



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Relação entre o Estilo de Vida dos Pais e o Estado Nutricional dos Filhos**

Annalisa Fonseca Ferreira

março de 2026



# **Relação entre o Estilo de Vida dos Pais e o Estado Nutricional dos Filhos**

Annalisa Fonseca Ferreira

## **Estágio com Relatório Final**

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professor Luís Miguel Condeço

março de 2026



## **Agradecimentos**

Mais uma etapa da minha vida se aproxima do fim e só foi possível graças ao apoio e à contribuição de várias pessoas, às quais deixo aqui o meu sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador, Professor Luís Condeço, pela orientação, disponibilidade, rigor científico e constantes incentivos, fundamentais para a concretização de mais uma etapa concluída.

Agradeço a todos os colegas enfermeiros que aceitaram o desafio de me orientar ao longo deste percurso, pela disponibilidade, partilha de conhecimentos, experiências e ensinamentos. A vossa orientação foi fundamental para o meu crescimento profissional e pessoal, contribuindo não só para a minha formação, mas também para a continuidade de um legado tão nobre como é a enfermagem.

Em especial, à Enfermeira Adelina Gonçalves, pela orientação, empatia e pela maneira como me integrou e tratou como uma verdadeira colega, marcando de forma significativa o meu crescimento pessoal e profissional.

À Enfermeira Inês Pires, expresso o meu agradecimento pelo seu valioso contributo ao longo deste projeto. A sua disponibilidade, partilha de conhecimentos e apoio foram fundamentais para a concretização do mesmo.

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais pelo apoio incondicional, compreensão e motivação ao longo de todo este percurso, especialmente nos momentos mais desafiantes. Sem eles, este objetivo não teria sido possível.

Ao meu namorado, pelo amor, paciência e incentivo constantes, por me apoiar em todos os momentos desta jornada e por acreditar em mim mesmo quando eu duvidava.

Às minhas melhores amigas, pelo apoio, pela amizade e por todos os momentos de motivação, não só ao longo deste percurso académico, mas também ao longo desta caminhada a que chamamos vida.

Aos amigos que fiz nesta caminhada, obrigada pela amizade, apoio e companheirismo, o que tornou este percurso mais leve e divertido.

Por fim, deixo um agradecimento especial a mim própria, pela força, disciplina e coragem para enfrentar cada obstáculo, pela capacidade de acreditar em mim e seguir em frente até à concretização deste objetivo.



## **Resumo**

**Enquadramento:** A formação no curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e competências essenciais à prática especializada. O percurso formativo em estágio e a realização de um estudo de investigação contribuíram para a consolidação da prática profissional.

**Objetivos:** Descrever, analisar e refletir sobre o desenvolvimento de competências ao longo do percurso formativo em estágio; verificar se existe associação entre o estilo de vida dos pais e o estado nutricional dos filhos com idades entre os 6 e os 18 anos.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. Participaram uma amostra não probabilística por conveniência de 71 pais e cuidadores de crianças e adolescentes com idades entre os 6 e os 18 anos. A recolha de dados foi realizada através de questionário online. Os dados foram analisados com recurso ao SPSS, utilizando estatística descritiva e testes não paramétricos.

**Resultados:** Verificou-se uma elevada prevalência de excesso de peso nas crianças e um IMC médio dos pais indicativo de excesso de peso. Observou-se associação estatisticamente significativa entre o IMC dos pais e o dos filhos.

**Conclusão:** O estágio e o estudo de investigação contribuíram para a aquisição de competências essenciais à prática especializada. Os resultados obtidos reforçam a importância da formação e sensibilização dos enfermeiros para a promoção de estilos de vida saudáveis, evidenciando o papel do ambiente familiar no estado nutricional das crianças.

**Palavras-chave:** Criança; Pais; Estilo de vida; Estado nutricional; Índice de Massa Corporal



## **Abstract**

**Background:** The master's degree in Paediatric and Child Health Nursing enabled the development of knowledge and competencies essential to specialized nursing practice. The clinical training period and the development of a research study contributed to the consolidation of professional practice.

**Objectives:** To describe, analyze, and reflect on the development of competencies throughout the clinical training period; to assess whether there is an association between parental lifestyle and the nutritional status of children aged 6 to 18 years.

**Methods:** A quantitative, descriptive-correlational, and cross-sectional study was conducted. A non-probabilistic convenience sample of 71 parents and caregivers of children and adolescents aged 6 to 18 years participated in the study. Data were collected through an online questionnaire and analyzed using SPSS, applying descriptive statistics and non-parametric tests.

**Results:** A high prevalence of overweight was observed among children, and parents presented a mean BMI indicative of overweight. A statistically significant association was found between parental BMI and children's BMI.

**Conclusion:** The clinical training period and the research study contributed to the acquisition of essential competencies for specialized practice. The findings highlight the importance of training and raising awareness among nurses to promote healthy lifestyles, emphasizing the role of the family environment in children's nutritional status.

**Keywords:** Child; Parents; Lifestyle; Nutritional status; Body Mass Index



## Índice

Lista de tabelas

Lista de quadros

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

|                                                                                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Introdução .....</b>                                                          | <b>19</b>  |
| <b>Parte I – Percorso Formativo em Estágio .....</b>                             | <b>23</b>  |
| <b>1. Percorso Formativo em Estágio.....</b>                                     | <b>25</b>  |
| 1.1. Estágio de Pediatria.....                                                   | 26         |
| 1.2. Estágio de Neonatologia .....                                               | 29         |
| 1.3. Estágio de Urgência Pediátrica .....                                        | 34         |
| <b>Parte II – Estudo de Investigação .....</b>                                   | <b>41</b>  |
| <b>2. Enquadramento Teórico.....</b>                                             | <b>43</b>  |
| <b>3. Metodologia.....</b>                                                       | <b>49</b>  |
| 3.1. Tipo de Estudo.....                                                         | 49         |
| 3.2. Objetivos do Estudo.....                                                    | 50         |
| 3.3. População e Amostra.....                                                    | 50         |
| 3.4. Instrumentos de Colheita de Dados .....                                     | 51         |
| 3.5. Procedimentos de Colheita de Dados .....                                    | 52         |
| 3.6. Tratamento e Análise de Dados.....                                          | 52         |
| 3.7. Considerações Éticas .....                                                  | 53         |
| <b>4. Resultados .....</b>                                                       | <b>55</b>  |
| <b>5. Discussão dos Resultados .....</b>                                         | <b>67</b>  |
| <b>6. Conclusão .....</b>                                                        | <b>71</b>  |
| <b>Considerações Finais.....</b>                                                 | <b>73</b>  |
| <b>Referências bibliográficas .....</b>                                          | <b>75</b>  |
| <b>Apêndices .....</b>                                                           | <b>81</b>  |
| <b>Apêndice I – Instrumento de Recolha de Dados .....</b>                        | <b>83</b>  |
| <b>Apêndice II – Consentimento Informado.....</b>                                | <b>91</b>  |
| <b>Apêndice III – Protocolo de Atuação em Caso de Abuso Sexual Infantil.....</b> | <b>94</b>  |
| <b>Anexos.....</b>                                                               | <b>107</b> |
| <b>Anexo I – Parecer da Comissão de Ética .....</b>                              | <b>109</b> |



## Lista de tabelas

|                                                                                | <b>Pág.</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Tabela 1    Caracterização da amostra (filhos)                                 | 55          |
| Tabela 2    Caracterização da amostra (pais)                                   | 56          |
| Tabela 3    IMC dos filhos e pais                                              | 57          |
| Tabela 4    Indicadores de saúde e estilo de vida dos pais: análise descritiva | 57          |



## Lista de quadros

|           |                                                                        | <b>Pág.</b> |
|-----------|------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Quadro 1  | IMC dos filhos vs IMC dos pais                                         | 61          |
| Quadro 2  | IMC dos filhos vs Perceção corporal dos pais                           | 61          |
| Quadro 3  | IMC dos filhos vs Nível de escolaridade dos pais                       | 62          |
| Quadro 4  | IMC dos filhos vs nº de refeições diárias dos pais                     | 62          |
| Quadro 5  | IMC dos filhos vs Consumo de frutas/vegetais pelos pais                | 63          |
| Quadro 6  | IMC dos filhos vs Consumo de <i>fast food</i> pelos pais               | 63          |
| Quadro 7  | IMC dos filhos vs Frequência de prática de exercício físico pelos pais | 64          |
| Quadro 8  | IMC dos filhos vs Horas de sono dos pais                               | 64          |
| Quadro 9  | IMC dos filhos vs Horas de trabalho diárias dos pais                   | 64          |
| Quadro 10 | IMC dos filhos vs Consumo de bebidas alcoólicas pelos pais             | 65          |
| Quadro 11 | IMC dos filhos vs Tempo diário de utilização de ecrãs pelos pais       | 65          |
| Quadro 12 | IMC dos filhos vs Atividades de lazer praticadas pelos pais            | 66          |



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

|        |                                                                      |
|--------|----------------------------------------------------------------------|
| CSP    | Cuidados de Saúde Primários                                          |
| DeCS   | Descritores em Ciências da Saúde                                     |
| DM1    | Diabetes Mellitus Tipo 1                                             |
| EEESIP | Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica |
| IMC    | Índice de Massa Corporal                                             |
| MeSH   | Medical Subject Headings                                             |
| OE     | Ordem dos Enfermeiros                                                |
| OMS    | Organização Mundial da Saúde                                         |
| RGPD   | Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados                          |
| RN     | Recém-Nascido                                                        |
| SNIPi  | Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância                  |
| UE     | União europeia                                                       |
| ULS    | Unidade Local de Saúde                                               |
| USF    | Unidade de Saúde Familiar                                            |
| WHO    | World Health Organization                                            |



## Introdução

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu, integrando a Unidade Curricular Opção 5 – Estágio com Relatório Final: Cuidados Diferenciados.

Este documento reflete o percurso formativo realizado ao longo do curso, evidenciando o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais fundamentais para a prática especializada em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

A especialização nesta área constitui uma etapa relevante no percurso profissional do enfermeiro, permitindo aprofundar conhecimentos e consolidar competências necessárias para a prestação de cuidados diferenciados à criança, ao jovem e à sua família. Ao longo da formação, foram desenvolvidas competências que possibilitam uma intervenção mais qualificada em contextos de maior complexidade, promovendo uma compreensão mais abrangente das diferentes fases do desenvolvimento infantil e da necessidade de adaptar os cuidados às particularidades de cada etapa do ciclo de vida. Paralelamente, a formação contribuiu para o fortalecimento de capacidades relacionadas com a gestão de cuidados, a tomada de decisão clínica e a integração do conhecimento científico na prática profissional.

Neste contexto, os estágios clínicos assumiram um papel fundamental no processo de aprendizagem, permitindo a articulação entre o conhecimento teórico e a prática clínica. A experiência em contexto real proporcionou o contacto direto com situações clínicas diversificadas e desafiantes, exigindo capacidade de adaptação, pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento de uma prática profissional centrada na criança e na família, reforçando a importância de cuidados humanizados, seguros e de qualidade.

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, encontram-se definidos seis enunciados descritivos que devem orientar a prática: satisfação da criança/jovem; promoção da sua saúde; prevenção de possíveis complicações; bem-estar e autocuidado; adaptação às condições de saúde; organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2017, p. 7), tendo em conta que

*todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em Saúde Infantil e Pediátrica, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível.*

Adicionalmente, a formação especializada incentiva a adoção de uma prática baseada na evidência, reconhecendo que a qualidade dos cuidados de enfermagem depende da integração entre experiência clínica, melhores evidências científicas disponíveis e necessidades específicas da criança e da família (Brunt & Morris, 2023). Neste sentido, o desenvolvimento de competências investigativas assume particular relevância, promovendo uma postura crítica e reflexiva que contribui para a melhoria contínua da prática clínica.

Neste enquadramento, foi desenvolvido um trabalho de investigação subordinado ao tema “Relação entre o Estilo de Vida dos Pais e o Estado Nutricional dos Filhos”, com o objetivo de compreender de que forma os hábitos e comportamentos parentais podem influenciar o crescimento e o estado nutricional das crianças. O estudo centra-se na análise de fatores como hábitos alimentares, níveis de atividade física e comportamentos sedentários no contexto familiar, reconhecendo a família como um elemento determinante na construção dos estilos de vida das crianças.

Atualmente, o excesso de peso e a obesidade infantil constituem um problema de saúde pública de crescente relevância, apresentando impacto significativo na saúde presente e futura das crianças (Sahoo et al., 2015; Wang & Lim, 2012). O estado nutricional infantil resulta de uma interação complexa entre fatores biológicos, sociais e ambientais, sendo o contexto familiar um dos principais determinantes nesta dinâmica (Pearson et al., 2015).

Diversos estudos demonstram que o estilo de vida parental, nomeadamente os padrões alimentares, os níveis de atividade física e os comportamentos sedentários, influencia significativamente os hábitos adotados pelas crianças e, conseqüentemente, o seu estado nutricional (Ventura & Birch, 2008). As práticas parentais relacionadas com a alimentação, o modelo comportamental transmitido pelos pais e a dinâmica das refeições familiares assumem um papel importante na formação dos padrões alimentares das crianças (Oliveira & Silva, 2020).

Adicionalmente, a evidência científica aponta para uma associação entre o estado nutricional dos pais e o dos filhos, verificando-se que crianças cujos pais apresentam excesso de peso ou obesidade têm maior probabilidade de desenvolver a mesma condição. Esta relação reflete não apenas fatores genéticos, mas também comportamentos e rotinas partilhadas no ambiente familiar (Sahoo et al., 2015). Assim, compreender a influência do estilo de vida parental no estado nutricional das crianças revela-se fundamental para sustentar estratégias eficazes de prevenção e promoção da saúde centradas na família.

Face ao exposto, o presente relatório tem como objetivo fazer a relação entre o estilo de vida dos pais e o estado nutricional dos filhos e compreender de que forma os

comportamentos e hábitos parentais podem influenciar os padrões de saúde das crianças. Para dar resposta a este objetivo, foi desenvolvido um estudo de natureza quantitativa, descritiva e correlacional, que permitiu recolher e analisar dados relativos aos hábitos de vida dos pais e ao estado nutricional das crianças.

A metodologia adotada incluiu a aplicação de instrumentos de recolha de dados adequados ao contexto do estudo, bem como a análise estatística da informação obtida, de forma a identificar possíveis associações entre as variáveis em análise.

Estruturalmente, o relatório encontra-se organizado em diferentes capítulos: numa primeira parte apresenta-se o enquadramento teórico que sustenta a temática em estudo; posteriormente descreve-se a metodologia utilizada, incluindo o desenho do estudo, participantes, instrumentos e procedimentos; segue-se a apresentação e análise dos resultados obtidos; posteriormente procede-se à discussão dos resultados à luz da evidência científica existente; e, por fim, apresentam-se as conclusões do estudo, bem como as implicações para a prática de enfermagem e sugestões para investigação futura.



## **Parte I – Percurso Formativo em Estágio**



## 1. Percurso Formativo em Estágio

A procura contínua pela excelência na qualidade dos cuidados é um princípio orientador da prática de enfermagem, exigindo dos profissionais um compromisso permanente com a excelência em cada intervenção realizada. O exercício profissional implica rigor, responsabilidade e uma atitude de melhoria constante, com vista à prestação de cuidados seguros e eficazes.

Paralelamente, torna-se fundamental adotar uma abordagem de cuidados flexível e proativa, ajustada às necessidades específicas de cada criança/jovem e respetiva família. A relação interpessoal assume, neste contexto, um papel central, uma vez que o contacto com crianças, pais e familiares envolve não apenas competências técnicas, mas também capacidade de comunicação, empatia e gestão adequada das emoções, elementos essenciais para garantir cuidados de qualidade.

Tal processo implica aquisição de competências que, em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros, as competências especializadas resultam do “aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” e concretizam-se, “em competências comuns e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade”. O mesmo organismo define, assim,

a) “Competências comuns”: partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) “Competências específicas”: decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, *Regulamento n.º 140/2019*, p. 4745).

Ainda de acordo com o mesmo documento (Ordem dos Enfermeiros, *Regulamento n.º 140/2019*, p. 4744), o enfermeiro especialista, é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”.

Neste sentido, segue-se uma reflexão fundamentada de todo o percurso formativo em estágio e sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista que foram sendo consolidadas ao longo dos ensinamentos clínicos.

### 1.1. Estágio de Pediatria

O primeiro estágio realizado foi o de Pediatria, que decorreu entre os dias 15 de setembro e 24 de outubro, com uma duração total de 120 horas de trabalho (seis semanas), tendo decorrido no Serviço de Pediatria de uma Unidade Local de Saúde do interior-centro do país.

Este contexto clínico foi importante para o desenvolvimento de as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista através de atividades desenvolvidas para o atingir dos objetivos propostos no Projeto.

Com o propósito de se tornar uma Enfermeira Especialista competente na prestação e gestão dos cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como de contribuir para o desenvolvimento da profissão e para o fortalecimento da identidade profissional, foi estabelecido um conjunto de objetivos a concretizar em contexto clínico, nomeadamente os seguintes:

- Integrar e consolidar conhecimentos teóricos com a prática clínica em contexto de internamento pediátrico;
- Identificar necessidades específicas de acordo com a idade e situação clínica;
- Colaborar com a equipa multiprofissional no planeamento e implementação de cuidados;
- Desenvolver competências avançadas de tomada de decisão clínica e de pensamento crítico em situações complexas;
- Apoiar a criança e os cuidadores na adaptação à hospitalização;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem hospitalizado e à sua família, de forma holística, humanizada e baseada na evidência científica;
- Executar técnicas e procedimentos de enfermagem em contexto pediátrico;
- Reforçar a autonomia e responsabilidade profissional na tomada de decisão em saúde infantil e pediátrica;
- Refletir criticamente sobre a prática e identificar áreas de melhoria.

