

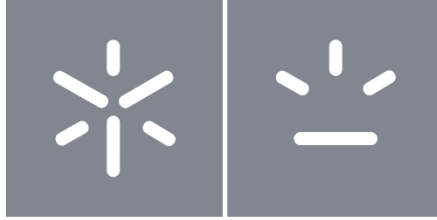


Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Isabel Maria Fernandes da Costa

Determinantes em Saúde, Uso de Dispositivos Eletrónicos e Estado Ponderal na Criança: Contributos de Enfermagem de Saúde Familiar





Universidade do Minho

Escola Superior de Enfermagem

Isabel Maria Fernandes da Costa

**Determinantes em Saúde, Uso de Dispositivos
Eletrónicos e Estado Ponderal na Criança:
Contributos de Enfermagem de Saúde Familiar**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem Comunitária

na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Helena Rafaela Vieira Rosário e

Professora Ana Catarina da Silva Pinto Duarte

DECLARAÇÃO UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração, apoio e confiança de várias pessoas e instituições, às quais expresso o meu profundo agradecimento.

Às Unidades de Saúde Familiar que participaram no estudo, pela disponibilidade, abertura e empenho demonstrados em todas as fases da investigação. A colaboração das equipas foi essencial para a recolha de dados e para a concretização deste projeto, refletindo o compromisso das USF com a melhoria contínua dos cuidados de saúde.

Ao Conselho de Administração das Unidades Locais de Saúde, pela autorização e condições proporcionadas para o desenvolvimento do estudo, reconhecendo a importância da investigação em contexto real de prática clínica.

Às mentoras da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, pela orientação rigorosa, pela exigência científica e pela capacidade de transformar cada desafio numa oportunidade de crescimento. À minha tutora de estágio, pela supervisão próxima, pela partilha de saberes e pela forma como me integrou na dinâmica da equipa, contribuindo decisivamente para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura Enfermeira Especialista.

Aos colegas que fizeram parte deste percurso, pela entreaajuda, pelas discussões construtivas, pela partilha de experiências e pela amizade que tornou este caminho mais leve e enriquecedor.

Um agradecimento especial às famílias e crianças que aceitaram participar no estudo, pela confiança depositada e pela generosidade em partilhar o seu tempo e as suas vivências. Sem elas, este trabalho não teria sido possível.

Por fim, ao meu marido, pela paciência, incentivo incondicional e apoio constante em todos os momentos deste percurso académico e pessoal.

DECLARAÇÃO INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho

DECLARAÇÃO USO DE IA

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri a qualquer forma de utilização indevida de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), nem à falsificação ou omissão de informações, fontes, dados, resultados ou processos em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Declaro ainda que qualquer utilização de ferramentas de IA foi feita de forma transparente e responsável, encontrando-se devidamente assinalada/descrita no trabalho, e que procedi à verificação crítica da exatidão do conteúdo produzido com o seu apoio, assumindo integralmente a responsabilidade pelo que submeto.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, bem como as normas aplicáveis de integridade académica e de proteção de dados.

DETERMINANTES EM SAÚDE, USO DE DISPOSITIVOS ELETRÓNICOS E ESTADO PONDERAL NA CRIANÇA: CONTRIBUTOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

RESUMO

O presente relatório resulta do Estágio de Natureza Profissional, realizado no âmbito do Mestrado Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF). O estágio permitiu desenvolver, aplicar e refletir criticamente sobre as competências do Enfermeiro Especialista, integrando cuidados centrados na família, prática baseada na evidência e articulação interdisciplinar. Paralelamente, foi desenvolvido um estudo de investigação sobre determinantes de saúde e o estado ponderal em crianças dos 10 aos 12 anos. O estudo teve como questão de investigação: Qual é a associação entre o número de tipos de dispositivos eletrónicos de que a criança gosta e a propensão para o excesso de peso em crianças de 10 a 12 anos na região norte de Portugal?".

Foi realizado um estudo quantitativo, observacional, transversal e analítico, envolvendo 501 crianças (n=282 rapazes) dos 10 aos 12 anos seguidas em cinco USF do norte de Portugal. O perfil sociodemográfico, massa corporal e estatura foram recolhidos e o questionário de avaliação do número de dispositivos que a criança gosta foi preenchido pela criança.

Verificou-se uma associação significativa entre gostar de um ou mais de dois dispositivos eletrónicos e o excesso de peso na criança ((OR = 1.531; 95% CI 1.054 -2.224), ou seja, a criança que gosta de mais de 2 dispositivos eletrónicos tem maior propensão para o excesso de peso ou obesidade (OR 1.531). O IMC do pai (OR=1.070; 95% IC 1.022-1.120) e da mãe (OR=1.045; 95% IC 1.006-1.085) revelou-se igualmente um preditor do estado ponderal da criança.

Gostar de 2 ou mais dispositivos digitais e as características familiares estão significativamente associados ao estado ponderal da criança. Estes achados reforçam a importância de integrar, na Enfermagem de Saúde Familiar, estratégias que promovam o uso equilibrado de dispositivos eletrónicos e a capacitação das famílias para a adoção de estilos de vida saudáveis.

O estágio permitiu consolidar competências especializadas, evidenciando a importância da prática reflexiva, da avaliação familiar sistematizada e da articulação com recursos comunitários para uma intervenção eficaz e centrada na família.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar; Competências Especializadas; Dispositivos Eletrónicos; Excesso de Peso na criança; Família.

HEALTH DETERMINANTS, USE OF ELECTRONIC DEVICES AND WEIGHT STATUS CHILDREN: CONTRIBUTIONS OF FAMILY HEALTH NURSING

ABSTRACT

This report results from the Professional Nature Internship carried out within the Master's Degree in Community Nursing, in the area of Family Health Nursing (EEECESF). The internship enabled the development, application, and critical reflection on Specialist Nurse competencies, integrating family-centered care, evidence-based practice, and interdisciplinary collaboration. In parallel, a research study was conducted on health determinants and weight status in children aged 10 to 12 years. The research question guiding the study was: "What is the association between the number of types of electronic devices a child likes and the likelihood of overweight in children aged 10 to 12 years in northern Portugal?"

A quantitative, observational, cross-sectional, and analytical study was carried out, involving 501 children (n = 282 boys) aged 10 to 12 years, followed in five Family Health Units (USF) in northern Portugal. Sociodemographic data, body mass, and height were collected, and the questionnaire assessing the number of electronic devices the child likes was completed.

A significant association was found between liking two or more types of electronic devices and overweight in children (OR = 1.531; 95% CI 1.054–2.224). In other words, children who like more than two electronic devices have a higher likelihood of being overweight or obese (OR = 1.531). The father's BMI (OR = 1.070; 95% CI 1.022–1.120) and the mother's BMI (OR = 1.045; 95% CI 1.006–1.085) also emerged as predictors of the child's weight status.

Liking multiple digital devices and family characteristics are significantly associated with the child's weight status. These findings reinforce the importance of integrating, within Family Health Nursing, strategies that promote balanced use of electronic devices and empower families to adopt healthy lifestyle behaviors. The internship enabled the consolidation of specialized competencies, highlighting the importance of reflective practice, systematic family assessment, and articulation with community resources to support effective, family-centered interventions.

Keywords: Family Health Nursing; Specialist Competencies; Electronic Devices; Childhood Overweight; Family.

Índice

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	14
CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE SAUDE FAMILIAR	14
CONTEXTO INSTITUCIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR (USF)	15
DA TEORIA À PRÁTICA E EVIDÊNCIA.....	16
COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM.....	17
COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR (EEECESF).....	18
DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR (EEECESF)	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
CAPÍTULO II – TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	28
INTRODUÇÃO.....	28
ENQUADRAMENTO TEÓRICO E JUSTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	30
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	32
OBJETIVO GERAL:	32
TIPO DE ESTUDO:	33
HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	33
METODOLOGIA	33
PARTICIPANTES	33
CÁLCULO DA AMOSTRA.....	34
INSTRUMENTO E RECOLHA DE DADOS	34
PRÉ TESTE	35
ASPETOS ÉTICOS.....	35
VARIÁVEIS.....	36
ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	37
RESULTADOS	38
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	41
FORÇAS DO ESTUDO.....	42
CONCLUSÃO	44
BIBLIOGRAFIA	Erro! Marcador não definido.
ANEXOS	51
ANEXO 1 - Consentimento Informado.....	52

ANEXO 2- Assentimento.....	57
ANEXO 3- Questionário	59
ANEXO 4- Pareceres dos Conselhos de Administração e Comissão de Ética.....	66

INDICE DE FIGURAS

Figura 1- Operacionalização das Variáveis	37
---	----

INDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização da Amostra dos Participantes e Família	39
Tabela 2- Associação entre os determinantes de saúde e o estado ponderal	40

SIGLAS

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

EF – Enfermeiro de Família

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ESE – Escola Superior de Enfermagem

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção Familiar

MF – Médico de família

MGF – Medicina Geral Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem

SClínico-CSP® – SClínico Cuidados de Saúde Primários

UC – Unidade Curricular

ULS – Unidade Local Saúde de Braga.

USF – Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório, integrada no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (ESE–UMinho). O estágio decorreu no 1.º semestre do 2.º ano, no período compreendido entre 15 de setembro de 2025 e 31 de janeiro de 2026, num total de 840 horas, das quais 610 horas correspondem a estágio, 30 horas a orientação tutorial e 200 horas a trabalho autónomo, tendo sido desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da Unidade Local de Saúde de Braga (ULS Braga).

A atuação da USF insere-se no modelo organizativo destas Unidades funcionais, que constituem equipas de cuidados de saúde primários com autonomia funcional, técnica e organizativa, tendo como finalidade aumentar a acessibilidade, qualidade e eficiência dos serviços de saúde prestados à população (Decreto-Lei n.º 103/2023). Neste enquadramento, o estágio proporcionou um contexto privilegiado para observar e intervir junto de uma população diversa, permitindo vivenciar diretamente as especificidades do cuidado centrado na família. Com este relatório pretende-se apresentar uma análise crítica e fundamentada do percurso desenvolvido ao longo do estágio, evidenciando a aquisição e consolidação das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar. Pretende-se, ainda, demonstrar a capacidade de integrar a evidência científica na prática clínica, de intervir de forma autónoma e colaborativa em contextos complexos e de refletir sistematicamente sobre as decisões tomadas, articulando-as com os referenciais teóricos, normativos e éticos que orientam a prática avançada em cuidados de saúde primários.

Para a concretização do estágio foi atribuída a orientação de um docente da ESE–UMinho e de uma enfermeira tutora, especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, em exercício profissional numa USF, assegurando o acompanhamento pedagógico e clínico necessário ao desenvolvimento das competências especializadas. Esta supervisão permitiu alinhar a prática com os referenciais normativos, assegurando simultaneamente o rigor científico e a reflexão crítica sobre cada intervenção realizada. No contexto da USF onde decorreu o estágio, a obesidade infantil constitui um dos indicadores prioritários de vigilância, evidenciado nos relatórios internos e na elevada proporção de crianças com excesso de peso observada nas consultas de saúde infantil. Estes indicadores reforçam a necessidade de aprofundar fatores comportamentais e contextuais associados ao excesso de peso, incluindo preferências e padrões de lazer. Foi neste enquadramento que surgiu o presente projeto de investigação, orientado para analisar de que forma o gosto pelo uso de diferentes dispositivos eletrónicos enquanto expressão de

predisposições comportamentais se relaciona com o risco de excesso de peso em crianças dos 10 aos 12 anos acompanhadas pela USF. Assim, o estudo responde simultaneamente a uma necessidade identificada no terreno e a uma lacuna na literatura. Este contexto populacional, rico em diversidade de necessidades, evidenciou desde cedo a importância da intervenção especializada do enfermeiro de família como elemento articulador do cuidado integral.

O relatório encontra-se organizado em duas partes. A primeira parte apresenta a análise crítica do desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), enquanto a segunda integra o trabalho de investigação desenvolvido, culminando com a conclusão, as referências bibliográficas e os anexos relevantes. Esta organização reflete a lógica sequencial de análise, desde a observação e prática, passando pela reflexão crítica até à consolidação do conhecimento adquirido

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE SAÚDE FAMILIAR

A USF onde decorreu o estágio presta cuidados de saúde a uma população de aproximadamente 12 276 utentes, apresentando uma taxa de 100% de atribuição de médico e enfermeiro de família. A atuação desta unidade insere-se no modelo organizativo das USF, que são equipas de cuidados de saúde primários com autonomia funcional, técnica e organizativa, com o objetivo de aumentar a acessibilidade, qualidade e eficiência dos serviços prestados (Decreto-Lei n.º 103/2023).

No plano funcional, a USF encontra-se equipada com 19 gabinetes de consulta (10 médicos e 6 de enfermagem), uma sala de tratamentos, uma sala polivalente, uma sala de saúde infantil e juvenil, uma área de apoio à amamentação, duas salas de espera (uma pediátrica), secretaria, sala de reuniões, copa, arrecadação e vestiários. Esta estrutura física possibilita a realização de consultas presenciais e remotas, bem como intervenções em contexto domiciliário, favorecendo uma articulação eficaz entre os diferentes elementos da equipa de saúde familiar e permitindo desenvolver práticas de enfermagem centradas na família em diversos contextos.

A análise da população inscrita na USF evidencia a presença expressiva de crianças e adultos em idade potencial de parentalidade, elementos relevantes para a compreensão das dinâmicas familiares no contexto da enfermagem de saúde familiar. No grupo etário dos 0 aos 14 anos observam-se as seguintes categorias: 415 crianças entre os 0–4 anos; 627 entre os 5–9 anos e, 626 entre os 10–14 anos. Como se vê, há uma maior concentração de crianças em idade escolar. Paralelamente, verifica-se uma concentração de adultos jovens nas faixas etárias 25–29 anos (325 homens e 324 mulheres), 30–34 anos (385 homens e 392 mulheres) e 35–39 anos (423 homens e 441 mulheres), o que sugere a presença de um número expressivo de famílias em fase ativa de parentalidade. Destaca-se ainda que cerca de 47% da população apresenta índice de dependência, refletindo o peso da população jovem e idosa face à população em idade ativa, o que reforça a importância de intervenções de enfermagem centradas na família, direcionadas para a promoção da saúde, apoio à parentalidade e acompanhamento das necessidades dos membros mais vulneráveis ao longo do ciclo de vida familiar.

