Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Raquel de Fátima Baptista Soares

A Enfermagem de Saúde Familiar na Prevenção da Obesidade Infantil

abril de 2026

A Enfermagem de Saúde Familiar na Prevenção da Obesidade Infantil
Raquel de Fátima Baptista Soares
UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Raquel de Fátima Baptista Soares

A Enfermagem de Saúde Familiar na Prevenção da Obesidade Infantil

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor João Carlos Gama Martins Macedo

abril de 2026

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE 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
CC BY

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

AGRADECIMENTOS

Ao **Professor Doutor João Carlos Gama Martins Macedo**, pela orientação rigorosa e pela exigência que impulsiona o crescimento.

À **Enfermeira Alice Santos**, pelo que me ensinou, pelo que partilhámos e pela amizade que nasceu e que levo comigo para a vida.

À **Manuela e à Rita**, pela amizade que levo comigo.

Ao **Carlos e à Joana**, pela amizade verdadeira que construímos.

À **Tita**, pela ajuda incansável, pela disponibilidade constante e por acreditar no meu trabalho.

À **Sofia**, pelo apoio incondicional, por nunca me deixar desistir e por ser a melhor das amigas.

Às minhas **irmãs**, pela força, pela confiança e por acreditarem em mim.

Ao **Mauro**, pelo apoio incondicional.

À minha **Mãe**, por cuidar tão bem dos meus filhos em todas as minhas ausências.

Ao **André**... por tudo e por tanto.
Por ser mais do que apoio — por ser equilíbrio, força e casa.

Aos meus **filhos**...
por serem o meu maior amor e a minha maior razão. Por cada abraço que me devolveu o fôlego, por cada sorriso que deu sentido aos dias mais exigentes. Por aceitarem as minhas ausências sem nunca deixarem de me dar o amor mais puro e incondicional. Por serem luz, força e verdade — sempre. Tudo isto é por vocês e para vocês.

DECLARAÇÃO DE 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 DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (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.

A Enfermagem de Saúde Familiar na Prevenção da Obesidade Infantil

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, integrando uma componente de estágio de natureza profissional e um trabalho de investigação. A sua estrutura organiza- se em duas partes complementares, que refletem o percurso formativo e a consolidação de competências especializadas.

Numa primeira parte, é apresentada uma análise crítica e reflexiva do desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, com base na experiência de estágio realizada em contexto de cuidados de saúde primários. Este percurso permitiu a mobilização e integração de conhecimentos científicos e técnicos, evidenciando a intervenção junto da família enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção.

A segunda parte corresponde a uma *scoping review*, com o objetivo de mapear a evidência científica relativa ao papel do enfermeiro na implementação de intervenções de prevenção da obesidade infantil, dirigidas a crianças dos 6 aos 10 anos, em contexto comunitário. A revisão foi conduzida de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute (JBI)* e as recomendações Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).

Os estudos incluídos evidenciam a utilização de intervenções multicomponentes, centradas na promoção de estilos de vida saudáveis, educação para a saúde e envolvimento das famílias, desenvolvidas maioritariamente em contexto escolar e comunitário. Apesar de nem sempre ser explicito, o papel do enfermeiro revela-se transversal à implementação destas intervenções.

Em síntese, os resultados reforçam a importância de estratégias preventivas precoces, integradas e centradas na família, destacando o contributo da Enfermagem de Saúde Familiar na promoção da saúde infantil em contexto comunitário.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Familiar; Intervenção Comunitária; Obesidade Infantil; Prevenção; Promoção da Saúde

Family Health Nursing in the Prevention of Childhood Obesity

ABSTRACT

This report was developed within the scope of the Master's degree in Community Health Nursing, in the area of Family Health Nursing, integrating a professional internship component and a research component. Its structure is organized into two complementary parts, reflecting the educational pathway and the development of specialized competencies.

In the first part, a critical and reflective analysis of the development of competencies of the specialist nurse in Family Health Nursing is presented, based on the internship experience carried out in a primary health care setting. This process enabled the mobilization and integration of scientific and technical knowledge, highlighting the intervention with the family as the unit of care, throughout the life cycle and across different levels of prevention.

The second part corresponds to a scoping review, aiming to map the scientific evidence regarding the role of the nurse in the implementation of childhood obesity prevention interventions, targeting children aged 6 to 10 years, in a community setting. The review was conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute guidelines and the PRISMA- ScR recommendations.

The included studies highlight the use of multicomponent interventions focused on the promotion of healthy lifestyles, health education, and family involvement, predominantly developed in school and community settings. Although not always explicitly stated, the role of the nurse appears to be transversal to the implementation of these interventions.

In summary, the findings reinforce the importance of early, integrated, and family- centered preventive strategies, highlighting the contribution of Family Health Nursing to the promotion of child health in community settings.

Keywords: Family Health Nursing; Community Intervention; Childhood Obesity; Prevention; Health Promotion

ÍNDICE

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS ii

AGRADECIMENTOS iii

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE iv

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA) iv

RESUMO v

ABSTRACT vi

LISTA DE ABREVIATURAS ix

Lista de Tabelas x

Lista de Figuras xi

Introdução 1

PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA: Enquadramento e Análise Crítica e Reflexiva do Desenvolvimento de Competências **..... 4**

Capítulo1 – Caracterização do contexto clínico 5

1.1. Enquadramento organizacional da Unidade de Saúde Familiar 5

1.2. Estrutura funcional e equipa multiprofissional 5

1.3. População inscrita e dinâmica assistencial 6

1.4. Áreas de intervenção de enfermagem no contexto da Unidade de Saúde Familiar 7

Capítulo 2 - Fundamentação conceptual da Enfermagem de Saúde Familiar 8

2.1. Família como unidade de cuidados: abordagem sistemática 8

2.2. Enfermagem de Saúde Familiar nos Cuidados de Saúde Primários 8

2.3. Prática baseada na evidência e qualidade dos cuidados 9

Capítulo 3 - Análise Crítica e Reflexiva do Desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas 10

3.1. Cuidar a família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção 12

3.2. Liderar e colaborar nos processos de intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar 14

Capítulo 4 - Síntese crítica da prática clínica e identificação de uma área de investigação 17

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar na Prevenção da Obesidade Infantil: *Uma Scoping Review* **..... 20**

Capítulo 5 – Scoping Review 21
5.1. Enquadramento e Relevância do Tema 21
5.2. Objetivo e questão de revisão 23
5.2.1. Objetivo Geral 23
5.2.2. Questão de revisão 23
5.3. Metodologia 23
5.3.1. Tipo de Estudo 24
5.3.2. Critérios de inclusão e exclusão 24
5.3.3. Estratégia de pesquisa 26
5.3.4. Fontes de informação 27
5.3.5. Processo de seleção dos estudos 29
5.3.6. Extração de dados 30
5.3.7. Síntese E Apresentação dos resultados 31
5.4. Resultados 31
5.5. Discussão 38
5.5.1. Implicações para a prática e investigação futura 41
5.6. Conclusão da Scoping Review 41
Síntese conclusiva do relatório 43
Referências Bibliográficas 45

LISTA DE ABREVIATURAS

COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

IMC - Índice de Massa Corporal

JBI - Joanna Briggs Institute

MAIFC - Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MeSH - Medical Subject Headings

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCC - População, Conceito e Contexto

PNS – Plano Nacional de Saúde

PRISMA-ScR - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Equação de pesquisa nas bases de dados 28

Lista de Figuras

Figura 1 - Fluxograma Prisma ScR..... 30

"Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a tornou tão importante."

Antoine de Saint-Exupéry

Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional, integrada no 2.º ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. O estágio decorreu entre 15 de setembro de 2025 e 31 de janeiro de 2026, totalizando 840 horas, distribuídas por 610 horas de prática clínica em contexto de cuidados de saúde primários, 30 horas de orientação tutorial e 200 horas de trabalho autónomo. A componente prática foi desenvolvida sob a orientação do Professor Doutor João Carlos Gama Martins Macedo e da Enfermeira Especialista Alice Santos.

Este relatório constitui um momento de consolidação do percurso formativo realizado e tem como finalidade evidenciar, de forma crítica, reflexiva e fundamentada, o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2019). A especialização implica a mobilização integrada de competências comuns e específicas, traduzidas na capacidade de análise crítica, tomada de decisão fundamentada e intervenção em contextos de maior complexidade, com responsabilidade profissional acrescida (OE, 2019). Neste sentido, o presente documento pretende demonstrar não apenas as atividades desenvolvidas, mas sobretudo o processo de evolução do meu raciocínio clínico, da autonomia profissional e da construção progressiva da minha identidade enquanto enfermeira especialista em formação.

A Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) assenta numa abordagem sistémica que reconhece a família como unidade de cuidados e como sistema dinâmico, no qual as interações entre os seus membros influenciam e são influenciadas pelos processos de saúde e doença (Figueiredo, 2013; Wright & Leahey, 2013). Esta perspetiva amplia o foco da intervenção para além do indivíduo isolado, considerando o contexto relacional, social e comunitário em que este se insere (Hanson, 2005). O exercício do enfermeiro especialista em contexto de cuidados de saúde primários exige, assim, competências avançadas de avaliação, planeamento e monitorização das respostas familiares ao longo do ciclo vital, integrando estratégias de promoção da saúde, prevenção da doença e gestão de situações complexas, em consonância com os princípios orientadores dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Stanhope & Lancaster, 2016).