O estágio realizado no Serviço de Internamento Pediátrico foi muito mais do que um momento de aprendizagem técnica. Foi um período de crescimento intenso, tanto a nível profissional como pessoal. Ao longo deste percurso, sentiu-se verdadeiramente a transição entre o que se aprendeu em contexto teórico e o que realmente significa, na prática, isto é, cuidar de uma criança/jovem e da sua família num momento de vulnerabilidade. Foram desenvolvidas competências técnicas, científicas, relacionais e éticas, sempre com a preocupação de prestar cuidados baseados na evidência e centrados na criança/jovem e família.

O serviço, constituído por 7 enfermarias e 12 leitos, acolhe crianças e adolescentes entre os 28 dias e os 18 anos (menos um dia), provenientes do serviço de urgência ou admitidos de forma programada, nomeadamente para uma cirurgia. Os motivos de internamento mais frequentes incluem a prematuridade e infeções, sobretudo respiratórias. No entanto, por trás de cada diagnóstico, existe sempre uma criança com medos, dúvidas e uma família igualmente fragilizada e foi isso que mais me marcou desde o início.

Numa fase inicial do estágio, sentiu-se alguma insegurança por não haver experiência prévia em contexto hospitalar pediátrico. A adaptação à dinâmica do serviço, às especificidades técnicas e à abordagem comunicacional exigida foi bastante desafiante. No entanto, rapidamente verificou-se que essa aparente limitação se transformaria numa oportunidade de crescimento. Reconhecer as dificuldades, pedir apoio e refletir sobre cada intervenção tornou-se parte essencial do desenvolvimento.

O acompanhamento da enfermeira tutora foi determinante neste processo. A sua orientação constante, aliada à disponibilidade da equipa, permitiu ganhar confiança progressivamente.

A comunicação terapêutica revelou-se uma das competências mais significativas ao longo do estágio. Adaptar a linguagem ao nível de desenvolvimento da criança, ao contexto sociocultural e à literacia em saúde da família exigiu sensibilidade e flexibilidade. Contatou-se, na prática, como uma explicação clara ou um momento de escuta ativa podem reduzir significativamente a ansiedade associada à hospitalização (Phaneuf, 2005; Hesbeen, 2011). Esta vivência reforçou o que é defendido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017) relativamente à centralidade da relação de ajuda na prática especializada.

A parceria de cuidados foi outro aspeto vivido de forma muito concreta. Através do modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, compreendeu-se ainda melhor que os pais não são apenas acompanhantes, mas parceiros ativos e fundamentais no processo terapêutico (Farrel, 1992). Sempre que possível, procurou-se envolvê-los nos cuidados, incentivando o exercício do papel parental e promovendo a sua capacitação para o regresso

a casa. Esta prática vai ao encontro da competência do EEESIP na promoção da autonomia e da tomada de decisão informada (Portugal, Regulamento n.º 422/2018; OE, 2017).

Tal como preconiza a OE (2017, p. 5), é essencial capacitar os pais e “dotá-los de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada em diferentes domínios do percurso assistencial”. Ao longo do estágio, esta deixou de ser apenas uma citação teórica e passou a fazer parte da minha prática diária.

As orientações antecipatórias e a educação para a saúde assumiram igualmente um papel central. Esclarecer dúvidas, preparar para procedimentos e capacitar para os cuidados no domicílio foram intervenções constantes. Percebi que a alta hospitalar não representa o fim dos cuidados, mas sim a transição para uma nova fase, onde a família assume um papel ainda mais determinante.

Após cada prestação de cuidados, mantive a preocupação de realizar registos de enfermagem rigorosos, refletindo sobre as intervenções e ajustando planos sempre que necessário. Desenvolvi maior capacidade de identificar sinais precoces de instabilidade e de prestar cuidados o menos traumáticos possível, realizando “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Portugal, Regulamento nº 422/2018, p. 19193). Esta competência tornou-se particularmente relevante em situações de maior complexidade clínica.

No contexto da cirurgia pediátrica de ambulatório, colaborou na realização de ensinamentos pré e pós-operatórios. Foi evidente que, apesar da cirurgia ter como finalidade a promoção da cura ou melhoria da qualidade de vida, esta é frequentemente vivida com ansiedade e medo pela criança e família (Silva, Fernandes & Martins, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2021).

O papel do enfermeiro na preparação adequada, com ensinamentos estruturados e adaptados à idade e necessidades individuais, revelou-se fundamental. A escuta ativa e a disponibilidade para esclarecer receios contribuíram para uma vivência mais tranquila do processo (Phaneuf, 2005; Hesbeen, 2011), tal como defendem Coyne (2015) e Benner (2001) relativamente à importância de intervenções educativas sistematizadas.

A gestão da dor foi uma preocupação constante. Sempre que possível, recorreu-se não apenas a intervenções farmacológicas, mas também a estratégias não farmacológicas ajustadas à idade e situação clínica. Minimizar o sofrimento e promover conforto tornou-se uma prioridade, refletindo a competência do EEESIP na otimização do bem-estar (Portugal, Regulamento n.º 422/2018).

Destaca-se ainda a experiência no acompanhamento de situações de diagnóstico inaugural de *diabetes mellitus* tipo 1 (DM1). A educação terapêutica foi central, abordando a monitorização da glicemia, administração de insulina, identificação de sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e adesão ao regime terapêutico (Direção-Geral da Saúde, 2020; International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2022; American Diabetes Association, 2024). Compreendi que a DM1, enquanto doença crónica complexa, exige muito mais do que conhecimento técnico, exige empoderamento contínuo da criança e da família (Hood et al., 2018; International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2022).

Em retrospectiva, reconheceu que este estágio foi verdadeiramente transformador. Começou com inseguranças naturais e terminou com maior confiança, consciência crítica e maturidade profissional. Cresceu na execução técnica, mas sobretudo na capacidade de comunicar, de estar presente e de compreender a dimensão humana do cuidar.

Este percurso consolidou não apenas competências profissionais, mas também valores que pretende manter na prática futura: humanização, empatia, responsabilidade ética e compromisso com a aprendizagem contínua. Mais do que um requisito académico, este estágio tornou-se uma etapa decisiva na construção da identidade enquanto enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

## 1.2. Estágio de Neonatologia

O segundo estágio realizado foi o de Neonatologia, que decorreu entre os dias 27 de outubro e 5 de dezembro, com uma duração total de 120 horas de trabalho (seis semanas), tendo decorrido no Serviço de Neonatologia de uma Unidade Local de Saúde do interior-centro do país.

Este contexto clínico, altamente diferenciado, constituiu uma experiência formativa de elevada relevância para o desenvolvimento das competências específicas inerentes ao exercício do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Este contexto clínico, caracterizado por elevada complexidade, exigência técnica e vulnerabilidade extrema do recém-nascido (RN) e da sua família, permitiu a consolidação de uma prática profissional sustentada na evidência científica, na reflexão crítica e na centralidade da criança e da família enquanto foco dos cuidados especializados.

No sentido de consolidar competências enquanto Enfermeira Especialista na área da saúde infantil e pediátrica e de assumir um papel ativo na valorização da profissão e na

construção da identidade profissional, foram definidos vários objetivos orientadores para a prática clínica, que se apresentam de seguida:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido e família, segundo a melhor evidência científica disponível.
- Desenvolver competências clínicas avançadas em monitorização, avaliação e intervenção em neonatologia.
- Desenvolver conhecimentos teóricos sobre fisiologia neonatal, patologias comuns e crescimento/desenvolvimento na prática clínica.
- Apoiar a família no processo de hospitalização neonatal, promovendo a participação e vínculo afetivo.
- Colaborar de forma ativa na equipa multidisciplinar, promovendo cuidados centrados no desenvolvimento.
- Desenvolver competências avançadas de tomada de decisão clínica e pensamento crítico em situações complexas.
- Desenvolver competências técnicas e instrumentais relativas à prática de cuidados de enfermagem especializada em contexto neonatal.
- Reforçar e fundamentar a tomada de decisão em neonatologia com base no melhor conhecimento científico.
- Refletir criticamente sobre a prática e identificar áreas de melhoria.

No contexto da neonatologia, torna-se evidente que quanto menor a idade gestacional do recém-nascido (RN), maiores são as suas necessidades em saúde e o risco de complicações. Esta realidade conduz frequentemente à admissão em unidades de cuidados neonatais, ambientes altamente diferenciados, mas que têm vindo a evoluir no sentido de integrar modelos assistenciais centrados na família e no desenvolvimento do RN.

Ao longo do estágio, percebeu-se de forma muito concreta a importância da promoção da vinculação precoce, da participação ativa dos pais e da resposta adequada às necessidades neurobiológicas do recém-nascido (Ramos et al., 2020). Neste cenário, o EEESIP assume um papel determinante na prestação de cuidados seguros, diferenciados e humanizados, promovendo não apenas o bem-estar do RN, mas também o equilíbrio emocional da família, tal como preconizado no Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

Durante o estágio, procurou integrar-se de forma ativa na dinâmica da equipa multidisciplinar, valorizando a cooperação, o respeito mútuo e a comunicação eficaz. Assumi

uma postura reflexiva e crítica, procurando fundamentar cada intervenção nos conhecimentos científicos e técnicos adquiridos, mas também na observação clínica e na sensibilidade relacional. A avaliação sistemática do RN, a identificação precoce de sinais de instabilidade e a tomada de decisão fundamentada tornaram-se focos centrais da minha prática.

A parceria de cuidados constituiu um elemento central na intervenção desenvolvida. O nascimento de um recém-nascido que necessita de cuidados hospitalares, frequentemente acompanhado de separação parental por motivos clínicos, representa muitas vezes uma experiência inesperada e emocionalmente desafiante para a família. Neste contexto, é comum que os pais vivenciem sentimentos de ansiedade, medo e incerteza, associados à perda momentânea do papel de cuidadores principais do seu filho. A evidência científica demonstra que a hospitalização neonatal e a separação precoce podem dificultar o estabelecimento do vínculo pais–recém-nascido, reforçando a importância da implementação de estratégias que promovam a proximidade e o envolvimento parental no processo de cuidar (Lee et al., 2023).

Nesse sentido, os modelos de cuidados centrados na família têm vindo a assumir um papel fundamental em contexto neonatal, uma vez que a participação ativa dos pais nos cuidados contribui para reduzir o stress parental, fortalecer o vínculo afetivo e melhorar os resultados em saúde do recém-nascido e da família (Balasundaram et al., 2025; Aljawad, 2025).

Esta experiência permitiu reconhecer que o cuidado ao recém-nascido não pode ser dissociado do cuidado à família. Cuidar do bebé implica, inevitavelmente, apoiar também os pais no processo de adaptação a esta experiência, reconhecendo o seu papel essencial no desenvolvimento e bem-estar da criança. Neste sentido, o modelo de Parceria de Cuidados proposto por Anne Casey revelou-se particularmente pertinente, ao reconhecer os pais como cuidadores primários e parceiros ativos na prestação de cuidados à criança hospitalizada (Farrell, 1992). Este modelo valoriza a colaboração entre profissionais de saúde e família, defendendo que os pais devem ser apoiados e capacitados para participar nos cuidados ao seu filho, respeitando os seus conhecimentos, experiências e competências parentais.

Assim, ao longo da intervenção, procurou-se promover de forma gradual o envolvimento dos pais nos cuidados ao recém-nascido, incentivando a sua presença, participação e aprendizagem na realização de cuidados básicos, sempre com o acompanhamento e suporte da equipa de enfermagem. Este processo permitiu reforçar a confiança dos pais nas suas capacidades enquanto cuidadores e favorecer o fortalecimento do vínculo com o seu filho. Paralelamente, contribuiu para a preparação dos pais para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, promovendo uma transição mais segura para o contexto familiar.

Deste modo, a integração da família no processo de cuidados revelou-se essencial para a promoção do bem-estar do recém-nascido e para o desenvolvimento das competências parentais, estando em consonância com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que destacam a importância do apoio à família, da promoção da parentalidade e da capacitação dos cuidadores no processo de cuidar.

Ao longo do estágio, teve sempre uma postura empática e de proximidade junto das famílias, incentivando a sua presença constante e envolvimento nos cuidados ao RN. Desenvolveram-se ensinamentos ajustados às necessidades específicas de cada situação, incidindo sobre amamentação, higiene, segurança, sono, repouso e sinais de alerta. A educação parental revelou-se fundamental para reduzir a ansiedade e aumentar a confiança dos pais neste período particularmente sensível. Todos os cuidados e intervenções foram devidamente registados no SClínico, assegurando a continuidade e qualidade assistencial.

A prematuridade, definida como o nascimento antes das 37 semanas de gestação, constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade neonatal (World Health Organization, 2018). O grau de prematuridade condiciona a imaturidade dos sistemas orgânicos, afetando a estabilidade térmica, função respiratória, alimentação, metabolismo e suscetibilidade às infeções (American Academy of Pediatrics, 2022). O acompanhamento destes recém-nascidos exigiu vigilância contínua, avaliação sistemática e intervenções diferenciadas ao nível da termorregulação, posicionamento, conforto e prevenção de complicações.

A promoção do contacto pele a pele e o incentivo ao método canguru revelaram-se particularmente marcantes, não apenas pelos benefícios clínicos, mas pelo impacto visível na vinculação e na confiança parental. A icterícia neonatal foi igualmente frequente, exigindo monitorização rigorosa e implementação de fototerapia quando indicado (Bhutani, 2019; Maisels & McDonagh, 2020), sempre acompanhada de esclarecimento contínuo aos pais para reduzir a ansiedade associada.

Houve ainda contacto com um RN com lesão do plexo braquial, geralmente associada a partos com distocia de ombros (Foad et al., 2008). A avaliação sistemática e a articulação com a fisioterapia foram essenciais para otimizar o prognóstico (Hoeksma et al., 2000). O impacto emocional nos pais foi evidente, reforçando a importância da comunicação empática e contínua.

Para além da complexidade clínica, destacou-se também o contacto com a realidade social de muitas famílias. Ao longo do estágio, foram observados contextos de significativa

vulnerabilidade social, nomeadamente mães com recursos económicos limitados, redes de suporte frágeis e, em alguns casos, ausência ou afastamento da figura paterna. Em diversos momentos, tornou-se evidente que o maior desafio não se relacionava apenas com a instabilidade clínica do recém-nascido, mas também com a incerteza relativamente às condições sociais e familiares que o aguardavam após a alta hospitalar.

Estas situações suscitaram uma reflexão aprofundada sobre o verdadeiro alcance da enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica, que ultrapassa a dimensão técnico-assistencial e exige sensibilidade social, capacidade de escuta e articulação com diferentes profissionais e estruturas da comunidade. Neste sentido, a identificação precoce de fatores de risco biológicos, sociais e ambientais assume particular relevância, uma vez que estes podem influenciar significativamente o desenvolvimento global da criança.

Perante contextos de vulnerabilidade, torna-se fundamental a articulação com respostas de apoio existentes na comunidade, nomeadamente com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), criado em Portugal com o objetivo de garantir apoio integrado a crianças com alterações ou risco de atraso no desenvolvimento e às suas famílias, através de uma intervenção precoce centrada na família e desenvolvida por equipas multidisciplinares (Decreto-Lei n.º 281/2009). A referenciação atempada para estas estruturas permite mobilizar recursos da área da saúde, educação e ação social, promovendo condições mais favoráveis ao desenvolvimento da criança e reforçando o suporte às famílias em situação de maior vulnerabilidade (Franco & Apolónio, 2008).

Deste modo, compreende-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica deve assumir uma intervenção holística, atenta aos determinantes sociais da saúde e ao impacto que estes exercem no desenvolvimento e percurso de vida da criança. Para além do cuidado clínico, cabe-lhe também identificar situações de risco, orientar as famílias e articular com redes de apoio formais e informais, contribuindo para uma resposta integrada que promova o bem-estar da criança e da família.

Em síntese, este estágio permitiu consolidar competências técnicas e científicas, mas sobretudo aprofundar a dimensão humana e social do cuidar em neonatologia. Sente que cresceu enquanto profissional, desenvolvendo uma prática mais consciente, reflexiva e verdadeiramente centrada no recém-nascido e na sua família.

### 1.3. Estágio de Urgência Pediátrica

O terceiro e último estágio realizado foi em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica, que decorreu entre os dias 8 de dezembro e 30 de janeiro, com uma duração total de 120 horas de trabalho, tendo decorrido no Serviço de Urgência Pediátrica de uma Unidade Local de Saúde do interior-centro do país.

O estágio realizado no Serviço de Urgência Pediátrica da Unidade Local de Saúde da região interior do país representou uma experiência formativa particularmente relevante para o meu percurso enquanto futura Enfermeira Especialista. O contacto diário com situações clínicas agudas e potencialmente graves permitiu o desenvolvimento progressivo de competências na avaliação sistematizada da criança, na priorização de cuidados e na intervenção em tempo útil, num contexto marcado pela imprevisibilidade e pela elevada exigência clínica.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem deve demonstrar capacidade para intervir em situações de doença aguda, assegurando cuidados seguros, de qualidade e centrados na criança e na família. Neste sentido e tendo em vista o desenvolvimento das minhas competências enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, bem como o meu contributo para a evolução da profissão e para a construção de uma identidade profissional sólida, delineei vários objetivos a alcançar na prática clínica, designadamente os seguintes:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados e humanizados à criança/jovem e família em contexto de urgência pediátrica.
- Desenvolver competências de observação, priorização e intervenção rápida em situações agudas.
- Integrar e aplicar conhecimentos teóricos à prática clínica, adequando intervenções ao estado clínico e faixa etária.
- Colaborar com a equipa multidisciplinar na avaliação, planeamento e execução de cuidados.
- Promover a segurança e o bem-estar da criança/jovem durante todo o processo de cuidados.
- Prestar cuidados de enfermagem centrados na família, reconhecendo-a como elemento essencial no processo de saúde e doença.
- Participar na educação para a saúde da criança/jovem e família, promovendo a prevenção de doenças e acidentes.