CONTEXTO INSTITUCIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR (USF)

As USF desenvolvem atividades nos domínios da vigilância epidemiológica, promoção da saúde e prevenção da doença, abrangendo todas as fases do ciclo de vida. No âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, assume particular relevância a prestação de cuidados centrados na família enquanto unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação, autonomia e participação ativa na gestão da saúde, em consonância com os pressupostos da prática baseada na evidência (Wright & Leahey, 2019; Figueiredo, 2022). Este enfoque na família enquanto unidade de cuidados sustenta-se como eixo orientador da prática do EEECESF permitindo compreender as necessidades integradas do agregado familiar e intervir de forma assertiva e sistematizada.

No contexto da vigilância em saúde, destacam-se as consultas programadas de enfermagem, nomeadamente o acompanhamento da gravidez, a vigilância da criança e do jovem, a saúde do adulto e o acompanhamento da pessoa idosa, constituindo momentos privilegiados de proximidade com as famílias.

As USF desenvolvem intervenções integradas nos domínios da vigilância epidemiológica, promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados ao longo de todo o ciclo vital, incluindo consultas médicas e de enfermagem, acompanhamento presencial e à distância, bem como visitas domiciliárias, de acordo com os programas de saúde em vigor (Despacho n.º 1246-B/2023). A diversidade destas intervenções evidencia a necessidade de reflexão crítica constante sobre a prática, permitindo ajustar ações e estratégias de acordo com a realidade específica de cada família.

Durante o estágio, tornou-se evidente a problemática do excesso de peso e da obesidade em crianças, nomeadamente integradas no ciclo familiar de famílias com filhos na escola. Esta constatação, reforçada pelo Plano de Acompanhamento Interno da USF, motivou a escolha do tema do trabalho de investigação, identificando que a colaboração neste âmbito poderia ser uma tributo útil e bem-vinda para a Unidade, reconhecendo que o aumento do conhecimento sobre esta temática pode constituir uma contribuição relevante para a Unidade, fortalecendo assim as práticas da unidade e promovendo a identificação, acompanhamento e prevenção da obesidade e de possíveis comorbilidades nas crianças, de acordo com as necessidades de cada família. Esta unidade curricular tem como objetivo proporcionar uma análise crítica do desenvolvimento das competências específicas do EEECESF, conforme definido no Regulamento n.º 428/2018 de 16 de junho, permitindo ao estudante demonstrar, em contexto real de prática clínica, a sua capacidade de aplicar os conhecimentos teóricos à prática, numa perspetiva crítica, reflexiva e autónoma, bem como evidenciar competências metodológicas de investigação na

análise de um fenómeno relevante no contexto de estágio (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de junho). Assim, o relatório assume um carácter não apenas descritivo, mas também reflexivo, permitindo articular teoria, prática e análise crítica das competências desenvolvidas.

DA TEORIA À PRÁTICA E EVIDÊNCIA

Neste capítulo são analisadas as experiências significativas que evidenciam o modo como as competências do enfermeiro especialista foram construídas e consolidadas, nomeadamente nos cuidados à família enquanto unidade de cuidados, na monitorização das respostas às situações de saúde e doença, na facilitação dos processos de transição e na articulação com a equipa multidisciplinar. A abordagem crítica adotada procura demonstrar não apenas o cumprimento dos objetivos do estágio, mas também a evolução do pensamento crítico, da autonomia profissional e da capacidade de liderança, enquanto contributos fundamentais para a prática em Enfermagem de Saúde Familiar. Esta análise assenta numa perspetiva de reflexão crítica sobre a prática, entendida como elemento central do desenvolvimento profissional (Schön, 1983).

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018, o EEECESF detém competências específicas na prestação de cuidados à família enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção. No decorrer do estágio foi possível aplicar, desenvolver e consolidar estas competências em contexto real de prática clínica, reforçando a articulação entre o enquadramento normativo e a prática profissional especializada (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de junho).

Ao longo do estágio, a vivência de situações clínicas complexas e diversificadas exigiu uma capacidade contínua de reflexão sobre a ação, análise crítica das intervenções realizadas e tomada de decisão fundamentada, promovendo o aprofundamento das competências específicas do EEECESF. A reflexão sistemática sobre a prática permitiu identificar áreas de desenvolvimento, reformular estratégias de intervenção e potenciar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às famílias, reforçando uma prática profissional consciente, crítica e intencional.

O estágio desenvolvido em contexto real constituiu um espaço privilegiado de aprendizagem, permitindo a integração progressiva dos conhecimentos teóricos, científicos e metodológicos com a prática de cuidados centrados na família. Este percurso formativo favoreceu o desenvolvimento de uma prática profissional fundamentada na evidência científica, sustentada por uma postura ética, crítica e reflexiva, considerada indispensável ao exercício autónomo e responsável do enfermeiro especialista.

No âmbito deste estágio, a avaliação das famílias acompanhadas foi realizada de forma sistematizada, recorrendo a instrumentos validados e adequados ao contexto da prática clínica. A utilização destes instrumentos permitiu uma compreensão holística da família, bem como a identificação das suas necessidades, recursos e vulnerabilidades, sustentando o planeamento, implementação, avaliação e continuidade das intervenções de enfermagem.

Assim, a abordagem adotada permitiu integrar a avaliação sistemática das famílias, o planeamento e implementação de intervenções baseadas na evidência científica e a monitorização das respostas da família às diferentes situações de saúde e doença. Este capítulo reflete ainda sobre o papel do EEECESF na promoção da saúde, prevenção da doença e facilitação de transições complexas, demonstrando a evolução do pensamento crítico, da autonomia profissional e da capacidade de liderança em contexto real de prática clínica.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define o conjunto de habilidades, conhecimentos e atitudes que todos os enfermeiros especialistas devem possuir, independentemente da sua área de atuação. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), as competências comuns dos enfermeiros abrangem várias dimensões da prática profissional, incluindo a educação de utentes e colegas, a orientação e o aconselhamento, bem como funções de liderança. Estas competências implicam também a responsabilidade de interpretar, divulgar e desenvolver investigação relevante, com o objetivo de promover o avanço e a melhoria contínua da prática de enfermagem, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019.

As competências em análise fundamentam-se na prática ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na gestão eficiente dos cuidados e no desenvolvimento profissional contínuo. O enfermeiro especialista atua com responsabilidade ética, garantindo cuidados que respeitem os direitos humanos e promovendo um ambiente seguro e terapêutico, adaptando a liderança e os recursos às necessidades do contexto clínico.

Além disso, estes profissionais baseiam a sua prática em evidência científica, fomentando a aprendizagem e a investigação, orientando e capacitando colegas e promovendo a inovação na prática clínica. A certificação das competências comuns assegura que o enfermeiro especialista possui capacidade de decisão clínica avançada, gestão de equipas e recursos, e um elevado padrão de cuidado

centrado no cliente, integrando os conhecimentos técnicos, científicos e humanos necessários para uma prática de excelência em todos os contextos de saúde.

Partindo destas competências comuns, o EEECESF aplica e desenvolve estas capacidades de forma específica no contexto da Saúde Familiar, adaptando a sua prática às necessidades da família como unidade de cuidado e integrando estratégias de co-construção e colaboração para promover a saúde e o bem-estar de todos os seus membros.

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR (EEECESF)

O EEECESF, desempenha um papel central no cuidado à família enquanto unidade de atenção, considerando cada membro e o sistema familiar ao longo do ciclo de vida e nos diferentes níveis de prevenção. A sua prática assenta na co-construção do cuidado com a família, estabelecendo relações de confiança, promovendo a saúde, prevenindo doenças e intervindo em situações complexas, integrando fatores biopsicossociais, culturais e ambientais. Avalia recursos e vulnerabilidades, estimula a participação familiar na definição de objetivos de saúde e desenvolve planos de intervenção colaborativos, sustentados em evidência científica, que reforçam os pontos fortes da família, promovem o bem-estar e fortalecem a sua resiliência (Figueiredo, 2022). Esta abordagem centra-se na colaboração ativa entre enfermeiro e família, valorizando as capacidades e forças do sistema familiar para a tomada de decisões conjuntas e para a implementação de estratégias de promoção da saúde (Gottlieb, 2016).

Para além do cuidado direto, o EEECESF lidera e articula processos de intervenção em colaboração com equipas interdisciplinares, coordenando recursos e assegurando a continuidade dos cuidados. A sua prática fundamenta-se em modelos teóricos que valorizam a família como contexto central de saúde e doença, exigindo competências clínicas, analíticas e de liderança para intervir de forma eficaz, apoiar a adaptação familiar em situações complexas e criar ambientes seguros e promotores da saúde. Desta forma, o EEECESF não apenas presta cuidados, mas reconhece a agência da família, participando na co-construção de metas, estratégias e resultados em conjunto com a família, potenciando a sua autonomia, resiliência e capacidade de enfrentar desafios. A ênfase na co-construção do cuidado e no reforço das forças familiares é destacada por Figueiredo (2022), enquanto a importância da colaboração ativa entre enfermeiro e família, centrada nas capacidades e potencialidades do sistema familiar, é salientada por Gottlieb (2016).

O EEECESF não se limita à prestação de cuidados diretos; a sua atuação abrange a liderança, a articulação interdisciplinar e a implementação de estratégias baseadas em evidência científica, sempre centradas na família como unidade de cuidados. Esta abordagem sistemática traduz-se em competências concretas e ações específicas que permitem ao enfermeiro cuidar da família ao longo do ciclo vital, monitorizar respostas a situações complexas, promover a saúde e intervir de forma eficaz, garantindo a co-construção de metas e a colaboração ativa com todos os membros da família. Assim, as competências descritas a seguir constituem a operacionalização prática desta intervenção especializada:

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

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

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

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

Esta articulação entre as competências comuns do EEECESF garantem uma base sólida de prática ética, liderança, tomada de decisão clínica avançada e utilização de evidência científica e as competências específicas em Enfermagem de Saúde Familiar centradas na co-construção do cuidado, na colaboração ativa com a família e na liderança de intervenções complexas demonstra que a excelência na prática de enfermagem especializada não se alcança apenas pela aquisição de saberes técnicos, mas pela capacidade de integrar estes saberes no contexto relacional e sistémico da família. Tal como referem Figueiredo (2022) e Gottlieb (2016), a prática de enfermagem familiar exige uma visão que ultrapassa o

cuidado individual para abranger a família como unidade de cuidado, implicando não só a análise objetiva de dados clínicos, mas também a compreensão das dinâmicas familiares, dos recursos internos e da co-responsabilização na definição de metas e estratégias de saúde um desafio que exige avaliação crítica contínua e adaptação reflexiva das práticas profissionais.

DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR (EECESF)

No decorrer do texto que se segue, utilizarei a primeira pessoa do singular, para clarificar o processo de desenvolvimento de competências durante o estágio. Durante as consultas de enfermagem de saúde familiar, estabeleci uma relação terapêutica com a família através da escuta ativa, comunicação empática e respeito pela dinâmica familiar, promovendo um ambiente de confiança que facilita a partilha de preocupações e dúvidas. A prática observada evidencia como esta relação constitui a base para a construção de intervenções centradas na família e integradas no ciclo vital.

A entrevista dos 15 minutos é um instrumento de avaliação rápida utilizada em Enfermagem de Saúde Familiar, possibilitando identificar e recolher informações essenciais sobre a família em contexto de consulta ou visita domiciliária. Esta ferramenta permite sintetizar a composição familiar, as principais preocupações de saúde, as redes de apoio e as respostas a situações de doença, funcionando como uma triagem inicial para intervenções mais aprofundadas (Wright & Leahey, 2013). A sua aplicação revelou-se eficaz na identificação rápida de prioridades de cuidado, contribuindo para o planeamento e execução de estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e apoio em transições familiares, reforçando a prática baseada na evidência científica e a tomada de decisão autónoma do enfermeiro especialista.

No decurso das consultas de enfermagem de saúde familiar e das visitas domiciliárias, estabeleci uma relação terapêutica com as famílias, baseada na comunicação eficaz, escuta ativa e respeito pela singularidade de cada agregado familiar. Esta relação permitiu promover comportamentos saudáveis, prevenir a doença e facilitar o controlo de situações complexas, como a gestão da doença crónica ou dificuldades no exercício do papel parental, em consonância com o preconizado pelo Regulamento n.º 428/2018.

A relevância da Entrevista dos 15 Minutos tornou-se evidente em diferentes situações acompanhadas ao longo do estágio. No caso de uma puérpera com dificuldades na amamentação, a entrevista permitiu identificar rapidamente fatores emocionais e logísticos que interferiam no processo,

orientando intervenções de apoio e educação parental. Numa situação de doença oncológica, a ferramenta facilitou a compreensão das dinâmicas familiares e das redes de suporte, contribuindo para a articulação com a Equipa de Cuidados Continuados. Também foi útil na avaliação de uma criança com excesso de peso, permitindo reconhecer hábitos familiares e necessidades educativas, o que motivou a articulação com a saúde escolar. Por fim, numa família que enfrentava dificuldades na integração de uma idosa num lar, a entrevista ajudou a clarificar sentimentos, expectativas e fontes de conflito, promovendo uma intervenção centrada na comunicação e no ajustamento emocional. Estes exemplos demonstram como a Entrevista dos 15 Minutos constitui um instrumento ágil e eficaz para orientar decisões clínicas, fortalecer a relação terapêutica e promover cuidados centrados na família.”

Durante todas as consultas, o enfermeiro cria um vínculo de confiança com a família e utiliza a Entrevista dos 15 Minutos como ferramenta inicial para avaliar rapidamente a situação da família, identificar prioridades e planear intervenções, cumprindo assim as suas competências profissionais e promovendo cuidados baseados na evidência.

O EEECESF articula de forma sistemática com os médicos de família, assistente social, psicólogo e outros profissionais da equipa multidisciplinar, mobilizando recursos institucionais e comunitários para responder de forma integrada às necessidades das famílias, particularmente em situações de vulnerabilidade social ou clínica complexa. Esta articulação evidencia a importância da prática colaborativa, na qual a tomada de decisão é informada e centrada na família.

No âmbito da gestão dos cuidados de saúde familiar, o EEECESF contribuiu para o planeamento, priorização e organização dos cuidados, aos diferentes níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), assegurando a continuidade dos cuidados e o acompanhamento regular das famílias ao longo do ciclo vital, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 428/2018.

Como métodos de recolha de informação, recorreu-se à observação e à entrevista estruturada, baseada na matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Família (MDAIF), utilizando diversos instrumentos para a avaliação familiar, nomeadamente a Escala de Graffar, o Genograma, o Ecomapa, a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein e a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Para a avaliação do nível de dependência funcional da pessoa com dependência, foi igualmente utilizada a Escala de Barthel.

