias) e as alterações no padrão sono/vigília, podem também ter consequências a nível do comportamento, das aprendizagens e do desenvolvimento.

(Mendes, Fernandes e Garcia, 2004)

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)


UNICAMP

Alterações do sono - implicações

O bem-estar físico e psicológico está dependente de um sono reparador e da sua qualidade.

Tenenis-Palva, 2011

Privação de Sono



- Déficite de concentração e de consolidação da memória;
- Dificuldades de raciocínio;
- Alterações no desempenho escolar e horários escolares;
- Hábitos alimentares inadequados, menor prática de exercício físico;
- Sensação de fadiga em qualquer fase do ciclo vital

(SPL, 2015; Doweiko, et al., 2010; O'neill et al., 1993; Palva, 2008)

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)

UNICAMP

Alterações do sono - implicações



Dieta saudável e equilibrada promove o sono e a sua qualidade



Distúrbios do sono

Excesso de peso

Redução de horas de sono

Dieta de má qualidade

Aumento de ingestão de alimentos


Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)

UNICAMP

Alterações da qualidade e quantidade do sono

Adultos e Crianças

- Aumento do IMC
- Aumento da massa gorda



Uma elevada variabilidade na duração do sono e contínuas perturbações do mesmo produzem distúrbios circadianos

Efeitos adversos no metabolismo da glucose

- Tempo para comer;
- Alterações hormonais e cerebrais;
- Ingestão de alimentos de alta densidade calórica.

Alterações da qualidade e quantidade do sono

Poucas horas de sono ou distúrbios do sono estão também associados à Diabetes tipo 2, (intolerância à glucose, aumento da adiposidade abdominal ou insulino-resistência)



Verifica-se uma associação entre a fragmentação do sono e alterações adversas no metabolismo da glucose em crianças com distúrbios respiratórios do sono, bem como a diminuída tolerância à glucose em adolescentes com transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano. (Gabe et al. 2008)

Alterações da qualidade e quantidade do sono



Recomendações

-  Prioridade da família
-  Permanecer ativo durante o dia
-  Manter a rotina de dormir
-  Evitar atividades excitantes ao fim do dia/antes de dormir
-  Quarto com ambiente seguro para o sono
-  Gerir o tempo de ecrã
-  Não deixar biberões de leite na cama da criança

Recomendações

- 
 - Tempo de convívio com os pais no fim de dia
 - Diversidade ambiental
 - Contactos e rotina da noite – lanches e mamadas
 - Objetos de transição
 - Fazer sessões adaptadas à idade e desenvolvimento da criança.
- 
 - Deixar dormir entre 8h e 9h no máximo por noite.
 - Manter a criança não dessemelhada a duração de horas de sono.
 - Atividades com duração de mais de 1 hora evitar ao fim de dia.
 - Equipamentos eletrónicos, incluindo telemóveis, deve ficar fora do quarto.
 - Não deve, idealmente, consumir álcool ou tabaco.

Unidade de Saúde do Idoso (USI) UCC

Conselhos para melhor dormir

- Ter rotina da hora de deitar
- Evitar atividades vigorosas nas 2 horas que antecedem a hora de deitar
- Evitar alimentos ou bebidas com estimulantes nas várias horas que antecedem o sono
- Desligar o equipamento eletrónico uma hora antes de dormir e deixá-lo fora do quarto
- Ter um horário regular de sono
- Não ingerir líquidos excessivos ao deitar ou durante as horas noturnas
- Não ser fono ao deitar
- Ter ambiente do quarto sossegado e escuro, temperatura amena



Unidade de Saúde do Idoso (USI) UCC

Conclusões

Alterações dos padrões do sono interferem com:

- Comportamento alimentar;
- Balanço energético;
- Marcadores metabólicos endócrinos.

Estilos de vida saudáveis → Saúde → Promoção do SONO

Unidade de Saúde do Idoso (USI) UCC

DORMIR BEM, ENVELHECER MELHOR



DORME ESTUDA E DESFRUTA

Unidade de Saúde do Idoso (USI) UCC

Muito obrigada!

Escola Superior de Saúde de Santarém (ESES) UGG

Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA



Orientadora:
Prof.ª Celista Godinho

Enf.ª Cooperante:
Ana Sôla Pacheco

AUTORA:
SALOMÉ PEDROSA

10 de novembro de 2020

Escola Superior de Saúde de Santarém (ESES) UGG

OBJETIVOS

- Distinguir os conceitos de exercício físico e atividade física;
- Reconhecer os benefícios da atividade física;
- Identificar formas de desenvolver atividades para a prática de exercício físico nas crianças.

Escola Superior de Saúde de Santarém (ESES) UGG

Exercício Físico

Toda a prática planeada de atividade física. Movimentos repetidos, planeados e estruturados que são usados para manter ou desenvolver aspetos específicos de aptidão física (FITT)

+

Atividade Física

Qualquer movimento realizado pela musculatura esquelética de corpo (os principais músculos), que resulte num dispêndio energético acima dos valores de repouso.