- Aprimorar a capacidade de comunicação e gestão emocional em contexto de urgência.
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.
- Reforçar a autonomia e o pensamento crítico na tomada de decisão em contextos complexos.

Ao longo do estágio, foram observadas com frequência patologias características do contexto de urgência pediátrica, destacando-se as patologias respiratórias agudas, como bronquiolite, exacerbações de asma, laringite e pneumonia, sobretudo em lactentes e crianças em idade pré-escolar. Estas situações exigiram uma avaliação clínica rigorosa e contínua, bem como uma intervenção ajustada à idade e à gravidade do quadro clínico. A necessidade de identificar precocemente sinais de agravamento clínico evidenciou a importância de uma atuação célere e sustentada na evidência científica, reforçando a relevância do conhecimento atualizado na prestação de cuidados em contexto de urgência pediátrica (American Academy of Pediatrics, 2022b). Neste sentido, estas experiências contribuíram para consolidar a importância da vigilância clínica sistemática e da capacidade de antecipação de complicações, competências fundamentais na prática do enfermeiro especialista.

Os estados febris e as infeções agudas constituíram igualmente um motivo frequente de admissão, exigindo particular atenção à identificação precoce de sinais de alarme e à exclusão de situações de maior gravidade, como a sépsis. A abordagem destas situações implicou o desenvolvimento de uma avaliação clínica estruturada e orientada para a deteção de indicadores de risco, reforçando a importância do raciocínio clínico na tomada de decisão em contextos de incerteza. Esta experiência permitiu compreender que, para além da execução de procedimentos técnicos, o enfermeiro especialista assume um papel determinante na monitorização clínica, na priorização de cuidados e na comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar.

Foram igualmente observadas situações de patologia gastrointestinal, nomeadamente episódios de vómitos, diarreia e desidratação, que implicaram uma monitorização contínua do estado de hidratação e a implementação de intervenções adequadas à idade e condição clínica da criança (Ferrero et al., 2021). Estas situações evidenciaram a importância da avaliação sistemática de parâmetros clínicos e da vigilância do estado geral da criança, permitindo reconhecer precocemente sinais de agravamento e orientar a intervenção terapêutica de forma segura.

As situações traumáticas, incluindo quedas, feridas, contusões e traumatismos, destacaram igualmente a relevância da prevenção de acidentes e da educação para a saúde dirigida aos cuidadores. Este contacto permitiu reconhecer que o contexto de urgência constitui também uma oportunidade privilegiada para a promoção da segurança infantil e para

a sensibilização das famílias relativamente a comportamentos preventivos, aspeto valorizado nos padrões de qualidade dos cuidados pediátricos (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O contacto com convulsões febris, reações alérgicas e episódios de insuficiência respiratória ou outras emergências reforçou a necessidade de reconhecimento precoce da gravidade clínica e de intervenção imediata. Estas experiências evidenciaram a importância da preparação técnica e científica do enfermeiro especialista para atuar em situações críticas, mobilizando conhecimentos, competências clínicas e capacidade de decisão rápida, aspetos essenciais para garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados em contexto de urgência pediátrica (Royal College of Nursing, 2023b).

De forma global, a diversidade de situações clínicas observadas no contexto de urgência pediátrica permitiu compreender a complexidade e exigência inerentes a este ambiente assistencial, no qual a capacidade de avaliação rápida, priorização de cuidados e tomada de decisão assume particular relevância. A vivência destas experiências contribuiu para consolidar a perceção de que a intervenção do enfermeiro especialista vai além da execução de procedimentos técnicos, implicando uma avaliação clínica integrada, sustentada no raciocínio crítico e na evidência científica. Paralelamente, tornou-se evidente a importância da comunicação com a criança e a família, da escuta ativa e da educação para a saúde, elementos essenciais para promover a confiança e o envolvimento dos cuidadores no processo de cuidados. Neste contexto, a articulação com a equipa multidisciplinar revelou-se igualmente fundamental para garantir respostas adequadas às necessidades da criança e da família. Assim, o contexto de urgência pediátrica constituiu uma oportunidade significativa de aprendizagem e desenvolvimento profissional, permitindo aprofundar competências clínicas, relacionais e reflexivas indispensáveis à prestação de cuidados especializados centrados na criança e na família.

A participação no processo de triagem revelou-se uma das experiências mais significativas do estágio, permitindo o desenvolvimento de competências de observação, julgamento clínico e tomada de decisão. A utilização da Triagem de Manchester exige uma avaliação rápida e sistematizada, integrando a observação do estado geral da criança, sinais vitais, comportamento e informação fornecida pelos cuidadores. Inicialmente, este processo representou um desafio, no entanto, com a prática e o acompanhamento da equipa, foi possível ganhar maior segurança e autonomia na classificação do grau de prioridade clínica.

No decorrer do estágio, foi identificada a necessidade de uniformizar a atuação da equipa de enfermagem perante situações de suspeita de abuso sexual infantil, atendendo à complexidade clínica, emocional, ética e legal inerente a estes casos. Neste contexto, foi elaborado um protocolo de atuação específico para o Serviço de Urgência Pediátrica

(apêndice III)), com o objetivo de orientar a prática dos enfermeiros desde a triagem até ao encaminhamento adequado da criança ou jovem.

A elaboração deste protocolo enquadra-se diretamente nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nomeadamente na competência de “promover a proteção da criança e do jovem em situação de risco, contribuindo para a deteção precoce de maus-tratos, negligência e abuso”, conforme definido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Adicionalmente, este contributo reflete a competência do enfermeiro especialista na promoção da qualidade e segurança dos cuidados, através do desenvolvimento e implementação de instrumentos orientadores da prática clínica.

A realização deste protocolo constituiu ainda uma oportunidade de desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, evidenciando a capacidade do enfermeiro especialista para identificar necessidades do serviço, propor soluções fundamentadas e contribuir para a uniformização de práticas, em consonância com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Toda esta prática desenvolvida em urgência pediátrica permitiu operacionalizar várias competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, conforme definido no regulamento da Ordem dos Enfermeiros (2018). Os objetivos definidos no projeto de estágio foram progressivamente atingidos ao longo da experiência clínica. O desenvolvimento de competências de observação, priorização e intervenção rápida em situações agudas foi evidente, particularmente na triagem pediátrica e na abordagem inicial à criança em situação de urgência, áreas reconhecidas como críticas na segurança do doente pediátrico (American Academy of Pediatrics, 2022b).

A gestão emocional revelou-se um dos principais desafios ao longo do estágio, tendo em conta a carga emocional associada ao contexto de urgência pediátrica, tanto para as famílias como para os profissionais de saúde. O contacto com situações de sofrimento, ansiedade parental e, por vezes, gravidade clínica inesperada exigiu o desenvolvimento de estratégias de autocontrolo emocional e comunicação terapêutica. Esta aprendizagem revelou-se fundamental para uma atuação profissional equilibrada, segura e centrada na criança e na família.

A integração entre teoria e prática foi fortalecida através da reflexão crítica sobre as decisões tomadas em contexto real, promovendo uma prática consciente, ética e baseada na evidência, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros.

O estágio em contexto de urgência pediátrica foi, sem dúvida, uma das experiências mais marcantes do meu percurso formativo. Mais do que um momento de aprendizagem técnica, representou um verdadeiro desafio pessoal e profissional, que contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A urgência pediátrica é um ambiente exigente, marcado pela imprevisibilidade e pela necessidade de respostas rápidas e eficazes. Neste contexto, tive a oportunidade de contactar com uma grande diversidade de situações clínicas, o que me permitiu consolidar conhecimentos teóricos e aplicá-los de forma prática e fundamentada. Cada situação exigia uma avaliação cuidadosa, uma vigilância contínua e uma tomada de decisão segura, sempre orientada para a proteção e o bem-estar da criança e da sua família.

O contacto com patologias frequentes e potencialmente graves, evidenciou a importância do papel do enfermeiro especialista na estabilização clínica e na prevenção de complicações. Percebi, de forma muito clara, como a intervenção atempada e articulada com a equipa multidisciplinar pode fazer a diferença na evolução da criança. Este trabalho em equipa revelou-se essencial, reforçando a importância da comunicação e da coordenação de cuidados.

Ao mesmo tempo, este estágio permitiu valorizar de forma mais consciente a importância da parceria com a família no contexto da urgência pediátrica. A evidência científica demonstra que a doença aguda e a necessidade de recorrer ao serviço de urgência constituem experiências frequentemente geradoras de ansiedade e insegurança para os pais, sobretudo quando envolvem crianças pequenas (Coyne et al., 2018).

Neste sentido, a comunicação clara e adaptada, o apoio emocional e o envolvimento dos pais no processo de cuidados assumem um papel fundamental na promoção da confiança e da segurança, contribuindo para reduzir a ansiedade familiar e melhorar a experiência de cuidados (Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2017).

Estas vivências reforçaram a compreensão de que cuidar em pediatria implica, inevitavelmente, cuidar da criança e da sua família, numa perspetiva de cuidados centrados na família, amplamente reconhecida como um princípio orientador da prática pediátrica (American Academy of Pediatrics, 2022a).

Mesmo num ambiente marcado por elevada pressão assistencial e necessidade de respostas rápidas, tornou-se possível manter a atenção em aspetos fundamentais do cuidado, como o controlo da dor, a promoção da segurança e a educação para a saúde dirigida à criança e aos cuidadores. A literatura evidencia que a avaliação sistemática e o adequado controlo da dor em idade pediátrica constituem indicadores essenciais da qualidade dos cuidados, sendo responsabilidade dos profissionais de saúde reconhecer e intervir precocemente perante situações potencialmente dolorosas (Royal College of Nursing, 2023a).

Paralelamente, a educação para a saúde e o esclarecimento dos cuidadores revelam-se estratégias importantes para promover a segurança da criança e capacitar a família para a continuidade dos cuidados após a alta. Assim, mesmo intervenções aparentemente simples ou discretas podem assumir um impacto significativo na experiência de cuidado, contribuindo para uma abordagem mais humanizada e holística, que considera não apenas a dimensão física da doença, mas também os aspetos emocionais e sociais que influenciam o bem-estar da criança e da sua família.

Por fim, este estágio constituiu um importante momento de reflexão crítica sobre a prática. Tornou evidente a necessidade de formação contínua, atualização científica e desenvolvimento permanente de competências, de modo a responder com qualidade às exigências dos cuidados pediátricos em situação de urgência. Esta experiência reforçou o compromisso com a excelência, a ética e a responsabilidade profissional, contribuindo de forma decisiva para a consolidação da identidade enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.



## **Parte II – Estudo de Investigação**



## 2. Enquadramento Teórico

O estado nutricional em idade pediátrica constitui um importante indicador de saúde e desenvolvimento, refletindo não apenas os padrões alimentares das crianças e adolescentes, mas também a interação entre diversos fatores biológicos, comportamentais, sociais e ambientais. A infância e a adolescência correspondem a períodos críticos do ciclo de vida caracterizados por crescimento acelerado, elevada plasticidade metabólica e importantes mudanças comportamentais, sendo particularmente sensíveis a desequilíbrios energéticos e à adoção de estilos de vida pouco saudáveis. Durante estas fases, a alimentação adequada e a prática regular de atividade física e hábitos saudáveis desempenham um papel fundamental na promoção de um crescimento saudável e na prevenção de doenças ao longo da vida (Black et al., 2013; World Health Organization WHO, 2022).

O estado nutricional resulta do equilíbrio entre a ingestão de nutrientes e as necessidades energéticas do organismo, sendo influenciado por múltiplos determinantes, incluindo fatores genéticos, ambientais, comportamentais e socioeconómicos. Alterações neste equilíbrio podem originar diferentes formas de malnutrição, que incluem tanto a desnutrição como o excesso de peso e a obesidade. Atualmente, a obesidade infantil é considerada um dos principais desafios de saúde pública a nível global, devido à sua elevada prevalência e às consequências que pode ter para a saúde a curto e longo prazo (Lobstein et al., 2015; UNICEF, 2023).

A avaliação do estado nutricional em crianças e adolescentes é frequentemente realizada através do Índice de Massa Corporal (IMC), calculado a partir da relação entre o peso e a altura e ajustado à idade e ao sexo através de curvas de crescimento específicas. Este indicador é amplamente utilizado em contexto clínico e epidemiológico devido à sua simplicidade, baixo custo e facilidade de aplicação. Apesar de apresentar algumas limitações, nomeadamente por não distinguir entre massa gorda e massa magra, o IMC continua a ser uma ferramenta amplamente utilizada para monitorizar o crescimento infantil e identificar situações de risco nutricional (Cole & Lobstein, 2012; WHO, 2020).

Em alguns contextos, a avaliação do estado nutricional pode ser complementada por outros indicadores antropométricos, como o perímetro da cintura ou a relação cintura-estatura, que permitem avaliar a distribuição da gordura corporal e estimar o risco cardiometabólico associado. Estes indicadores têm sido cada vez mais utilizados em investigação científica devido à sua capacidade de identificar padrões de adiposidade central, que estão frequentemente associados a um maior risco de doenças metabólicas (Ashwell & Gibson, 2016; Freedman et al., 2020).

Nas últimas décadas, o excesso de peso e a obesidade infantil têm aumentado de forma significativa em diversas regiões do mundo, constituindo atualmente um importante problema de saúde pública. Estima-se que milhões de crianças em idade escolar apresentem excesso de peso, situação que representa um importante fator de risco para o desenvolvimento precoce de doenças crónicas. (Kumar & Kelly, 2017; WHO, 2022).

Para além das consequências metabólicas, o excesso de peso infantil pode também ter impactos significativos na saúde psicológica e social das crianças. Estudos demonstram que crianças com obesidade apresentam maior probabilidade de experienciar baixa autoestima, estigmatização social, dificuldades de integração e sintomas depressivos. Estas consequências podem comprometer o bem-estar e a qualidade de vida das crianças e adolescentes (Sahoo et al., 2015; Rankin et al., 2016).

Importa ainda salientar que a obesidade infantil apresenta elevada probabilidade de persistir na idade adulta. Estudos longitudinais demonstram que crianças com excesso de peso têm um risco significativamente maior de se tornarem adultos obesos, aumentando consequentemente a probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e outras doenças crónicas não transmissíveis (Geserick et al., 2018).

No contexto europeu, a prevalência de excesso de peso em idade pediátrica continua a representar uma preocupação significativa para as autoridades de saúde. Dados recentes indicam que aproximadamente uma em cada quatro crianças em idade escolar apresenta excesso de peso ou obesidade na região europeia, evidenciando a magnitude deste problema de saúde pública (WHO, 2023).

Em Portugal, a situação apresenta igualmente relevância. Resultados da sexta ronda do Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) Portugal, realizada no ano letivo de 2021–2022 e coordenada pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, revelaram que 31,9% das crianças portuguesas entre os 6 e os 8 anos apresentam excesso de peso, das quais 13,5% correspondem a obesidade. Estes dados reforçam a necessidade de compreender os fatores que contribuem para o desenvolvimento do excesso de peso em idade pediátrica e de implementar estratégias eficazes de prevenção (Rito et al., 2023).

O estado nutricional infantil não resulta exclusivamente de fatores biológicos ou individuais, sendo igualmente influenciado pelo ambiente em que a criança se desenvolve. Entre os principais determinantes destacam-se os hábitos alimentares, os níveis de atividade física, os comportamentos sedentários, o contexto familiar e os fatores socioeconómicos. (Swinburn et al., 2019; WHO, 2022).

É no ambiente familiar que a criança começa a aprender hábitos, valores e comportamentos relacionados com a saúde. Por isso, os pais têm uma grande influência na forma como os filhos se alimentam e no estilo de vida que adotam. De acordo com a teoria da aprendizagem social proposta por Bandura (1977), os comportamentos humanos são frequentemente adquiridos através da observação e imitação de modelos significativos. Assim, as crianças tendem a reproduzir comportamentos observados no ambiente familiar, incluindo padrões alimentares, níveis de atividade física e outras práticas relacionadas com o estilo de vida.

Diversos estudos demonstram que os hábitos alimentares familiares influenciam significativamente os padrões alimentares das crianças. A disponibilidade de determinados alimentos no domicílio, bem como o exemplo comportamental transmitido pelos pais, desempenham um papel central na formação das preferências alimentares infantis. A exposição repetida a determinados alimentos no ambiente familiar contribui para o desenvolvimento de preferências alimentares que podem persistir ao longo da vida (Ventura & Birch, 2008; Scaglioni et al., 2018).

Práticas parentais como o incentivo ao consumo de alimentos saudáveis, o estabelecimento de rotinas alimentares e a modelagem de comportamentos positivos podem contribuir para o desenvolvimento de padrões alimentares mais equilibrados. Por outro lado, práticas excessivamente restritivas ou controladoras podem ter efeitos contraproducentes, aumentando o interesse das crianças por alimentos menos saudáveis (Vaughn et al., 2016; Larsen et al., 2022).

A prática de atividade física constitui outro fator essencial para o desenvolvimento saudável das crianças. A evidência científica demonstra que níveis adequados de atividade física durante a infância estão associados a benefícios significativos para a saúde física e mental, incluindo melhoria da aptidão cardiorrespiratória, controlo do peso corporal, desenvolvimento motor e bem-estar psicológico (WHO, 2020).

Os comportamentos parentais desempenham igualmente um papel relevante na promoção da atividade física infantil. O incentivo, o apoio e o exemplo dos pais podem influenciar significativamente os níveis de atividade física das crianças. Estudos indicam que crianças cujos pais apresentam estilos de vida mais ativos tendem a apresentar também níveis mais elevados de atividade física (Gustafson & Rhodes, 2006; Rodrigues et al., 2020).