Paralelamente, a prática especializada deve ser sustentada na melhor evidência científica disponível, garantindo qualidade, segurança e efetividade dos cuidados prestados (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019). A prática baseada na evidência constitui um pilar estruturante do exercício profissional especializado, permitindo fundamentar decisões clínicas, avaliar resultados e promover melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2019). A reflexão crítica sobre a prática, aliada à integração do conhecimento científico, assume-se como elemento central no desenvolvimento profissional contínuo e na consolidação das competências especializadas.

O estágio foi realizado em contexto de CSP, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região Norte de Portugal, mantendo-se o mesmo campo de estágio do ano letivo anterior. Esta continuidade constituiu uma oportunidade privilegiada para consolidar aprendizagens e aprofundar a autonomia profissional. A transição do contexto profissional de origem, desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) — caracterizado por uma intervenção maioritariamente na comunidade — para uma realidade assistencial centrada na consulta programada, na vigilância clínica e na gestão continuada de cuidados, constituiu um desafio significativo. Este processo exigiu adaptação, aquisição de novas competências e reformulação do olhar clínico, permitindo-me evoluir de uma postura inicialmente mais observacional para uma atuação progressivamente mais autónoma, segura e fundamentada.

Ao longo deste percurso, desenvolvi competências na condução de consultas de vigilância, no acompanhamento de situações de doença crónica, na realização de visitas domiciliárias e na articulação com a equipa multiprofissional, integrando os diferentes níveis de prevenção e assumindo gradualmente maior responsabilidade na gestão do cuidado à família. Esta evolução traduziu-se numa maior segurança na tomada de decisão clínica, na comunicação terapêutica e na capacidade de integrar conhecimento científico na prática assistencial, características inerentes ao exercício do Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

O presente relatório encontra-se organizado em duas partes complementares. A **Parte I** integra a análise crítica e reflexiva do desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), iniciando-se com o enquadramento do estágio e do contexto da prática clínica, seguido da fundamentação conceptual que sustenta a intervenção especializada. Nesta parte procede-se à análise das competências específicas definidas pela OE, nas quais se encontram transversalmente integradas as competências comuns inerentes ao exercício profissional especializado, evidenciando o processo de evolução

e consolidação da identidade profissional. Terminando com uma síntese crítica e identificação de uma área de investigação. A **Parte II** corresponde ao trabalho de investigação, concretizado através da realização de uma *Scoping Review*, cuja pertinência emerge da prática clínica desenvolvida e da identificação de uma área relevante no âmbito da ESF. O relatório culmina com uma síntese conclusiva.

PARTE I – COMPONENTE CLÍNICA: Enquadramento e Análise Crítica e Reflexiva do Desenvolvimento de Competências

Capítulo1 – Caracterização do contexto clínico

1.1. Enquadramento organizacional da Unidade de Saúde Familiar

O estágio decorreu numa USF da região Norte de Portugal, integrada na rede dos CSP do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A unidade iniciou a sua atividade em dezembro de 2007, tendo transitado para o modelo B em janeiro de 2011, passando a funcionar num regime de maior autonomia organizacional, funcional e técnica, associado à contratualização de objetivos e à monitorização sistemática de indicadores assistenciais (Administração Central do Sistema de Saúde, 2025).

Enquanto unidade modelo B, caracteriza-se por um sistema de responsabilização acrescida da equipa multiprofissional, sustentado na avaliação contínua do desempenho e no cumprimento de metas contratualizadas. Este enquadramento organizativo pressupõe gestão participativa, articulação regular entre profissionais e compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

A missão da unidade centra-se na prestação de cuidados de saúde personalizados, acessíveis e contínuos à população inscrita, promovendo uma abordagem global ao indivíduo e à família, com enfoque na promoção da saúde, prevenção da doença e acompanhamento ao longo do ciclo vital (Administração Central do Sistema de Saúde, 2025).

A estrutura organizacional integra órgãos de coordenação técnica e momentos formais de reunião de equipa, favorecendo a comunicação interna e a monitorização sistemática da prestação de cuidados.

1.2. Estrutura funcional e equipa multiprofissional

A USF apresenta uma estrutura organizacional assente no trabalho em equipa multiprofissional, integrando médicos de família, enfermeiros de família e secretários clínicos, organizados em microequipas funcionais. Esta organização promove a continuidade de

cuidados, a responsabilização partilhada e a articulação sistemática entre os diferentes profissionais envolvidos na prestação de cuidados (Administração Central do Sistema de Saúde, 2025).

A distribuição funcional da equipa encontra-se alinhada com os programas prioritários de saúde, assegurando uma resposta integrada às necessidades da população inscrita. O modelo de microequipas permite uma gestão mais próxima das listas de utentes atribuídas, promovendo continuidade dos cuidados e conhecimento aprofundado do contexto familiar.

A articulação interprofissional constitui um elemento estruturante da dinâmica organizacional, permitindo discussão conjunta de situações clínicas, monitorização de indicadores assistenciais e avaliação contínua dos processos, reforçando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

1.3. População inscrita e dinâmica assistencial

A USF presta cuidados a uma população inscrita significativa, caracterizada por diversidade etária e heterogeneidade sociocultural. Os dados institucionais internos evidenciam cerca de catorze mil utentes e uma distribuição equilibrada entre os sexos e uma estrutura etária marcada pela coexistência de grupos jovens e adultos com um índice de envelhecimento relevante (Administração Central do Sistema de Saúde, 2025).

A análise demográfica evidencia uma percentagem relevante de população em idade pediátrica e juvenil, coexistindo com uma proporção significativa de pessoas idosas, refletindo desafios distintos ao longo do ciclo vital. Este perfil populacional exige respostas diferenciadas, integrando intervenções de vigilância, acompanhamento de situações de doença crónica e estratégias de promoção da saúde adaptadas às necessidades identificadas.

No âmbito da prestação de cuidados, a dinâmica da unidade organiza-se em torno de consultas programadas e não programadas, assegurando um acompanhamento continuado. A gestão da atividade implica um registo clínico estruturado e rigoroso, bem como uma articulação próxima entre os diferentes profissionais da equipa, promovendo não só a continuidade, mas também integração dos cuidados

1.4. Áreas de intervenção de enfermagem no contexto da Unidade de Saúde Familiar

No contexto da USF, a intervenção de enfermagem desenvolve-se de forma transversal aos diferentes grupos etários e situações clínicas, integrando ações de promoção da saúde, prevenção da doença, vigilância clínica e acompanhamento continuado. A prática caracteriza-se por uma abordagem centrada na pessoa e na família, articulando os diferentes níveis de prevenção e mobilizando intervenções ajustadas às necessidades identificadas.

A atuação do enfermeiro implica capacidade de avaliação global, identificação precoce de fatores de risco e planeamento de intervenções individualizadas, sustentadas no raciocínio clínico e na articulação multiprofissional. A vigilância sistemática e a promoção do autocuidado assumem particular relevância, especialmente em contextos de acompanhamento prolongado.

A intervenção no domicílio constitui uma extensão da prática em consulta, permitindo a avaliação do ambiente familiar e social, bem como o ajustamento das respostas às condições reais de vida da pessoa e da família. Esta dimensão reforça a compreensão da família enquanto unidade de cuidados e promove a individualização das intervenções.

A complexidade e diversidade das intervenções desenvolvidas neste contexto evidenciam a necessidade de ancorar a prática clínica em fundamentos conceptuais sólidos, que orientem a atuação do enfermeiro especialista em ESF.

Capítulo 2 - Fundamentação conceptual da Enfermagem de Saúde Familiar

2.1. Família como unidade de cuidados: abordagem sistemática

A ESF assenta numa abordagem sistémica que reconhece a família como unidade de cuidados, entendida como um sistema dinâmico composto por elementos interdependentes, cujas interações influenciam os processos de saúde e doença (Wright & Leahey, 2013). Esta perspetiva ultrapassa a visão centrada exclusivamente no indivíduo, integrando o contexto relacional, social e cultural em que a pessoa se insere.

A família constitui simultaneamente foco e recurso de intervenção em saúde, exigindo do enfermeiro competências específicas na avaliação das dinâmicas familiares, na identificação de padrões de funcionamento e no reconhecimento de fatores de proteção e vulnerabilidade. A intervenção em saúde familiar implica, assim, uma leitura ampliada das necessidades, considerando o ciclo vital da família e as transições que o caracterizam (Figueiredo et al., 2023).

Neste enquadramento, o EEESF assume a responsabilidade de cuidar da família enquanto unidade, bem como cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, mobilizando intervenções ajustadas aos diferentes níveis de prevenção. Esta abordagem exige capacidade de avaliação sistémica, planeamento de cuidados centrados na família e promoção da sua capacitação para a gestão da saúde (Figueiredo et al.,2020).

2.2. Enfermagem de Saúde Familiar nos Cuidados de Saúde Primários

Os CSP constituem o nível de cuidados que assegura proximidade, acessibilidade, continuidade e coordenação da resposta às necessidades da população (Stanhope & Lancaster, 2016). Neste contexto, a ESF assume um papel central na gestão continuada dos cuidados, acompanhando as famílias ao longo do tempo e promovendo intervenções integradas de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação.

De acordo com a OE (2019), o EEESF distingue-se pela mobilização de competências avançadas que lhe permitem avaliar, planear e intervir junto da família em situações de maior complexidade, articulando respostas com a equipa multiprofissional e com a rede de recursos existentes. Estas competências, comuns e específicas, encontram-se interligadas na prática clínica, sustentando uma atuação

diferenciada e orientada para a qualidade dos cuidados.

A prática em cuidados de saúde primários coloca o enfermeiro numa posição privilegiada para identificar precocemente fatores de risco, acompanhar condições de saúde crónicas e intervir na promoção de estilos de vida saudáveis, reforçando o papel da família enquanto agente ativo na manutenção da saúde.