- Caspersen et al. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. Public Health Reports, 1985, Vol 100 (2): 126-131.
- DGS (<https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-promocao-da-atividade-fisica/perguntas-e-respostas.aspx>)

Escola Superior de Saúde de Santarém (ESES) UGG

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA



- Exerce o Sistema Nervoso Central,** resultando em melhor memória e aprendizagem.
- Aumenta a capacidade pulmonar** e a resistência respiratória.
- Melhora a circulação** e a oxigenação, controla e previne aterosclerose e reduz o risco de doenças.
- Fortalece os músculos,** protege a coluna vertebral e mantém a saúde nos ossos.
- Evita a sobrecarga** e reduz a incidência de doenças articulares.



UNIVERSIDADE DE GUARULHOS
[UNIVERSIDADE]

UNIVERSIDADE DE GUARULHOS
[UNIVERSIDADE]

ONDE E COMO PRATICAR?

Escolher o local

- Boas infraestruturas – passeios, passagem de peões, ciclovias;
- Boas condições de visibilidade, luminosidade e segurança;
- Parques infantis;
- Parques comunitários;
- Ginásios de escolas ou pavilhões polidesportivos.

UNIVERSIDADE DE GUARULHOS
[UNIVERSIDADE]

UNIVERSIDADE DE GUARULHOS
[UNIVERSIDADE]

ONDE E COMO PRATICAR?

Na escola

- Infantário – Implementar no recreio exercícios de carácter maioritariamente aeróbio e de intensidade moderada a vigorosa, como jogar a bola, jogar à apanhada, saltar à corda (Implementar a hora do exercício físico);
- Desportos extracurriculares;
- Competições Intra e Interscholas;
- Jogos tradicionais;
- Informar sobre os benefícios da prática de exercício regular da atividade física junto dos professores, vigilantes, encarregados de educação, crianças...

UNIVERSIDADE DE GUARULHOS
[UNIVERSIDADE]

UNIVERSIDADE DE GUARULHOS
[UNIVERSIDADE]

ONDE E COMO PRATICAR?

Em família

- Fazer caminhadas;
- Levar as crianças ao parque infantil;
- Trocar atividades sedentárias como ver televisão e estar no computador por andar de bicicleta, jogar à bola...
- Delegar tarefas domésticas sob ambiente seguro, que mantenham as crianças ou os jovens ativos, como passear o cão, lavar o carro...


UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ONDE E COMO PRATICAR?

Em família

- Participar em atividades extracurriculares desportivas ou de outro género como, por exemplo, os escuteiros;
- Levar as crianças a pé à escola, ou se já forem crescidas o suficiente, ensinar-lhas o caminho mais seguro.



Mas acima de tudo, a família pode ter uma atitude positiva perante a atividade física e transmitir essa atitude positiva às crianças e adolescentes!

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TRÍADE DE TRATAMENTO DA OBESIDADE




UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PERDA DE PESO

- Perder predominantemente massa gorda;
- Atenuar a perda de água;
- Atenuar a perda de massa magra.



- A redução deve ser lenta e, sempre que possível, acompanhada por exercício físico – pequenas perdas de massa gorda acarretam grandes melhorias metabólicas

PERDA DE PESO

- O exercício físico faz com que uma dada perda de peso seja mais "à custa" de massa gorda do que de massa magra;
- Tende a favorecer o cumprimento da dieta;
- Redução do stress e outros benefícios psicológicos.



EXEMPLOS DE ATIVIDADES

- Dança criativa



EXEMPLOS DE ATIVIDADES

- Jogo do Galo Humano



EXEMPLOS DE ATIVIDADES

- Corrida da vassoura



EXEMPLOS DE ATIVIDADES

- Carrinho de mão



EXEMPLOS DE ATIVIDADES

- Corrida do saco



EXEMPLOS DE ATIVIDADES

- Macaca



Obrigada pela atenção!


 Instituto Politécnico de Santarém
 Escola Superior de Saúde de Santarém
 Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária



Nutrição Infantil e preparação de lanches saudáveis

Orientadora:
 Prof.ª Celeste Godinho
 Ent.ª Cooperante:
 Ana Sofia Machado
 Autora:
 Salomé Pedrosa
 13 de novembro de 2020