Por outro lado, os comportamentos sedentários, particularmente o tempo de ecrã associado ao uso de televisão, computadores, tablets e smartphones, têm sido identificados como um fator de risco importante para o desenvolvimento do excesso de peso infantil. O

aumento do tempo de exposição a ecrãs está frequentemente associado a menor gasto energético, maior consumo de alimentos energeticamente densos e perturbações nos padrões de sono (Tremblay et al., 2017; Stiglic & Viner, 2019).

Para além destes comportamentos, outras atitudes relacionadas com o estilo de vida familiar podem igualmente influenciar o estado nutricional das crianças e adolescentes, nomeadamente os padrões de sono e hábitos aditivos como o consumo de álcool e tabaco por parte dos pais.

A qualidade e a duração do sono têm sido identificadas como fatores importantes na regulação do peso corporal. Estudos demonstram que a privação de sono em idade pediátrica está associada a alterações hormonais relacionadas com o apetite, o que pode contribuir para maior ingestão energética e aumento do risco de excesso de peso e obesidade. Além disso, padrões de sono inadequados podem também estar associados a maior fadiga, menor prática de atividade física e maior tempo sedentário (Chaput et al., 2016; Fatima et al., 2015).

Em contexto familiar, os comportamentos parentais relacionados com o consumo de substâncias, como o álcool e o tabaco, podem também influenciar indiretamente os estilos de vida das crianças. A literatura sugere que o consumo de tabaco pelos pais está frequentemente associado a ambientes familiares menos favoráveis à adoção de estilos de vida saudáveis, podendo relacionar-se com padrões alimentares menos equilibrados e níveis mais baixos de atividade física. Além disso, a exposição ao fumo do tabaco constitui um fator de risco adicional para diversos problemas de saúde em idade pediátrica (World Health Organization, 2021). De forma semelhante, padrões de consumo de álcool no ambiente familiar podem influenciar comportamentos e atitudes das crianças e adolescentes ao longo do desenvolvimento, refletindo novamente o papel do modelo parental na construção dos estilos de vida (Ryan et al., 2010).

Assim, fatores como a qualidade do sono e determinados hábitos de saúde presentes no ambiente familiar devem também ser considerados na análise dos determinantes do estado nutricional infantil, uma vez que contribuem para a compreensão mais abrangente dos comportamentos de saúde que se desenvolvem no contexto familiar.

Nos últimos anos, diversos estudos têm reforçado a importância da influência parental no desenvolvimento do excesso de peso infantil. Revisões sistemáticas recentes demonstram que comportamentos parentais relacionados com alimentação, atividade física e gestão do tempo de ecrãs apresentam uma associação significativa com o índice de massa corporal das crianças (Pearson et al., 2018; Leme et al., 2022).

O estado nutricional dos pais tem sido identificado como um dos principais preditores do estado nutricional das crianças. Crianças cujos pais apresentam excesso de peso ou obesidade apresentam uma probabilidade significativamente maior de desenvolver a mesma condição, resultado da interação entre fatores genéticos, ambientais e comportamentais (Sahoo et al., 2015; Berge et al., 2023).

Assim, o ambiente familiar assume um papel central na construção dos estilos de vida das crianças e no desenvolvimento do seu estado nutricional. Compreender esta relação é fundamental para desenvolver estratégias de prevenção eficazes e promover estilos de vida saudáveis, não só nas crianças, mas também nas suas famílias.

A literatura demonstra que comportamentos relacionados com alimentação, atividade física e hábitos sedentários adotados pelos pais podem influenciar significativamente os comportamentos de saúde dos filhos. No entanto, estas relações podem variar consoante fatores culturais, sociais e familiares, tornando pertinente a realização de estudos que explorem estas associações em diferentes contextos populacionais.

Neste sentido, e considerando a relevância desta problemática no contexto da saúde infantil, torna-se pertinente analisar de que forma o estilo de vida dos pais se relaciona com o estado nutricional dos filhos, procurando dar resposta à seguinte questão de investigação: qual a relação entre o estilo de vida dos pais e o estado nutricional dos filhos com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos?



### 3. Metodologia

O presente capítulo tem como finalidade descrever a metodologia adotada na realização deste trabalho de investigação. Nele são apresentados os procedimentos que orientaram o desenvolvimento do estudo, incluindo o tipo de estudo, a população e amostra, os instrumentos de recolha de dados, bem como as estratégias de análise utilizadas.

A definição de uma metodologia rigorosa e adequada ao problema em estudo constitui um elemento fundamental para garantir a validade, fiabilidade e credibilidade dos resultados obtidos. Assim, as opções metodológicas devem ser coerentes com os objetivos da investigação e com a natureza da problemática em análise (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2017).

#### 3.1. Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo analítico-descritivo, correlacional e transversal com abordagem quantitativa.

Trata-se de um estudo descritivo, na medida em que permite caracterizar a amostra e descrever as variáveis em análise, nomeadamente os indicadores relacionados com o estilo de vida e estado nutricional dos participantes. Os estudos descritivos têm como principal objetivo descrever fenómenos ou populações, permitindo identificar as suas características (Fortin, 2009).

Simultaneamente, apresenta uma vertente analítica e correlacional, uma vez que procura identificar possíveis associações entre variáveis, sem, no entanto, estabelecer relações de causalidade. Os estudos correlacionais permitem examinar relações entre variáveis, não implicando necessariamente uma relação de causa-efeito (Polit & Beck, 2017).

É ainda um estudo transversal, pois os dados foram recolhidos num único momento temporal, permitindo obter uma “fotografia” da realidade em estudo. Os estudos transversais caracterizam-se pela recolha de dados num único ponto no tempo (Marôco, 2018).

A abordagem quantitativa foi utilizada por possibilitar a recolha e análise de dados numéricos, permitindo a aplicação de métodos estatísticos para descrever e analisar os fenómenos em estudo de forma objetiva (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2017).

### 3.2. Objetivos do estudo

O presente estudo tem como objetivo geral verificar se existe relação entre o estilo de vida dos pais e o estado nutricional dos filhos com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos.

Como objetivos específicos, pretende-se caracterizar o estilo de vida dos pais relativamente aos hábitos alimentares, à prática de atividade física e aos comportamentos sedentários, bem como caracterizar o estado nutricional das crianças e adolescentes com idades entre os 6 e os 18 anos. Adicionalmente, procura-se analisar a relação entre o estado nutricional dos pais e o estado nutricional das crianças e adolescentes, assim como avaliar se o estilo de vida parental está associado ao excesso de peso e obesidade infantil.

### 3.3. População e Amostra

A população corresponde ao conjunto total de elementos que possuem características comuns e sobre os quais se pretende retirar conclusões (Fortin, 2009).

A população do presente estudo é constituída por todos os pais ou cuidadores de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos inscritos numa Unidade de Saúde Familiar do interior centro do país.

A amostra é constituída por um subconjunto da população selecionado para participar no estudo, devendo ser representativa da população em análise (Polit & Beck, 2017). Neste caso, a amostra corresponde aos pais ou cuidadores das crianças e adolescentes com idades entre os 6 e os 18 anos inscritos na referida unidade de saúde que aceitaram participar voluntariamente no estudo.

A seleção dos participantes foi realizada através de uma amostragem não probabilística, do tipo intencional, sendo incluídos os indivíduos que cumpriam os critérios previamente definidos e que demonstraram disponibilidade para colaborar na investigação.

Como critérios de inclusão foram considerados crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos que integrem a carteira de serviços da Unidade de Saúde. Foram definidos como critérios de exclusão as crianças com idade inferior a 6 anos e os jovens ou adultos com idade superior a 18 anos inscritos na mesma unidade de saúde.

### 3.4. Instrumentos de Colheita de Dados

A recolha de dados foi realizada através de um questionário estruturado (apêndice I), dirigido aos pais ou cuidadores de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos inscritos na Unidade de Saúde Familiar. O questionário foi elaborado especificamente para o presente estudo e disponibilizado em formato digital através da plataforma *Google Forms* permitindo o preenchimento de forma simples, rápida e acessível.

O instrumento de colheita de dados foi constituído por questões de resposta fechada e questões de resposta curta, organizadas em diferentes secções, com o objetivo de recolher informação relativa às características sociodemográficas, dados antropométricos e estilos de vida dos participantes.

A primeira parte do questionário incluiu dados relativos às crianças e adolescentes, nomeadamente idade, sexo, altura e peso corporal. Estas variáveis permitiram caracterizar a amostra e possibilitaram o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

A segunda secção contemplou informação sociodemográfica e antropométrica dos pais ou cuidadores, incluindo idade, sexo, altura, peso corporal, perceção do próprio peso e nível de escolaridade.

A terceira secção do questionário abordou os hábitos alimentares, incluindo questões relacionadas com o número de refeições diárias, consumo de lanches saudáveis, frequência de ingestão de frutas e vegetais, consumo de alimentos processados ou fast food e ingestão diária de água.

A quarta secção incidiu sobre a prática de atividade física e hábitos de sono, incluindo a frequência de prática de exercício físico, duração média das sessões de atividade física, número de horas de sono por noite e perceção da qualidade do sono.

Posteriormente foram incluídas questões relativas ao contexto profissional e estilo de vida, nomeadamente número de horas de trabalho diário, tipo de atividade laboral (sedentária, ativa ou mista) e perceção da influência do trabalho na saúde física ou mental.

Por fim, foram abordados comportamentos relacionados com a saúde, como o consumo de tabaco, ingestão de bebidas alcoólicas, tempo diário de exposição a ecrãs e perceção do impacto desse uso no sono ou bem-estar, bem como a realização de atividades de lazer.

### 3.5. Procedimentos de Colheita de Dados

A recolha de dados foi realizada após a obtenção das autorizações institucionais necessárias e do parecer favorável da Comissão de Ética competente, garantindo o cumprimento dos princípios éticos aplicáveis à investigação em saúde. (Anexo I)

Após estas autorizações, os pais ou cuidadores de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos inscritos na Unidade de Saúde Familiar foram convidados a participar no estudo de forma voluntária.

O questionário de autorresposta, garantiu o anonimato e a confidencialidade das respostas. Os participantes foram previamente informados acerca dos objetivos da investigação, da natureza voluntária da participação e da possibilidade de desistirem a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo.

A recolha de dados foi realizada através de um questionário online, disponibilizado na plataforma Google Forms, cujo link foi partilhado com os potenciais participantes. O questionário foi autoaplicado, permitindo que os participantes respondessem de forma autónoma e no momento que lhes fosse mais conveniente.

O preenchimento do questionário não permitia a recolha de qualquer informação que possibilitasse a identificação dos participantes, garantindo assim o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Após o preenchimento, as respostas foram automaticamente registadas na plataforma digital, sendo posteriormente exportadas para uma base de dados para tratamento estatístico.

Os dados recolhidos foram armazenados em suporte digital, no computador pessoal do investigador principal protegido por palavra-passe, sendo utilizados exclusivamente para fins científicos no âmbito do presente estudo.

### 3.6. Tratamento e Análise dos Dados

Após a recolha dos questionários, os dados obtidos foram organizados e preparados para análise estatística. As respostas recolhidas através da plataforma Google Forms foram exportadas para um ficheiro em formato Excel, onde foi realizada a verificação e organização da base de dados. Posteriormente, a base de dados original da plataforma Google Forms foi eliminada, garantindo a segurança e confidencialidade da informação recolhida. Os dados

foram então importados para o software IBM SPSS Statistics, onde foram codificados e tratados para posterior análise estatística.

Inicialmente procedeu-se à verificação e validação dos dados, garantindo a consistência das respostas e a correta codificação das variáveis. Posteriormente, realizou-se uma análise estatística descritiva, com o objetivo de caracterizar a amostra em estudo, recorrendo ao cálculo de frequências absolutas e relativas (n e %), bem como medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão).

Para a análise inferencial dos dados, foram utilizados testes estatísticos não paramétricos, atendendo à natureza das variáveis em estudo e à não verificação dos pressupostos de normalidade.

Para avaliar a associação entre variáveis ordinais, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman.

A comparação entre dois grupos independentes foi realizada através do teste de Mann-Whitney, enquanto a comparação entre três ou mais grupos independentes foi efetuada utilizando o teste de Kruskal-Wallis.

A seleção destes testes estatísticos teve por base o tipo de variáveis e os pressupostos de aplicação, de acordo com as recomendações da literatura (Marôco, 2018; Hair et al., 2019).

Os resultados obtidos foram apresentados sob a forma de tabelas e quadros, permitindo uma melhor interpretação dos dados e facilitando a discussão dos resultados no âmbito do estudo.

### 3.7. Considerações Éticas

O presente estudo respeitou os princípios éticos inerentes à investigação em saúde, garantindo o cumprimento das normas legais, deontológicas e científicas aplicáveis.

Antes do início da recolha de dados, o projeto de investigação foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde (ULS) competente, tendo sido obtido parecer favorável para a realização do estudo (anexo I). Paralelamente, foi igualmente solicitada e obtida autorização do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde, permitindo a realização da investigação no contexto institucional definido.

Considerando que o estudo envolve dados relativos a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, a participação foi precedida da obtenção de

consentimento informado (apêndice II) por parte dos pais ou encarregados de educação. Antes do preenchimento do questionário, os participantes tiveram acesso a informação clara sobre os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos, a natureza voluntária da participação e a possibilidade de desistirem a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo.

Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos participantes, não sendo recolhidos dados que permitissem a identificação direta dos mesmos. Os questionários foram preenchidos de forma anónima através da plataforma Google Forms, não sendo registadas informações como nome, número de utente ou outros elementos identificativos. Os dados recolhidos foram armazenados em suporte digital protegido por palavra-passe, sendo utilizados exclusivamente para fins científicos no âmbito do presente estudo.

O tratamento dos dados foi realizado em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD – Regulamento (UE) 2016/679), garantindo a proteção da informação recolhida e o respeito pelos direitos dos participantes.

Durante o desenvolvimento do trabalho foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial, nomeadamente o ChatGPT Plus, com o objetivo de apoiar a revisão linguística e estrutural de alguns textos académicos. A utilização desta ferramenta teve apenas carácter de apoio à redação, não tendo sido utilizada para geração ou manipulação de dados científicos, análise estatística ou interpretação dos resultados, sendo a responsabilidade científica do trabalho inteiramente da autora.

Foram ainda salvaguardados os princípios éticos fundamentais da investigação em saúde, nomeadamente os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, garantindo que o estudo não implicasse riscos físicos, psicológicos ou sociais para os participantes.

## 4. Resultados

No presente capítulo são apresentados os resultados obtidos a partir da análise dos dados recolhidos através do questionário aplicado aos pais de crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos. Inicialmente procede-se à caracterização da amostra, seguida da análise de diferentes indicadores relacionados com o estilo de vida parental. Posteriormente são apresentados os resultados da análise inferencial realizada para avaliar as associações entre as variáveis em estudo.

A amostra do presente estudo é constituída por 71 crianças. No que se refere à distribuição por sexo, verifica-se que 46,5% ( $n = 33$ ) pertence ao sexo feminino e 53,5% ( $n = 38$ ) ao sexo masculino. A caracterização da amostra encontra-se apresentada na Tabela 1.

**Tabela 1 – Caraterização da amostra (filhos)**

|                         | Total<br>(N = 71) |      |
|-------------------------|-------------------|------|
|                         | N                 | %    |
| <b>Sexo</b>             |                   |      |
| Feminino                | 33                | 46,5 |
| Masculino               | 38                | 53,5 |
| <b>Idade (12,2±3,2)</b> |                   |      |
| 6 anos                  | 1                 | 1,4  |
| 7 anos                  | 4                 | 5,6  |
| 8 anos                  | 5                 | 7,0  |
| 9 anos                  | 5                 | 7,0  |
| 10 anos                 | 8                 | 11,3 |
| 11 anos                 | 8                 | 11,3 |
| 12 anos                 | 9                 | 12,7 |
| 13 anos                 | 7                 | 9,9  |
| 14 anos                 | 5                 | 7,0  |
| 15 anos                 | 6                 | 8,5  |
| 16 anos                 | 4                 | 5,6  |
| 17 anos                 | 4                 | 5,6  |
| 18 anos                 | 5                 | 7,0  |

No que se refere às características dos pais participantes, observa-se que a maioria é do sexo feminino (80,3%), enquanto 19,7% é do sexo masculino, conforme a distribuição apresentada na Tabela 2.

**Tabela 2 – Caracterização da amostra (pais)**

|                         | Total<br>(N = 71) |      |
|-------------------------|-------------------|------|
|                         | N                 | %    |
| <b>Sexo</b>             |                   |      |
| Feminino                | 57                | 80,3 |
| Masculino               | 14                | 19,7 |
| <b>Idade (44,6±5,6)</b> |                   |      |
| 27 anos                 | 1                 | 1,4  |
| 35 anos                 | 1                 | 1,4  |
| 36 anos                 | 1                 | 1,4  |
| 37 anos                 | 1                 | 1,4  |
| 38 anos                 | 4                 | 5,6  |
| 39 anos                 | 4                 | 5,6  |
| 40 anos                 | 5                 | 7,0  |
| 41 anos                 | 3                 | 4,2  |
| 42 anos                 | 7                 | 9,9  |
| 43 anos                 | 7                 | 9,9  |
| 44 anos                 | 3                 | 4,2  |
| 45 anos                 | 5                 | 7,0  |
| 46 anos                 | 4                 | 5,6  |
| 47 anos                 | 6                 | 8,5  |
| 48 anos                 | 1                 | 1,4  |
| 49 anos                 | 3                 | 4,2  |
| 50 anos                 | 3                 | 4,2  |
| 51 anos                 | 2                 | 2,8  |
| 52 anos                 | 2                 | 2,8  |
| 53 anos                 | 3                 | 4,2  |
| 54 anos                 | 3                 | 4,2  |
| 56 anos                 | 1                 | 1,4  |
| 57 anos                 | 1                 | 1,4  |

Relativamente ao estado nutricional das crianças, avaliado através do índice de massa corporal (IMC), verifica-se que 46,5% apresentam peso normal, enquanto 25,4% apresentam excesso de peso e 28,2% apresentam obesidade. Quanto ao estado nutricional dos pais, verifica-se um índice de massa corporal médio de 26,2 (DP = 3,2), valor que se enquadra na categoria de excesso de peso segundo a classificação da OMS. A distribuição das categorias de IMC encontra-se apresentada na Tabela 3.