2.3. Prática baseada na evidência e qualidade dos cuidados

A prática baseada na evidência constitui um pilar fundamental do exercício profissional especializado, implicando a integração da melhor evidência científica disponível com a experiência clínica e os valores da pessoa e da família (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019; Connor et al.,2023). Esta abordagem contribui para a melhoria da qualidade, segurança e efetividade dos cuidados prestados.

No âmbito da ESF, a incorporação sistemática de evidência científica permite sustentar intervenções ajustadas à complexidade das situações acompanhadas nos CSP, promovendo respostas eficazes e contextualizadas. A análise crítica da prática, aliada à atualização científica contínua, constitui um elemento estruturante do desenvolvimento de competências especializadas.

À luz destes fundamentos conceptuais, a reflexão apresentada no capítulo seguinte evidencia a forma como estes princípios foram mobilizados no desenvolvimento das competências do EEESF, integrando prática clínica, fundamentação teórica e responsabilidade profissional.

Capítulo 3 - Análise Crítica e Reflexiva do Desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas

O desenvolvimento de competências no âmbito da ESF deve ser compreendido como um processo contínuo e dinâmico de integração entre conhecimento científico, experiência clínica e reflexão crítica sobre a prática. Nos termos do Regulamento n.º 140/2019 da OE, o enfermeiro especialista desenvolve competências comuns a todas as áreas de especialização e competências específicas inerentes ao domínio clínico da sua área profissional. No caso da ESF, estas centram-se no cuidado à família enquanto unidade funcional, ao longo do ciclo vital (Figueiredo et al., 2022) e nos diferentes níveis de prevenção, numa lógica de continuidade e longitudinalidade característica dos CSP (Stanhope & Lancaster, 2016).

Tal enquadramento pressupõe uma abordagem sistémica, relacional e contextualizada, ancorada na Teoria Geral dos Sistemas (Bertalanffy, 1968) e operacionalizada, entre outros referenciais, pelo Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary (MAIFC) (Wright & Leahey, 2013) e pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012). Neste sentido, o desenvolvimento de competências específicas não pode ser dissociado da mobilização das competências comuns do enfermeiro especialista. Ao longo do percurso formativo, estes domínios — responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019) — constituíram referenciais orientadores da prática, sustentando a tomada de decisão clínica e a reflexão crítica. Paralelamente, o Código Deontológico do Enfermeiro assumiu-se como um elemento estruturante da prática de cuidados, funcionando como um referencial ético permanente na orientação da intervenção profissional (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2024).

As competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se, assim, integradas de forma transversal no desenvolvimento das competências específicas, sendo mobilizadas continuamente ao longo da prática clínica.

O percurso formativo desenvolvido ao longo do segundo estágio constituiu uma etapa determinante de amadurecimento profissional. Se numa fase inicial a prática se encontrava ainda fortemente orientada por protocolos e por um maior recurso à validação no processo de tomada de decisão clínica, esta segunda etapa permitiu evoluir de uma postura predominantemente executiva para uma abordagem

mais interpretativa e contextualizada. A consulta deixou progressivamente de ser entendida como sequência linear de procedimentos para passar a assumir-se como espaço relacional, onde a escuta ativa e a leitura das necessidades implícitas orientam a intervenção.

Esta evolução traduziu-se numa maior capacidade de interpretar para além do motivo explícito da consulta, compreendendo que o indivíduo que se apresenta no gabinete não é dissociável do sistema familiar em que se insere. A prática passou a incorporar, de forma mais intencional, os princípios da abordagem sistémica, reconhecendo a circularidade das interações familiares e a influência dos contextos de vida nas trajetórias de saúde e doença (Wright & Leahey, 2013). A maturação profissional não se traduziu apenas numa maior segurança técnica, mas numa capacidade acrescida de escutar, interpretar e ajustar o cuidado à singularidade de cada família.

Paralelamente, tornou-se mais evidente a tensão entre o cuidado idealmente preconizado pela teoria — centrado na família, reflexivo e participativo — e as limitações impostas pela realidade dos CSP, designadamente a gestão do tempo e a sucessão de consultas. A necessidade de conciliar qualidade relacional, rigor técnico e cumprimento de indicadores institucionais exigiu um exercício constante de priorização e julgamento clínico. Esta realidade reforçou a consciência de que o exercício profissional especializado implica não apenas competência técnica, mas também capacidade crítica para atuar dentro das condicionantes do sistema, mantendo o compromisso ético com a qualidade e a humanização dos cuidados (OE, 2019).

A progressiva redução da necessidade de validação constante e o reconhecimento, por parte da equipa multiprofissional, enquanto elemento ativo no processo de prestação de cuidados, contribuíram para a consolidação da identidade profissional. Ainda que a supervisão se mantivesse presente, foi possível assumir a condução de consultas com maior segurança, fluidez e intencionalidade, integrando conhecimento científico, experiência prática e reflexão crítica — dimensões indissociáveis da prática baseada na evidência (Sackett et al., 1996; Connor et al., 2023).

Assim, o desenvolvimento de competências neste segundo estágio traduziu-se numa transformação qualitativa da prática, marcada por maior autonomia ponderada, consciência das limitações contextuais e integração articulada das competências comuns e específicas do EEESF. Mais do que acumulação de experiências, este percurso representou a consolidação de um olhar clínico mais abrangente, crítico e fundamentado, alinhado com os pressupostos conceptuais da disciplina, traduzindo-se numa prática profissional mais consciente, reflexiva e centrada na família.

3.1. Cuidar a família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção

A competência de cuidar a família enquanto unidade de cuidados constitui o eixo estruturante da ESF, pressupondo uma abordagem sistémica que compreende a família como um sistema aberto, dinâmico e interdependente, no qual as vivências e respostas de cada membro influenciam o funcionamento do conjunto (Wright & Leahey, 2013; Figueiredo et al.,2023). Esta perspetiva implica o estabelecimento de uma relação terapêutica intencional com a família, sustentada na escuta ativa, na confiança e na parceria, criando condições para a promoção da saúde, a prevenção da doença e a gestão de situações complexas ao longo do ciclo vital.

Neste momento do percurso, esta competência consolidou-se de forma mais consistente, traduzindo-se numa atuação menos mecanizada e mais interpretativa. A utilização do MAIFC passou a integrar, de forma natural, o raciocínio clínico, orientando a recolha sistemática e contextualizada de dados pertinentes ao estado de saúde da família. Para além da informação clínica formal, passaram a ser valorizados aspetos relacionais, desenvolvimentais e contextuais, permitindo identificar forças, vulnerabilidades e padrões de interação com impacto nos processos de saúde.

A vigilância de saúde infantil e juvenil constituiu um espaço privilegiado para mobilizar esta competência. A avaliação do crescimento e desenvolvimento, incluindo a interpretação de percentis e o cálculo do índice de massa corporal, foi integrada numa abordagem mais abrangente, centrada na capacitação parental e na promoção de estilos de vida saudáveis. A criança deixou de ser compreendida apenas como sujeito de vigilância biométrica, passando a ser enquadrada na dinâmica familiar que condiciona hábitos e rotinas. Esta evolução permitiu a implementação de intervenções ajustadas às características de cada agregado, promovendo a corresponsabilização e reforçando a relação terapêutica como instrumento de mudança.

Em situações de maior vulnerabilidade familiar, tornou-se evidente que a promoção da saúde exige estratégias diferenciadas. Em contextos de limitações cognitivas parentais associadas a necessidades específicas da criança, a intervenção orientou-se para a definição de objetivos realistas e exequíveis, privilegiando pequenas mudanças graduais e reforço positivo. Este acompanhamento implicou facilitar a resposta da família perante uma transição complexa, apoiando-a na reorganização de rotinas e na integração de orientações no quotidiano. A atuação centrou-se não apenas na transmissão de

informação, mas na construção de competências familiares, respeitando o ritmo e as capacidades do sistema.

A gestão da doença crónica constituiu igualmente um domínio relevante para o desenvolvimento desta competência. No acompanhamento de um utente com patologia vascular crónica e lesões complexas nos membros inferiores, tornou-se evidente a importância da família na continuidade dos cuidados. Para além do acompanhamento hospitalar para procedimentos cirúrgicos, o utente necessitava de realização regular de pensos. A esposa assumiu progressivamente um papel ativo na execução de cuidados no domicílio, assegurando a realização de intervenções intermédias e a comunicação sistemática das práticas efetuadas.

A intervenção de enfermagem centrou-se na capacitação da cuidadora informal, promovendo segurança técnica, reforçando orientações e assegurando monitorização sistemática da evolução das lesões. A avaliação contínua das respostas familiares às intervenções permitiu ajustar o plano de cuidados e reforçar estratégias eficazes. Esta situação evidenciou a gestão de uma transição complexa associada à doença crónica, exigindo reorganização familiar, adaptação de papéis e integração de novas rotinas no sistema familiar.

A articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares reforçou a necessidade de uma prática baseada na evidência científica, garantindo coerência entre orientações terapêuticas e intervenções implementadas (Sackett et al., 1996; Connor et al.,2023). A formalização sistemática dos registos clínicos no sistema informático permitiu assegurar continuidade assistencial, a comunicação entre níveis de cuidados e monitorização estruturada da evolução clínica.

Neste âmbito, a dimensão dos registos clínicos constituiu simultaneamente um desafio e uma oportunidade de aprendizagem. A necessidade de cumprir exigências administrativas e garantir a documentação rigorosa do processo de cuidados implicou a realização de registos estruturados e detalhados. Contudo, tornou-se evidente a tensão entre o tempo dedicado à formalização e o tempo relacional com o utente. A aprendizagem progressiva consistiu em reconhecer que a monitorização formal é parte integrante da qualidade dos cuidados, mas que a centralidade da intervenção permanece na relação terapêutica. Sempre que possível, foi priorizada a escuta ativa e o contacto visual, assegurando posteriormente a formalização adequada, numa lógica de equilíbrio entre humanização e responsabilidade profissional.