Objetivos

Peso equilibrado

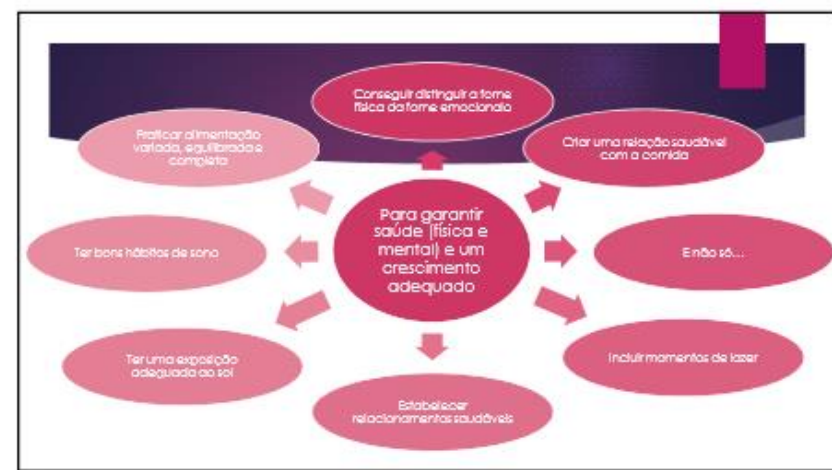
Para garantir um peso equilibrado

Ingerir calorias suficientes



Praticar exercício físico





Os hábitos alimentares definem-se na infância



O exemplo da família é o mais forte



A família não deve proibir alimentos, mas sim estabelecer regras no seu consumo



A família deve disponibilizar alimentos saudáveis e promover o seu consumo



Podemos saber se um alimento é uma opção adequada?

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL
Porção de 200ml (1 copo)

Quantidade por porção	
Energia	80 kcal = 340 kJ
Carboidratos	12 g
Proteínas	6,7 g
Ácidos gordos totais	2,2 g
Ácidos gordos saturados	1,2 g
Fibra	0,2 g
Sódio	100 mg

Não contém quantidades significativas de gorduras trans e ácidos gordos saturados.

Tem açúcar?

- Açúcar de cana;
- Açúcar invertido;
- Xarope de açúcar;
- Xarope de milho;
- Xarope de glicose;
- Xarope de frutose;
- Mel;
- Melaço;
- Frutose;
- Glucose;
- Sacarose;
- Maltose;
- Dextrose;
- Maltodextrina;
- Extrato de malte;
- Polidextrose;



Tem gordura? Que tipo de gordura?

- Gordura hidrogenada;
- Gordura parcialmente hidrogenada;
- Óleos vegetais (coco, palma, milho, amendoim);
- Cremes vegetais (margarina).



Exercício prático

	DESCODIFICADOR DE BOTTULOS				ALIMENTOS por 100g		DESCODIFICADOR DE BOTTULOS				BEBIDAS por 100ml	
	ALTO	MÉDIO	BAIXO	ALTO			MÉDIO	BAIXO	ALTO	MÉDIO		BAIXO
ALTO	7,5g	5g	22,5g	1,5g					8,75g	2,5g	10,25g	0,75g
MÉDIO	15g	10g	45g	3g					17,5g	5g	20,5g	1,5g
BAIXO	3g	1,5g	9g	0,3g					3,5g	0,75g	3,5g	0,3g

Para mais informações: www.dieteticos.com.br/dietapp

Ideias para lanches

- Pão (mistura, sementes, centeio, etc) com:
 - Queijo flamengo, queijo fresco, queijo de barrar, raqueijão;
 - Manteiga ou manteiga de amendoim/amêndoa/etc;
 - Docs, compota ou marmelada;
 - Ovo cozido ou mexido;
 - Hummus.
- Bolachas de milho/arroz, tipo *Marinheiras*, tostas;
- Cereais tipo corn-flakes, flocos de aveia;
- Panquecas caseiras;
- Overnight oats (papa de iogurte com flocos de aveia e fruta).



Ideias para lanches

- Leite magro ou meio-gordo simples;
- Iogurte de aromas ou natural;
- Queijinho *babybel* ou semelhante.

- Fruta fresca ou fruta desidratada;
- Tomate cherry;
- Cenoura aos palitos;
- Frutos secos (com moderação).



► Obrigada!

Convidada

► Nutricionista Marta Malhó

ANEXO XIII – APRESENTAÇÕES SEMINÁRIOS INTERCALAR E FINAL


Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária


Promoção de estilos de vida saudável em crianças

Autor: Salomé Pedrosa
 Enfermeira Cooperante: Enff Ana Sofia Machado
 Professora Orientadora: Profª Celeste Godinho

Santarém, 16 de outubro de 2020



Plano/Seminário

Objetos do Seminário:				
Apresentar o projeto de Estágio, na âmbito da unidade Curricular Oligotécnica Relatário de Intervenção Comunitária.				
Etapas	Conteúdos/Tópicos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	Contexto Teórico Caraterização Diagnóstica Objetivos do Projeto	Método-espéctivo	- Datadome - PowerPoint - Data show	2 minutos
Desenvolvimento	Enquadramento Teórico Parâmetros da Saúde Diagnóstica de Enfermagem Seleção de Estratégias Critérios de avaliação e respetiva autorização	Método-espéctivo	- Datadome - PowerPoint - Data show	8 minutos
Conclusão	Plano de atividades de estágio	Método-espéctivo	- Datadome - PowerPoint - Data show	2 minutos


Contextualização

"Modelo de Sistemas" de Betty Neuman
 ↓
 Comunidade como Cliente
 ↓
 Caracterização da comunidade através de cada um dos subsistemas:

- Subsistema Comunicação e Transportes
- Subsistema económico
- Subsistema da Educação
- Subsistema do Recreio
- Subsistema Religião
- Subsistema Léo e Política
- Subsistema Saúde e Segurança


Contextualização

UCC da Marinha Grande

- A UCC é uma das unidades funcionais que compõem o Centro de Saúde da Marinha Grande, parte integrante do ACES Pinhal Litoral (ARS Centro);
- Tem como missão, contribuir para ganhos em saúde da população que abrange, identificando necessidades específicas e prestando cuidados de elevada qualidade, de carácter multidisciplinar;
- A equipa é constituída por seis Enfermeiros, detentores de especialidades várias, duas assistentes técnicas, uma assistente social, um fisioterapeuta, um médico e uma psicóloga que afetam parte do seu horário semanal à UCC; e uma nutricionista que dá apoio através da CMMS
- Apresenta na sua carteira de serviços, que contratualiza com o ACES todos os anos, vários programas e projetos.



Construção do Diagnóstico

Planeamento em saúde:

- Diagnóstico de situação;
- Definição de prioridades;
- Fixação dos objetivos;
- Seleção de estratégias:
 - Scoping review.



Objetivos do Projeto

Geral:

- Promover a literacia em saúde visando a prevenção da Diabetes Mellitus tipo II em crianças, entre os 6 e os 12 anos de idade.

Específicos:

- Informar sobre os benefícios de uma alimentação saudável;
- Informar sobre os benefícios da prática da atividade física/exercício físico;
- Alertar para as complicações da obesidade em crianças;
- Sensibilizar os pais/cuidadores para as complicações da Diabetes Mellitus tipo II.



Enquadramento Teórico

- A Diabetes é particularmente frequente em populações envelhecidas, no entanto, atinge idades cada vez mais jovens, aumentando proporcionalmente ao número de pessoas que vivem mais anos e à alteração verificada nos estilos de vida, nomeadamente o sedentarismo e a obesidade;
- Soares (2020) salienta que se anteriormente a Diabetes Mellitus tipo II era associada a adultos por se manifestar apenas após anos de obesidade e de vida sedentária, a atualidade é diferente. Nos últimos anos, o aumento da obesidade nas crianças e nos adolescentes conduziu ao aparecimento desta doença em grupos etários cada vez mais jovens;
- O mesmo autor defende ainda que a base terapêutica consiste na educação do jovem e da família, com ênfase nas alterações comportamentais;



Enquadramento Teórico

- Dias, Maciel e Sablisch (2007), referem que a tendência mundial é o aumento da incidência da Diabetes Mellitus tipo II na infância e na adolescência;
- Além dos fatores de risco predisponentes para a doença, as alterações, nos últimos anos, no estilo de vida da criança têm cooperado para incrementar esses índices. O sedentarismo e as modificações do hábito alimentar têm contribuído para a epidemia da obesidade infantil;
- A Promoção da Saúde pode ser encarada na perspetiva de um conceito amplo, que aglutina atividades de educação para a saúde, e poderá ser usada sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de se obterem e manterem práticas de vida saudáveis;
- A prevenção da Diabetes Mellitus tipo II requer, em primeiro plano, a prevenção da obesidade.

Planeamento em Saúde

Diagnóstico de Situação:

- Análise Documental (Plano de Ação da UCC; Plano Local de Saúde do ACES Pinhal Litoral)
- Entrevistas Informantes Chave

Dos problemas identificados, "Diabetes e Obesidade" surge como a segunda maior pontuação na lista de prioridades.

Planeamento em Saúde

Tendo em linha de conta, analisando o Relatório de Atividades da UCC de 2019, observa-se que são identificados:

Indicadores de Gestão em Saúde – Consulta de Enfermagem para Adolescentes – tendo como um dos objetivos a prevenção da obesidade, promovendo hábitos de vida saudáveis e sensibilizando crianças e famílias para as consequências da obesidade infantil. Como problemas, foram identificados:

- "Mantém-se fraca consciencialização dos pais para as consequências da obesidade a longo prazo, comprometendo a adesão ao projeto;
- Necessidade de criação de estratégia conjunta em articulação com as unidades funcionais UCSP e USF para sensibilizar os pais e aumentar a adesão ao projeto."