**Tabela 3 – IMC dos filhos e pais**

| <b>IMC</b>    | <b>N</b> | <b>%</b> | <b>M</b> | <b>DP</b> |
|---------------|----------|----------|----------|-----------|
| <b>Filhos</b> |          |          | 22,5     | 3,7       |
| Peso Normal   | 33       | 46,5     |          |           |
| Excesso Peso  | 18       | 25,4     |          |           |
| Obesidade     | 20       | 28,2     |          |           |
| <b>Pais</b>   |          |          | 26,2     | 3,2       |
| Baixo Peso    | 26       | 36,6     |          |           |
| Baixo Peso    | 38       | 53,5     |          |           |
| Peso Normal   | 7        | 9,9      |          |           |

M – Média; DP – Desvio padrão

Foram então analisados diversos indicadores relacionados com o estilo de vida dos pais e realizada análise descritiva, incluindo percepção do peso corporal, hábitos alimentares, prática de atividade física, padrões de sono e utilização de ecrãs. Os resultados encontram-se apresentados na tabela 4.

**Tabela 4 – Indicadores de saúde e estilo de vida dos pais: análise descritiva**

|                                          | <b>N (71)</b> | <b>%</b> |
|------------------------------------------|---------------|----------|
| <b>Perceção do peso corporal</b>         |               |          |
| Adequado                                 | 20            | 28,2     |
| Acima do ideal                           | 47            | 66,2     |
| Não tenho a certeza                      | 4             | 5,6      |
| <b>Nível de escolaridade</b>             |               |          |
| Ensino Básico                            | 9             | 12,7     |
| Ensino Secundário                        | 14            | 19,7     |
| Curso Técnico/Profissional               | 9             | 12,7     |
| Licenciatura                             | 31            | 47,3     |
| Mestrado                                 | 8             | 11,3     |
| <b>Nº de refeições completas por dia</b> |               |          |
| 2 refeições                              | 3             | 4,2      |
| 3 refeições                              | 39            | 54,9     |
| Mais de 3 refeições                      | 29            | 40,8     |
| <b>Consumo de lanches saudáveis</b>      |               |          |
| Não                                      | 9             | 12,7     |
| Sim                                      | 28            | 39,4     |
| Ocasionalmente                           | 34            | 47,9     |
| <b>Consumo de frutas e vegetais</b>      |               |          |
| Diariamente                              | 50            | 70,4     |
| Algumas vezes por semana                 | 21            | 29,6     |
| <b>Consumo de <i>fast food</i></b>       |               |          |
| Raramente                                | 20            | 28,2     |
| Algumas vezes por mês                    | 43            | 60,6     |
| Algumas vezes por semana                 | 8             | 11,3     |
| <b>Consumo de água</b>                   |               |          |
| Sim                                      | 34            | 47,9     |
| Não                                      | 37            | 52,1     |

|                                                 |    |      |
|-------------------------------------------------|----|------|
| <b>Prática de exercício físico</b>              |    |      |
| Todos os dias                                   | 1  | 1,4  |
| 3 a 4 vezes por semana                          | 5  | 7,0  |
| 1 a 2 vezes por semana                          | 27 | 38,0 |
| Raramente                                       | 38 | 53,5 |
| <b>Duração das sessões de exercício físico</b>  |    |      |
| Não aplicável                                   | 35 | 49,3 |
| Menos de 30 minutos                             | 8  | 11,3 |
| Entre 30 a 60 minutos                           | 22 | 31,0 |
| Mais de 60 minutos                              | 6  | 8,5  |
| <b>Horas de sono por noite</b>                  |    |      |
| Menos de 5 horas                                | 2  | 2,8  |
| Entre 5 a 6 horas                               | 25 | 35,2 |
| Entre 7 a 8 horas                               | 42 | 59,2 |
| Mais de 8 hora                                  | 2  | 2,8  |
| <b>Qualidade do sono</b>                        |    |      |
| Boa                                             | 22 | 31,0 |
| Razoável                                        | 40 | 56,3 |
| Má                                              | 9  | 12,7 |
| <b>Horas de trabalho diárias</b>                |    |      |
| 4 a 6 horas                                     | 1  | 1,4  |
| 6 a 8 horas                                     | 39 | 54,9 |
| Mais de 8 horas                                 | 31 | 43,7 |
| <b>Tipo de trabalho</b>                         |    |      |
| Ativo                                           | 11 | 15,5 |
| Misto                                           | 38 | 53,5 |
| Sedentário                                      | 22 | 31,0 |
| <b>Impacto laboral na saúde física e mental</b> |    |      |
| Sim                                             | 51 | 71,8 |
| Não                                             | 20 | 28,2 |
| <b>Consumo de tabaco</b>                        |    |      |
| Sim                                             | 16 | 22,5 |
| Não                                             | 43 | 60,6 |
| Ex-fumador                                      | 12 | 16,9 |
| <b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>            |    |      |
| Não                                             | 24 | 33,8 |
| Raramente                                       | 26 | 36,6 |
| Socialmente                                     | 21 | 29,6 |
| <b>Tempo diário de utilização de ecrãs</b>      |    |      |
| Menos de 2 horas                                | 16 | 22,5 |
| Entre 2 a 4 horas                               | 21 | 29,6 |
| Entre 4 a 6 horas                               | 18 | 25,4 |
| Mais de 6 horas                                 | 16 | 22,5 |
| <b>Impacto do uso de ecrãs</b>                  |    |      |
| Sim                                             | 30 | 42,3 |
| Não                                             | 41 | 57,7 |
| <b>Tempo diário dedicado a lazer</b>            |    |      |
| Sim                                             | 44 | 62,0 |
| Não                                             | 27 | 38,0 |

Relativamente à perceção do peso corporal, verifica-se que a maioria dos pais (66,2%) considerava estar acima do peso ideal, enquanto 28,2% referiram ter um peso adequado.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, verificou-se que a maioria dos participantes possuía licenciatura (43,7%), seguindo-se o ensino secundário (19,7%).

Quanto ao número de refeições completas realizadas diariamente, verificou-se que a maioria dos pais (54,9%) referiu realizar três refeições por dia, enquanto 40,8% indicaram realizar mais de três refeições.

No que se refere ao consumo de lanches saudáveis entre refeições, 39,4% dos participantes referiram consumir estes alimentos regularmente, enquanto 47,9% indicaram fazê-lo ocasionalmente.

Relativamente ao consumo de frutas e vegetais, verificou-se que 70,4% dos pais referiram consumir estes alimentos diariamente, enquanto 29,6% indicaram fazê-lo apenas algumas vezes por semana.

No que diz respeito ao consumo de alimentos processados ou fast food, verificou-se que a maioria dos participantes referiu consumi-los algumas vezes por mês (60,6%), enquanto 28,2% indicaram fazê-lo raramente (Tabela 9).

Quanto ao consumo de água, verificou-se que 52,1% dos participantes referiu não consumir pelo menos 1,5 litro de água por dia, enquanto 47,9% consome diariamente.

Relativamente à prática de exercício físico, verificou-se que mais de metade dos pais (53,5%) referiu praticar exercício raramente, enquanto 38,0% indicaram fazê-lo uma a duas vezes por semana (Tabela 11).

Quanto à duração das sessões de exercício físico, verificou-se que cerca de metade dos participantes (49,3%) indicou que a questão não se aplica, o que sugere que uma parte significativa da amostra não pratica atividade física regularmente. Entre os participantes que referiram praticar exercício físico, 31,0% indicaram que as sessões têm uma duração entre 30 a 60 minutos, enquanto 11,3% referiram sessões inferiores a 30 minutos e 8,5% indicaram sessões superiores a 60 minutos.

No que se refere ao número médio de horas de sono por noite, a maioria dos participantes (59,2%) referiu dormir entre 7 e 8 horas por noite. Cerca de 35,2% indicaram dormir entre 5 e 6 horas, enquanto apenas 2,8% referiram dormir menos de 5 horas ou mais de 8 horas por noite. Estes resultados sugerem que a maior parte da amostra apresenta uma duração de sono considerada adequada

Relativamente à perceção da qualidade do sono, mais de metade dos participantes (56,3%) classificou o seu sono como razoável. Cerca de 31,0% consideraram a qualidade do sono boa, enquanto 12,7% referiram apresentar má qualidade de sono.

No que concerne ao número de horas de trabalho diário, verificou-se que a maioria dos participantes (54,9%) trabalha entre 6 a 8 horas por dia. Uma proporção significativa (43,7%) indicou trabalhar mais de 8 horas diárias, enquanto apenas 1,4% referiu trabalhar entre 4 a 6 horas por dia.

No que se refere ao tipo de trabalho desempenhado pelos participantes, observou-se que a maioria (53,5%) classificou o seu trabalho como misto, combinando períodos de atividade e de sedentarismo. Cerca de 31,0% referiram desempenhar um trabalho predominantemente sedentário, enquanto 15,5% indicaram ter um trabalho ativo.

Quando questionados sobre se o trabalho interfere com a sua saúde física ou mental, a maioria dos participantes (71,8%) respondeu afirmativamente, enquanto 28,2% indicaram não sentir interferência do trabalho na sua saúde.

No que diz respeito ao consumo de tabaco, verificou-se que a maioria dos participantes (60,6%) referiu não fumar. Cerca de 22,5% indicaram ser fumadores e 16,9% identificaram-se como ex-fumadores.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, observou-se que 36,6% dos participantes referiram consumir álcool raramente. Cerca de 33,8% indicaram não consumir bebidas alcoólicas, enquanto 29,6% referiram consumo em contexto social.

Relativamente ao tempo diário de utilização de ecrãs, verificou-se uma distribuição relativamente equilibrada entre as diferentes categorias analisadas. Cerca de 29,6% dos participantes referiram utilizar ecrãs entre 2 a 4 horas por dia, enquanto 25,4% indicaram utilizá-los entre 4 a 6 horas. Por sua vez, 22,5% referiram utilizar ecrãs menos de 2 horas por dia e a mesma percentagem indicou utilizá-los mais de 6 horas diariamente.

Quando questionados sobre se o uso de ecrãs afeta o sono ou o bem-estar, 57,7% dos participantes referiram que não sentem impacto, enquanto 42,3% indicaram que o uso de ecrãs influencia negativamente o seu sono ou bem-estar.

Relativamente ao tempo dedicado a atividades de lazer no dia a dia, a maioria dos participantes (62,0%) indicou dedicar algum tempo diário a atividades de lazer. No entanto, 38,0% referiram não dedicar tempo diário a este tipo de atividades.

De forma a analisar a relação entre o estilo de vida dos pais e o estado nutricional das crianças, foram realizados diferentes testes estatísticos não paramétricos.

A associação entre o índice de massa corporal (IMC) das crianças e o IMC dos pais foi analisada através do coeficiente de correlação de Spearman. Observou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre as duas variáveis ( $p = 0,385$ ;  $p < 0,001$ ), indicando

que valores mais elevados de IMC nos pais tendem a estar associados a valores mais elevados de IMC nas crianças (Quadro 1).

**Quadro 1 – IMC dos filhos vs IMC dos pais**

| Variáveis                       | $\rho$ (Spearman) | p      | N  |
|---------------------------------|-------------------|--------|----|
| IMC das crianças x IMC dos pais | 0,385             | <0,001 | 71 |

A relação entre o índice de massa corporal (IMC) das crianças e a percepção do peso corporal dos pais foi analisada através do teste não paramétrico de Kruskal–Wallis. Os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas no IMC das crianças entre as diferentes categorias de percepção do peso corporal parental ( $H(2) = 4,381$ ;  $p = 0,112$ ) (Quadro 2).

**Quadro 2 - IMC dos filhos vs Percepção corporal dos pais**

| Percepção do peso corporal dos pais | N         | Posto médio do IMC da criança | H            | gl       | p            |
|-------------------------------------|-----------|-------------------------------|--------------|----------|--------------|
| Adequado                            | 20        | 38,65                         |              |          |              |
| Acima do ideal                      | 47        | 39,66                         |              |          |              |
| Não tenho a certeza                 | 4         | 29,75                         |              |          |              |
| <b>Total</b>                        | <b>71</b> |                               | <b>4,381</b> | <b>2</b> | <b>0,112</b> |

A relação entre o índice de massa corporal (IMC) das crianças e a escolaridade dos pais foi analisada através do teste não paramétrico de Kruskal–Wallis. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no IMC das crianças entre os diferentes níveis de escolaridade parental ( $H(4) = 12,171$ ;  $p = 0,016$ ). Observa-se que o posto médio mais elevado do IMC das crianças ocorre no grupo de pais com escolaridade básica até ao 9.º ano (54,56) e o posto médio mais baixo é observado no grupo de pais com licenciatura (28,61) (Quadro 3).

**Quadro 3 - IMC dos filhos vs Nível de escolaridade dos pais**

| Nível de escolaridade dos pais | n         | Posto médio do IMC da criança | H             | gl       | p            |
|--------------------------------|-----------|-------------------------------|---------------|----------|--------------|
| Ensino Básico                  | 9         | 54,56                         |               |          |              |
| Ensino Secundário              | 14        | 34,75                         |               |          |              |
| Curso Profissional/Técnico     | 9         | 40,72                         |               |          |              |
| Licenciatura                   | 31        | 28,61                         |               |          |              |
| Mestrado                       | 8         | 40,63                         |               |          |              |
| <b>Total</b>                   | <b>71</b> |                               | <b>12,171</b> | <b>4</b> | <b>0,016</b> |

A associação entre o índice de massa corporal (IMC) das crianças e o número de refeições completas diárias realizadas pelos pais foi analisada através do coeficiente de correlação de Spearman. Não se observou uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $\rho = 0,048$ ;  $p = 0,689$ ), conforme Quadro 4.

**Quadro 4 – IMC Filhos vs nº de refeições diárias dos pais**

| Variáveis                                                     | $\rho$ (Spearman) | p     | N  |
|---------------------------------------------------------------|-------------------|-------|----|
| IMC das crianças x nº de refeições completas diárias dos pais | 0,048             | 0,689 | 71 |

A relação entre o índice de massa corporal (IMC) das crianças e a frequência de consumo de frutas e vegetais pelos pais foi analisada através do teste não paramétrico de Mann–Whitney. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no IMC das crianças entre os pais que referiram consumir frutas e vegetais diariamente e aqueles que o fazem apenas algumas vezes por semana ( $U = 362,500$ ;  $p = 0,041$ ), observando-se valores mais elevados de postos médios no segundo grupo. Este resultado sugere que menor frequência de consumo de frutas e vegetais pelos pais pode estar associada a valores mais elevados de IMC nas crianças, podendo refletir a influência dos padrões alimentares familiares no estado nutricional infantil (Quadro 5).

**Quadro 5** - IMC dos filhos vs Consumo de fruta/vegetais pelos pais

| Frequência do consumo de fruta/vegetais pelos pais | n         | Posto médio do IMC da criança | U              | Z             | p            |
|----------------------------------------------------|-----------|-------------------------------|----------------|---------------|--------------|
| Diariamente                                        | 50        | 31,75                         |                |               |              |
| Algumas vezes por semana                           | 21        | 43,74                         |                |               |              |
| <b>Total</b>                                       | <b>71</b> |                               | <b>362,500</b> | <b>-2,047</b> | <b>0,041</b> |

A relação entre o índice de massa corporal (IMC) das crianças e a frequência de consumo de fast food pelos pais foi analisada através do teste não paramétrico de Kruskal–Wallis. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no IMC das crianças entre os diferentes níveis de frequência de consumo de fast food parental ( $H(2) = 0,929$ ;  $p = 0,629$ ) (Quadro 6).

**Quadro 6** - IMC dos filhos vs Consumo de *fast food* pelos pais

| Nível de escolaridade dos pais | n         | Posto médio do IMC da criança | H            | gl       | p            |
|--------------------------------|-----------|-------------------------------|--------------|----------|--------------|
| Raramente                      | 20        | 31,23                         |              |          |              |
| Algumas vezes por mês          | 43        | 37,76                         |              |          |              |
| Algumas vezes por semana       | 8         | 31,00                         |              |          |              |
| <b>Total</b>                   | <b>71</b> |                               | <b>0,929</b> | <b>2</b> | <b>0,629</b> |

A relação entre o índice de massa corporal (IMC) das crianças e a frequência de prática de exercício físico dos pais foi analisada através do teste não paramétrico de Kruskal–Wallis. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas no IMC das crianças entre os diferentes níveis de prática de exercício físico parental ( $H(3) = 0,979$ ;  $p = 0,806$ ), conforme Quadro 7.

**Quadro 7 - IMC dos filhos vs Frequência de prática de exercício físico dos pais**

| Frequência de prática de exercício físico dos pais | n         | Posto médio do IMC da criança | H            | gl       | p            |
|----------------------------------------------------|-----------|-------------------------------|--------------|----------|--------------|
| Todos os dias                                      | 1         | 45,00                         |              |          |              |
| 3 a 4 vezes por semana                             | 5         | 37,50                         |              |          |              |
| 1 a 2 vezes por semana                             | 27        | 33,11                         |              |          |              |
| Raramente                                          | 38        | 37,62                         |              |          |              |
| <b>Total</b>                                       | <b>71</b> |                               | <b>0,979</b> | <b>3</b> | <b>0,806</b> |

A relação entre o índice de massa corporal (IMC) das crianças e o número médio de horas de sono dos pais por noite foi analisada através do coeficiente de correlação de Spearman. Não se observou uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $\rho = 0,137$ ;  $p = 0,256$ ) (Quadro 8).