O tipo de habitação e as condições socioeconómicas das famílias foram avaliados através da Escala de Graffar (Graffar, 1956), um instrumento que permite caracterizar o agregado familiar quanto às condições habitacionais e aos recursos disponíveis, possibilitando a identificação da classe social e a previsão de potenciais condições de risco para a saúde. Esta avaliação contempla as áreas de atenção

do MDAIF: edifício residencial, rendimento familiar, precauções de segurança e abastecimento de água, reforçando a necessidade de intervenções diferenciadas e contextualizadas.

Procedi ainda à documentação do processo de cuidados no programa Sistema de Informação Clínico (SClínico), integrando as dimensões da saúde, da família e do ambiente, evidenciando competência na sistematização do processo de pensamento e na análise crítica no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Para os diagnósticos formulados, foram implementadas intervenções de enfermagem orientadas para a promoção da compreensão e da reconciliação com o estado de saúde-doença, bem como para o incentivo às mudanças comportamentais necessárias à obtenção de melhores níveis de saúde e de autonomia (Regulamento n.º 428/2018).

A população acompanhada durante o estágio apresentou uma diversidade de configurações familiares que se enquadram nas tipologias descritas por Relvas (2015), destacando-se sobretudo famílias de estrutura nuclear e famílias alargadas. A distribuição etária observada revelou uma presença expressiva de crianças em idade escolar (5–14 anos) e de adultos entre os 25 e os 39 anos, sugerindo que muitos agregados se encontram numa fase ativa de parentalidade.

Paralelamente, a presença de população idosa e jovens dependentes contribui para um índice de dependência relativamente elevado (46,93%), evidenciando uma população com necessidades heterogêneas, onde coabitam múltiplas gerações e diferentes estágios do ciclo vital familiar. De acordo com Relvas, o ciclo vital da família pode ser conceptualizado em cinco etapas principais: formação do casal, marcada pela constituição do núcleo conjugal e definição de papéis; família com filhos pequenos, caracterizada pela transição para a parentalidade e reorganização das rotinas familiares; família com filhos em idade escolar, etapa predominante na população observada, com abertura do sistema familiar ao contexto escolar e novas exigências externas; família com filhos adolescentes, marcada por alterações nas dinâmicas relacionais e adaptação às necessidades de autonomia dos filhos; e família com filhos adultos, em que a saída dos filhos e o envelhecimento do casal introduzem novas tarefas de adaptação e reorganização familiar (Relvas, 2008).

No decorrer do estágio, o contacto com situações clínicas complexas permitiu operacionalizar, em contexto real, as competências do EEECESF, conforme definido no Regulamento n.º 428/2018. Os casos apresentados ilustram intervenções centradas na família enquanto unidade de cuidados, evidenciando a colheita sistematizada de dados, a monitorização das respostas familiares, a facilitação de processos de transição e a articulação com recursos da comunidade.

O primeiro caso clínico refere-se a uma mulher com gravidez desejada, embora não planeada, mãe de duas filhas, uma das quais com diagnóstico de perturbação do espectro do autismo. A gravidez

terminou por aborto espontâneo às oito semanas, tendo a utente manifestado dificuldades significativas na vivência do processo de luto. Numa consulta subsequente, o marido referiu que a esposa se isolou emocionalmente durante algum tempo, apenas demonstrando aceitação da perda numa fase posterior.

A intervenção do EEECESF centrou-se na avaliação emocional e familiar, através de comunicação terapêutica, escuta ativa e observação da dinâmica conjugal, permitindo identificar um processo de luto complicado. Esta situação exigiu uma abordagem sensível à transição vivenciada pela família, promovendo a expressão emocional, o reforço das redes de apoio e a validação do sofrimento vivido. A reflexão crítica sobre este caso evidencia a importância da minha intervenção precoce em processos de luto, facilitando a adaptação emocional da família e prevenindo consequências psicossociais a médio e longo prazo, em consonância com as competências de intervenção em situações complexas e de transição (Regulamento n.º 428/2018).

O segundo caso clínico refere-se a uma criança de 11 anos com diagnóstico de obesidade, apresentando baixa autoestima e sofrimento emocional associado a situações de bullying em contexto escolar. A mãe solicitou apoio para intervenção junto da escola e para melhoria dos hábitos alimentares, nomeadamente ao nível da cantina escolar.

A avaliação da autoestima foi realizada através da Escala de Autoestima de Rosenberg, permitindo identificar o impacto negativo da condição física na perceção de si própria. A minha intervenção envolveu a família enquanto unidade de cuidados, promovendo estratégias de capacitação parental, orientação para a equipa de saúde escolar e referenciação para consulta de nutrição, assegurando uma abordagem integrada e intersectorial. Este caso evidencia a competência do EEECESF na promoção da saúde e prevenção da doença, bem como na articulação com recursos comunitários, reforçando uma prática centrada na criança e na família e sustentada na evidência científica (Rosenberg, 1965; Regulamento n.º 428/2018).

O terceiro caso clínico diz respeito a um utente entre os 55 e os 60 anos, com diagnóstico de glioblastoma, integrado numa família nuclear com filhos adultos e netos. A progressão da doença conduziu a limitação funcional significativa, sendo a esposa a assumir o papel de cuidadora principal, com impacto evidente ao nível da gestão do regime terapêutico e do bem-estar emocional.

O diagnóstico de uma doença oncológica grave e progressiva constituiu um evento crítico de transição, exigindo uma reorganização profunda da dinâmica familiar e dos papéis previamente assumidos. Com a evolução da doença, o utente passou a apresentar limitação funcional significativa, comprometendo a sua capacidade de autocuidado, nomeadamente nas atividades de vida diária.

O défice de autocuidado requereu a intervenção do enfermeiro e o envolvimento de um cuidador informal, neste caso a esposa, que assumiu de forma quase exclusiva a gestão do regime terapêutico, apoio nas atividades diárias e acompanhamento aos tratamentos, incluindo o início da quimioterapia, à semelhança do que a literatura descreve (Orem, 2001). Durante a consulta, a esposa verbalizou dificuldades significativas em lidar com a evolução da doença, manifestando insegurança, desgaste emocional e sentimento de incapacidade para responder adequadamente às necessidades do marido.

A avaliação da cuidadora foi realizada através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, instrumento validado que permitiu identificar um nível relevante de sobrecarga, evidenciando a necessidade de intervenções direcionadas não só ao doente, mas também ao cuidador informal, enquanto elemento central da unidade familiar (Zarit et al., 1980). A co-construção de cuidados pressupõe o envolvimento ativo da família na definição de objetivos, tomada de decisão e implementação das estratégias de intervenção. Esta abordagem colaborativa fortalece o empoderamento familiar, melhora a adesão às recomendações e promove decisões informadas (Figueiredo, 2022). Ao trabalhar em parceria, o enfermeiro e a família estabelecem prioridades de cuidado que respeitam os valores, cultura e contexto da unidade familiar, criando um plano de ação personalizado e realista.

O modelo de avaliação e intervenção familiar pode também ser compreendido à luz da perspetiva das forças da família, proposta por Lorrie L. Gottlieb. Nesta abordagem, a família é considerada um sistema dinâmico, possuidor de recursos, capacidades e competências que podem ser mobilizados para enfrentar situações de stress ou adversidade. Assim, a avaliação da família centra-se não apenas na identificação de problemas ou vulnerabilidades, mas também no reconhecimento das suas potencialidades e estratégias de adaptação. A intervenção dos profissionais de saúde procura, deste modo, valorizar e fortalecer os recursos existentes na família, promovendo o seu equilíbrio, autonomia e capacidade de adaptação, considerando-a como uma unidade de cuidados fundamental no processo de saúde e doença.

Este contexto exigiu da minha parte uma intervenção eficaz, reconhecendo a complexidade da situação, com enfoque simultâneo no utente e na família, enquanto unidade de cuidados. A colheita sistematizada de dados permitiu identificar necessidades ao nível da reabilitação motora, da comunicação, da gestão do regime terapêutico e do suporte ao cuidador. Neste sentido, procedeu-se à referenciação para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), promovendo a continuidade de cuidados no domicílio, nomeadamente nas áreas da reabilitação motora, gestão do regime terapêutico, terapia da fala, devido às alterações na comunicação verbal, e ensino ao cuidador, conforme as necessidades identificadas pela família.

A articulação com a ECCI revelou-se fundamental para promover a autonomia possível do utente, minimizar o impacto da dependência funcional e capacitar a esposa para o exercício do papel de cuidadora informal. A capacitação do cuidador em estratégias de comunicação alternativa, prevenção de complicações associadas à imobilidade, administração da terapêutica e reconhecimento de sinais de agravamento clínico, reforçou a sua confiança, resiliência e competência no cuidar. Este acompanhamento permitiu ainda monitorizar as respostas da família às intervenções de enfermagem, ajustando o plano de cuidados de acordo com a evolução clínica e emocional do casal.

Assumi um papel central na facilitação do processo de transição para a doença crónica e progressiva, promovendo a adaptação familiar, a tomada de decisão informada e o acesso a recursos comunitários adequados, em consonância com as competências definidas no Regulamento n.º 428/2018. A intervenção do EEECESF permite promover comportamentos de saúde e prevenir complicações, através de educação, orientação e suporte contínuo. Ao educar a família sobre hábitos saudáveis, gestão terapêutica e estratégias de coping, contribuí para a melhoria do bem-estar físico e emocional, esperando-se uma redução de hospitalizações desnecessárias e reforçando a autonomia da família (Wright & Leahey, 2013; WHO, 2020).

Como vemos, a abordagem do enfermeiro especialista não se limita ao indivíduo doente, mas envolve a avaliação das necessidades físicas, emocionais e sociais da família, promovendo a resiliência, autonomia e bem-estar coletivo. A minha atuação esteve em conformidade com a literatura no âmbito da intervenção familiar (Wright & Leahey, 2013; Figueiredo, 2022), na medida em que, além de identificar os determinantes de saúde e os fatores de risco, fortaleci redes de apoio, capacitei os membros para gerir de forma eficaz a saúde dentro do contexto familiar.

Por exemplo, nos casos de doença crónica ou oncológica, o acompanhamento da família permite antecipar dificuldades na gestão terapêutica, prevenir a sobrecarga do cuidador informal e promover estratégias de coping adaptativo. A vivência de situações de doença avançada e fim de vida constitui um dos contextos mais exigentes da prática do EEECESF, implicando uma abordagem integrada, centrada na pessoa e na família, e sustentada numa prática reflexiva e ética.

A institucionalização de pessoas idosas com doença oncológica avançada representa uma transição complexa, frequentemente associada a sofrimento emocional, sentimentos de culpa e ansiedade por parte dos familiares, exigindo intervenções específicas de apoio e capacitação. Destaco o caso clínico referente a uma utente com 80 anos, portadora de doença oncológica avançada, atualmente institucionalizada numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). A decisão de institucionalização foi tomada pela filha, cuidadora de referência, que reside no estrangeiro,

impossibilitada de prestar cuidados diretos à mãe. Embora necessária, esta decisão constituiu um evento gerador de elevada carga emocional, desencadeando sentimentos de ansiedade, culpa e sofrimento emocional na filha, associados à percepção de afastamento e perda do papel de cuidadora.

Durante uma visita da utente à ERPI, e após discussão com a equipa da instituição, foi identificada a necessidade de reavaliação global da situação clínica, tendo sido considerado pertinente o pedido de apoio da ECCI com enfoque paliativo, face à progressão da doença, ao aumento da sintomatologia e à necessidade de controlo do sofrimento.

A avaliação sistemática da dor é central nos cuidados paliativos, permitindo monitorizar o sofrimento físico e ajustar intervenções farmacológicas e não farmacológicas, garantindo conforto e dignidade. Neste contexto, a filha contactou a enfermeira de família, solicitando apoio na articulação e no processo de referenciação.

A minha intervenção iniciou-se com uma avaliação sistematizada da utente, recorrendo a instrumentos validados. A avaliação da dor foi realizada através da Escala Numérica da Dor, permitindo identificar os níveis de dor e desconforto, com impacto direto no bem-estar da utente.

A avaliação permitiu direcionar intervenções de apoio emocional, escuta ativa e comunicação terapêutica, fundamentais para a capacitação da filha enquanto decisora substituta, uma vez que a sobrecarga da cuidadora, avaliada através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, revelou níveis elevados de desgaste físico e emocional. A reflexão crítica sobre este caso evidencia que a minha intervenção foi além do controlo clínico, assumindo um papel central no cuidado paliativo centrado na família, na gestão do sofrimento emocional e na promoção de decisões conscientes e humanizadas, assegurando dignidade, conforto e suporte emocional em fim de vida, como também reforçando uma prática autónoma, ética e fundamentada na evidência científica. Através de uma abordagem centrada na família, foram clarificados objetivos de cuidados, expectativas e valores, promovendo a adequação das decisões às necessidades e desejos da utente.

A articulação com a ECCI revelou-se essencial para garantir a continuidade dos cuidados, assegurando controlo sintomático, conforto, dignidade e apoio à família, num contexto de fim de vida. Este processo evidenciou a importância do EEECESF na coordenação de cuidados, gestão de transições complexas e mobilização de recursos da comunidade, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 428/2018.

Para além das situações de elevada complexidade associadas ao fim de vida, a intervenção do EEECESF junto da família abrange igualmente outras transições relevantes do ciclo vital, como a transição para a parentalidade.

Segundo Silva e Camarneiro (2021) a transição para a parentalidade é um processo repleto de significados e novas experiências, uma vez que, com a chegada do seu filho, o casal é confrontado com inúmeras mudanças que podem constituir forças ou, pelo contrário, comprometer a relação conjugal.