Diagnóstico de Enfermagem

"Rutura na linha normal de defesa das crianças, evidenciada por Obesidade"

Seleção de Estratégias

Acessibilidade aos participantes:

- Articulação com USF (encaminhamento das crianças com idades entre os 6 e os 12 anos, com obesidade diagnosticada);
- Convide à participação (contacto telefónico - pais das crianças);

Sessão de Educação para a Saúde	Temáticas abordadas	Orador	Data	Local
Sessão 1	Apresentação do Projeto e aplicação das questionários	CrM Saboral, Pnl. Iosa	20/10/2020	Associação do Casal Garaga
Sessão 2	Diabetes Mellitus tipo 1 e suas complicações	CrM Saboral, Pnl. Iosa DrH Saboral	27/10/2020	
Sessão 3	Obesidade infantil e suas complicações	CrM Saboral, Pnl. Iosa DrH Carneiro	27/10/2020	
Sessão 4	Sono e repouso nas crianças	CrM Saboral, Pnl. Iosa CrM Ana Rita Lopes	03/11/2020	
Sessão 5	Exercício/atividade física e sua importância	CrM Saboral, Pnl. Iosa Fisioterapeuta Vital	10/11/2020	
Sessão 6	Alimentação infantil e preparação de lanches saudáveis	CrM Saboral, Pnl. Iosa Nutricionista Mariana Machado	13/11/2020	
Sessão 7	Sessão final e aplicação dos questionários	CrM Saboral, Pnl. Iosa	20/11/2020	

Seleção de Estratégias

Scoping review				
Review question	Objectives	Key word (Mesh Descriptors)	Inclusão critério	Search strategy
Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção do diabetes Mellitus tipo II em crianças?	Identificar as intervenções de Enfermagem na prevenção do diabetes tipo II em crianças e adolescentes.	Nurs*; Diabetes Mellitus type 2; Health promotion; Child; validadas na Mesh Browser 2020.	<u>Types of participants:</u> Crianças, entre os 6 e os 12 anos. <u>Concept:</u> Enfermagem; Diabetes Mellitus tipo II, Promoção da saúde, Crianças. <u>Context:</u> Serviços de saúde <u>Types of studies:</u> Qualitativos, quantitativos e mistos	A expressão de pesquisa Booleano com a conjunção and e or (Nurs* AND Diabetes Mellitus type 2 OR Health Promotion AND Child).

Selecionados **três artigos**, um de natureza quantitativa e dois de natureza qualitativa:

- Diabetes tipo 2 na infância e adolescência – novos doentes, novos desafios;
- Relação da alimentação com surgimento precoce da obesidade e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes;
- O papel da Hemoglobina A1c no Rastreo de Intolerância à Glicose e da Diabetes Tipo 2 em crianças e adolescentes obesos.

Instrumentos de colheita de dados

QUESTIONÁRIO ATIVIDADE FÍSICA - APT3

QUESTIONÁRIO DE PROPORÇÃO ALIMENTAR - QPA1

Plano de atividades de estágio

Atividade de Estágio	Objetivos de Estágio	Metodologia	Recursos	Cronograma	Responsabilidades
A.1.1. Atividade introdutória: Apresentação do curso de graduação em Enfermagem.	Conhecer o curso de graduação em Enfermagem e a importância da prática profissional de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> • Visita à Sala de Estudos Escrita e Laboratório de Simulação. • Apresentação da equipe de estágio. • Visita aos setores de prática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de Apoio Escrito (Livros e artigos). • Recursos humanos (Enfermeiros, Fisioterapeutas, Psicólogos, etc.). • Recursos materiais (Computador, Impressora, etc.). 	01/08/2020 - 02/08/2020	Coordenador de Curso, Professores, Estagiários.
A.1.2. Atividade de planejamento: Elaboração do plano de trabalho de estágio.	Elaborar o plano de trabalho de estágio, considerando os objetivos de estágio e a realidade do setor de prática.	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão em grupo de objetivos de estágio. • Análise de documentos orientadores de estágio (OAB, Conselho Federal de Enfermagem, etc.). • Discussão em grupo de formação e educação. • Análise de documentos orientadores de estágio (OAB, Conselho Federal de Enfermagem, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de Apoio Escrito (Livros e artigos). • Recursos humanos (Enfermeiros, Fisioterapeutas, Psicólogos, etc.). • Recursos materiais (Computador, Impressora, etc.). 	03/08/2020 - 04/08/2020	Coordenador de Curso, Professores, Estagiários.
A.1.3. Atividade de execução: Realização das atividades de estágio.	Realizar as atividades de estágio, seguindo o plano de trabalho elaborado.	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em atividades de estágio, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> - Análise de documentos orientadores de estágio. - Análise de documentos orientadores de estágio. - Análise de documentos orientadores de estágio. - Análise de documentos orientadores de estágio. - Análise de documentos orientadores de estágio. - Análise de documentos orientadores de estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de Apoio Escrito (Livros e artigos). • Recursos humanos (Enfermeiros, Fisioterapeutas, Psicólogos, etc.). • Recursos materiais (Computador, Impressora, etc.). 	05/08/2020 - 06/08/2020	Coordenador de Curso, Professores, Estagiários.
A.1.4. Atividade de avaliação: Avaliação das atividades de estágio.	Avaliar as atividades de estágio, considerando os objetivos de estágio e a realidade do setor de prática.	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de avaliação de estágio. • Discussão em grupo de avaliação de estágio. • Análise de documentos orientadores de estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de Apoio Escrito (Livros e artigos). • Recursos humanos (Enfermeiros, Fisioterapeutas, Psicólogos, etc.). • Recursos materiais (Computador, Impressora, etc.). 	07/08/2020 - 08/08/2020	Coordenador de Curso, Professores, Estagiários.
A.1.5. Atividade de encerramento: Encerramento das atividades de estágio.	Encerrar as atividades de estágio, considerando os objetivos de estágio e a realidade do setor de prática.	<ul style="list-style-type: none"> • Participação em atividades de encerramento de estágio. • Análise de documentos orientadores de estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de Apoio Escrito (Livros e artigos). • Recursos humanos (Enfermeiros, Fisioterapeutas, Psicólogos, etc.). • Recursos materiais (Computador, Impressora, etc.). 	09/08/2020 - 10/08/2020	Coordenador de Curso, Professores, Estagiários.