**Quadro 8 – IMC Filhos vs Horas de sono dos pais**

| Variáveis                                                       | $\rho$ (Spearman) | p     | N  |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------|-------|----|
| IMC das crianças x nº médio de horas de sono dos pais por noite | 0,137             | 0,256 | 71 |

A relação entre o índice de massa corporal (IMC) das crianças e o número médio de horas de trabalho diário dos pais foi analisada através do coeficiente de correlação de Spearman. Observou-se uma correlação positiva fraca, mas estatisticamente significativa entre as variáveis ( $\rho = 0,253$ ;  $p = 0,033$ ). Este resultado indica que maiores cargas horárias de trabalho dos pais tendem a estar associadas a valores ligeiramente mais elevados de IMC nas crianças, embora a força da associação seja baixa, conforme Quadro 9.

**Quadro 9 – IMC Filhos vs Horas de trabalho diárias dos pais**

| Variáveis                                             | $\rho$ (Spearman) | p     | N  |
|-------------------------------------------------------|-------------------|-------|----|
| IMC das crianças x Horas de trabalho diárias dos pais | 0,253             | 0,033 | 71 |

A relação entre o índice de massa corporal (IMC) das crianças e o consumo de bebidas alcoólicas pelos pais foi analisada através do teste não paramétrico de Kruskal–Wallis. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas no IMC das crianças entre os diferentes níveis de consumo de bebidas alcoólicas parental ( $H(2) = 4,997$ ;  $p = 0,082$ ) (Quadro 10).

**Quadro 10** - IMC dos filhos vs Consumo de bebidas alcoólicas pelos pais

| Consumo de bebidas alcoólicas pelos pais | N         | Posto médio do IMC da criança | H            | gl       | p            |
|------------------------------------------|-----------|-------------------------------|--------------|----------|--------------|
| Não                                      | 24        | 29,48                         |              |          |              |
| Raramente                                | 26        | 36,15                         |              |          |              |
| Socialmente                              | 21        | 43,26                         |              |          |              |
| <b>Total</b>                             | <b>71</b> |                               | <b>4,997</b> | <b>2</b> | <b>0,082</b> |

A relação entre o índice de massa corporal (IMC) das crianças e o tempo diário de utilização de ecrãs pelos pais foi analisada através do teste não paramétrico de Kruskal–Wallis. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas no IMC das crianças entre os diferentes níveis de utilização de ecrãs parental ( $H(3) = 6,626$ ;  $p = 0,085$ ) (Quadro 11).

**Quadro 11** - IMC dos filhos vs Tempo diário de utilização de ecrãs pelos pais

| Tempo diário de utilização de ecrãs pelos pais | n         | Posto médio do IMC da criança | H            | gl       | p            |
|------------------------------------------------|-----------|-------------------------------|--------------|----------|--------------|
| Menos de 2 horas                               | 16        | 27,84                         |              |          |              |
| Entre 2 a 4 horas                              | 21        | 37,74                         |              |          |              |
| Entre 4 a 6 horas                              | 18        | 44,89                         |              |          |              |
| Mais de 6 horas                                | 16        | 31,88                         |              |          |              |
| <b>Total</b>                                   | <b>71</b> |                               | <b>6,626</b> | <b>3</b> | <b>0,085</b> |

A relação entre o índice de massa corporal (IMC) das crianças e a dedicação de tempo diário a atividades de lazer pelos pais foi analisada através do teste não paramétrico de Mann–Whitney. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas no IMC das crianças entre os pais que referiram dedicar tempo diário ao lazer e aqueles que não o fazem ( $U = 573,500$ ;  $p = 0,808$ ) (Quadro 12).

**Quadro 12** - IMC dos filhos vs Atividades de lazer praticadas pelos pais

| <b>Tempo diário dedicado a atividades de lazer</b> | <b>n</b>  | <b>Posto médio do IMC da criança</b> | <b>U</b>       | <b>Z</b>      | <b>p</b>     |
|----------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------|----------------|---------------|--------------|
| Sim                                                | 44        | 36,47                                |                |               |              |
| Não                                                | 27        | 35,24                                |                |               |              |
| <b>Total</b>                                       | <b>71</b> |                                      | <b>573,500</b> | <b>-0,243</b> | <b>0,808</b> |

A apresentação dos resultados segue a organização dos objetivos definidos para o estudo, iniciando-se pela caracterização da amostra, seguindo-se a descrição das variáveis em análise e, posteriormente, a exploração das associações entre o estilo de vida parental e o estado nutricional dos filhos.

Os dados foram tratados estatisticamente de acordo com a natureza das variáveis, recorrendo a procedimentos descritivos e inferenciais adequados ao desenho metodológico do estudo. A análise permitiu não só caracterizar os comportamentos parentais e o estado nutricional das crianças/jovens, mas também identificar possíveis relações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo.

## 5. Discussão dos Resultados

Os resultados obtidos neste estudo permitiram perceber se existe relação entre o estilo de vida dos pais e o estado nutricional dos seus filhos, contribuindo para uma melhor compreensão da forma como o contexto familiar pode influenciar a saúde das crianças e adolescentes. A análise dos dados permitiu identificar alguns aspetos relevantes que ajudam a compreender esta relação e que se encontram, em grande medida, em consonância com a evidência científica existente.

Relativamente ao estado nutricional das crianças participantes, verificou-se que uma parte significativa da amostra apresentava excesso de peso ou obesidade, o que reforça a atual relevância desta problemática em saúde infantil. Estes resultados vão ao encontro do que tem sido descrito na literatura científica, que aponta para um aumento progressivo da prevalência de excesso de peso em idade pediátrica nas últimas décadas. Em Portugal, dados recentes *do Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)* indicam que uma proporção considerável de crianças apresenta excesso de peso, o que reforça a importância desta problemática no contexto da saúde pública. (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2022).

No que diz respeito ao estado nutricional dos pais, observou-se um índice de massa corporal médio de 26,2 (DP = 3,2), valor que se enquadra na categoria de excesso de peso segundo a classificação da OMS. Este resultado assume particular relevância, uma vez que diversos estudos têm evidenciado uma associação entre o estado nutricional dos pais e o dos filhos. De acordo com Sahoo et al. (2015) e Berge et al. (2023), crianças cujos pais apresentam excesso de peso ou obesidade têm maior probabilidade de desenvolver a mesma condição. Esta associação pode ser explicada não apenas por fatores genéticos, mas também pelo ambiente familiar e pelos comportamentos que são partilhados no dia a dia.

Para além do estado nutricional parental, os hábitos e comportamentos dos pais parecem desempenhar um papel importante na formação dos estilos de vida das crianças. Durante a infância, os pais constituem as principais figuras de referência, influenciando diretamente comportamentos relacionados com a alimentação, a prática de atividade física e outros hábitos de saúde. Neste sentido, as crianças tendem a reproduzir comportamentos observados no ambiente familiar. Esta ideia é também sustentada pela teoria da aprendizagem social proposta por Bandura (1977), que refere que muitos comportamentos são adquiridos através da observação e imitação de modelos significativos.

Relativamente aos hábitos alimentares, verificou-se que a maioria dos pais referiu realizar três refeições por dia, sendo que uma parte significativa indicou realizar mais de três refeições diárias. Embora a existência de rotinas alimentares possa ser considerada um aspeto positivo, a literatura demonstra que não é apenas a frequência das refeições que influencia o estado nutricional, mas também a qualidade dos alimentos consumidos e o ambiente alimentar familiar. Estudos realizados por Ventura e Birch (2008) demonstram que as preferências alimentares das crianças são fortemente influenciadas pelo contexto familiar, nomeadamente pela disponibilidade de alimentos no domicílio e pelo exemplo dado pelos pais.

O consumo de fruta e vegetais é um exemplo relevante de comportamento alimentar saudável no contexto familiar. Este constitui um dos principais indicadores de uma alimentação saudável e equilibrada, estando associado à prevenção de diversas doenças crónicas e à promoção de um crescimento adequado em idade pediátrica. Os resultados não demonstraram associações estatisticamente significativas com o IMC das crianças. Ainda assim, observou-se uma tendência para valores mais elevados de IMC em contextos associados a comportamentos alimentares menos saudáveis. Estudos demonstram que a disponibilidade de alimentos saudáveis no domicílio, bem como o exemplo dado pelos pais, influencia significativamente o consumo de fruta e vegetais por parte dos filhos (Scaglioni et al., 2018). Assim, quando os pais adotam padrões alimentares mais saudáveis e incentivam o consumo destes alimentos, é mais provável que as crianças desenvolvam preferências semelhantes. Por outro lado, um consumo reduzido de fruta e vegetais no ambiente familiar pode contribuir para padrões alimentares menos equilibrados, favorecendo o consumo de alimentos com maior densidade energética e menor valor nutricional (World Health Organization, 2020).

A prática de atividade física constitui igualmente um fator essencial para a promoção de um crescimento saudável e para a prevenção do excesso de peso. A evidência científica demonstra que o comportamento dos pais pode influenciar significativamente os níveis de atividade física das crianças. Quando os pais apresentam estilos de vida mais ativos e incentivam a prática de exercício físico, os filhos tendem também a apresentar níveis mais elevados de atividade física. Neste sentido, o incentivo parental e a participação em atividades físicas em família podem desempenhar um papel importante na promoção de hábitos saudáveis (Gustafson & Rhodes, 2006; Rodrigues et al., 2020).

Para além dos hábitos alimentares e da prática de atividade física, outros comportamentos relacionados com o estilo de vida parental podem também influenciar a saúde das crianças, nomeadamente o consumo de substâncias como o álcool e o tabaco.

Neste estudo, não se observaram diferenças estatisticamente significativas no IMC das crianças. Embora estes comportamentos não atuem diretamente sobre o estado nutricional infantil, a literatura científica sugere que podem refletir estilos de vida menos saudáveis no contexto familiar. Estudos indicam que o consumo de tabaco por parte dos pais está frequentemente associado a ambientes familiares menos favoráveis à adoção de hábitos de vida saudáveis, podendo relacionar-se com padrões alimentares menos equilibrados e níveis mais baixos de atividade física (World Health Organization, 2021).

Outro aspeto relevante relacionado com o estilo de vida familiar diz respeito à qualidade e duração do sono. Os resultados não evidenciaram associações significativas com o IMC das crianças. Estes dados sugerem que, apesar de estes fatores poderem influenciar o estilo de vida global da família, o seu impacto direto no estado nutricional infantil poderá ser mais complexo e mediado por outras variáveis. No entanto, a evidência científica tem demonstrado que a qualidade do sono desempenha um papel importante na regulação do metabolismo e do equilíbrio energético, sendo considerado um fator relevante na prevenção do excesso de peso em idade pediátrica. A privação de sono ou a existência de padrões de sono irregulares pode influenciar a regulação hormonal do apetite, contribuindo para um aumento da ingestão alimentar e para alterações no comportamento alimentar (Chaput et al., 2016; Fatima, Doi & Mamun, 2015).

Os comportamentos sedentários também têm vindo a assumir uma crescente relevância na investigação relacionada com a obesidade infantil. O aumento do tempo de exposição a ecrãs, associado ao uso de dispositivos eletrónicos, tem sido identificado como um fator de risco importante para o desenvolvimento de excesso de peso em idade pediátrica. Os resultados mostram uma tendência para valores mais elevados de IMC nas crianças cujos pais apresentavam maior tempo de exposição a ecrãs, embora sem significância estatística ( $p = 0,085$ ), sugerindo uma possível relação entre comportamentos sedentários parentais e o estado nutricional infantil. Estudos realizados por Tremblay et al. (2017) e Stiglic e Viner (2019) demonstram que o tempo excessivo de ecrã pode estar associado a níveis mais baixos de atividade física, maior consumo de alimentos energeticamente densos e alterações nos padrões de sono.

De uma forma geral, os resultados obtidos neste estudo reforçam a importância do contexto familiar na construção dos estilos de vida das crianças e no desenvolvimento do seu estado nutricional. O ambiente familiar constitui um espaço privilegiado de aprendizagem, onde se desenvolvem hábitos e comportamentos relacionados com a saúde. Assim, a prevenção da obesidade infantil deve considerar intervenções que envolvam não apenas a criança, mas também a família como um todo.

Por este motivo, os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção de comportamentos de risco em idade pediátrica, nomeadamente através da educação para a saúde dirigida às crianças e às suas famílias.

Neste contexto, torna-se essencial que as intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis integrem estratégias dirigidas ao contexto familiar, incentivando hábitos alimentares equilibrados, a prática regular de atividade física e a redução de comportamentos sedentários. A capacitação dos pais para a adoção de comportamentos promotores de saúde pode contribuir para a melhoria do estado nutricional das crianças e para a prevenção de doenças crónicas ao longo do ciclo de vida.

Adicionalmente, a consulta de enfermagem em saúde infantil constitui uma oportunidade privilegiada para identificar fatores de risco relacionados com o estilo de vida familiar, permitindo desenvolver intervenções educativas adaptadas às necessidades específicas de cada família.

Apesar da relevância dos resultados obtidos, importa reconhecer algumas limitações associadas ao presente estudo. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra é relativamente reduzido, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras populações.

Apesar do esforço realizado no convite à participação, esperou-se uma maior adesão à participação no estudo. Esta menor adesão poderá estar relacionada com diversos fatores, como a falta de disponibilidade de tempo, o desinteresse relativamente à temática ou alguma relutância em fornecer informações pessoais relacionadas com hábitos de vida e dados antropométricos. Consequentemente, o número reduzido de participantes poderá limitar a generalização dos resultados obtidos para outras populações.

Por outro lado, a recolha de dados foi realizada através de um questionário de autorresposta, o que pode introduzir algum viés associado à perceção ou interpretação dos participantes.

Adicionalmente, tratando-se de um estudo de natureza transversal, não é possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas, sendo apenas possível identificar associações entre o estilo de vida dos pais e o estado nutricional das crianças.

Apesar destas limitações, os resultados obtidos contribuem para reforçar a importância do contexto familiar na promoção da saúde infantil e evidenciam a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção centradas na família.

## 6. Conclusão

O presente relatório traduz um percurso formativo marcado pela articulação entre a prática clínica em contexto de estágio e o desenvolvimento de um estudo de investigação, ambos essenciais para a construção e consolidação de competências em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi possível desenvolver e aprofundar competências científicas, técnicas, éticas e relacionais fundamentais à prática especializada. A diversidade de experiências vivenciadas permitiu não só aplicar conhecimentos teóricos em contexto real, como também desenvolver o pensamento crítico, a capacidade de tomada de decisão e a adaptação a diferentes situações clínicas. Este percurso contribuiu para uma prática mais consciente, fundamentada e centrada na criança/jovem e na sua família, reforçando a importância de cuidados humanizados, seguros e de qualidade. Para além disso, constituiu uma etapa importante de crescimento pessoal e profissional, permitindo uma maior autonomia e confiança no desempenho das funções enquanto futura enfermeira especialista.

Paralelamente, o desenvolvimento do estudo de investigação permitiu consolidar competências no domínio da investigação, nomeadamente na recolha, análise e interpretação de dados, bem como na reflexão crítica dos resultados obtidos. Os resultados evidenciaram a existência de associação entre o estado nutricional dos pais e o dos filhos, reforçando o papel determinante do ambiente familiar na adoção de estilos de vida e no desenvolvimento do estado nutricional das crianças. Estes achados destacam a importância da intervenção dos enfermeiros na promoção de estilos de vida saudáveis e na capacitação das famílias, assumindo um papel ativo na prevenção do excesso de peso e da obesidade infantil.

Resumindo, este percurso formativo e investigativo contribuiu para a consolidação de uma prática profissional mais crítica, reflexiva e baseada na evidência científica, representando um contributo relevante para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde infantil e pediátrica, bem como para o desenvolvimento da profissão de enfermagem.



## Considerações Finais

A elaboração do Relatório em Cuidados Diferenciados permitiu descrever as experiências vividas nos diferentes campos de estágio (Internamento Pediátrico, Neonatologia e Urgência Pediátrica). Este percurso formativo representou uma etapa muito significativa, onde foi possível consolidar conhecimentos, desenvolver competências e refletir de forma crítica sobre a prática de cuidados à criança, ao jovem e à sua família.

Os estágios proporcionaram o contacto com realidades clínicas distintas, exigindo capacidade de adaptação, pensamento crítico e tomada de decisão ponderada e fundamentada. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais essenciais para a prestação de cuidados especializados, humanizados e centrados na criança e na família.

Ao longo deste percurso tornou-se evidente a importância da relação terapêutica, da comunicação eficaz com a criança e com os pais e da valorização da família como parceira no processo de cuidados. A participação ativa dos pais, o apoio emocional prestado em momentos de maior vulnerabilidade e a educação para a saúde revelaram-se elementos fundamentais para promover o bem-estar da criança e reforçar a confiança da família nos profissionais de saúde. Estas experiências permitiram compreender que cuidar em saúde infantil e pediátrica implica não apenas domínio técnico e científico, mas também sensibilidade, empatia e capacidade de estabelecer relações de confiança com a criança e com aqueles que dela cuidam.

Neste percurso, foi ainda possível desenvolver e consolidar competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, nomeadamente na prestação de cuidados diferenciados à criança e ao jovem em diferentes fases do desenvolvimento, na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, na capacitação da criança e da família para a adoção de comportamentos de saúde, bem como na prevenção da doença e na gestão de situações de maior complexidade. Destaca-se igualmente a importância da intervenção centrada na família, reconhecendo-a como elemento fundamental no processo de cuidados, bem como a capacidade de atuar em contextos de maior exigência, assegurando cuidados seguros e de qualidade.

Paralelamente, o desenvolvimento do estudo de investigação permitiu aprofundar conhecimentos numa área relevante para a saúde infantil. A realização deste trabalho reforçou a importância da investigação na prática de enfermagem e evidenciou o papel que os profissionais de saúde podem assumir na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção da obesidade infantil. O estudo permitiu ainda compreender melhor a influência do

contexto familiar na adoção de comportamentos de saúde, reforçando a necessidade de intervenções que envolvam não apenas a criança, mas também a família.