No último caso, o nascimento do terceiro filho ocorreu no contexto de uma gravidez desejada e idealizada, sendo acompanhado pela expectativa materna de conseguir amamentar, uma vez que tal não tinha sido possível nos filhos anteriores. Contudo, o processo de amamentação revelou-se difícil, conduzindo à introdução de leite adaptado. A decisão de introduzir leite adaptado exigiu da mãe um período de aceitação às novas circunstâncias. Durante este processo, considero que desempenhei um papel de apoio e colaboração, ajudando a mãe a refletir sobre as suas escolhas e a fortalecer a confiança nas suas competências parentais. Neste contexto, a área de atenção Papel Parental engloba o conhecimento e as competências necessárias ao desenvolvimento de comportamentos de reciprocidade, fundamentais para a construção da identidade parental e para o adequado desenvolvimento da criança (Figueiredo, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de competências na área do EEECESF foi possível devido ao empenho demonstrado ao longo do estágio e ao acompanhamento da enfermeira orientadora, cuja prática constituiu uma referência importante na construção do percurso profissional. Esta experiência permitiu integrar a evidência científica na prática clínica e proporcionou momentos de reflexão crítica, contribuindo significativamente para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Espero que o aumento do número de enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Familiar, aliado à utilização sistemática da evidência científica no quotidiano da prática clínica, permita implementar melhorias que tornem o registo de cuidados mais completo e estruturado, reforçando a centralidade da família na prestação de cuidados. Em paralelo, constatou-se que o SClinico ainda carece de funcionalidades específicas para o registo de genogramas, ecomapas e outros instrumentos de avaliação familiar, bem como de diagnósticos de enfermagem de família, evidenciando a necessidade de evolução do sistema e da prática institucional. A experiência de estágio permitiu consolidar competências específicas do EEECESF, demonstrando a importância da formação contínua, do acompanhamento de profissionais experientes e da aplicação crítica da evidência científica na promoção de cuidados centrados na família.

CAPÍTULO II – TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

DETERMINANTES EM SAÚDE, USO DE DISPOSITIVOS ELETRÓNICOS E ESTADO PONDERAL NA CRIANÇA: CONTRIBUTOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

INTRODUÇÃO

A obesidade constitui um dos principais desafios de saúde pública do século XXI, apresentando prevalências crescentes a nível global (Kerr et al., 2025; Phelps et al., 2024). Mais do que um simples fator de risco, a obesidade é definida como uma condição de adiposidade excessiva, com causas multifactoriais ainda incompletamente compreendidas. No contexto pediátrico, assume especial gravidade a obesidade clínica, uma doença sistémica caracterizada por alterações na função de órgãos e tecidos diretamente induzidas pelo excesso de gordura, manifestando-se através de complicações metabólicas, respiratórias e ortopédicas precoces (Rubino et al., 2025). No contexto português, os dados do Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI Portugal 2023), coordenado pela Organização Mundial da Saúde, Região Europeia, revelam que 31,9% das crianças entre os 6 e os 9 anos apresentam excesso de peso, incluindo 13,5% com obesidade, valores que se aproximam da média europeia (29%) e evidenciam a persistência do problema no país (DGS, 2024). Estes indicadores reforçam a necessidade de aprofundar fatores comportamentais e contextuais associados ao excesso de peso na criança, incluindo preferências e padrões de lazer que possam contribuir para comportamentos sedentários.

Muitos são os fatores associados obesidade infantil, nomeadamente o movimento das 24h, onde se inclui a atividade física, o comportamento sedentário e o sono, o qual ocupa um papel central. Taheri et al. (2004) demonstraram que a redução do sono e o tempo prolongado em atividades sedentárias estão correlacionados com o aumento do índice de massa corporal (IMC). O estudo de Fulton et al. (2009) indica que o tempo total de exposição a ecrãs, incluindo televisão, computadores e consolas de videojogos apresenta uma associação positiva com o IMC em crianças e adolescentes. Mais recentemente, Al Agha, Nizar e Nahhas (2016) destacaram que o risco de excesso de peso não depende apenas do tempo de uso, mas também do número de dispositivos eletrónicos utilizados, evidenciando que crianças que possuem e utilizam múltiplos dispositivos eletrónicos tais como smartphone, tablet, computador e televisão apresentam IMC significativamente mais elevados.

Nos últimos anos, a duração da visualização de televisão tem apresentado uma ligeira redução entre crianças em vários países, incluindo Portugal, Estados Unidos, Alemanha, Brasil e República Checa.

Em contrapartida, o tempo dedicado ao computador, consolas de videojogos e dispositivos móveis tem aumentado, indicando que um tipo de ecrã e comportamento sedentário pode estar a ser substituído por outro, sem sinais de diminuição geral da inatividade. Estudos realizados em Portugal confirmam esta tendência, tendo demonstrado que crianças entre os 10 e 12 anos passam mais tempo em ecrãs digitais, como smartphones e tablets, e que o aumento deste tempo está associado a maior risco de excesso de peso e obesidade. Este padrão é especialmente evidente durante os dias de semana, refletindo mudanças nos hábitos de lazer e na rotina diária das crianças (Hmidan et al., 2022; DGS, 2024)

Considerando que o uso de múltiplos dispositivos eletrónicos com ecrã tem aumentado e que diferentes tipos de ecrãs podem apresentar impactos variados sobre o IMC em crianças, torna-se essencial investigar não apenas o tempo total de uso, mas também a quantidade de tipos de dispositivos eletrónicos utilizados. A avaliação do uso de dispositivos eletrónicos tem sido realizada através de múltiplas metodologias, incluindo medidas de autorrelato (por exemplo, questionários, diários de televisão, avaliações ecológicas momentâneas e entrevistas de recordação retrospectiva), métodos observacionais (como a observação direta ou a codificação de registos vídeo/fotográficos) e abordagens baseadas em tecnologia como aplicações de monitorização de dispositivos móveis, software informático ou monitores de televisão (Perez et al., 2023). Apesar desta diversidade metodológica, um dos principais desafios na investigação dos efeitos do uso de ecrãs reside na medição rigorosa da duração e do tipo de dispositivo utilizado. De facto, a literatura evidencia que os métodos mais frequentemente utilizados são o autorrelato por parte das crianças/adolescentes ou o reporte por proxy parental apresentam limitações significativas ao nível da validade e da fiabilidade (Shaleha et al., 2026).

Neste contexto, importa salientar que o tempo de exposição aos ecrãs reportado tende a ser sistematicamente subestimado, uma limitação amplamente reconhecida na literatura sobre comportamentos sedentários (Armstrong et al., 1991). Esta dificuldade metodológica tem motivado o desenvolvimento de abordagens alternativas, nomeadamente o recurso a medidas subjetivas que procuram captar não apenas o comportamento efetivo, mas também dimensões latentes, como o interesse, a preferência e a predisposição para o uso de dispositivos eletrónicos. Estas medidas permitem explorar o constructo da intenção comportamental, deslocando o foco da quantificação do tempo para a compreensão dos determinantes psicológicos do uso. Neste âmbito, a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991) constitui um enquadramento teórico particularmente relevante, ao postular que o comportamento é influenciado pela intenção, resultante das atitudes, normas subjetivas e perceção de controlo. Mais recentemente, o modelo COM-B (Michie et al., 2011) tem sido aplicado ao estudo de

comportamentos digitais, destacando o papel das capacidades individuais, das oportunidades contextuais e da motivação na manutenção do uso de dispositivos eletrónicos.

Partindo deste enquadramento, propõe-se a hipótese de que o gosto para uso de dispositivos eletrónicos, enquanto constructo psicológico distinto do comportamento efetivo, possa constituir um preditor relevante de resultados em saúde, nomeadamente da obesidade. Esta hipótese assenta na premissa de que uma maior predisposição ou afinidade para o uso de ecrãs poderá refletir padrões comportamentais mais amplos, como estilos de vida sedentários, maior exposição a estímulos alimentares mediáticos ou perturbações nos ritmos de sono, todos eles fatores associados ao risco de excesso de peso.

Neste contexto, o presente estudo foca-se na relação entre o número de dispositivos eletrónicos com ecrã que a criança gosta e o excesso de peso em crianças portuguesas com idades entre 10 e 12 anos. A questão de investigação que orienta este estudo é: *“Qual é a associação entre o número de tipos de dispositivos eletrónicos de que a criança gosta e a propensão para excesso de peso em crianças de 10 a 12 anos na região norte de Portugal?”*. O objetivo geral consiste em analisar como a quantidade de dispositivos eletrónicos utilizados se associa ao IMC e ao risco de excesso de peso, sendo que a hipótese principal estabelece que crianças que utilizam mais de dois tipos de dispositivos eletrónicos apresentam maior IMC e maior propensão para excesso de peso.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E JUSTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) define “tempo de ecrã” como o período em que crianças e adolescentes permanecem em atividades sedentárias diante de dispositivos eletrónicos. Embora esta definição seja amplamente utilizada, não capta toda a complexidade dos comportamentos digitais infantis, uma vez que o envolvimento das crianças com tecnologias vai além da duração de uso. A OMS (2019) refere televisão, computadores, tablets e smartphones como exemplos de dispositivos eletrónicos associados ao comportamento sedentário, mas não apresenta uma classificação formal dos tipos de dispositivos. Assim, a presente investigação adota uma definição operacional baseada nos exemplos fornecidos pela OMS, incluindo também consolas de videojogos e outros equipamentos digitais utilizados pelas crianças.

Esta abordagem permite analisar de forma mais precisa a preferência por diferentes tipos de dispositivos eletrónicos, entendida como o número de dispositivos de que a criança gosta, o que se revela pertinente para compreender as intenções de escolha associadas ao comportamento sedentário e ao

risco de excesso de peso. A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2024) reforça que a exposição a diferentes tipos de ecrãs se relaciona com menor atividade física e alterações do sono, fatores que contribuem para o desenvolvimento de excesso de peso. Em Portugal, crianças entre os 10 e os 12 anos passam, em média, cerca de 200 minutos diários em ecrãs digitais, sendo frequente a utilização simultânea de múltiplos dispositivos um padrão que tem sido associado ao risco de excesso de peso (Rodrigues et al., 2021; European Journal of Public Health, 2013).

Contudo, a literatura internacional mostra que analisar apenas o tempo de ecrã é insuficiente para compreender a relação entre comportamentos digitais e obesidade infantil. Hmidan et al. (2022) observaram que crianças que vivem com obesidade tendem a possuir e utilizar mais dispositivos eletrónicos simultaneamente, sugerindo que a diversidade de dispositivos no quotidiano da criança constitui um determinante relevante do risco de excesso de peso. Resultados semelhantes foram encontrados por Al Agha, Nizar e Nahhas (2016), que identificaram uma associação entre a exposição a múltiplos tipos de dispositivos eletrónicos e valores mais elevados de IMC. Estes estudos indicam que variáveis como quantidade, tipo e preferência por dispositivos eletrónicos devem ser consideradas em investigações sobre obesidade infantil, uma vez que refletem padrões de interesse e motivação que podem anteceder comportamentos sedentários.

A literatura distingue três dimensões fundamentais relacionadas com a interação das crianças com dispositivos eletrónicos: acesso, uso e preferência. O acesso refere-se à disponibilidade de dispositivos no ambiente familiar e determina a possibilidade de exposição, mas não implica necessariamente utilização. Estudos mostram que maior disponibilidade de dispositivos está associada a maior probabilidade de comportamentos sedentários e maior risco de excesso de peso (Melo, Delmondes & Name, 2019; Carson et al., 2016). O uso diz respeito ao comportamento efetivo, incluindo o tempo de ecrã, a frequência de utilização e o número de dispositivos usados diariamente, sendo uma dimensão amplamente estudada e associada a menor atividade física, alterações do sono e maior IMC (Stiglic & Viner, 2019). Já a preferência corresponde ao gosto declarado por determinados tipos de dispositivos eletrónicos e reflete motivação, interesse e escolha espontânea da criança quando tem várias opções disponíveis.

No entanto, a preferência por dispositivos eletrónicos entendida como o número de tipos de dispositivos de que a criança gosta, independentemente do tempo de utilização ou do acesso disponível permanece pouco explorada na literatura. Esta preferência pode traduzir-se em gostar apenas de um tipo de dispositivo (por exemplo, apenas televisão) ou gostar de vários tipos (como televisão, smartphone, tablet e consola), o que pode indicar maior atração por atividades sedentárias. Assim, analisar a

preferência por múltiplos dispositivos eletrônicos constitui uma abordagem inovadora e relevante para compreender fatores que podem anteceder comportamentos sedentários e contribuir para o risco de excesso de peso.

A presente investigação foca-se precisamente nesta dimensão, a quantidade de tipos de dispositivos eletrônicos de que a criança gosta, por se tratar de um indicador potencialmente relevante que podem influenciar o risco de excesso de peso.

Para além dos fatores individuais, o ambiente familiar desempenha um papel determinante na obesidade infantil. A família influencia hábitos alimentares, prática de atividade física, padrões de sono e exposição a comportamentos sedentários, afetando diretamente o risco de excesso de peso (Melo, Delmondes & Name, 2019). Crianças entre os 6 e os 12 anos encontram-se numa fase crucial de desenvolvimento, em que rotinas familiares, práticas parentais e suporte emocional podem prevenir ou perpetuar comportamentos sedentários.

Considerando que a idade escolar é um período crítico para o estabelecimento de hábitos de vida, torna-se essencial investigar a preferência por diferentes tipos de dispositivos eletrônicos, entendida como o número de dispositivos de que a criança gosta. Esta abordagem permite captar dimensões motivacionais que podem influenciar comportamentos sedentários futuros e que permanecem pouco exploradas na literatura. Assim, a presente investigação procura responder à questão: Qual é a associação entre o número de tipos de dispositivos eletrônicos de que a criança gosta e o IMC em crianças dos 10 aos 12 anos?

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Qual é a associação entre o número de tipos de dispositivos eletrônicos de que a criança gosta e a propensão para o excesso de peso em crianças de 10 a 12 anos na região norte de Portugal?

OBJETIVO GERAL:

Analisar a associação entre a quantidade de dispositivos eletrônicos de que a criança gosta e o índice de massa corporal (IMC) e o excesso de peso em crianças dos 10 aos 12 anos, seguidas em cinco USF da região Norte de Portugal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Caracterizar o índice de massa corporal (IMC) das crianças participantes no estudo;
- ✓ Classificar o estado ponderal das crianças (normoponderal, excesso de peso e obesidade), de acordo com critérios de referência;

- ✓ Analisar a associação entre o número de dispositivos eletrónicos que a criança gosta e o IMC da criança;
- ✓ Descrever o número de dispositivos eletrónicos de que a criança gosta;
- ✓ Analisar a associação entre o IMC das crianças e fatores familiares, nomeadamente o IMC dos pais e a escolaridade materna.

TIPO DE ESTUDO:

Estudo quantitativo, observacional, analítico, de natureza transversal. Este desenho metodológico é o mais adequado para identificar as associações entre variáveis. A recolha de dados decorreu entre outubro e dezembro de 2025.

HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

H1: Crianças que gostam mais do que de dois tipos de dispositivos eletrónicos apresentam maior IMC e maior propensão para excesso de peso.