A monitorização e reavaliação contínua das respostas da família às intervenções assumiram um papel estruturante. A avaliação de parâmetros clínicos, a observação de mudanças comportamentais e o acompanhamento da adesão terapêutica permitiram ajustar o plano de cuidados de forma dinâmica. Esta prática refletiu a integração entre evidência científica, julgamento clínico e contexto específico da família, traduzindo uma intervenção fundamentada e contextualizada.

Paralelamente, manteve-se presente a consciência das limitações temporais inerentes à organização dos CSP. A sucessão de consultas e a necessidade de cumprir tempos definidos exigiram priorização e tomada de decisão clínica fundamentada. O envolvimento ativo e intencional na prática de ESF implicou procurar garantir, mesmo perante constrangimentos organizacionais, uma abordagem ética, contextualizada e centrada na família, mobilizando de forma articulada as competências específicas e as competências comuns do enfermeiro especialista.

Em síntese, o desenvolvimento desta competência traduziu-se numa prática mais integrada, reflexiva e estruturada, com reforço da relação terapêutica, recolha e interpretação sistemática de dados, intervenção em situações complexas, facilitação de transições associadas à doença crónica e monitorização contínua das respostas familiares. A evolução entre o primeiro e o segundo momento formativo manifestou-se, sobretudo, na maturidade do raciocínio clínico, na autonomia ponderada e na capacidade de cuidar a família enquanto unidade, ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção.

3.2. Liderar e colaborar nos processos de intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar

A competência de liderar e colaborar nos processos de intervenção em ESF posiciona o enfermeiro especialista como elemento estruturante na organização do sistema de cuidados centrado na família. Esta competência concretiza-se através da articulação com outras equipas de saúde, da mobilização adequada de recursos e da gestão integrada dos cuidados nos diferentes níveis de prevenção, assegurando continuidade, coerência e qualidade da intervenção.

A liderança em ESF assume uma natureza predominantemente clínica e relacional, não se restringindo ao exercício de cargos formais, mas manifestando-se na capacidade de influenciar decisões, clarificar prioridades e sustentar intervenções fundamentadas em benefício da família (Stanhope & Lancaster,

2016). Esta liderança traduz-se numa postura responsável, ética e baseada na evidência, integrando as competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente nos domínios da qualidade e da segurança dos cuidados (OE, 2019).

No decurso do segundo estágio, verificou-se uma evolução no meu posicionamento no contexto clínico, traduzida numa participação mais segura e fundamentada nas decisões partilhadas. Embora não tenha participado formalmente em reuniões estruturadas nem estabelecido articulação direta com outros profissionais externos, a prática clínica integrou momentos sistemáticos de discussão e análise conjunta com a enfermeira supervisora, nomeadamente no que respeita a decisões terapêuticas, referenciação e necessidade de mobilização de recursos. Esta dinâmica permitiu aprofundar a compreensão dos mecanismos de articulação interprofissional e integrar progressivamente o raciocínio inerente à gestão integrada do processo de cuidados da família.

A gestão da doença crónica constituiu um contexto privilegiado para o exercício desta competência. Em utentes com hipertensão arterial descontrolada, revelou-se necessário reorganizar o plano de cuidados, antecipar momentos de reavaliação e implementar estratégias estruturadas de monitorização domiciliária. A construção de grelhas de registo de valores tensionais e o agendamento de vigilância precoce permitiram reforçar o controlo clínico e promover maior envolvimento do utente e da família no processo terapêutico. Esta reorganização evidenciou capacidade de priorização, planeamento e adaptação das intervenções, integrando os níveis de prevenção secundária e terciária numa lógica de acompanhamento contínuo.

A articulação com cuidados hospitalares, designadamente no seguimento de utentes submetidos a procedimentos cirúrgicos para tratamento de lesões crónicas, exigiu assegurar coerência entre as orientações hospitalares e intervenções realizadas em CSP. Ainda que a comunicação formal se processasse através da enfermeira supervisora, a análise partilhada das indicações recebidas e a adequação das intervenções ao contexto familiar permitiram garantir continuidade terapêutica e segurança no percurso de cuidados. Esta mediação contribuiu para facilitar a transição entre níveis de cuidados e manter a estabilidade no processo clínico do utente.

No âmbito das consultas de saúde juvenil, emergiram situações relacionadas com dificuldades de integração escolar e episódios de *bullying*, exigindo uma abordagem que ultrapassava o plano exclusivamente biomédico. A intervenção implicou escuta ativa, validação emocional e orientação familiar, promovendo reflexão conjunta sobre estratégias de apoio. Sempre que necessário, foram

ponderadas formas de mobilização de recursos adequados, numa lógica de prevenção secundária e de proteção do bem-estar do jovem. Esta atuação traduz a abordagem sistémica da ESF, ao integrar os diferentes contextos que influenciam a saúde e o desenvolvimento do adolescente.

A gestão do sistema de cuidados da família implicou a integração intencional dos diferentes níveis de prevenção. A promoção de estilos de vida saudáveis (prevenção primária), a vigilância de fatores de risco (prevenção secundária) e o acompanhamento estruturado de patologias instaladas (prevenção terciária) foram articulados numa lógica contínua e não fragmentada, garantindo coerência no percurso de cuidados da família ao longo do ciclo vital (Figueiredo et al.2022)

A formalização rigorosa dos registos clínicos no sistema informático assumiu-se como um instrumento essencial para assegurar rastreabilidade, comunicação entre profissionais e monitorização de resultados. A utilização criteriosa da informação disponível sustentou decisões clínicas fundamentadas, integrando os princípios da prática baseada na evidência, que articula a melhor evidência científica disponível com o julgamento profissional e as necessidades específicas da família (Sackett et al., 1996; Connor et al.,2023).

A evolução entre o primeiro e o segundo momento formativo traduziu-se numa maior autonomia colaborativa e numa participação mais segura na análise das decisões clínicas. A necessidade de validação constante foi progressivamente substituída por uma postura mais confiante e fundamentada, ainda que enquadrada pela supervisão da tutora. Esta progressão evidencia o desenvolvimento integrado das competências específicas da ESF com as competências comuns do enfermeiro especialista, particularmente nos domínios da responsabilidade profissional, melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

Em síntese, este percurso traduziu-se, ao nível dos processos de intervenção, numa prática mais estruturada, reflexiva e consciente do sistema de cuidados, evidenciando capacidade de articulação, reorganização de planos terapêuticos, mobilização de recursos e gestão integrada das necessidades familiares ao longo do ciclo vital.

Capítulo 4 - Síntese crítica da prática clínica e identificação de uma área de investigação

A conclusão do estágio de natureza profissional constituiu um momento privilegiado de reflexão crítica sobre o percurso formativo desenvolvido e sobre a consolidação das competências inerentes ao exercício especializado em ESF. Mais do que a aquisição de competências técnicas, este percurso traduziu-se numa transformação do olhar clínico e na consolidação de uma perspetiva mais abrangente do processo de cuidar.

Uma das mudanças mais significativas verificou-se na forma de compreender a pessoa enquanto parte integrante de um sistema familiar. Progressivamente, tornou-se evidente que nenhuma situação clínica pode ser interpretada de forma isolada, uma vez que a pessoa é indissociável das dinâmicas, recursos, crenças e vulnerabilidades da família em que se insere. Tal como defendem Wright e Leahey (2013), a família constitui simultaneamente contexto e agente de saúde, influenciando a forma como os seus membros vivenciam processos de transição, doença e adaptação.

A consolidação desta perspetiva sistémica reforçou a consciência de que a intervenção do enfermeiro especialista deve integrar determinantes sociais, relacionais e comportamentais da saúde, numa lógica que ultrapassa a dimensão estritamente biomédica (Stanhope & Lancaster, 2016). O cuidado passa, assim, a ser entendido como um processo contínuo, desenvolvido ao longo do ciclo vital da família, integrando a promoção da saúde, a prevenção da doença e a gestão de condições crónicas.

Contudo, a reflexão crítica sobre o contexto de prática evidenciou também constrangimentos estruturais que condicionam a operacionalização plena deste modelo. Entre estes, destaca-se de forma transversal a gestão do tempo. A pressão associada à organização das consultas, ao cumprimento de indicadores e à formalização rigorosa dos registos clínicos reduz frequentemente a disponibilidade para uma escuta aprofundada e para uma abordagem familiar mais integrada. Esta tensão entre o cuidado ideal e o cuidado possível constitui um desafio reconhecido na prática dos cuidados de saúde primários (OE, 2019).

Paralelamente, tornou-se particularmente evidente a centralidade da prevenção enquanto eixo estruturante da ESF. A intervenção precoce, a promoção de estilos de vida saudáveis e o acompanhamento continuado de comportamentos ao longo do ciclo vital assumem-se como estratégias determinantes na redução da incidência de doença crónica e na modificação de fatores de risco (DGS,

2013). Contudo, a efetivação destas estratégias exige uma abordagem integrada que considere a família nos seus diferentes contextos de vida, bem como a articulação entre os vários agentes com responsabilidade na promoção da saúde, numa lógica de corresponsabilização.

Ao considerar a família ao longo do ciclo vital, torna-se evidente que determinadas fases assumem particular relevância na construção de padrões comportamentais com impacto futuro na saúde. A infância constitui um período crítico na consolidação de hábitos alimentares, níveis de atividade física e comportamentos relacionados com a saúde, sendo amplamente reconhecida na literatura como uma janela de oportunidade para intervenções preventivas estruturadas (World Health Organization [WHO], 2022).