Em perspectiva futura, pretende-se continuar a investir no desenvolvimento profissional e científico, através da atualização contínua de conhecimentos e da consolidação de competências na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica. A conclusão deste percurso académico representa não apenas o término de uma etapa formativa, mas também o início de um caminho profissional orientado pela responsabilidade, pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados e pelo compromisso com a promoção da saúde e do bem-estar da criança e da família.

## Referências bibliográficas

- Aljawad, B. (2025). Family-centered care in neonatal and pediatric critical care units: Enhancing parental involvement and child outcomes. *Journal of Pediatric Nursing*, 72, 45–52.
- American Academy of Pediatrics. (2022a). Guidelines for perinatal care (8th ed.). American Academy of Pediatrics.
- American Academy of Pediatrics. (2022b) Pediatric emergency medicine. American Academy of Pediatrics.
- American Diabetes Association. (2024). Standards of care in diabetes – 2024. *Diabetes Care*.
- Ashwell, M., & Gibson, S. (2016). Waist-to-height ratio as an indicator of early health risk. *Nutrition Research Reviews*, 29(2), 1–10.
- Balasundaram, M., Smith, J., & Brown, L. (2025). Improving commitment to family-centered care in neonatal intensive care units: A systematic review. *Journal of Neonatal Nursing*, 31(2), 95–102.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berge, J. M., Arikian, A., Doherty, W. J., & Neumark-Sztainer, D. (2023). Parent weight and child obesity: A systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 24(2), e13456.
- Berge, J. M., Everts, J. C., & Trofholz, A. C. (2023). Parent influences on childhood obesity. *Current Obesity Reports*, 12(1), 1–10.
- Bhutani, V. K. (2019). Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant. *Pediatrics*, 144(6), e20193015.
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., et al. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427–451.
- Brunt, B. A., & Morris, S. M. (2023). *Evidence-based practice in nursing: Foundations and strategies*. Springer Publishing Company.

- Chaput, J. P., Gray, C. E., Poitras, V. J., Carson, V., Gruber, R., Birken, C., MacDonald, H., & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in school-aged children and youth. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 41(6), S266–S282. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0627>
- Cole, T. J., & Lobstein, T. (2012). Extended international BMI cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, 7(4), 284–294.
- Coyne, I. (2015). Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expectations*.
- Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T., & O'Shea, R. (2018). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 212–222.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Programa Nacional para a Diabetes. Lisboa: DGS.
- Farrel, M. (1992a). *The Casey model of nursing*. London: Royal College of Nursing.
- Farrell, M. (1992b). The development of a partnership model of care in children's nursing. *British Journal of Nursing*, 17(2), 200–207. Doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>
- Fatima, Y., Doi, S. A. R., & Mamun, A. A. (2015). Sleep quality and obesity in young subjects: A meta-analysis. *Obesity Reviews*, 16(11), 957–965. Doi: <https://doi.org/10.1111/obr.12444>
- Ferrero, F., Nascimento, M. S., & Silva, R. M. (2021). Pediatric nursing care in acute and emergency settings. *Journal of Pediatric Nursing*, 58, 45–52.
- Foad, S. L., Mehlman, C. T., & Ying, J. (2008). The epidemiology of neonatal brachial plexus palsy in the United States. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 90(6), 1258–1264.
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: Da conceção à realização* (5ª ed.). Lusociência.
- Franco, V., & Apolónio, A. M. (2008). *Intervenção precoce no desenvolvimento da criança: Teoria e prática*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Freedman, D. S., et al. (2020). Waist circumference and cardiometabolic risk in children. *Pediatrics*, 145(3).

- Geserick, M., et al. (2018). Acceleration of BMI in early childhood and risk of obesity. *New England Journal of Medicine*, 379, 1303–1312.
- Gustafson, S. L., & Rhodes, R. E. (2006). Parental correlates of physical activity in children and early adolescents. *Sports Medicine*, 36(1), 79–97. <https://doi.org/10.2165/00007256-200636010-00006>
- Hesbeen, W. (2011). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hoeksma, A. F., Wolf, H., & Oei, S. L. (2000). Obstetrical brachial plexus injuries: Incidence, natural course and shoulder contracture. *Clinical Rehabilitation*, 14(5), 523–526.
- Hood, K. K., Rohan, J. M., Peterson, C. M., & Drotar, D. (2018). Interventions with adherence-promoting components in pediatric type 1 diabetes. *Current Diabetes Reports*.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals*.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2022). *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): Portugal 2019*. Lisboa: INSA.
- International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. (2022). *ISPAD clinical practice consensus guidelines 2022: Type 1 diabetes in children and adolescents*.
- Kumar, S., & Kelly, A. (2017). Review of childhood obesity. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(2), 251–265.
- Lee, J., Park, H., & Kim, S. (2023). Family-centered care in neonatal intensive care units: A review of evidence and practice implications. *International Journal of Nursing Studies*, 139, 104406.
- Leme, A. C. B., et al. (2022). Parenting practices and children's weight outcomes. *Obesity Reviews*, 23(4).
- Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M., et al. (2015). Child and adolescent obesity. *The Lancet*, 385.
- Maisels, M. J., & McDonagh, A. F. (2020). Phototherapy for neonatal jaundice. *New England Journal of Medicine*, 383(13), 1223–1231.
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics (7ª ed.)*. ReportNumber.

- Oliveira, A., & Silva, M. (2020). Práticas parentais e padrões alimentares em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 38(2), 45–52.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019, 4744–4747.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Lisboa: OE.
- Pearson, N., Biddle, S. J. H., & Gorely, T. (2015). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: A systematic review. *Public Health Nutrition*, 12(2), 267–283. <https://doi.org/10.1017/S1368980008002589>
- Pearson, N., et al. (2018). Family influences on children's physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista e relação de ajuda em enfermagem. Loures: Lusociência.
- Pineda, R., Bender, J., Hall, B., Shabosky, L., Annecca, A., & Smith, J. (2017). Parent participation in the neonatal intensive care unit: Predictors and relationships with developmental outcomes. *Early Human Development*, 109, 1–6.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

- Portugal. (2009). Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro: Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Diário da República.
- Portugal. (2018). Regulamento n.º 422/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Diário da República.
- Ramos, H., Costa, R., & Figueiredo, B. (2020). Cuidados centrados no desenvolvimento em neonatologia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, 11, 23–30.
- Rankin, J., et al. (2016). Psychological consequences of childhood obesity. *Obesity Reviews*, 17.
- Rito, A., et al. (2023). COSI Portugal 2022 – Childhood Obesity Surveillance Initiative. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Rodrigues, D., et al. (2020). Parental influence on physical activity in children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17.
- Rodrigues, D., Padez, C., & Machado-Rodrigues, A. (2020). Active parents, active children: The influence of parental physical activity on children's physical activity levels. *Journal of Physical Activity and Health*, 17(3), 345–352.
- Royal College of Nursing. (2023a). Standards for assessing, measuring and managing pain in children. Royal College of Nursing.
- Royal College of Nursing. (2023b). Standards for children and young people's emergency care. Royal College of Nursing.
- Ryan, S. M., et al. (2010). Parental alcohol use and child outcomes. *Pediatrics*.
- Sahoo, K., et al. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(2), 187–192. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.154628>
- Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., & Agostoni, C. (2018). Factors influencing children's eating behaviours. *Nutrients*, 10(6), 706. <https://doi.org/10.3390/nu10060706>
- Silva, M., Fernandes, A., & Martins, M. (2017). A preparação da criança e família para cirurgia pediátrica. *Revista de Enfermagem Referência*.

- Stiglic, N., & Viner, R. M. (2019). Effects of screen time on the health and well-being of children and adolescents: A systematic review of reviews. *BMJ Open*, 9(1), e023191. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023191>
- Swinburn, B., et al. (2019). The global obesity pandemic. *The Lancet*, 393.
- Tremblay, M. S., et al. (2017). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 75.
- UNICEF. (2023). Child nutrition report. UNICEF.
- Ventura, A. K., & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, 15. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-5-15>
- Wang, Y., & Lim, H. (2012). The global childhood obesity epidemic and the association between socio-economic status and childhood obesity. *International Review of Psychiatry*, 24(3), 176–188. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.688195>
- World Health Organization. (2018). Preterm birth. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). Healthy diet. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). Tobacco and children health effects. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). Obesity and overweight factsheet. World Health Organization

## **Apêndices**



## RELAÇÃO ENTRE O ESTILO DE VIDA DOS PAIS E O ESTADO NUTRICIONAL DOS FILHOS

A presente investigação decorre no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu.

O objetivo geral é identificar

a prevalência de pré-obesidade e obesidade em crianças e adolescentes em idade escolar (6 a 18 anos) inscritas na Unidade de Saúde Familiar A Ribeirinha e analisar a relação entre o estado nutricional destas crianças e os hábitos diários dos seus encarregados de educação, nomeadamente ao nível da alimentação, atividade física e estilo de vida familiar.

Os dados recolhidos neste questionário são utilizados somente para fins de investigação, respeitando a confidencialidade.

Agradecemos, desde já, a sua participação e colaboração através da resposta ao preenchimento do questionário que se segue. A resposta demora aproximadamente 2 minutos.

A responsável pela investigação encontra-se disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

**Investigador:** Annalisa Ferreira (965521736/annalisa.ff6@gmail.com)

---

*\* Indica uma pergunta obrigatória*

1. **Declaração de Consentimento Informado** \*

Declaro que eu fui informado(a) sobre os objetivos e condições de participação nesta investigação. Sinto-me esclarecido(a) e aceito participar neste estudo de forma voluntária, autorizando a utilização dos dados exclusivamente para fins de investigação nas condições previamente apresentadas.

Para consultar o documento, clique [aqui](#)

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

2. Qual a idade do seu filho? (em anos) \*

---

3. Qual o sexo do seu filho? \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Masculino

☐ Feminino

4. Qual a altura do seu filho? (em metros) \*

---

5. Qual o peso do seu filho? (em quilogramas) \*

---

6. Qual a sua idade? (em anos) \*

---

7. Qual o seu sexo? \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Prefiro não dizer

8. Qual a sua altura? (em metros) \*

---

9. Qual o seu peso corporal? (em quilogramas) \*

---

10. Como considera o seu peso corporal? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Abaixo do ideal
- ☐ Adequado
- ☐ Acima do ideal
- ☐ Não tenho a certeza

11. Qual é o seu nível de escolaridade? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Ensino básico (até ao 9º ano)
- ☐ Ensino secundário (10º ao 12º ano)
- ☐ Curso profissional/técnico
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

12. Quantas refeições completas faz (pequeno almoço, almoço, jantar)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ Mais de 3

13. Consome lanches saudáveis entre as refeições? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Ocasionalmente

14. Com que frequência consome frutas e vegetais? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Diariamente
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Raramente

15. Com que frequência consome alimentos processados ou fast food? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Diariamente
- ☐ Algumas vezes por semana
- ☐ Algumas vezes por mês
- ☐ Raramente/Nunca

16. Bebe pelo menos 1,5 litros de água por dia? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não

17. Com que frequência pratica exercício físico? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Todos os dias
- ☐ 3-4 vezes por semana
- ☐ 1-2 vezes por semana
- ☐ Raramente/Nunca

18. Em média, quanto tempo dura cada sessão de exercício físico?

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Menos de 30 minutos
- ☐ Entre 30 a 60 minutos
- ☐ Mais de 60 minutos

19. Em média, quantas horas dorme por noite? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Mais de 8h
- ☐ Entre 7 a 8 horas
- ☐ Entre 5 a 6 horas
- ☐ Menos de 5 horas

20. Como considera a qualidade do seu sono? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Muito boa – durmo bem e acordo descansado
- ☐ Boa – geralmente durmo bem, com poucas interrupções
- ☐ Razoável – às vezes durmo mal ou acordo cansado(a)
- ☐ Má – tenho dificuldade em adormecer ou manter o sono
- ☐ Muito má – quase sempre durmo mal ou acordo muito cansado

21. Em média, quantas horas trabalha por dia? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Menos de 4 horas
- ☐ Entre 4 a 6 horas
- ☐ Entre 6 a 8 horas
- ☐ Mais de 8 horas

22. Maioritariamente, como é o seu trabalho? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sedentário (ex.: escritório, computador)
- ☐ Ativo (ex.: em pé, em movimento, com esforço físico)
- ☐ Misto (algumas tarefas sentado, outras em movimento)

23. Sente que o seu trabalho interfere com a sua saúde física ou mental? \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

24. Fuma? \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Sim

☐ Não

☐ Já fumei

25. Consome bebidas alcoólicas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

☐ Não

☐ Raramente

☐ Socialmente

☐ Frequentemente

26. Quanto tempo por dia passa em frente a ecrãs (televisão, computador, telemóvel, tablet,...) ? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Menos de 2 horas
- ☐ Entre 2 a 4 horas
- ☐ Entre 4 a 6 horas
- ☐ Mais de 6 horas

27. Sente que o uso de ecrãs afeta seu sono ou bem-estar? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não

28. Dedica algum tempo para lazer diariamente? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

## Apêndice II – Consentimento Informado



### UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO

#### Consentimento Informado - Estudos de Investigação

ANALISA FONSECA FERREIRA, Investigadora da Escola Superior de Saúde de Viseu, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “RELAÇÃO ENTRE O ESTILO DE VIDA DOS PAIS E O ESTADO NUTRICIONAL DOS FILHOS”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo.

Informo que a sua participação é voluntária e que os dados não serão transmitidos a terceiros sem a sua prévia autorização.

Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pela ULSG.

Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: Identificar a prevalência de pré-obesidade e obesidade em crianças e adolescentes em idade escolar (6 a 18 anos) inscritas na Unidade de Saúde Familiar A Ribeirinha e analisar a relação entre o estado nutricional destas crianças e os hábitos diários dos seus encarregados de educação, nomeadamente ao nível da alimentação, atividade física e estilo de vida familiar.

Crítérios de inclusão: Crianças e adolescentes entre os 6 e 18 anos que integrem a carteira de serviços da USF A Ribeirinha.

Crítérios de exclusão: Crianças com menos de 6 anos de idade, jovens e adultos com mais de 18 anos de idade.

Metodologia: Estudo analítico-descritivo, correlacional e transversal com abordagem quantitativa.

Discriminação dos dados a recolher: Dados sociodemográficos e antropométricos.

Local onde o investigador se vai encontrar com o participante, quantas vezes e durante quanto tempo:  
Não existirá qualquer contacto entre o investigador e os participantes, uma vez que, a colheita de dados será realizada com recurso a um inquérito online.

Previsão da duração da participação no estudo: outubro e novembro de 2025.

Nº aproximado de participantes: 200 participantes previsíveis

Risco / Benefício da participação: Não existem riscos associados à participação no estudo, nem benefícios ou retribuições monetárias

Gestão e armazenamento de dados recolhidos: Os dados serão armazenados em formato digital, num computador pessoal ou servidor seguro com:

- Palavra-passe de acesso.
- Antivírus e firewall ativos.
- Cópia de segurança (backup) num disco externo ou sistema encriptado.

Serão cumpridas todas as normas éticas aceites internacionalmente, nomeadamente a Declaração de Helsínquia, bem como a legislação nacional de investigação clínica em vigor.

De acordo com a legislação vigente, as Normas da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) e segundo os termos exigidos pelo Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD) está garantida a proteção dos seus dados e estes não serão tornados públicos.

Contacto para esclarecimento de dúvidas: annalisa.ff6@gmail.com (e-mail) e 965521736 (telefone)

### Consentimento Informado - Investigador

Ao assinar esta página, o investigador, está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Annalisa Fonseca Ferreira

(Investigador Principal)



Assinado por: Annalisa Fonseca  
Ferreira  
Identificação: 8135971333  
Data: 2025-07-23 às 17:02:57

---

Assinatura

Data 23 /07 / 2025

### Apêndice III – Protocolo de Atuação em Caso de Abuso Sexual Infantil

|                                                                                   |                      |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------|
|  |                      | <b>ABUSO SEXUAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b> |
| PROPOSTA DE ATUAÇÃO E ABORDAGEM                                                   |                      |                                            |
| Tipo de procedimento:                                                             |                      |                                            |
| Palavras-chave:                                                                   |                      |                                            |
| Unidade:                                                                          |                      |                                            |
| Data de aprovação:                                                                | Proposta de revisão: |                                            |

#### Índice:

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| 1 . OBJETIVOS .....                                   | 3  |
| 2 . ÂMBITO .....                                      | 3  |
| 3 . DEFINIÇÃO .....                                   | 4  |
| 4. QUANDO SUSPEITAR?.....                             | 5  |
| 5. ABORDAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....              | 6  |
| 5.1 Acolhimento de suspeita de abuso sexual .....     | 6  |
| 5.2 Colheita de história e observação .....           | 6  |
| 5.3 Exame físico .....                                | 7  |
| 5.4 Colheita de vestígios físicos ou biológicos ..... | 7  |
| 5.5 Indicações de contraceção de emergência .....     | 9  |
| 5.6 Indicações para Internamento Hospitalar .....     | 9  |
| 6. ORIENTAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....             | 10 |
| LISTA DE SIGLAS .....                                 | 13 |
| BIBLIOGRAFIA_ .....                                   | 14 |

## 1 . OBJETIVOS

- Definir e uniformizar a atuação dos enfermeiros na urgência pediátrica em situações de suspeita de abuso sexual em crianças e jovens;
- Assegurar a deteção precoce, proteção e encaminhamento adequado das vítimas.
- Garantir o cumprimento das obrigações ético-legais do enfermeiro, de acordo com a legislação portuguesa;
- Promover a qualidade, segurança e humanização dos cuidados prestados.