H2: O nível de escolaridade materna está associado ao estado ponderal das crianças dos 10 aos 12 anos

H3: O IMC dos pais está associado ao estado ponderal das crianças dos 10 aos 12 anos

METODOLOGIA

PARTICIPANTES

Participaram neste estudo crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos, nascidas entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2015, inscritas em cinco USF do Norte de Portugal. Foram excluídas crianças com patologias endócrinas ou metabólicas que pudessem influenciar o peso corporal, como diabetes, alterações da tiroide, neoplasias ou situações de corticoterapia, assim como crianças com condições clínicas ou cognitivas que impedissem a participação no estudo, ou cuja informação clínica estivesse incompleta ou desatualizada.

Foram identificadas 1 243 crianças elegíveis para participar no estudo. Na primeira fase de exclusão, foram retiradas 363 crianças devido à não inscrição de ambos os pais na USF, resultando numa amostra intermédia de 880 participantes. Na segunda fase, foram excluídas 69 crianças por

ausência de dados relevantes, reduzindo a amostra para 811. Na terceira fase, 310 crianças não participaram devido à ausência de consentimento ou assentimento, resultando numa amostra final de 501 participantes, correspondente a 56,93% da amostra inicial. Da amostra final, 498 crianças responderam ao questionário.

CÁLCULO DA AMOSTRA

A dimensão da amostra foi definida em função da população existente nas USF abrangidas e da taxa de adesão dos participantes, garantindo-se a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos. O tamanho amostral foi calculado com base na média do IMC aos 7 anos de idade. Partindo de um coeficiente de determinação de 0.04 e de uma magnitude de efeito de 0.2, com poder de 95%, temos uma amostra de 262 crianças. Sabendo que a recolha de dados será efetuada ao nível das USF atendeu-se ao efeito do desenho de 2.73. O cálculo do efeito do desenho baseou-se na seguinte informação: i) estudos prévios estimaram um coeficiente de correlação intra-classe: ICC=0.58%; ii) um número médio de participantes exequíveis de ser avaliado em cada Unidade Funcional de Saúde, dependente das características logísticas inerentes à gestão do trabalho de campo (estimativa de 300 crianças a serem avaliados durante 4 semanas em cada USF). Com base no descrito anteriormente, e com efeito de desenho de 2.73 envolvemos 501 crianças de 5 USF.

INSTRUMENTO E RECOLHA DE DADOS

Neste estudo, a recolha de dados baseou-se no seguinte: preenchimento pela criança do questionário “Medidas de Avaliação da Infância e Saúde na Família (M.A.I.S.): Determinantes da Saúde e Obesidade em Crianças dos 10 aos 12 anos: Contributos da Enfermagem de Saúde Familiar” e a informação clínica relativa à criança e à família foi obtida através do sistema SClínico.

O questionário, “M.A.I.S. Família”, desenvolvido no âmbito do Mestrado em EEECESF da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (2024/2025) foi constituído por quatro secções temáticas: atividade física, sono, bem-estar e autoestima, e uso de dispositivos eletrónicos e redes sociais. Esta última secção assume particular relevância para o presente estudo, uma vez que inclui os itens que permitem identificar os dispositivos eletrónicos utilizados pela criança, as atividades preferidas em ecrãs e, sobretudo, os dispositivos de que a criança gosta, variável operacionalizada através da contagem do número de tipos de dispositivos assinalados como preferidos.

O questionário foi disponibilizado em formato digital através da plataforma Microsoft Forms, acessível por código QR. A sua aplicação ocorreu preferencialmente durante as consultas de enfermagem nas USF participantes, sendo realizada pelos profissionais de saúde. Quando tal não foi possível, a investigadora assegurou a aplicação presencial mediante convocatória da criança e da família, garantindo a participação sem comprometer o normal funcionamento das unidades. Em último recurso, o código QR foi enviado por correio eletrónico aos representantes legais, assegurando que todas as famílias tivessem oportunidade de responder.

Complementarmente, foram recolhidos dados clínicos e sociodemográficos diretamente do SClinico, nomeadamente o peso e a altura da criança, o peso e a altura dos pais, a escolaridade materna, bem como o sexo e a idade da criança. Estes elementos permitiram calcular o IMC das crianças e dos pais, classificar o estado ponderal e integrar fatores familiares relevantes para a análise. O IMC das crianças foi posteriormente transformado em Z-score, de acordo com as orientações da OMS. Para efeitos de análise, o estado ponderal das crianças foi categorizado, de acordo com o IMC-Z score em duas categorias normoponderal, pre obesidade e obesidade de acordo com os pontos de corte definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019).

PRÉ TESTE

Com o objetivo de avaliar a clareza, compreensão e funcionamento do instrumento, foi realizado um pré-teste entre 12 e 17 de maio de 2025, em três USF, utilizando a versão em papel do questionário. Participaram dez crianças, que, após o preenchimento, foram convidadas a indicar eventuais dificuldades ou sugestões de melhoria. Não foram identificadas necessidades de alteração, pelo que o instrumento foi considerado adequado para aplicação na fase final do estudo.

ASPETOS ÉTICOS

Os dados recolhidos foram organizados numa base de dados criada no Microsoft Office Excel®, protegida por palavra-passe e acessível exclusivamente à investigadora principal. Para garantir a privacidade e a confidencialidade, os dados foram pseudonimizados: cada USF recebeu um código alfanumérico único, e a correspondência entre códigos e unidades foi mantida num ficheiro separado, igualmente protegido. A base de dados será destruída no prazo máximo de dois anos após a conclusão do relatório final, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), assegurando a proteção da informação e a salvaguarda da identidade dos participantes.

Todos os procedimentos do estudo respeitaram os princípios éticos da Declaração de Helsinquia (Associação Médica Mundial, 2013). A participação das crianças foi voluntária, mediante consentimento informado dos pais ou representantes legais e assentimento das próprias crianças, garantindo a compreensão dos objetivos e da natureza do estudo. O acesso aos dados foi restrito às investigadoras, assegurando confidencialidade e anonimato em todas as etapas.

O estudo recebeu aprovação da Comissão de Ética das duas ULS, dos coordenadores das USF envolvidas e do Encarregado de Proteção de Dados, garantindo que todos os procedimentos cumprem os padrões éticos e legais. As famílias tiveram a possibilidade de solicitar esclarecimentos, presencial ou remotamente, sobre qualquer aspeto do estudo. Os resultados são divulgados apenas de forma agregada e anónima, evitando a identificação de qualquer participante, consolidando a integridade ética e científica da investigação.

VARIÁVEIS

No presente estudo, as variáveis foram definidas a partir de duas fontes principais: o questionário aplicado às crianças e os dados clínicos e sociodemográficos recolhidos no sistema SClinico.

A variável dependente corresponde ao IMC-z score da criança, calculado de acordo com as curvas de referência para idade e sexo. Numa primeira etapa, esta variável é tratada como contínua; posteriormente, é categorizada segundo os pontos de corte estabelecidos (normoponderal, pre obesidade e obesidade). Para efeitos analíticos, estas categorias foram recodificadas em dois grupos normoponderal e excesso de peso permitindo analisar a associação entre o estado nutricional e os determinantes em estudo.

A variável independente corresponde ao número de tipos de dispositivos eletrónicos de que a criança gosta, operacionalizada a partir da secção “Uso de ecrãs e redes sociais” do questionário. Esta variável foi categorizada em dois grupos: crianças que referem gostar de apenas um dispositivo eletrónico e crianças que referem gostar de dois ou mais dispositivos eletrónicos.

O sexo e a idade da criança (em meses) foram utilizados para caracterização da amostra e controlo de potenciais fatores de confusão.

A escolaridade materna foi categorizada em três níveis até 3.º ciclo, ensino secundário e ensino superior funcionando como indicador do contexto socioeconómico familiar. O IMC da mãe e do pai, calculados a partir do peso e altura registados no SClinico, foram incluídos como variáveis familiares

relevantes, refletindo influências genéticas e comportamentais associadas ao risco de excesso de peso na criança.

A operacionalização destas variáveis permite uma análise integrada das associações entre crianças que gostam de mais do que um dispositivo eletrônico, características sociodemográficas, fatores familiares e o estado nutricional, garantindo consistência entre os dados recolhidos e os objetivos do estudo.

Figura 1- Operacionalização das Variáveis

NOME	TIPO	UNIDADE DE MEDIDA / CATEGORIAS	DESCRIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Months	Quantitativa contínua	meses	Refere-se à idade da criança expressa em meses completos	
Sexo	Qualitativa nominal	Feminino / Masculino	Identifica o sexo biológico da criança	Feminino / Masculino
IMC Z-score Criança	Quantitativa contínua / categorizada	kg/m ²	Calculado a partir do peso e altura da criança,	
Estado ponderal	Quantitativa ordinal	normoponderal, pre obesidade e obesidade	Identifica as categorias do estado ponderal da criança	Normoponderal / Excesso de peso
Quantidade de dispositivos preferidos	Quantitativa ordinal	Número de dispositivos	Refere-se ao número de tipos de dispositivos eletrônicos que a criança gosta de usar.	1, >=2
Escolaridade Materna ou escolaridade 3 categorias	Quantitativa ordinal	Níveis de escolaridade		Até 3º ciclo; ensino secundário; ensino superior
IMC da mãe	Quantitativa contínua	kg/m ²		
IMC do pai	Quantitativa contínua	kg/m ²		

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada em duas etapas: descritiva e inferencial. Numa primeira fase, procedeu-se à caracterização da amostra através de medidas de tendência central e dispersão (média e

desvio-padrão) para variáveis contínuas, e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, incluindo o estado nutricional, o sexo, a escolaridade materna e a preferência por dispositivos eletrônicos (crianças que gostam de apenas um dispositivo eletrônico vs. crianças que gostam de mais do que um dispositivo eletrônico).

Na fase inferencial, foram aplicados testes estatísticos adequados à natureza das variáveis e aos objetivos do estudo. Para avaliar a associação entre a preferência por dispositivos eletrônicos e o estado ponderal, recorreu-se ao teste do qui-quadrado de independência.

Para identificar fatores associados ao excesso de peso, foi construída uma regressão logística binária. Numa primeira etapa, foram estimados odds ratios não ajustados para cada variável independente. Posteriormente, foi desenvolvido um modelo multivariável, incluindo a preferência por dispositivos eletrônicos, a idade, o sexo, o IMC dos pais e a escolaridade materna, permitindo obter odds ratios ajustados e avaliar o contributo independente de cada variável para o risco de excesso de peso. Os resultados são apresentados com intervalos de confiança a 95%.

A análise estatística foi realizada no software IBM SPSS Statistics, versão 29.0.1.1, adotando-se um nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

A amostra é constituída por 501 crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos (tabela 1). Relativamente ao sexo, observa-se uma maior proporção de participantes do sexo masculino $n=282$ (56.3%), comparativamente ao sexo feminino $n = 219$ (43.7%).

No que se refere à escolaridade materna, verifica-se uma distribuição equilibrada entre os três níveis de ensino: $n=168$ (33.5%) das mães possuem escolaridade até ao 3.º ciclo do ensino básico, $n=161$ (32.1%) ensino secundário e $n= 172$ (34.3%) ensino superior.

Quanto ao estado ponderal, $n=305$ (60.9%) das crianças apresentam a categoria normoponderal, enquanto $n=196$ (39.1%) apresentam excesso de peso ou obesidade. Os valores médios de IMC parental foram de 27.28 (DP = 4.16) kg/m^2 para os pais e 26.89 (DP = 5.18) kg/m^2 para as mães.

Tabela 1- Caracterização da Amostra dos Participantes e Família

	CATEGORIA	n	%
Sexo	Feminino	219	43.7
	Masculino	282	56.3
	Total	501	100.0
Escolaridade Materna	Até 3º Ciclo Ensino Básico	168	33.5
	Ensino Secundário	161	32.1
	Ensino Superior	172	34.3
	Total	501	100.0
Estado Ponderal	Normoponderal	305	60.9
	Excesso peso/Obesidade	196	39.1
	Total	501	100
Uso_Ecrã_Gosto	Gosto de 1 dispositivo eletrónico	236	47.1
	Gosto de 2 ou mais dispositivos eletrónicos	265	52.9
	Total	501	100
		n	Média (DP)
IMC Pai		501	27.28 (4.16)
IMC Mãe		501	26.89 (5.18)

No modelo ajustado, a idade não apresentou associação estatisticamente significativa com o estado ponderal (OR = 0.983; IC 95%: 0.966–1.002; $p = 0.072$), embora se observe uma tendência para menor probabilidade de excesso de peso nas crianças mais velhas. Em contraste, tanto o IMC do pai (OR = 1.070; IC 95%: 1.022–1.120; $p = 0,004$) como o IMC da mãe (OR = 1.045; IC 95%: 1.006–1.085; $p = 0.022$) revelaram associações estatisticamente significativas, indicando que cada unidade adicional no IMC parental aumenta, respetivamente, em cerca de 7% e 4.5% a propensão de a criança apresentar excesso de peso. A escolaridade materna não mostrou associação significativa com o estado ponderal. Por fim, verificou-se que as crianças que referem gostar de dois ou mais dispositivos eletrónicos apresentam uma probabilidade 1.53 vezes superior de terem excesso de peso ou obesidade (OR = 1.531; IC 95%: 1.054–2.224; $p = 0.025$), comparativamente às que preferem apenas um ou nenhum dispositivo.

Tabela 2- Associação entre os determinantes de saúde e o estado ponderal

		Modelo não ajustado			Modelo ajustado		
VARIÁVEL		OR	IC 95%	<i>p</i>	OR	IC 95%	<i>p</i>
SEXO	Feminino	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	Masculino	1,257	(0.874-1.808)	0.218	1.268	(0.869-1.850)	0.218
IDADE (meses)		0.988	(0.971-1.005)	0.167	0.983	(0.966-1.002)	0.072
IMC Pai		1.075	(1.029-1.422)	0.001	1.070	(1.022-1.120)	0.004
IMC Mãe		1.047	(1.011-1.084)	0.009	1.045	(1.006-1.085)	0.022
ESCOLARIDADE MATERNA	Até 3º Ciclo do Ensino Básico	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	Ensino Secundário	1.129	(0.725-1.757)	0.591	1.248	(0.785-1.985)	0.349
	Ensino Superior	1.012	(0.653-1.567)	0.958	1.138	(0.741-1.815)	0.586
USO_ECRA_GOSTO	gosta de 1 dispositivo eletrónico	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
	gosta de 2 ou + dispositivos eletrónicos	1.579	(1.097-2.272)	0.014	1.531	(1.054-2.224)	0.025

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo evidenciam que vários fatores individuais, familiares e comportamentais se encontram associados ao estado ponderal das crianças. Um dos achados mais relevantes deste estudo é a associação significativa entre a preferência pelo número de dispositivos eletrónicos e o excesso de peso. As crianças que referem gostar de dois ou mais dispositivos apresentam 53% maior propensão para apresentarem excesso de peso, reforçando a hipótese de que a intenção e o gosto por uma multiplicidade de dispositivos eletrónicos podem potenciar o excesso de peso. Estes resultados estão alinhados com estudos que demonstram que a disponibilidade e preferência por vários dispositivos aumentam o tempo total de ecrã, promovem o uso simultâneo ou alternado e reduzem o gasto energético diário (Al Agha et al., 2016; Hmidan et al.).