A obesidade infantil, enquanto problema de saúde pública de crescente magnitude, ilustra de forma paradigmática a necessidade de intervenções precoces, integradas e centradas na família. A evidência demonstra que o excesso de peso na infância está associado a maior probabilidade de persistência na idade adulta e a aumento do risco de morbilidade cardiovascular, metabólica e psicossocial (Lobstein et al., 2015). O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, refere a obesidade infantil como um alvo de intervenção crucial na saúde dos portugueses (DGS, 2022).

A intervenção não pode, por isso, limitar-se à abordagem individual da criança, devendo integrar práticas parentais, padrões familiares e contextos sociais que moldam comportamentos alimentares e de atividade física.

A reflexão decorrente do estágio, articulada com a experiência profissional em contexto de promoção da saúde, reforçou a perceção de que o enfermeiro de família ocupa uma posição privilegiada na prevenção e abordagem desta problemática. Pela sua proximidade às famílias, pelo acompanhamento longitudinal ao longo do ciclo vital e pela competência na promoção da saúde, o enfermeiro especialista encontra-se estrategicamente posicionado para intervir na modificação de comportamentos e na capacitação familiar.

Contudo, apesar deste potencial, permanece pertinente aprofundar de que forma a literatura científica descreve e sustenta a intervenção do enfermeiro de família na prevenção e abordagem da obesidade em idade escolar, quais as estratégias implementadas, que modelos de atuação evidenciam maior eficácia e que lacunas persistem na prática clínica.

Neste sentido, e resultando da interseção entre o percurso formativo desenvolvido no estágio e a reflexão crítica sobre a prática profissional, emergiu a necessidade de mapear a evidência científica disponível sobre o papel do enfermeiro de família na prevenção da obesidade infantil em crianças do 1.º ciclo do ensino básico.

Desta reflexão fundamentada decorre a decisão de desenvolver uma *Scoping Review*, com o objetivo de identificar, analisar e sistematizar a evidência existente, contribuindo para uma prática mais estruturada, fundamentada e orientada para a prevenção.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar na Prevenção da Obesidade Infantil: *Uma Scoping Review*

Capítulo 5 – Scoping Review

5.1. Enquadramento e Relevância do Tema

A obesidade infantil constitui um dos mais relevantes desafios de saúde pública a nível global, assumindo proporções epidémicas nas últimas décadas e sendo reconhecida como determinante para o desenvolvimento precoce de doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente diabetes tipo 2, patologias cardiovasculares e alterações metabólicas (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022). Para além das repercussões físicas, associa-se igualmente a consequências psicológicas e sociais, com impacto significativo no bem-estar, na autoestima e na qualidade de vida da criança.

Em Portugal, os dados mais recentes da 6.ª edição do Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), coordenada pela OMS em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, revelam que 31,9 % das crianças entre os 6 e os 8 anos apresentavam excesso de peso, incluindo obesidade, sendo que 13,5 % correspondem a obesidade infantil (Rito et al., 2023; PNS, 2022). Estes valores, ainda que referentes a idades ligeiramente inferiores à amplitude etária considerada no presente estudo (6–10 anos), correspondem maioritariamente ao primeiro ciclo do ensino básico e evidenciam a magnitude da problemática no contexto escolar português. Apesar de se observar uma ligeira tendência de estabilização face a anos anteriores, a prevalência mantém-se elevada, reforçando a necessidade de estratégias preventivas estruturadas e sustentadas (DGS, 2020).

A obesidade infantil é reconhecida como uma condição multifatorial, resultante da interação complexa entre fatores biológicos, comportamentais, familiares, ambientais e socioculturais (Cabral, 2019). A criança desenvolve-se num sistema de interações dinâmicas entre família, escola e comunidade, conforme descrito no modelo bioecológico do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1979), sendo os comportamentos de saúde moldados pelos diferentes contextos em que se insere.

O período correspondente ao primeiro ciclo do ensino básico, habitualmente frequentado entre os 6 e os 10 anos de idade, constitui uma etapa determinante no processo de desenvolvimento. Nesta fase, observa-se uma progressiva autonomia nas escolhas alimentares, maior influência do grupo de pares e consolidação de rotinas comportamentais que tendem a manter-se ao longo do ciclo vital (DGS, 2015; OMS, 2022). A evidência demonstra que os hábitos adquiridos nesta etapa têm impacto significativo no risco futuro de obesidade e outras patologias associadas, reforçando a importância da

intervenção precoce.

O ambiente escolar assume, assim, um papel central enquanto espaço privilegiado de socialização, aprendizagem e construção de comportamentos de saúde. Integrado no conceito mais amplo de comunidade, constitui um cenário estratégico para a implementação de intervenções promotoras da saúde, permitindo simultaneamente a identificação precoce de situações de risco e a articulação entre criança, família e serviços de saúde (DGS, 2015).

A prática em contexto de saúde escolar evidencia que o primeiro ciclo do ensino básico representa um período particularmente sensível para a deteção de situações de excesso de peso e para a implementação de estratégias preventivas estruturadas, sustentadas na capacitação da criança e da família.

A promoção da saúde, entendida como o processo que capacita indivíduos e comunidades para o controlo dos determinantes da sua saúde (WHO, 1986), constitui o enquadramento conceptual que sustenta a intervenção preventiva na obesidade infantil. Neste domínio, o enfermeiro de saúde familiar, no âmbito dos CSP e da intervenção comunitária, detém competências específicas na avaliação sistémica da família, na identificação de necessidades ao longo do ciclo vital e na implementação de intervenções centradas na família e na comunidade (OE, 2018).

A sua atuação estratégica na articulação entre família, escola e comunidade posiciona-o como elemento fundamental na prevenção da obesidade infantil, nomeadamente através da capacitação parental, educação para a saúde, monitorização de comportamentos e da promoção de ambientes facilitadores de escolhas saudáveis.

Apesar da reconhecida relevância da intervenção de enfermagem nesta problemática, não se encontra, até ao momento, uma sistematização estruturada da evidência científica que descreva de forma clara e organizada o papel específico do enfermeiro de saúde familiar na prevenção da obesidade infantil em crianças do primeiro ciclo do ensino básico, particularmente em contexto comunitário. Torna-se, assim, pertinente mapear a evidência científica disponível, identificar estratégias descritas, contextos de atuação e lacunas existentes, contribuindo para uma compreensão mais estruturada do contributo da ESF nesta área.

Neste enquadramento, a presente revisão visa mapear os estudos disponíveis acerca do papel do enfermeiro de saúde familiar na prevenção da obesidade infantil em crianças dos 6 aos 10 anos, em contexto comunitário.

5.2. Objetivo e questão de revisão

A definição do objetivo e da questão de revisão constitui uma etapa fundamental no desenvolvimento da presente revisão, orientando todo o processo metodológico subsequente, nomeadamente a definição dos critérios de inclusão, a estratégia de pesquisa e a seleção dos estudos. Neste sentido, procedeu-se à sua formulação com base na estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), conforme recomendado pelo JBI.

5.2.1. Objetivo Geral

O objetivo do estudo constitui um elemento estruturante da investigação, na medida em que define a sua orientação e delimita o foco da análise.

A presente *scoping review* tem como objetivo mapear os estudos sobre o papel do enfermeiro de saúde familiar na prevenção da obesidade infantil em crianças dos 6 aos 10 anos, em contexto comunitário.

5.2.2. Questão de revisão

A questão de revisão foi estruturada com base na estratégia PCC, permitindo delimitar de forma clara o foco da investigação:

- **População (P):** Crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos
- **Conceito (C):** Papel do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil
- **Contexto (C):** Contexto comunitário

Neste sentido, formulou-se a seguinte questão de revisão:

Qual o papel do enfermeiro de saúde familiar na prevenção da obesidade infantil em crianças dos 6 aos 10 anos, em contexto comunitário?

5.3. Metodologia

A presente revisão da literatura foi conduzida de acordo com as orientações metodológicas propostas

pelo JBI (Peters et al., 2020), garantindo rigor e transparência ao longo de todo o processo de revisão. O percurso metodológico foi estruturado em etapas sequenciais, incluindo a definição da questão de revisão com base na estratégia PCC, a identificação e seleção dos estudos, a extração e organização dos dados e a síntese dos resultados.

5.3.1. Tipo de Estudo

A revisão de literatura do tipo *scoping review* constitui uma abordagem metodológica adequada quando se pretende mapear a evidência científica disponível sobre um determinado fenómeno, permitindo identificar conceitos-chave, tipos de evidência e lacunas no conhecimento existente (Arksey & O'Malley, 2005; Levac et al., 2010).

Serão incluídos estudos primários de natureza quantitativa, qualitativa ou de métodos mistos que contribuam para a compreensão do papel do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil em crianças dos 6 aos 10 anos, em contexto comunitário.

Atendendo ao objetivo do presente estudo, optou-se por esta abordagem metodológica por se considerar a mais adequada à natureza exploratória da temática em análise.

5.3.2. Critérios de inclusão e exclusão

A definição dos critérios de inclusão e exclusão foi estruturada com base no modelo PCC, assegurando coerência com a questão de revisão. Foram ainda considerados critérios relativos ao tipo de fontes de evidência, período temporal e idioma, garantindo rigor no processo de seleção dos estudos.

- Critérios de Inclusão

- **População -** Serão incluídos estudos que integrem crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, correspondentes ao 1.º ciclo do ensino básico. Serão igualmente considerados estudos com faixas etárias mais alargadas, desde que incluam crianças neste intervalo etário e que os resultados sejam apresentados de forma desagregada ou permitam a extração de dados específicos para este grupo etário.