## 2 . ÂMBITO

Este documento aplica-se a todos os enfermeiros e profissionais de enfermagem em unidades de urgência pediátrica da ULS Guarda. Visa orientar a prática face à suspeita de maus-tratos infantis, no cumprimento da legislação portuguesa e com base em evidências sobre o crescimento e a gravidade dos casos reportados nos últimos anos.

### Enquadramento Legal:

- A Lei n.º 147/99, de 1 de setembro — *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP)*, define as obrigações de intervenção em situações em que a criança ou jovem se encontra “em perigo” por ação ou omissão de quem deva cuidar.
- A Constituição da República Portuguesa, nos artigos 69.º e 70.º, consagra o direito à proteção da infância e juventude.
- Legislação penal: no Código Penal Português, há tipificações específicas para maus-tratos (art. 152.º-A), violência doméstica, abuso sexual de crianças (arts. 171.º-173.º), entre outras formas de violência contra menores.

A OMS considera que a incidência de maus-tratos contra crianças é um problema de saúde pública mundial e estima que atualmente, cerca de 40 milhões de crianças são vítimas de alguma forma de maus-tratos. Nos últimos anos, as estatísticas nacionais demonstram uma tendência crescente de casos de violência e negligência infantil mostrando que em 2024, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) movimentaram cerca de 89.008 processos de promoção e proteção, englobando 58.436 novos processos de intervenção e

34.301 processos transitados de 2023, o que representa um aumento de 5,5% relativamente a 2023. No mesmo relatório, das situações de risco notificadas, 19.107 casos foram por negligência (30,4%), e 17.295 casos por violência doméstica (27,5%) do total de notificações. Também a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) apoiou, entre 2022-2024, 9.085 crianças e jovens vítimas de crime ou formas de violência referindo mesmo no triénio 2022-2024 que mais de 5.104 crianças e jovens vítimas de crimes sexuais (abuso sexual, pornografia, violação etc.), com tendência de crescimento anual.

Estes números reforçam a necessidade de profissionais de saúde atentos, capacitados e responsáveis pela sinalização precoce de situações de risco.

O enfermeiro é figura central na deteção precoce de maus-tratos infantis, uma vez que:

- É frequentemente o primeiro profissional a observar a criança, avaliar o seu estado físico e comportamental e identificar incongruências entre o relato e os achados clínicos;
- Atua na triagem e estabilização imediata, garantindo a segurança e o conforto da criança;
- Tem competência para registar, comunicar e notificar situações de suspeita, articulando com o médico, serviço social e CPCJ;
- A sua proximidade com a criança e a família permite reconhecer sinais subtis de abuso físico, emocional ou negligência que podem passar despercebidos noutras fases do atendimento.

Assim, no contexto da urgência pediátrica, o enfermeiro assume um papel não apenas assistencial, mas também ético, legal e social, sendo um agente essencial na interrupção precoce do ciclo de violência infantil e na promoção da proteção e bem-estar da criança.

### 3 . DEFINIÇÃO

A violência sexual contra menores consiste na participação da criança ou jovem em comportamentos de natureza sexual cujo objetivo é a gratificação sexual de um adulto ou de alguém mais velho, ocorrendo essa participação num contexto de desigualdade, em que o agressor exerce poder, controlo ou autoridade sobre o MENOR (in *Direção Geral da Saúde. Maus-tratos a crianças e jovens – guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Fevereiro 2011*).

#### 4. QUANDO SUSPEITAR?

Este tipo de abuso é frequentemente praticado sem que haja qualquer indício físico da sua ocorrência e, por isso, existem alguns sinais e sintomas que podem ser indicadores desde tipo de situação:

- Lesões externas nos órgãos genitais;
- Presença de esperma no corpo da criança/jovem;
- Lassidão anômala do esfíncter anal/ fissuras anais;
- Leucorreia persistente ou recorrente;
- Prurido, dor ou edema na região vaginal/anal;
- Lesões no pênis ou região escrotal;
- Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio labial;
- Laceração himenal;
- Infecções sexualmente transmissíveis;
- Gravidez;
- Outros sintomas/sinais inespecíficos (obstipação e encoprese, enurese secundária, condutas sexualizadas).

## 5. ABORDAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A abordagem perante uma vítima com suspeita de abuso sexual é sempre delicada e cuidadosa, requerendo por isso algumas medidas adicionais.

### 5.1 Acolhimento de suspeita de abuso sexual

1. Na triagem, perante suspeita de maus-tratos, classificar como “laranja”;
2. Colher o maior número de dados possíveis, sem levantar suspeitas, mantendo posição neutra, sem juízos de valor;
3. Chamar imediatamente o pediatra de urgência, referindo aos pais/progenitores, que é procedimento por ter cor “laranja”;
4. Informar Pediatra de possível triagem laranja AS (abuso sexual), para não levantar suspeitas;
5. Encaminhar criança e progenitor para sala vazia, se suspeita de risco imediato para a criança, separar a criança referindo exame importante ou solicitando ajuda ao médico para chamar alegado agressor para outra sala.
6. Se necessidade de tratamentos imediatos (feridas sangrantes), aguardar pelo pediatra para iniciar cuidados.
7. Se entre as 9:00 e 17:00 o médico de urgência deve contactar Instituto de Medicina Legal (IML) através do Gabinete de Medicina Legal da ULSG. Se não for possível a observação pelo perito do IML, os pediatras que devem possuir formação adequada, devem proceder com a realização dos exames necessários.

### 5.2 Colheita da história e observação

**DEVE SER REALIZADA APENAS UMA VEZ!**

- a) Colheita de informação:
  - i. Data, hora, local;
  - ii. Tipo de agressão, ameaça, uso de substâncias
  - iii. Existência ou não de penetração, usos de preservativo
- b) Informações sobre atividades da vítima no intervalo entre a agressão e recurso a serviços médicos:
  - i. Banho, duche, higiene íntima

c) Antecedentes ginecológicos e obstétricos:

- i. Menarca, 1ª menstruação (se feminino) , início de atividade sexual
- ii. Métodos contraceptivos utilizados
- iii. Paridade

### 5.3 Exame físico

DEVE SER REALIZADO < 72 horas após o abuso (de preferência 48h):

**Consentimento**

- Em idade < 16 anos, obter consentimento escrito pelos pais/representante legal
- Em idade  $\geq$  16 anos, obter consentimento escrito pelo próprio jovem

O profissional de saúde deve ter o cuidado de utilizar proteção individual de forma a evitar contaminações.

- A observação deve iniciar-se pela cabeça e pescoço, prosseguindo pelo tronco, extremidades e regiões anal e genital, sem descuidar áreas como a conjuntiva, a região retro auricular, a cavidade oral, a face cubital das mãos e dos antebraços, a região mamária e a face interna das coxas.
- Lesões moderadas a graves que necessitem de cuidados médicos ou cirúrgicos agudos tomam precedência sobre qualquer outro ponto da abordagem ao paciente.

**NOTA:** Irmãos menores da vítima devem também ser examinados e protegidos quando se encontram na mesma situação de risco.

### 5.4 Colheita de vestígios físicos ou biológicos

#### 5.4.1 Métodos de colheita de amostras biológicas

a) Sêmen

- i. Se passadas mais de 72 horas, não se realiza colheita, exceto em casos devidamente justificados;
- ii. Colheita vaginal e anal, usando 2 zaragatoas. Efetuar esfregaço em lâmina com uma das zaragatoas e preservar. Acondicionar zaragatoas na

respetiva embalagem, identificadas, designando o local da colheita. Secar os esfregaços ao ar, identificar e acondicionar em embalagem de laminas;

- iii. Colheita na boca, usando 2 zaragatoas, debaixo da língua, nas gengivas e à volta dos dentes. Acondicioná-las, depois de secas ao ar em saco plástico na ausência de envelope de papel, após secagem ao ar.

**b) Peças de roupa**

- i. Acondicionar o material com manchas de sémen em envelope de papel, usando um para cada peça de roupa. Se as manchas ainda não estiverem secas, deixar secar ao ar previamente;
- ii. Guardar as cuecas usadas pela vítima.

**c) Sémen fresco**

- i. Usar zaragatoa para colheita de sémen fresco, na área onde houver a maior amostra concentrada;
- ii. Secar ao ar e acondicionar em envelope identificado.

**d) Manchas de sémen**

- i. Se peça transportável, acondicionar em envelope de papel, deixando secar previamente ao ar;
- ii. Se peça não transportável, cortar parte manchada e não manchada (para controle);
- iii. Se não for possível cortar, utilizar zaragatoa humedecida com água destilada estéril, tentando concentrar esfregaço na zona manchada.

**e) Pelos**

- i. Pentear púbis com pente para destacar qualquer pelo solto;
- ii. Se os pelos estiverem aglutinados por substância pastosa, cortar de modo a preservar substância;
- iii. Acondicionar em saco plástico identificado, na ausência de envelope de papel.

**f) Saliva ou mordedura no corpo da vítima**

- i. Usar zaragatoas ligeiramente humedecidas em água destilada estéril, removendo a saliva do corpo, por fricção;
- ii. Deixar secar ao ar e acondicionar em saco plástico na ausência de envelope de papel.

g) Unhas

- i. Colher pelos ou fibras existentes nas mãos ou unhas da vítima e acondicionar em sacos plásticos, na ausência de envelopes de papel;
- ii. Colher vestígios subunginais, com espátula e acondicionar em saco plástico, na ausência de envelope de papel.

5.5 Indicações de contraceção de emergência

- a) Abuso sexual não protegido há menos de 72 horas;
- b) último período menstrual de características normais;
- c) Ausência de relações sexuais desde última menstruação.

5.6 Indicações para Internamento Hospitalar

- a) Lesões orgânicas que obriguem a internamento;
- b) Proteção imediata e urgente da criança;
- c) Risco de recidiva nas próximas horas;
- d) Necessidade psiquiátrica de retirar a criança do ambiente familiar.

5.6.1 Como Proceder

- a) Explicar aos pais a necessidade de internamento, usando todos os esforços para os convencer sem ter de recorrer a diligências legais;

Se os pais se continuarem a opor ao internamento, mas a equipa entender a sua necessidade, contactar a Polícia de Segurança Pública ou Guarda Nacional Republicana da área, de forma a ser contactado o delegado do Ministério Público de serviço, para ser apoiada legalmente a decisão da equipa.

## 6. ORIENTAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Em contexto de urgência a abordagem será de acordo com a evolução temporal do abuso.

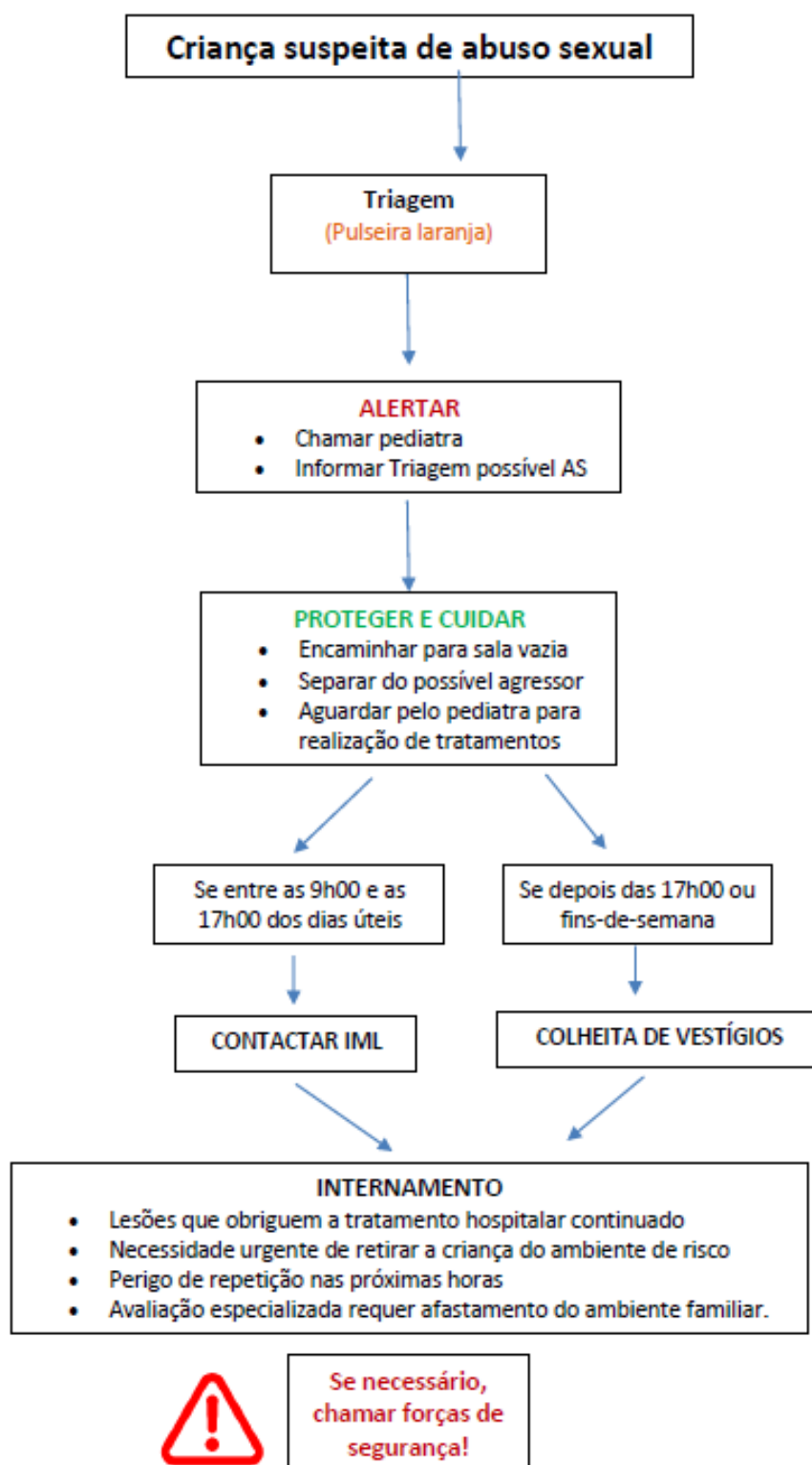
### ABUSO SEXUAL COM <72H OU DESCONHECIDO

- Contactar ML;
- Recolha de roupas e colheita de amostras biológicas;
- Pesquisa e profilaxia de IST;
- Teste de gravidez e contraceção de emergência;
- Participação ao Tribunal e CPCJ pelo NHACJR;
- Participação à PJ pela ML;
- Internar se necessário.

### ABUSO SEXUAL COM >72H

- Contactar IML;
- Pesquisa de IST;
- Participação ao Tribunal e CPCJ pelo NHACJR;
- Participação à PJ pela ML;
- Internar se necessário.

O seguinte algoritmo esquematiza a atuação no serviço de urgência perante uma situação de suspeita de AS.



## LISTA DE SIGLAS

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

AS – Abuso Sexual

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

GNR – Guarda Nacional Republicana

IML – Instituto de Medicina Legal

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LPCJP – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

NHACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OMS – Organização Mundial da Saúde

PJ – Polícia Judiciária

PSP – Polícia de Segurança Pública

ULSG – Unidade Local de Saúde da Guarda

## BILIOGRAFIA

- Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa* (7.ª rev.). Diário da República.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2024). *Relatório estatístico APAV 2022–2024: Crianças e jovens vítimas de crime*. Lisboa: APAV.
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (2024). *Relatório anual de avaliação da atividade das CPCJ – 2024*. Lisboa: CNPDPCJ.
- Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março. *Código Penal Português*. Diário da República, 1.ª série-A.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus-tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: DGS.
- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses. (2019). *Procedimentos de recolha e preservação de vestígios em vítimas de crime sexual*. Lisboa: INMLCF.
- Lei n.º 147/99, de 1 de setembro. *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo*. Diário da República, 1.ª série.
- Organização Mundial da Saúde. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Child maltreatment*. Geneva: WHO.



## **Anexos**



## Anexo I – Parecer da Comissão de Ética



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS

SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
GUARDA

### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Exmo. Senhor

Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Hospitalares  
Responsável pelo Pelouro da Unidade de Investigação  
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Data 05/09/2025

Enf. Júlio Manuel Salvador Almeida  
Presidente; Enfermeiro Gestor

Dr.ª Luciana de Fátima Amâncio Frade  
Santos  
Vice-Presidente; Assistente Hospitalar

Enf.ª Cristina Nalir Ribeiro Patrão  
Vogal; Enfermeira Especialista

Prof.ª Ernestina Maria Veríssimo  
Batoca Silva  
Vogal; Enfermeira Especialista; Prof.ª  
Coord. Aposentada

Dr.ª Joana Isabel Faustino Santos  
Vogal; Farmacêutica

Dr. Luis Paulo Cunha Trindade e Silva  
Vogal; Assistente Hospitalar Graduado

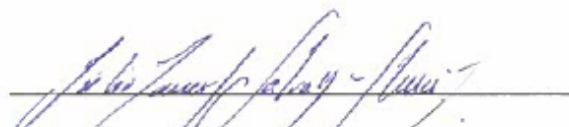
Dr. Manuel Cipriano Nabais  
Vogal; Juiz Conselheiro Jubilado

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Relação entre o Estilo de Vida dos Pais e o Estado Nutricional dos Filhos”, cuja investigadora principal é Annalisa Fonseca Ferreira.

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) Unidade Local de Saúde da Guarda E.P.E., reunida a 5 de setembro de 2025, apreciou cuidadosamente o projeto de investigação supracitado. O Parecer da CES apenas se reporta aos dados recolhidos após a data de emissão do mesmo.

A CES eticamente nada tem opor, pelo que emite *Parecer Favorável* à realização do estudo. No entanto recomenda reavaliar o título do trabalho, uma vez que o questionário é direcionado ao cuidador principal, como sugestão substituir no título “Pais” por “Cuidador Principal”.

Com os melhores cumprimentos,



O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