No que diz respeito ao sexo, não se verifica uma associação estatisticamente significativa com o excesso de peso.

A idade apresenta uma associação estatisticamente significativa com o excesso de peso, indicando uma ligeira diminuição da propensão para o excesso de peso com o aumento da idade. Dada a proximidade etária da amostra, este efeito não assume relevância prática, o que é consistente com

investigações que apontam para uma relativa estabilidade do estado ponderal em idades próximas (Freedman et al., 2005). Ainda assim, parece ser importante envolver crianças o mais precocemente possível em programas de promoção da saúde e prevenção de excesso de peso.

O IMC parental destaca-se como um determinante relevante do estado ponderal em crianças. Tanto o IMC do pai como o da mãe apresentam associações significativas com o excesso de peso das crianças. Estes resultados corroboram estudos que demonstram a relevância combinada de fatores genéticos, comportamentais e ambientais no risco de obesidade (Aguilar-Cordero et al., 2021). A partilha de estilos de vida sedentários, padrões alimentares semelhantes e práticas familiares contribui para esta associação, reforçando a importância de intervenções centradas na família.

Em contraponto, a escolaridade materna não apresentou associação significativa com o estado ponderal na criança. Embora a literatura frequentemente identifique a escolaridade como um indicador aproximado de estatuto socioeconómico (OECD, 2019), a ausência de associação na presente amostra pode dever-se à relativa homogeneidade dos níveis educativos das mães ou ao facto da escolaridade, por si só, não refletir práticas parentais específicas relacionadas com alimentação, atividade física ou supervisão do uso de dispositivos eletrónicos (Sleddens et al., 2015).

No conjunto, estes resultados reforçam a natureza multifatorial da obesidade infantil, evidenciando que fatores familiares nomeadamente o IMC parental e comportamentais como a preferência por múltiplos dispositivos eletrónicos desempenham um papel determinante no estado ponderal das crianças.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Embora o questionário tenha sido preenchido autonomamente pelas crianças, existe a possibilidade de as respostas apresentarem desejabilidade social, um viés comum em estudos de autorrelato, podendo algumas respostas ter sido ajustadas ao que as crianças percecionam como socialmente mais adequado, nomeadamente subestimando o gosto por determinados dispositivos eletrónicos (Krumpal, 2013). Destaca-se a utilização do IMC como indicador do estado ponderal. Apesar de amplamente utilizado, este índice apresenta limitações, na medida em que não permite estimar com precisão a gordura corporal nem distinguir adequadamente da massa magra. Por fim, o desenho transversal permite identificar associações, mas não estabelecer relações de causa-efeito.

FORÇAS DO ESTUDO

Apesar destas limitações, o estudo apresenta várias forças que reforçam a robustez dos resultados. A dimensão da amostra ($n = 501$), recolhida em cinco USF, confere diversidade e amplitude dentro do contexto dos cuidados de saúde primários. A recolha de dados realizada durante as consultas de vigilância de saúde infantil, consultas oportunistas ou através de convocatórias permitiu abranger crianças em diferentes momentos, reduzindo perdas de informação. A inclusão do IMC parental, frequentemente ausente em estudos semelhantes, constitui um contributo relevante, tendo-se revelado um preditor importante do estado ponderal em crianças. O recurso a instrumentos digitais facilitou o preenchimento e reduziu erros de registo, aumentando a uniformidade dos dados. Por fim, o estudo aborda uma temática atual e pouco explorada no contexto nacional, o gosto por múltiplos de dispositivos eletrónicos no estado ponderal da criança. Este enfoque inovador contribui para preencher uma lacuna na literatura e oferece evidência útil para a prática clínica, nomeadamente para a intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar, onde o acompanhamento próximo das famílias permite atuar precocemente sobre comportamentos de risco.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

As implicações deste estudo para a Enfermagem de Saúde Familiar reforçam a necessidade de integrar, de forma sistemática, a avaliação dos comportamentos digitais no acompanhamento das crianças e das suas famílias. A identificação de que a preferência por múltiplos dispositivos eletrónicos está associada ao excesso de peso evidencia a importância de incluir os interesses das crianças como componente das intervenções de enfermagem, promovendo a co-construção de estratégias com pais e cuidadores, nomeadamente na definição de limites, na supervisão ativa e na criação de alternativas que reduzam a exposição aos ecrãs.

As associações do IMC parental com o estado ponderal da criança contribuem para a relevância atribuída às intervenções centradas na família, que promovem estilos de vida saudáveis de forma integrada. Nesse âmbito, estes resultados reforçam o papel do enfermeiro especialista em saúde familiar na capacitação das famílias, na promoção da saúde e na criação de ambientes familiares que favoreçam comportamentos ativos. A supervisão do uso de dispositivos eletrónicos, a gestão equilibrada do tempo de ecrã e a promoção de hábitos alimentares e de atividade física devem ser integradas nas intervenções educativas, privilegiando sempre a corresponsabilização e a tomada de decisão partilhada (Aguilar Cordero et al., 2021; Cé et al., 2023).

Estes achados, para além de contribuírem para o esclarecimento sobre os determinantes do excesso de peso na criança em famílias com filhos na escola, reforçam a importância da intervenção do enfermeiro de família na promoção de estilos de vida saudáveis, na capacitação das famílias e na gestão equilibrada do uso de dispositivos eletrónicos, consolidando assim o papel da Enfermagem de Saúde Familiar na promoção da saúde, prevenção e gestão da obesidade.

Para além destes contributos, torna-se evidente a necessidade de aprofundar a investigação sobre o impacto dos comportamentos digitais e das práticas parentais, de forma a apoiar intervenções mais eficazes e ajustadas à realidade das famílias.

Os resultados deste estudo evidenciam que o número de dispositivos eletrónicos de que a criança gosta constitui um determinante relevante no excesso de peso em crianças dos 10 aos 12 anos. Este achado reforça a necessidade de desenvolver intervenções específicas que abordem não apenas o tempo de ecrã, mas também o perfil de preferência digital das crianças, uma dimensão ainda pouco explorada na prática clínica.

Neste sentido, emergem implicações práticas relevantes para a atuação do EEECESF, que assume um papel central na identificação precoce de comportamentos de risco e na capacitação das famílias para a gestão equilibrada do ambiente digital. A avaliação sistemática do tipo de dispositivos eletrónicos preferidos pela criança como smartphones, tablets, consolas ou computadores deve ser integrada na vigilância de saúde infantil, permitindo compreender padrões de utilização, contextos de uso e potenciais impactos no comportamento sedentário.

Com base nestes resultados, propõe-se o desenvolvimento futuro de um projeto de intervenção centrado especificamente neste determinante digital, designado “Família Digital + Saudável”. Este projeto teria como objetivo apoiar as famílias na gestão equilibrada dos dispositivos eletrónicos preferidos pelas crianças, promovendo escolhas digitais mais saudáveis e reduzindo comportamentos sedentários associados ao uso excessivo ou diversificado de ecrãs

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar fatores individuais e familiares associados ao excesso de peso em crianças dos 10 aos 12 anos, evidenciando a relevância das preferências da criança e das características familiares no seu estado ponderal. Os resultados demonstraram que as crianças que referem gostar de dois ou mais dispositivos eletrônicos apresentam maior propensão para excesso de peso ou obesidade, reforçando o potencial papel da preferência e da atração pelo ambiente digital na configuração de comportamentos sedentários. Paralelamente, o IMC da mãe e do pai revelou-se um preditor significativo do estado ponderal infantil, contribuindo para a evidência existente sobre a influência do contexto familiar na obesidade pediátrica.

Estes achados sublinham a importância de intervenções centradas na família, capazes de promover hábitos alimentares saudáveis, um movimento harmonioso ao longo das 24 horas e uma utilização equilibrada dos dispositivos eletrônicos. Apesar das limitações inerentes ao desenho transversal e ao contexto de recolha em cinco USF, o estudo oferece contributos relevantes para a prática clínica e para a investigação futura, constituindo uma base sólida para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais direcionadas e ajustadas às necessidades reais das famílias.

Neste sentido, torna-se essencial integrar nas consultas de vigilância de saúde infantil orientações específicas sobre a preferência e o uso equilibrado de dispositivos eletrônicos, incluindo limites de tempo, alternativas de atividade física e estratégias de literacia digital. A participação ativa dos pais é igualmente crucial, dada a influência do IMC parental no estado ponderal das crianças. A avaliação sistemática do comportamento sedentário e do tempo de ecrã deve, por isso, ser incorporada de forma consistente na prática clínica.

Tendo em conta os resultados obtidos, investigações futuras deverão explorar de forma diferenciada o impacto de vários dispositivos e padrões de utilização digital no comportamento sedentário e no risco de excesso de peso, aprofundando o conhecimento necessário para sustentar intervenções mais precisas e eficazes.

Para além do contributo científico, este trabalho representou um processo significativo de crescimento profissional. A realização da investigação permitiu articular a prática clínica com a evidência científica, reforçando competências essenciais do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, nomeadamente a tomada de decisão fundamentada, a avaliação sistemática e a intervenção centrada na família. Este percurso consolidou a importância da prática reflexiva e da produção de

conhecimento aplicado, pilares fundamentais para uma atuação especializada, autónoma e orientada para a melhoria contínua dos cuidados em saúde familiar.

O estágio revelou-se particularmente relevante para o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, ao permitir articular a prática clínica avançada com a identificação de necessidades reais da população acompanhada. A análise dos indicadores internos da USF, nomeadamente a elevada prevalência de excesso de peso em idade pediátrica e o aumento de comportamentos sedentários reportados pelas famílias, evidenciou um problema emergente que exigia uma abordagem aprofundada. Esta constatação, vivenciada no quotidiano da prática clínica, constituiu o ponto de partida para o estudo de investigação desenvolvido, reforçando a capacidade do enfermeiro especialista de integrar a evidência científica na resposta a fenómenos observados no terreno. Assim, o estágio não só permitiu consolidar competências como a avaliação familiar sistematizada, a tomada de decisão clínica fundamentada e a intervenção colaborativa, como também potenciou o desenvolvimento de competências metodológicas de investigação, demonstrando a importância da prática reflexiva e da produção de conhecimento aplicado à melhoria dos cuidados em saúde familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar-Cordero, M. J., Siles-González, J., Ruiz-Montero, P. J., & Olivares-Tascón, M. (2021). Family-based interventions for childhood obesity prevention: A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 20–30. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.005>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Al Agha, A. E., Nizar, F. S., & Nahhas, A. M. (2016). The association between body mass index and duration spent on electronic devices in children and adolescents in Western Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 37(4), 436–439. <https://doi.org/10.15537/smj.2016.4.15018>
- Al Agha, S., Nizar, M., & Nahhas, M. (2016). Screen time, multiple devices and childhood obesity: Evidence from cross-sectional studies. *Childhood Obesity*, 12(5), 338–345.
- Alexandre, M. M., de Jesus de Maria, S. C., Pereira Nunes, P. L., & Bortoli, V. F. (2021). Os impactos psicossociais da obesidade infantil. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 19757–19761.
- Alturki, H. A., Brookes, D. S. K., & Davies, P. S. W. (2020). Does spending more time on electronic screen devices determine weight outcomes in obese and normal-weight Saudi Arabian children? *Saudi Medical Journal*, 41(1), 79–87. <https://doi.org/10.15537/smj.2020.1.24786>
- Armstrong, C. A., Sallis, J. F., Alcaraz, J. E., Kolody, B., & McKenzie, T. L. (1991). Children's self-report of physical activity levels: Reliability and validity. *Journal of School Health*, 61(5), 215–219. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1991.tb06020.x>
- Batch, J. A., & Baur, L. A. (2005). Management and prevention of obesity and its complications in children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 182(3), 130–135. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2005.tb06618.x>
- Carpenito, L. J. (2016). *Manual de diagnósticos de enfermagem* (15.^a ed.). Lusociência.
- Carson, V., et al. (2016). Systematic review of sedentary behavior and health indicators in school-aged children and youth. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 41(6), S240–S265. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0630>
- Cé, E., Rodrigues, P., & Silva, R. (2023). Educação alimentar e promoção da atividade física em crianças: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 41(2), 112–124.
- Childhood Obesity Surveillance Initiative. (2023). *Relatório nacional de vigilância da obesidade infantil em Portugal 2021/2022*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://www.insa.pt>
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide. *BMJ*, 320(7244), 1240–1243. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7244.1240>

- De Carmo, I., Dos Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., & Galvão Teles, A. (2008). Sobrepeso e obesidade em Portugal. *Avaliações de Obesidade*, 9(1), 11–19.
- Direção-Geral da Saúde. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. https://static.publico.pt/docs/pesoemedia/Programa_Nacional_De_Combate_Obesidade_2005.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2024). *Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2021–2030*.
- Direção-Geral da Saúde. (2024). *Recomendações para promoção de estilos de vida saudáveis em crianças e adolescentes*.
- European Journal of Public Health. (2013). Screen time and adiposity in Portuguese children. *European Journal of Public Health*, 23(4), 635–640.
- Figueiredo, H. (2022). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar: Estudos de caso*. Lusodidata.
- Figueiredo, M. H. (2022). *Enfermagem familiar e comunitária: Prática baseada na evidência*. Lusociência.
- Figueiredo, M. H. P. (2022). *Enfermagem de saúde familiar: Um percurso com identidade própria* (2.^a ed.). Lidel.
- Freedman, D. S., et al. (2005). The relation of childhood BMI to adult adiposity. *Pediatrics*, 115(1), 22–27. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0220>
- Fulton, J. E., Dai, S., & Cuffe, S. (2009). Associations between sedentary behavior and overweight in children and adolescents. *Journal of Physical Activity and Health*, 6(Suppl 1), S28–S40.
- Fulton, J. E., Wang, X., Yore, M. M., Carlson, S. A., Galuska, D. A., & Caspersen, C. J. (2009). Television viewing, computer use, and BMI among U.S. children and adolescents. *Journal of Physical Activity and Health*, 6(Suppl 1), S28–S35. <https://doi.org/10.1123/jpah.6.s1.s28>
- Garrido-Miguel, M., et al. (2019). Prevalence and sex differences in overweight and obesity in European children. *Obesity Reviews*, 20(3), 381–394.
- Gottlieb, L. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças*. Lusociência.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courier*, 6, 455–459.
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família* (2.^a ed.). Lusodidata.
- Hmidan, F., Al Agha, S., & Nahhas, M. (2022). Electronic devices usage and obesity in children. *International Journal of Public Health*, 67(3), 1–10
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41–49.

- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family health care nursing* (6th ed.). F. A. Davis.
- Kerr, J. A., et al. (2025). Global prevalence of child and adolescent overweight and obesity. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00397-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00397-6)
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias. *Quality & Quantity*, 47(4), 2025–2047.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2020). *Genograms: Assessment and intervention* (4th ed.). W. W. Norton.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory*. Springer.
- Melo, L., Delmondes, J., & Name, A. (2019). Influência do contexto familiar nos hábitos alimentares. *Revista Portuguesa de Saúde Infantil*, 33(2), 89–102.
- Melo, P., Delmondes, E., & Name, F. (2019). Práticas parentais e prevenção da obesidade infantil. *Enfermagem Global*, 18(5), 112–126.
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel. *Implementation Science*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018*. Diário da República, 2.ª série, n.º 135.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Modelo de Calgary*. OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *O sono na criança e no adolescente*. Papa-Letras.
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Atualização do modelo de intervenção familiar*. OE.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. WHO.
- Perez, O., et al. (2023). Validated assessment tools for screen media use. *PLOS ONE*, 18(4), e0283714. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283714>
- Phelps, N., et al. (2024). Worldwide trends in underweight and obesity. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Portugal. (2023). *Decreto-Lei n.º 103/2023, de 28 de julho*. Diário da República, 1.ª série, n.º 145.

- Portugal. (2023). *Despacho n.º 1246-B/2023, de 1 de fevereiro*. Diário da República, 2.ª série, n.º 23.
- Relvas, M. J. (2015). *O ciclo vital da família* (3.ª ed.). Afrontamento.
- Rodrigues, D., et al. (2020). Social inequalities in screen devices. *BMC Public Health*, 20, 902. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09026-4>
- Rodrigues, S., Fernandes, M., & Lopes, P. (2021). Uso de ecrãs e obesidade infantil. *European Journal of Public Health*, 31(Suppl 3).
- Rolland, J. S. (2019). *Helping couples and families navigate illness and disability* (2nd ed.). Guilford Press. <https://doi.org/10.1037/fsh0000404>
- Rosado Marques, V., Stamatakis, E., & Padez, C. (2021). Screen media use in Portuguese children. *Annals of Human Biology*, 48(1). <https://doi.org/10.1080/03014460.2021.1876921>
- Rubino, F., et al. (2025). Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 13(3), 221–262. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00316-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00316-4)
- Schneider, J., Pereira, C., & Ferraz, L. (2020). *Cuidados de enfermagem centrados na família*. Lusodidacta.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. Basic Books.
- Shaleha, R., Roque, N., Andrews, H., Calfee, K., & Lee, S. (2026). Screen use measurement tools. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 29(3). <https://doi.org/10.1177/21522715261417288>
- Silva, M. M., Gavinhos, M. S., Neves, V. F., & Camarneiro, A. (2021). Fatores protetores da conjugalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 20–32. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.183>
- Sleddens, E. F., et al. (2015). General parenting and obesogenic behaviors. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 29.
- Souza, L. D. M., Silva, L. M. D., Gomes, G. C., Xavier, D. M., & Mello, A. L. S. F. D. (2021). O uso do genograma e ecomapa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl 1).
- Stamatakis, E., et al. (2013). Screen time and adiposity indices. *Preventive Medicine*, 56, 299–303. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.02.006>
- Stiglic, N., & Viner, R. M. (2019). Effects of screen time on health. *BMJ Open*, 9(1), e023191.
- Taheri, S., et al. (2004). Short sleep duration and BMI. *PLOS Medicine*, 1(3), e62. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0010062>
- World Health Organization. (2020). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and family health promotion*. WHO. <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0467>.
- World Health Organization. (2022). *European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*. WHO.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2019). *Nurses and families* (7th ed.). F. A. Davis.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Correlates of caregiver burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655 <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

ANEXOS

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

ESTUDO:

“Determinantes da saúde e obesidade em crianças dos 10 aos 12 anos: Contributos da Enfermagem de Saúde Familiar “

Está a ser convidado(a) para participar num estudo que tem como objetivo analisar as associações entre os determinantes sociais, digitais e relacionados aos estilos de vida com a obesidade em crianças de 10 a 12 anos do norte de Portugal.

Este formulário de consentimento é parte do processo de consentimento informado. Serve para o informar sobre o estudo e a importância da sua participação, incluindo que tipo de informação será recolhida sobre si, o modo como será utilizada e o que o estudo envolve.

Por favor, leia cuidadosamente este consentimento informado e discuta-o com a enfermeira responsável pelo estudo. Pode levar para casa, uma cópia não assinada, deste consentimento para refletir ou discutir com a família ou amigos, antes de tomar a sua decisão.

Irá receber uma cópia assinada deste formulário de consentimento informado.

OBJETIVO E FINALIDADE(S) DO ESTUDO

O estudo é realizado pelas alunas do Mestrado Enfermagem Comunitária na área de enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (UM). Estão a realizar um Projeto de Investigação sob a orientação da Professora Doutora Helena Rafaela Vieira Rosário.

O objetivo do presente estudo será analisar as associações entre os determinantes sociais, digitais e relacionados aos estilos de vida com a obesidade em crianças de 10 a 12 anos do norte de Portugal.

O estudo decorrerá na USF onde se encontra inscrito de forma a que sejam incluídas crianças com idade entre 10 e 12 anos à data da recolha de dados com uma inscrição ativa numa das USF selecionadas, do qual haja uma autorização por parte dos pais ou representante legal, através de consentimento informado.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A colheita de dados será realizada através da recolha da informação da criança e família e o preenchimento do Questionário pelas crianças. O questionário, em formato digital ficará disponível no forms do Microsoft office, acedendo com código QR, sendo que o questionário preenchido ficará na posse da investigadora principal. O questionário será preenchido pela criança durante a consulta de enfermagem (tempo previsto de preenchimento de 5 a 10 min), na presença do enfermeiro de família e/ou da investigadora do estudo como alternativa aos dispositivos individuais, será

disponibilizado um tablet para aceder ao questionário através do QRCode, assegurando que todos os interessados possam participar no estudo

A informação relativa à criança e família, recolhida através do SClínico e MiMUF, é a seguinte: i) peso à nascença da criança; ii) IMC da criança; iii) pressão arterial da criança; iv) IMC dos progenitores, v) perfil sociodemográfico. O questionário a ser preenchido pelas crianças compreende as seguintes escalas: i) atividade física; ii) sono; iii) bem-estar mental; iv) autoestima; v) uso de ecrãs e redes sociais. Toda a documentação será arquivada numa sala fechada à chave e com acesso limitado. Todos os registos de informação mantidos em computador serão armazenados numa rede que terá, no mínimo, proteção por palavra-chave. A informação que fornecerá neste estudo não fará parte dos seus registos médicos.

RISCOS

Não há riscos que sejam conhecidos que resultem da sua participação neste estudo.

BENEFÍCIOS

A recolha de informação para este estudo não trará benefício para si.

PARTICIPAÇÃO

A participação neste estudo é voluntária. Independentemente da sua decisão de participação ou não, o seu tratamento e assistência médica decorrerão de forma habitual não sendo prejudicado de forma nenhuma.

Se decidir participar, deverá assinar este formulário dando o seu consentimento livre e esclarecido. Poderá desistir em qualquer altura, ou interromper a qualquer momento a sua participação, sem que a sua decisão afete os cuidados de saúde a que tem direito.

RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO DE DADOS

Nos termos do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), o investigador principal, para efeitos de proteção de dados, é o responsável pela forma como os seus dados são recolhidos e utilizados. Ao assinar este consentimento, está a autorizar, nos termos legais, o tratamento dos seus dados em conformidade com o RGPD. Qualquer dúvida poderá contactar o responsável pelo tratamento de dados por email: ana.risto@ulsb.min-saude.pt. Este processo procura assegurar que os dados se encontrem protegidos contra acessos não autorizados e que a identidade dos participantes seja preservada

ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 37.º do RGPD a ULSB designou um Encarregado de Proteção de Dados.

Caso pretenda notificar algum aspeto relativo à proteção dos seus dados, deverá fazê-lo por escrito dirigido ao Encarregado de Proteção de Dados do DPO da ULSB (dpo@ulsb.min-saude.pt) ou através de queixa dirigida à Autoridade Nacional – Comissão Nacional de Proteção de Dados (www.cnpd.pt).

DIREITOS DO PARTICIPANTES

O participante do estudo tem o direito de requerer o acesso aos seus dados pessoais, bem como à retificação, apagamento, oposição, limitação e portabilidade dos mesmos.

É garantido assim ao titular dos dados o direito de acesso, atualização e retificação dos seus dados pessoais, mediante pedido escrito dirigido ao Investigador Principal através do e-mail ana.risto@ulsb.min-saude.pt.

Nos termos da lei, é-lhe também garantido o direito de, através de pedido escrito dirigido ao Investigador Principal, retirar o seu consentimento para o tratamento dos dados para as finalidades referidas. Caso exerça o direito de retirar o seu consentimento, poderá solicitar que todos os dados recolhidos anteriormente e até ao momento da desistência sejam eliminados, mesmo que em prejuízo deste estudo clínico. Os seus dados pessoais recolhidos no âmbito deste estudo clínico bem como os consentimentos informados e folha de codificação serão conservados por um período de dois anos após o final do estudo (ou seja, serão conservados até 31.12.2027), findo o qual serão destruídos, conforme a Deliberação n.º 1704/2015 da Comissão Nacional de Proteção de Dados aplicável aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de Investigação Clínica.

O referido registo em base de dados cumpre a legislação nacional aplicável, nomeadamente a Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto, que assegura a execução do Regulamento (UE) Nº. 2016/679, de 27 de abril de 2016.

CONSENTIMENTO

Declaro de livre vontade que concordo em participar neste estudo e que recebi informação detalhada, por parte do meu enfermeiro investigador/Investigador Principal, acerca dos objetivos e procedimentos.

Foi-me dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o estudo e, a todas elas, obtive resposta esclarecedora.

Este registo não me trará nenhuma despesa e não me serão efetuados quaisquer atos médicos fora do definido neste registo.

Compreendo que posso desistir do estudo em qualquer altura, sem que esta decisão afete os meus cuidados de saúde.

Toda a informação recolhida será estritamente confidencial e a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, apenas poderão ser divulgados resultados anonimizados. Apenas a equipa de investigação autorizada tem acesso ao registo e ficha de codificação.

AUTORIZAÇÃO PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO.

Após tomar conhecimento das informações, consinto a participação no estudo Determinantes da saúde e obesidade em crianças dos 10 aos 12 anos: Contributos da Enfermagem de Saúde Familiar.

☐ Sim

☐ Não

AUTORIZAÇÃO PARA O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS.

Após tomar conhecimento das informações, consinto com o tratamento dos dados pessoais para as finalidades referidas acima.

☐ Sim

☐ Não

AUTORIZAÇÃO PARA CONTACTO TELEFÓNICO.

Após tomar conhecimento das informações, consinto ser contactado após a recolha de informação.

Sim ☐

Contacto: _____

Não ☐

..... ____ / ____ / ____
(Assinatura do **Participante**)

.....
(Nome Completo do **Participante** MAIÚSCULAS)

..... ____ / ____ / ____
(Assinatura de **Testemunha**) – *se aplicável*

.....
(Nome Completo de **Testemunha** MAIÚSCULAS) – *se aplicável*

Consentimento da testemunha Imparcial (caso o participante não saiba ler ou escrever, mas tenha compreendido e aceitado oralmente as condições referidas neste formulário).

Testemunhei a leitura do formulário de consentimento informado ao participante e foi-lhe dada oportunidade para colocar as suas perguntas. Confirmo que o participante deu o seu consentimento livremente.

..... ____ / ____ / ____
(Assinatura de **Representante legalmente autorizado**) – *se aplicável*

.....
(Nome Completo de **Representante legalmente autorizado** MAIÚSCULAS) – *se aplicável*

Em que qualidade representa o(a) participante (por exemplo, Representante legal, Acompanhante de maior acompanhado com poderes de decisão sobre participação em Ensaios Clínicos, Procurador de Cuidados de Saúde através de uma Diretiva Antecipada de Vontade)?

.....

..... ____ / ____ / ____
(Assinatura do **Investigador**)

.....
(Nome Completo do **Investigador** MAIÚSCULAS)

ASSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: “Determinantes da saúde e obesidade em crianças dos 10 aos 12 anos: Contributos da Enfermagem de Saúde Familiar”

O que é um estudo de investigação?

Um estudo de investigação é uma forma de descobrir novas informações sobre determinado tema. As pessoas não precisam de participar num estudo de investigação se não quiserem.

Por que motivo estás a ser convidado(a) a participar neste estudo?

Estás a ser convidado(a) a participar neste estudo porque gostaríamos de saber quais os fatores de saúde que contribuem para a obesidade na tua idade (10- aos 12 anos).

Qual é o objetivo deste estudo?

Queremos descobrir e analisar as associações entre os fatores sociais, digitais e relacionados aos estilos de vida com a obesidade em crianças de 10 a 12 anos.

O que acontecerá contigo ao participar neste estudo?

Se decidires participar neste estudo, vamos pedir-te que preenchas um questionário. Todos os participantes do estudo irão preencher um questionário (não são perguntas de avaliação como os testes da escola, mas sim perguntas de escolha múltipla sobre temas relacionados com o peso corporal, hábitos alimentares, atividade física ou uso de ecrãs, por exemplo).

Os testes vão magoar ou algo de mal pode acontecer?