- **Conceito -** Serão incluídos estudos que abordem a prevenção da obesidade infantil, incluindo intervenções, programas ou estratégias dirigidas à promoção de estilos de vida saudáveis, educação alimentar, promoção da atividade física, capacitação familiar ou outras ações preventivas, bem como o papel dos enfermeiros nessas intervenções.

- **Contexto -** Serão incluídos estudos desenvolvidos em contexto comunitário, nomeadamente em ambiente escolar, cuidados de saúde primários ou programas comunitários.

- **Profissional -** Serão incluídos estudos que refiram a participação de enfermeiros nas intervenções descritas. Serão igualmente considerados estudos em que a intervenção, embora não atribua explicitamente a sua execução a enfermeiros, se enquadre no âmbito das competências da enfermagem, sendo essa análise realizada de forma fundamentada. Não será exigida a designação específica de "enfermeiro de saúde familiar", atendendo às diferentes nomenclaturas internacionais, sendo posteriormente realizado o enquadramento conceptual à luz da enfermagem de saúde familiar.

- **Tipos de fontes de evidência -** Serão incluídos estudos empíricos primários de natureza quantitativa, qualitativa ou de métodos mistos, desde que contribuam para a compreensão do papel do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil.

- **Período temporal -** Serão incluídos estudos publicados nos últimos 5 anos, por se tratar de um intervalo que permite integrar evidência científica atual e clinicamente relevante, refletindo a evolução recente das estratégias de prevenção da obesidade infantil, das orientações de saúde pública e das abordagens de intervenção em contexto comunitário. Esta delimitação visa assegurar que os resultados mapeados correspondem a práticas e recomendações contemporâneas, com maior aplicabilidade aos contextos atuais de intervenção do enfermeiro de saúde familiar. (Peters et al., 2020).

- **Idioma -** Serão incluídos estudos publicados em português e inglês, por constituírem as línguas predominantes na produção científica na área da enfermagem e da saúde pública, assegurando rigor na análise e interpretação dos dados. (Peters et al., 2020).

- Critérios de exclusão

• Estudos que incidam exclusivamente sobre população pré-escolar ou adolescente, sem inclusão de crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos;

• Estudos desenvolvidos exclusivamente em contexto hospitalar;

• Estudos que não evidenciem a participação de enfermeiros nas intervenções descritas, nem permitam enquadrar essas intervenções no âmbito das competências da enfermagem;

• Documentos opinativos, editoriais, cartas ao editor ou outros sem contributo empírico relevante para a questão de revisão;

• Artigos de revisão e estudos metodológicos.

5.3.3. Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa foi delineada de acordo com as orientações metodológicas do JBI, que recomendam um processo estruturado e sistemático, organizado em três fases sequenciais (Peters et al., 2020), de forma a assegurar a identificação abrangente e rigorosa da evidência científica relevante.

Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa exploratória inicial na base de dados MEDLINE (via PubMed), com o objetivo de identificar termos-chave, descritores indexados e palavras livres utilizados na literatura para descrever os principais elementos da revisão: **população** (crianças dos 6 aos 10 anos), **conceito** (papel do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil) e **contexto** (comunitário, escolar, cuidados de saúde primários). A análise dos títulos, resumos e termos de indexação dos estudos identificados permitiu refinar a terminologia e construir a estratégia de pesquisa final (Peters et al., 2020).

Foram identificados como principais termos de pesquisa: *child, school-age, pediatric, obesity, overweight, obesity prevention, health promotion, intervention, family nursing, community health nursing e primary health care*, os quais foram combinados e adaptados de acordo com as especificidades de cada base de dados.

Numa segunda fase, foi desenvolvida uma estratégia de pesquisa estruturada, com base nos termos

identificados na fase exploratória, combinando os descritores controlados e termos livres, articulados através de operadores booleanos (AND, OR), de forma a garantir níveis adequados de sensibilidade e especificidade. Esta estratégia foi aplicada nas bases de dados selecionadas, com adaptação às suas especificidades.

Na base de dados MEDLINE (via PubMed) foram utilizados descritores MeSH (Medical Subject Headings), complementados por termos livres relevantes. Nas bases de dados Scopus e Web of Science, que não dispõem de vocabulário controlado próprio, a pesquisa foi realizada através da combinação de termos livres nos campos de título, resumo e palavras-chave. Em todas as bases de dados, os termos foram articulados através de operadores booleanos, bem como recurso a truncaturas e aspas para expressão exata, sempre que aplicável.

Numa terceira fase, procedeu-se à análise das listas de referências bibliográficas dos estudos incluídos, com o objetivo de identificar estudos adicionais potencialmente relevantes não captados na pesquisa inicial, não tendo sido identificados estudos elegíveis adicionais, conforme recomendado pelo JBI (Peters et al., 2020).

Foram ainda aplicados filtros nas bases de dados, restringindo a pesquisa aos últimos cinco anos e a estudos publicados em língua portuguesa e inglesa.

O processo de seleção dos estudos foi conduzido de acordo com as recomendações PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

5.3.4. Fontes de informação

Na sequência da estratégia de pesquisa anteriormente descrita, foram consultadas as seguintes bases de dados eletrónicas:

- MEDLINE (via PubMed)
- Scopus
- Web of Science

A seleção destas bases de dados justifica-se pela sua ampla cobertura da literatura científica nas áreas da enfermagem, cuidados de saúde primários, saúde pública e promoção da saúde, bem como pela

indexação de revistas científicas com revisão por pares, assegurando a qualidade e relevância da evidência científica identificada.

Não foi incluída literatura cinzenta, uma vez que, a presente revisão se centra na identificação e mapeamento de evidência científica publicada em bases de dados indexadas, garantindo consistência metodológica e maior controlo no processo de seleção dos estudos.

A organização e gestão das referências identificadas será efetuada com recurso ao gestor bibliográfico ZOTERO, permitindo a sistematização dos registos, a remoção de duplicados e a otimização do processo de triagem.

As estratégias de pesquisa completas, tal como aplicadas em cada base de dados selecionada, encontram-se descritas na Tabela 1, assegurando transparência e reprodutibilidade do processo.

Tabela 1 - Equação de pesquisa nas bases de dados

Database	Search Equation	Results
MEDLINE (via PubMed)	(''childhood obesity'' OR (obes* AND child*)) AND (''obesity prevention'' OR ''health promotion'') AND (''primary health care'' OR ''community health'' OR ''school health'') AND (nurs* OR ''family nurse'' OR ''school nurse'' OR ''community nurse'')	119
Scopus	TITLE-ABS-KEY((child* OR ''school-age*'' OR pediatric* OR paediatric*) AND (obes* OR overweight) AND (prevent* OR ''obesity prevention'' OR ''health promotion'' OR intervention*) AND (''family nurs*'' OR ''family health nurs*'' OR ''family practice nurs*'' OR ''primary care nurs*'' OR ''community health nurs*'' OR ''public health nurs*'' OR ''primary health care'' OR ''family practice''))	212
Web of Science	TS=((child* OR ''school-age*'' OR pediatric* OR paediatric*) AND (obes* OR overweight) AND (prevent* OR ''obesity prevention'' OR ''health promotion'' OR intervention*) AND (''family nurs*'' OR ''family health nurs*'' OR ''family practice nurs*'' OR ''primary care nurs*'' OR ''community health nurs*'' OR ''public health nurs*'' OR ''primary health care'' OR ''family practice''))	82

5.3.5. Processo de seleção dos estudos

O processo de seleção dos estudos foi conduzido de forma sistemática e estruturada, sendo posteriormente apresentado através de um fluxograma, de acordo com as recomendações do PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

Numa fase inicial, foram identificados 413 estudos através da aplicação das estratégias de pesquisa nas bases de dados selecionadas, nomeadamente 119 na MEDLINE (via PubMed), 212 na Scopus e 82 na Web of Science.

As referências obtidas foram organizadas com recurso ao gestor bibliográfico ZOTERO, tendo sido removidos 90 registos duplicados, resultando num total de 323 estudos únicos.

Seguidamente, procedeu-se à fase de triagem, através da leitura dos títulos e resumos dos 323 estudos, com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, tendo sido excluídos 307 estudos e selecionados 16 estudos para leitura integral.

Na fase de leitura do texto integral, foram excluídos 10 estudos, tendo sido incluídos na presente revisão um total de 6 artigos.

As exclusões verificadas ao longo do processo, deveram-se ao não cumprimento dos critérios de elegibilidade estabelecidos, nomeadamente por incidirem sobre intervenções dirigidas a crianças com excesso de peso ou obesidade já instalada, privilegiando abordagens de tratamento em detrimento de intervenções de prevenção primária.

O processo de seleção dos estudos foi representado através de um fluxograma elaborado com base nas orientações PRISMA-ScR, e alinhado com a metodologia do JBI, permitindo evidenciar as diferentes etapas da revisão, desde a identificação inicial dos registos até à inclusão final dos estudos, conforme apresentado na Figura 1.