Referências Bibliográficas

Administração Regional de Saúde do Centro. (2016). *Plano Anual de Saúde do Centro 2016/2017*. Administração Regional de Saúde do Centro, P. Curitiba.

Bentes, L. (2018). *Atividade de Curso de Graduação em Enfermagem*. Curitiba: Editora UFPR.

Brasil. (2014). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 564/2014*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2017). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 666/2017*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2018). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 766/2018*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2019). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 866/2019*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2020). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 966/2020*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2021). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 1066/2021*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2022). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 1166/2022*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2023). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 1266/2023*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2024). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 1366/2024*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2025). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 1466/2025*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2026). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 1566/2026*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2027). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 1666/2027*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2028). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 1766/2028*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2029). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 1866/2029*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2030). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 1966/2030*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2031). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 2066/2031*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2032). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 2166/2032*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2033). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 2266/2033*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2034). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 2366/2034*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2035). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 2466/2035*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2036). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 2566/2036*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2037). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 2666/2037*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2038). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 2766/2038*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2039). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 2866/2039*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2040). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 2966/2040*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2041). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 3066/2041*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2042). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 3166/2042*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2043). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 3266/2043*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2044). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 3366/2044*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2045). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 3466/2045*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2046). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 3566/2046*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2047). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 3666/2047*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2048). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 3766/2048*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2049). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 3866/2049*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2050). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 3966/2050*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2051). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 4066/2051*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2052). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 4166/2052*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2053). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 4266/2053*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2054). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 4366/2054*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2055). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 4466/2055*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2056). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 4566/2056*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2057). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 4666/2057*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2058). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 4766/2058*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2059). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 4866/2059*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2060). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 4966/2060*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2061). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 5066/2061*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2062). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 5166/2062*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2063). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 5266/2063*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2064). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 5366/2064*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2065). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 5466/2065*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2066). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 5566/2066*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2067). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 5666/2067*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2068). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 5766/2068*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2069). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 5866/2069*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2070). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 5966/2070*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2071). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 6066/2071*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2072). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 6166/2072*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2073). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 6266/2073*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2074). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 6366/2074*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2075). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 6466/2075*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2076). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 6566/2076*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2077). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 6666/2077*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2078). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 6766/2078*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2079). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 6866/2079*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2080). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 6966/2080*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2081). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 7066/2081*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2082). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 7166/2082*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2083). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 7266/2083*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2084). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 7366/2084*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2085). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 7466/2085*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2086). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 7566/2086*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2087). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 7666/2087*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2088). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 7766/2088*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2089). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 7866/2089*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2090). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 7966/2090*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2091). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 8066/2091*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2092). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 8166/2092*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2093). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 8266/2093*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2094). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 8366/2094*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2095). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 8466/2095*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2096). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 8566/2096*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2097). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 8666/2097*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2098). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 8766/2098*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2099). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 8866/2099*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2100). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 8966/2100*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2101). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 9066/2101*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2102). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 9166/2102*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2103). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 9266/2103*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2104). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 9366/2104*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2105). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 9466/2105*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2106). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 9566/2106*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2107). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 9666/2107*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2108). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 9766/2108*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2109). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 9866/2109*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2110). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 9966/2110*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.

Brasil. (2111). *Resolução de Conselho de Enfermagem nº 10066/2111*. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília.



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Discussão

Autor: Salomé Pedrosa
Enfermeira Cooperante: Enff Ana Sofia Machado
Professor Orientadora: Profª Celeste Godinho

Santarém, 16 de outubro de 2020




Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Promoção de estilos de vida saudável em crianças

Autor: Salomé Pedrosa
 Enfermeira Cooperante: En^{fa} Ana Sofia Machado
 Professora Orientadora: Prof^a Celeste Godinho

Santarém, 18 de dezembro de 2020





Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Promoção de estilos de vida saudável em crianças
- Prevenção da Diabetes *Mellitus* tipo II -



Autor: Salomé Pedrosa
 Enfermeira Cooperante: En^{fa} Ana Sofia Machado
 Professora Orientadora: Prof^a Celeste Godinho