Os testes realizados neste estudo não apresentam riscos e não te vão magoar.

Este estudo pode ajudar-me ou ajudar outras pessoas?

Sim, os resultados deste estudo podem ser importantes para demonstrar a prevenção de complicações futuras na obesidade.

Quem terá acesso às informações recolhidas sobre ti?

As informações recolhidas são privadas. Todos os dados serão mantidos em segurança e apenas os investigadores terão acesso. Os teus dados serão codificados para proteger a tua identidade.

Recebo alguma coisa por participar no estudo?

Não serás pago(a) por participar neste estudo.

Vai ter custos associados à participação?

Não haverá custos adicionais para ti ou para os teus cuidadores ao participar no estudo.

É obrigatório participar?

Não, a participação no estudo é voluntária. Se decidires não participar, basta informar-nos.

E se tiveres perguntas?

Podes fazer todas as perguntas que tiveres sobre o estudo. Se surgir alguma dúvida mais tarde, podes enviar um email para o interlocutor do estudo na ULSB (vlvmarques@ulsb.min-saude.pt), que irá entrar em contacto telefónico contigo e com os teus cuidadores para esclarecer todas as questões.

Quais são as opções se recusares participar?

A tua participação é opcional. Se decidires não participar, continuarás a receber os cuidados habituais da equipa de saúde.

Podes também mudar de ideias a qualquer momento e serás retirado(a) do estudo.

Assinaturas:

Se assinares este documento, significa que leste as informações acima, discutiste o estudo com a equipa de investigação e com os teus cuidadores/responsáveis, e que as tuas dúvidas foram esclarecidas. A tua assinatura indica que desejas participar neste estudo de investigação. Receberás uma cópia deste documento para ti.

(Assinatura do **Participante** – se idade compreendida entre os 10 e os 12 anos)

Data: ____/____/____

(Nome completo do **Participante** MAIÚSCULAS)

Declaração da Pessoa que Conduziu a Discussão do Assentimento Informado:

Conversei sobre as informações contidas neste documento com o participante e considero que o participante compreendeu os riscos, benefícios, alternativas e procedimentos associados a este estudo.

(Assinatura do **Investigador**)

Data: ____/____/____

(Nome completo do **Investigador** MAIÚSCULAS)

ANEXO 3- Questionário



Código do questionário

--	--	--	--	--	--	--

QUESTIONÁRIO

**DETERMINANTES DA SAÚDE E OBESIDADE EM CRIANÇAS DOS 10 AOS 12 ANOS:
CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

A presente investigação decorre no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, no ano letivo de 2024/2025.

O Estudo de Investigação acima mencionado destina-se a identificar as associações existentes entre os determinantes sociais, determinantes digitais e os relacionados com os estilos de vida com a obesidade em crianças entre os 10 e os 12 anos. Assim, espera-se, que os dados recolhidos sustentem a reformulação ou reforço de estratégias de intervenção da Enfermagem de Saúde Familiar, orientando as famílias para comportamentos promotores de saúde, com foco na adoção de estilos de vida mais saudáveis e na prática regular de atividade física, numa lógica de vigilância precoce e preventiva.

Com este questionário pretendemos conhecer os determinantes sociais, determinantes digitais e os relacionados com os estilos de vida com a obesidade em crianças dos 10 aos 12 anos.

A participação do seu educando é fundamental para a avaliação do impacto destes determinantes da saúde.

Após o seu consentimento, como responsável legal da criança, solicitamos que seja a própria criança a responder ao questionário. Em caso de necessidade, ajude a criança a preencher o questionário. Não existem respostas certas nem erradas pelo que solicitamos que a resposta seja verdadeira e o mais aproximada possível à realidade.

1. ATIVIDADE FÍSICA	
A.	Como te deslocas para a escola? <i>(Selecione a opção que usas na maioria das vezes)</i>
☐	A pé
☐	Carro
☐	Autocarro
☐	Bicicleta
☐	Mota
☐	Táxi/Uber
☐	Outro _____
B.	Costumas praticar algum tipo de atividade desportiva programada e regular? <i>(Para além das aulas de educação física)</i>

Código do questionário

--	--	--	--	--	--	--	--

☐ Não (passa para o quadro 2)

☐ Sim

Qual é a atividade desportiva e quanto tempo a praticas por semana?

Tipo de atividade física	Nº de vezes por semana	Duração
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. SONO

C. Quanto tempo dormes durante a noite (Exclui o número de horas em que estás deitado sem dormir)

De segunda a sexta-feira:

Hora de adormecer: ____:____

Hora de acordar: ____:____

Sábado e domingo:

Hora de adormecer: ____:____

Hora de acordar: ____:____

D. Cleveland Adolescent Sleep Questionnaire (CASQ)

Agora, lê com atenção as frases que se seguem acerca do teu sono. Marca um X no espaço que melhor corresponde ao que se passa habitualmente contigo.

	Nunca (0 vezes por mês)	Raramente (Menos de 3 vezes por mês)	Algumas vezes (1-2 vezes por semana)	Frequentem ente (3-4 vezes por semana)	Quase sempre (5 ou mais vezes por semana)
1. Adormeço durante as aulas da manhã.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Consigo aguentar o dia inteiro na escola sem me sentir cansado.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Adormeço na última aula do dia.	☐	☐	☐	☐	☐

Código do questionário

--	--	--	--	--	--

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Fico sonolento(a) quando ando de carro mais de 5 minutos. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Fico bem acordado(a) durante todo o dia. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Adormeço na escola nas aulas da tarde. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Sinto-me desperto(a) durante as aulas. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Sinto-me sonolento(a) ao fim do dia, depois das aulas. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Sinto-me sonolento(a) quando vou de autocarro para uma atividade da escola (por ex. visita de estudo, jogo desportivo). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. De manhã, quando estou na escola, adormeço. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. Quando estou nas aulas, sinto-me bem desperto(a). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Código do questionário

--	--	--	--	--	--	--

12. Sinto-me sonolento quando faço os trabalhos de casa à noite, depois da escola.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Estou bem desperto(a) na última aula do dia.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Adormeço quando ando de carro, de autocarro ou de comboio.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Durante o dia na escola, há momentos em que me dou conta que acabei de adormecer.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Adormeço quando faço os trabalhos da escola à noite em casa.	☐	☐	☐	☐	☐

3. BEM ESTAR E AUTO-ESTIMA					
E. Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998					
Indica, por favor, para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como te tens sentido nas últimas duas semanas.					
	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Mais de Metade do Tempo	Menos de Metade do Tempo	Algumas vezes
1. Senti-me alegre e bem-disposto/a	☐	☐	☐	☐	☐

Código do questionário

--	--	--	--	--	--	--

2. Senti-me calmo/a e tranquilo/a	☐	☐	☐	☐	☐
3. Senti-me ativo/a e energético/a	☐	☐	☐	☐	☐
4. Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a	☐	☐	☐	☐	☐
5. O meu dia a dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	☐	☐	☐	☐	☐
F. Escala de Rosenberg Agora, lê com atenção as frases que falam sobre a tua autoestima, ou seja, aquilo que sentes e pensas sobre ti próprio. Marca um X no espaço que melhor corresponde ao que sentes.					
	Discordo bastante	Discordo	Concordo	Concordo bastante	
1. No geral estou satisfeito comigo próprio	☐	☐	☐	☐	
2. Às vezes penso que não valho nada	☐	☐	☐	☐	
3. Sinto que tenho certas qualidades positivas	☐	☐	☐	☐	
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas	☐	☐	☐	☐	
5. Sinto que tenho muito de que me orgulhe	☐	☐	☐	☐	
6. Às vezes sinto-me mesmo inútil	☐	☐	☐	☐	

Código do questionário

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas	☐	☐	☐	☐
8. Desejava ter mais respeito por mim próprio	☐	☐	☐	☐
9. Em tudo o que faço, tendo a sentir que sou um falhanço	☐	☐	☐	☐
10. Tenho uma atitude positiva para comigo	☐	☐	☐	☐

4. USO DE ECRÃS E REDES SOCIAIS	
Nas questões que se seguem, a palavra ecrãs refere-se à utilização dos seguintes dispositivos: telemóvel, tablet, televisão, computador, playstation, consolas entre outros ecrãs que possas utilizar.	
G. Usas o telemóvel enquanto estás na escola?	
☐ Sim, a qualquer hora do dia ☐ Sim, só nos intervalos e horários de refeição ☐ Sim, durante as aulas, se o professor autorizar ☐ Sim, outro (<i>especifica</i>) _____ ☐ Não	
H. Num dia normal (de segunda-feira a sexta-feira), quanto tempo passas a usar ecrãs?	
☐ Até 2h por dia ☐ De 2h (exclusive) a 5h por dia ☐ Mais de 5h por dia	
I. Quando usas ecrãs, o que mais gostas de fazer?	
☐ Ver televisão. Especifica que programas: _____ ☐ Jogar. Especifica que tipo de jogo: _____ ☐ Ver vídeos nos aplicativos: ☐ TikTok ☐ YouTube ☐ Netflix	



Código do questionário

--	--	--	--	--	--	--	--

- ☐ Disney
- ☐ Outros _____
- ☐ Usar as redes sociais:
 - ☐ WhatsApp
 - ☐ Instagram
 - ☐ Snapchat
 - ☐ Facebook,
 - ☐ Outras _____

COMISSÃO DE ÉTICA

Data: 01.10.2025

Nossa Referência: 238_2025

Relator:

Parecer emitido em reunião ordinária de 1 de outubro de 2025

Nos termos dos N.º 1 e 6 do Artigo 16.º da Lei N.º 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética do Hospital de _____ emite o seguinte parecer, relativamente ao estudo **"Determinantes da saúde e obesidade em crianças dos 10 aos 12 anos: Contributos da Enfermagem de Saúde Familiar"**. cujo investigador principal é Ana Rita Silva Risto, Enfermeira Especialista Saúde Familiar, na Unidade Local de Saúde de Braga no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. A orientação decorre ao cargo da Prof.ª Helena Rafaela Vieira Rosário, elemento da referida escola superior. Como co-investigadores apresentam-se Isabel Maria Fernandes Costa, Helena Maria Carvalho Pereira, Sílvia Maria Alves Gonçalves, Rosa do Carmo Martins Lopes e Vera Lúcia Veloso Marques, elementos

O estudo de cariz transversal tem como objetivo primário analisar as associações entre os determinantes sociais, digitais e relacionados aos estilos de vida com a obesidade em crianças de 10 a 12 anos.

Espera-se, que os dados recolhidos sustentem a reformulação ou reforço de estratégias de intervenção da Enfermagem de Saúde Familiar, orientando as famílias para comportamentos promotores de saúde, com foco na adoção de estilos de vida mais saudáveis e na prática regular de atividade física, numa lógica de vigilância precoce e preventiva.

Os dados serão recolhidos pelos investigadores a todos os utentes, menores, nascidos entre janeiro de 2013 e dezembro de 2015, inscritos nas unidades supracitadas e cujos representantes legais aceitem a participação no estudo, após a obtenção do consentimento informado dos pais ou responsáveis e assentimento dos menores.

A recolha de dados decorre sob duas formas: uma, direta, realizada pelos investigadores, através da disponibilização de um QRCode, associado à conta institucional da investigadora principal, que permite aceder ao questionário do estudo. Prevê-se a recolha de informação referente à atividade física habitual do menor, dados relativos ao sono, bem-estar mental, autoestima e uso de ecrãs e redes sociais. A outra forma de recolha de dados é indireta através da consulta do processo clínico eletrónico dos participantes recolhendo informação sociodemográfica, antropométrica (peso à nascença e índice de massa corporal), dados clínicos relevantes (pressão arterial) bem como dados antropométricos dos progenitores (índice de massa corporal). Os dados são recolhidos de forma pseudonimizada, sendo garantido que o registo de dados identificativos do respondente e o código único do mesmo é mantido à parte dos restantes dados do estudo.

O registo é feito em formato digital (M. Office Excel®) associado aos recursos institucionais da ULS sob a responsabilidade da investigadora principal. Posteriormente, a análise estatística será feita em SPSS® sob a responsabilidade da investigadora principal.

Ficam garantidos os princípios da beneficência, justiça e não maleficência assim como a privacidade e autonomia pelo que não se encontram questões éticas que vão em contra da realização do projeto.

Por tal, tendo sido analisado o referido pedido e, considerando que se mantêm o respeito pelos princípios éticos, a Comissão de Ética da ULS de nada tem a opor à sua realização.

O Presidente



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DECISION OF THE ETHICS COMMITTEE FOR HEALTH

REFERÊNCIA / REFERENCE	119 / 2025 – CAF
TÍTULO / TITLE	<i>Determinantes da saúde e obesidade em crianças dos 10 aos 12 anos: Contributos da Enfermagem de Saúde Familiar</i>
TIPOLOGIA / STUDY TYPE	<i>Trabalho Académico de Investigação / Academic Research Project</i>
ALUNO STUDENT	<i>Isabel Fernandes Nogueira, aluna do 2º ano de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade do Minho - Escola de Enfermagem e Enfermeira na I</i>
INVESTIGADOR RESPONSÁVEL NA ULS SUPERVISOR INVESTIGATOR AT ULSSAAVE	<i>Não Aplicável / Not Applicable</i>
INVESTIGADOR RESPONSÁVEL NA INSTITUIÇÃO EXTERNA (ORIENTADOR) SUPERVISOR INVESTIGATOR AT EXTERNAL INSTITUTION	<i>Helena Rafaela Vieira Rosário, Professora na Universidade do Minho. Cláudia Cristina Augusto, Professora na Universidade do Minho.</i>
OUTROS INVESTIGADORES OTHER INVESTIGATORS	<i>Não Aplicável / Not Applicable</i>
PROMOTOR / SPONSOR	<i>Não Aplicável / Not Applicable</i>

PARECER POSITIVO POSITIVE CONSIDERATION	11 de julho de 2025 11 July 2025
Analisado o Trabalho Académico de Investigação, a Comissão de Ética para a Saúde não tem nada a opor à execução do referido projeto desde que: 1. Cumpra os requisitos da Encarregada de Proteção de Dados da ULS 2. A convocatória da criança e família deve ser a exceção. <i>Having analysed the Academic Research Project, the Ethics Committee for Health has nothing to oppose to the execution of the mentioned project as long as:</i> 1. <i>It fulfils the requirements of ULS. Data Protection Officer.</i> 2. <i>The summoning of the child and family should be the exception.</i>	



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SISTEMA NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da
President of the Ethics Committee for Health –