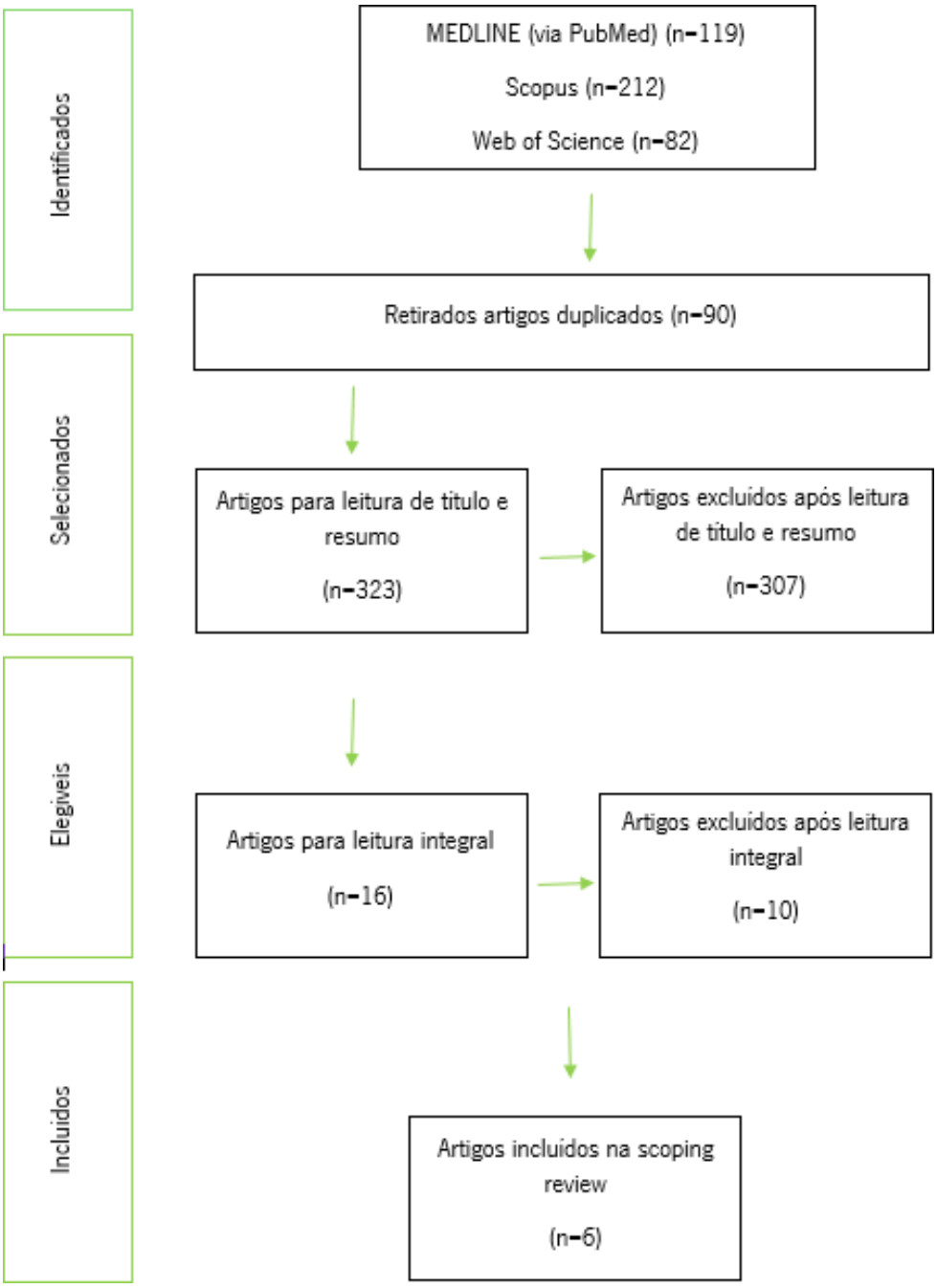


Figura 1 - Fluxograma Prisma ScR

5.3.6. Extração de dados

A extração de dados foi realizada de forma sistemática a partir dos estudos incluídos, após leitura integral, com o objetivo de identificar e organizar a informação relevante para a presente revisão.

De acordo com as orientações metodológicas do JBI, a extração de dados constitui uma etapa

fundamental nas revisões da literatura, permitindo a recolha estruturada de informação essencial para responder à questão de investigação (Peters et al., 2020).

Para o efeito, foi construída uma tabela de extração de dados, que permitiu a sistematização e comparação dos principais elementos dos estudos selecionados, conforme recomendado para este tipo de revisão (Arksey & O'Malley, 2005; Levac et al., 2010).

Foram extraídos dados relativos ao autor e ano de publicação, país de realização do estudo, tipo de estudo, população (P), características da intervenção/conceito (C), contexto de implementação (C) e principais resultados, em alinhamento com o objetivo da revisão.

Este processo permitiu uma organização estruturada da evidência, facilitando a análise e síntese dos dados na fase subsequente.

5.3.7. Síntese E Apresentação dos resultados

A síntese dos dados será realizada de forma descritiva e organizada, com o objetivo de identificar padrões e tendências na evidência científica disponível.

Os resultados serão apresentados através de uma tabela síntese, na qual serão sistematizadas as principais características dos estudos incluídos, com base nos dados previamente extraídos.

Paralelamente, será realizada uma síntese narrativa dos dados, permitindo a organização da informação em categorias temáticas relevantes para o objetivo da revisão (Levac et al., 2010).
A análise será de natureza descritiva, não sendo realizada avaliação da qualidade metodológica dos estudos, em consonância com a natureza da presente revisão.

5.4. Resultados

A presente scoping review integrou seis estudos publicados entre 2022 e 2025, desenvolvidos em diferentes contextos geográficos, com predominância nos Estados Unidos da América, bem como em países europeus e asiáticos. Os estudos incluídos apresentam características metodológicas relativamente semelhantes, destacando-se maioritariamente ensaios clínicos randomizados e estudos de intervenção em contexto comunitário.

Relativamente à **população**, os estudos incidem em crianças em idade escolar, maioritariamente no primeiro ciclo do ensino básico, envolvendo frequentemente os pais ou a família, evidenciando a relevância do contexto familiar na implementação das intervenções. No que respeita ao **conceito**, as intervenções centram-se na promoção de estilos de vida saudáveis, incluindo educação para a saúde, incentivo à atividade física e melhoria dos hábitos alimentares, sendo frequentemente estruturadas como programas multicomponentes. Quanto ao **contexto**, verifica-se que as intervenções são desenvolvidas predominantemente em ambiente comunitário, com especial enfoque no contexto escolar, e, em alguns casos, articuladas com os cuidados de saúde primários.

Na Tabela 2 apresenta-se a caracterização dos estudos incluídos, nomeadamente no que se refere ao autor e ano de publicação, país, tipo de estudo, população, intervenções implementadas, contexto de realização e principais resultados. As variáveis apresentadas encontram-se alinhadas com o modelo PCC, correspondendo a população (P), conceito — operacionalizado através das intervenções — (C) e contexto (C).

Os estudos analisados apresentam alguma variabilidade ao nível das intervenções e dos resultados obtidos, contudo, foi possível identificar padrões consistentes na evidência disponível.

A análise dos resultados permitiu organizar a evidência em três dimensões principais:

(i) intervenções com impacto nos indicadores antropométricos;

(ii) intervenções com impacto comportamental;

(iii) intervenções sem impacto significativo nos indicadores antropométricos

Importa referir que as categorias de análise não são mutuamente exclusivas, verificando-se que um dos estudos incluídos (Duan et al., 2025) apresenta resultados em mais do que uma dimensão, nomeadamente ao nível dos indicadores antropométricos e comportamentais.

Relativamente às intervenções com impacto nos indicadores antropométricos, verificou- se que dois (Martins et al., 2025; Duan et al., 2025) dos seis estudos incluídos, correspondentes a intervenções multicomponentes desenvolvidas em contexto familiar, demonstraram reduções significativas do índice de massa corporal (IMC) e de outros indicadores associados ao estado ponderal, como o IMC z-score e a relação cintura/altura, medidas amplamente utilizadas na avaliação do estado nutricional infantil.

Estas intervenções caracterizam-se, por abordagens multicomponentes, integrando estratégias de educação para a saúde, promoção da atividade física e envolvimento da família e da escola, sugerindo que programas estruturados e contextualizados podem contribuir para melhorias no estado nutricional das crianças.

No que concerne às intervenções com impacto comportamental, três dos estudos analisados (Duan et al., 2025; Horning et al., 2024; Bray & Brown, 2025), evidenciaram melhorias significativas ao nível dos comportamentos relacionados com a saúde, nomeadamente aumento da atividade física, melhoria dos hábitos alimentares e reforço da literacia em saúde. Destaca-se, neste âmbito, o papel das intervenções centradas na família, que promovem alterações no ambiente doméstico e no envolvimento parental. Contudo, estas mudanças comportamentais nem sempre se traduziram em alterações imediatas nos indicadores antropométricos.

Por outro lado, um dos estudos incluídos (Fulkerson et al., 2022) não evidenciou diferenças estatisticamente significativas ao nível do IMC, apesar de apresentarem tendências positivas, como melhorias na composição corporal ou nos comportamentos de saúde. Estes resultados reforçam a complexidade da prevenção da obesidade infantil, sugerindo que intervenções de curta duração ou isoladas podem ser insuficientes para produzir alterações mensuráveis a curto prazo.

Salienta-se que um dos estudos incluídos (Annerstedt et al., 2025) centrou-se predominantemente na avaliação da implementação e adesão à intervenção, não apresentando resultados diretamente comparáveis ao nível dos indicadores antropométricos ou comportamentais.

De modo geral, os resultados apontam para o potencial das intervenções comunitárias na promoção de estilos de vida saudáveis em crianças em idade escolar, particularmente quando incluem o envolvimento familiar e abordagens multicomponentes. Contudo, evidencia-se a necessidade de intervenções mais prolongadas, integradas e adaptadas ao contexto, de forma a alcançar impactos mais consistentes nos indicadores antropométricos.