Santarém, 18 de dezembro de 2020




Plano/Seminário

Objetivos do Seminário: • Apresentar separadamente o trabalho desenvolvido durante o estágio, tendo por base o projeto individual; • Refletir sobre as competências construídas nos diversos contextos da prática; • Percecionar a contribuição institucional de desenvolvimento do projeto através da realização do estágio, em diferentes contextos.				
Etapas	Conteúdos/Objetos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos do estágio; • Características; 	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo de - Power Point - Data show 	20 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Enquadramento teórico; • Planeamento em saúde; • Indicações; 	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo de - Power Point - Data show 	40 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Outras atividades de avaliação; • Considerações finais. 	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo de - Power Point - Data show 	20 minutos

Objetivos do estágio

- **Adquirir Competências do enfermeiro especialista a enfermagem comunitária e de saúde pública;**
 - Aprofundar a análise das situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
 - Desenvolver estratégias de intervenção a enfermagem comunitária em contexto transdisciplinar;
 - Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Contextualização

UCC da Marinha Grande → Centro de Saúde da Marinha Grande
(ACES Pinhal Litoral – ARS Centro)

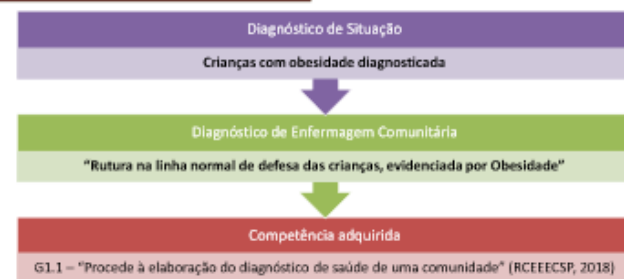
Constituição da equipa:

- 6 Enfermeiros, detentores de especialidades várias;
- 2 assistentes técnicas;
- 1 assistente social;
- 1 fisioterapeuta;
- 1 médico;
- 1 psicóloga e 1 nutricionista da CMMG, que afetam parte do seu horário semanal à UCC.

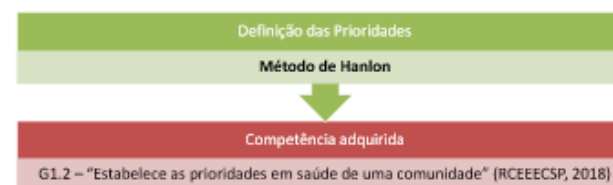
Enquadramento Teórico

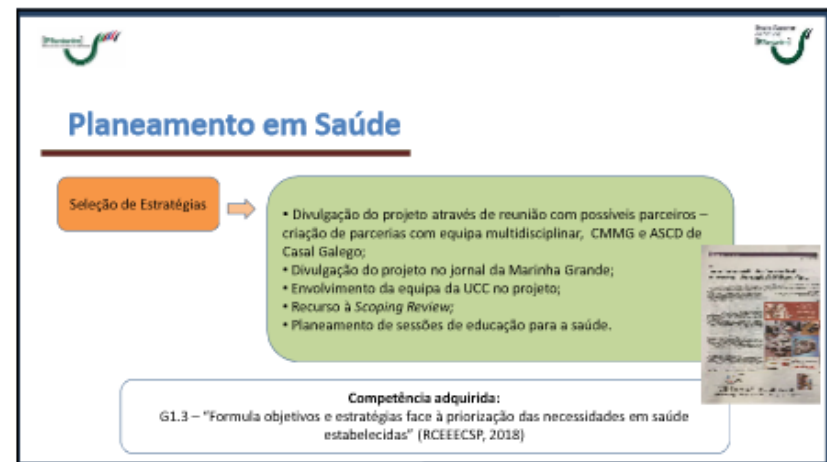
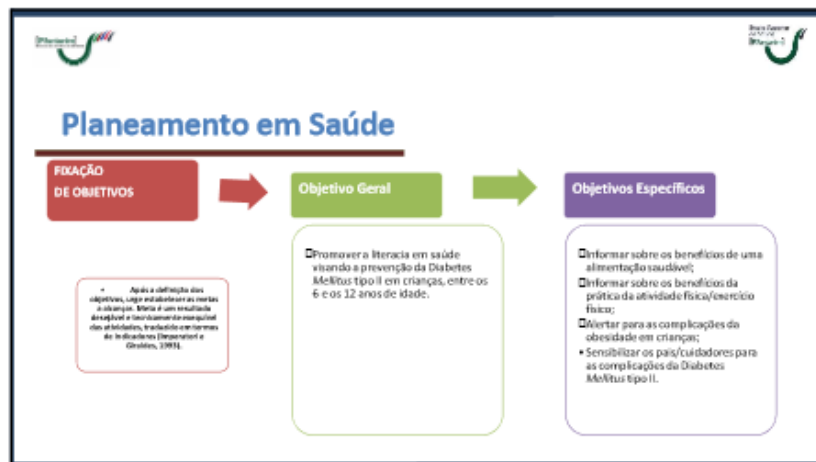
- Nos últimos anos, o aumento da obesidade nas crianças e nos adolescentes conduziu ao aparecimento da Diabetes Mellitus tipo II em grupos etários cada vez mais jovens (Soares, 2020);
- O sedentarismo e as modificações do hábito alimentar têm contribuídos para a epidemia da obesidade infantil (Dias, Maciel e Sablisch, 2007);
- A base terapêutica consiste na educação do jovem e da família, com ênfase nas alterações comportamentais;
- A prevenção da Diabetes Mellitus tipo II requer, em primeiro plano, a prevenção da obesidade.

Planeamento em Saúde





Planeamento em Saúde





Instrumentos de colheita de dados

Planeamento em Saúde

Elaboração de Programas e Projetos e Preparação da Execução: Prevenção da Diabetes Mellitus tipo II em crianças

Sessão de Educação para a Saúde	Tematicas abordadas	Orador	Data	Local
Sessão 1	Apresentação da Projeto e aplicação dos questionários.	Drª Sotero Pedrosa	26/10/2020	
Sessão 2	Diabetes Mellitus tipo II e suas complicações	Drª Sotero Pedrosa Drª S. Sara	29/10/2020	
Sessão 3	Obesidade infantil e suas complicações	Drª Sotero Pedrosa Drª Carolina	29/10/2020	
Sessão 4	Saneamento nas crianças	Drª Sotero Pedrosa Drª Ana Rita Lopes	04/11/2020	Associação SED do Casal Galego
Sessão 5	Exercício/atividade física e sua importância	Drª Sotero Pedrosa	10/11/2020	
Sessão 6	Nutrição infantil e preparação de lanches saudáveis	Drª Sotero Pedrosa Nutricionista Maria Velez	13/11/2020	
Sessão 7	Sensibilizar e aplicar todos os questionários	Drª Sotero Pedrosa	20/11/2020	

Competência adquirida:
 G1.4 – “Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas” (RCEEECSP, 2018)

Indicadores

	Metas	Avaliação
% de sessões de EpS realizadas: $\frac{\text{n.º de sessões de EpS realizadas}}{\text{n.º de sessões de EpS programadas}} \times 100$	Realizar 100% das sessões	100%
% de assiduidade dos participantes nas sessões de EpS: $\frac{\text{n.º de pessoas presentes nas sessões de EpS}}{\text{n.º de pessoas convocadas para as sessões de EpS}} \times 100$	Obter 60 % de assiduidade	85,7%
% de avaliação de satisfação das sessões, segundo os participantes (1-muito fraco; 3-suficiente; 4-bom; 5-muito bom): $\frac{\text{n.º de participantes a classificar em 4 ou 5 nas sessões}}{\text{n.º total de participantes a avaliar}} \times 100$	Obter 80 % dos participantes a considerar as sessões boas ou muito boas	81%
% de avaliação de satisfação do desempenho do formador, segundo os participantes (1-muito fraco; 3-suficiente; 4-bom; 5-muito bom): $\frac{\text{n.º de participantes a classificar em 4 ou 5 o desempenho do formador}}{\text{n.º total de participantes a avaliar}} \times 100$	Obter 80 % dos participantes a considerar o desempenho do formador bom ou muito bom	81%
% de participantes que adquirem conhecimentos com as sessões: $\frac{\text{n.º de respostas corretas}}{\text{n.º total de respostas dadas}} \times 100$	Obter 80 % de respostas corretas nas sessões	91,5%

Planeamento em Saúde

Execução das Atividades

Competências adquiridas:

- G2.1 – “Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania”
- G2.2 – “Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais”
- G2.3 – “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade” (RCEEECSP, 2018)

Outras atividades desenvolvidas

- Participação no programa de Saúde Escolar;
- Participação no programa de Vacinação;
- Participação na visita domiciliária com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- Elaboração de artigo para jornal;
- Participação em seminário de Pediatria online;
- Colaboração em outras atividades diariamente desenvolvidas.

Competências adquiridas:

- G3.1- “Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde”
- G4.1- “Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica” (RCEEECSP, 2018)

Considerações finais

- Concretização do plano de atividades elaborado;
- Intervenção comunitária conseguida pelas atividades desenvolvidas e com ganhos em saúde;
- Aquisição de competências do RCEEECSP;
- Desenvolvimento pessoal e profissional;
- Garantia da continuidade do projeto pela equipa da UCC.

ANEXO XIV – CERTIFICADO E PÓSTER APRESENTADO NO CONGRESSO LUSO-
ESPANHOL DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DE SANTARÉM



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Para os devidos efeitos, certifica-se que Salomé Gomes Pedrosa, participou no VIII Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem, com a temática central "Viver em Pandemia: Atualidades, Experiências e Desafios", realizado nos dias 17 e 18 de maio de 2021, através da plataforma Zoom, em colaboração com a Escola Superior de Saúde de Santarém e com a Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud da Ciudad de Oviedo.

Hélia Dias

*Diretora da Escola Superior de
Saúde de Santarém*

Cláudia Matias

*Presidente da Comissão
Organizadora do VIII Congresso
Luso-Espanhol*