Nº artigo	Autor/Ano	País	Tipo de Estudo	População	Intervenção/ Conceito	Contexto	Principais Resultados
1	Annerstedt et al., 2025	Suécia	Ensaio clínico randomizado por clusters (Hybrid Type III trial)	Crianças 5-7 anos e respetivos pais (n=946 famílias)	Programa "Healthy School Start", uma intervenção multicomponente de base escolar e familiar, incluindo: - educação para a saúde dirigida às famílias; - entrevista motivacional conduzida por profissionais de saúde; - atividades em sala de aula com tarefas para casa; - teste de risco para diabetes tipo II dirigido aos pais.	Comunitário (escolas com articulação aos cuidados de saúde primários)	- Elevada fidelidade de implementação (˜75%); - A adição de estratégias de implementação mais intensivas não demonstrou melhorias significativas na adesão ou nos resultados; - Evidenciada a importância da adaptação das estratégias ao contexto local; - Diferenças na adesão relacionadas com características sociodemográficas (ex.: menor participação de pais não nórdicos na entrevista motivacional).
2	Martins et al., 2025	Portugal	Ensaio clínico randomizado por clusters	Crianças do 1º ciclo do ensino básico (idade média ≈ 7,7 anos), provenientes de contextos socioeconomicamente vulneráveis (n=735)	Programa BeE-school, uma intervenção de promoção da saúde de base escolar, com abordagem multicomponente, incluindo: - formação e capacitação de professores (16 semanas); - implementação de conteúdos em contexto de sala de aula; - desafios quinzenais dirigidos às famílias; - envolvimento de equipa multidisciplinar (enfermagem, nutrição, psicologia e atividade física).	Escolar e comunitário (escolas TEIP em contexto socioeconómico desfavorecido)	Redução significativa no pós-intervenção, dos indicadores de adiposidade: - IMC z-score; - relação cintura/altura; - relação cintura/peso; - Manutenção do efeito na redução do IMC z-score a longo prazo (1 ano após intervenção); - Efeitos mais expressivos em crianças com excesso de peso/obesidade no baseline; - Intervenções multicomponentes, com envolvimento familiar e capacitação de professores, demonstraram elevada eficácia na promoção de comportamentos saudáveis.
3	Duan et al., 2025	China	Ensaio clínico randomizado por clusters	Crianças em idade escolar (8-10 anos), estudantes do 1º ciclo	Intervenção escolar multicomponente, implementada	Escolar/comunitário (integração escola – família)	- Redução significativa do IMC no grupo de intervenção comparativamente ao grupo de controlo;

				(n=400; 396 completaram o estudo)	ao longo de um ano letivo, incluindo: - educação para a saúde estruturada; - reforço da atividade física (sessões diárias de intensidade moderada a vigorosa); - monitorização regular do IMC com feedback individual; - envolvimento familiar através de educação parental e acompanhamento comportamental; - implementação de políticas escolares promotoras de estilos de vida saudáveis.		- diminuição da prevalência de obesidade e excesso de peso; - melhoria significativa de comportamentos de saúde: • Hábitos alimentares; • Actividade física (aumento de MPVA); • Redução do comportamento sedentário. - aumento do conhecimento relacionado com obesidade e estilos de vida saudáveis; - efeitos mais expressivos em subgrupos específicos (ex.: crianças com excesso de peso inicial); - evidência de eficácia de intervenções multicomponentes com integração escola-família.
4	Bray & Brown, 2025	EUA	Estudo descritivo com intervenção comunitária (abordagem participativa)	Crianças em idade escolar (5-11 anos) e respetivos pais/encarregados de educação	Programa "On Track to Wellness", liderado por enfermeiros, com abordagem comunitária participativa, incluindo: - educação para a saúde (nutrição, atividade física, gestão do stress, prevenção de acidentes); - estratégias de aprendizagem ativa ("see it, hear it, do it"); - rastreios de saúde (IMC, pressão arterial, peso); - envolvimento parental através de questionários e identificação de necessidades;	Comunitário (escola e biblioteca pública)	- Elevada prevalência de comportamentos de risco: • consumo frequente de bebidas açucaradas; • elevado tempo de ecrã; • ingestão insuficiente de frutas e vegetais; - Identificação de níveis elevados de stress em crianças (dificuldade em lidar com emoções); - Pais identificaram múltiplas barreiras à adoção de estilos de vida saudáveis: • dificuldades económicas; • acesso limitado a alimentos saudáveis; • falta de tempo;

					- parcerias comunitárias (escola, biblioteca, supermercado local, serviços de saúde).		• excesso de tecnologia. - Necessidade expressa de: • educação alimentar; • redução do tempo de ecrã; • criação de ambientes seguros para atividade física em família; - O programa mostrou ser viável e bem aceite, com potencial de implementação em diferentes contextos comunitários; - Reforço do papel do enfermeiro na educação para a saúde e intervenção comunitária.
5	Horning et al., 2024	EUA	Ensaio clínico randomizado (RCT)	Crianças (7-10 anos) em contexto rural e os pais (n=114 díades)	Programa familiar "NU-HOME", baseado em teoria com: • 7 sessões presenciais para famílias; • 4 contactos telefónicos de definição de objetivos; • foco em: - alimentação saudável; - refeições familiares; - ambiente alimentar em casa; - planeamento de refeições; - atividade física e redução do tempo de ecrã; • abordagem prática e participativa (cozinhar em família, educação	Comunitário (escolas em zonas rurais)	- <u>Sem alterações significativas:</u> • IMC dos pais; • percentagem de gordura corporal; • ingestão alimentar (fruta/vegetais, fast food, bebidas açucaradas); - <u>Melhorias significativas em:</u> atividade física total dos pais (+1,73 horas/semana); confiança no tamanho das porções alimentares; - <u>Sem diferenças significativas em:</u> atividade física moderada/vigorosa; tempo de ecrã; planeamento de refeições; rotinas familiares; autoeficácia para cozinhar saudável.

					nutricional, atividades em grupo).		
6	Fulkerson et al., 2022	EUA	Ensaio clínico randomizado (RCT)	Crianças (7–10 anos) e respetivos pais (n=114 díades)	- Programa familiar "NU-HOME", com: • 7 sessões mensais presenciais; • 4 contactos telefónicos com os pais; • foco em: - refeições familiares saudáveis; - ambiente alimentar doméstico; - alimentação saudável; - atividade física em família; • abordagem baseada em teoria (Social Cognitive Theory + modelo ecológico).	Comunitário (escolas e comunidade em meio rural)	- <u>Sem diferenças estatisticamente significativas em:</u> • IMC (BMI z-score); • percentagem de gordura corporal; • estado de peso (overweight/obesidade); - <u>Tendências positivas (não significativas):</u> • menor probabilidade de agravamento do estado ponderal no grupo intervenção; • redução da gordura corporal, especialmente em rapazes; - <u>Conclusão do estudo:</u> • intervenções comunitárias familiares têm potencial; • apesar de ser difícil obter impacto significativo nos indicadores antropométricos; • necessidade de intervenções mais intensivas e multicomponentes.

Tabela 2 – Caracterização dos estudos incluídos

5.5. Discussão

Os resultados da presente *scoping review* evidenciam que as intervenções comunitárias dirigidas à prevenção da obesidade infantil apresentam potencial para promover mudanças favoráveis em crianças em idade escolar, embora os efeitos ao nível dos indicadores antropométricos não sejam consistentes entre os estudos incluídos. Esta tendência está em consonância com a literatura, que aponta para impactos mais consistentes ao nível dos comportamentos de saúde do que nos indicadores ponderais, particularmente a curto prazo (Morgan et al., 2020; Lobstein et al., 2015).

Entre os seis estudos analisados, três (Duan et al., 2025; Horning et al., 2024; Bray & Brown, 2025) evidenciam melhorias significativas ao nível dos comportamentos relacionados com a saúde, enquanto dois (Martins et al., 2025; Duan et al., 2025) demonstram reduções estatisticamente significativas nos indicadores antropométricos

Por outro lado, um dos estudos incluídos (Fulkerson et al., 2022) não evidenciou diferenças estatisticamente significativas ao nível do IMC.

De forma consistente, as intervenções que apresentam melhores resultados caracterizam-se por uma abordagem multicomponente, integrando educação para a saúde, promoção da atividade física e envolvimento familiar. Esta evidência é corroborada por revisões que demonstram que intervenções que combinam diferentes estratégias e contextos de atuação são mais eficazes na promoção de comportamentos saudáveis (Morgan et al., 2020; WHO, 2021).

A comparação entre os estudos de Martins et al. (2025) e Duan et al. (2025) reforça esta evidência, uma vez que ambos demonstram reduções significativas do IMC e melhorias em indicadores associados, nomeadamente o z-score do IMC e a relação cintura/altura. Estes resultados estão associados a programas estruturados, com forte componente escolar e envolvimento familiar, sugerindo que a intensidade, continuidade e integração das intervenções constituem fatores determinantes para a obtenção de ganhos mensuráveis ao nível do estado ponderal infantil.

Por outro lado, a análise conjunta dos estudos de Horning et al. (2024) e Fulkerson et al. (2022), ambos centrados no programa familiar NU-HOME, permite compreender de forma mais aprofundada a influência do foco da intervenção nos resultados obtidos. Apesar de integrarem o mesmo programa, os estudos diferem no seu enfoque: Horning et al. (2024) centram-se sobretudo nos pais e no

ambiente familiar, evidenciando melhorias significativas ao nível da atividade física e da confiança parental relativamente à alimentação, enquanto Fulkerson et al. (2022) apresentam uma avaliação mais centrada nas crianças e nos indicadores antropométricos, não tendo observado alterações estatisticamente significativas no z-score do IMC, embora com tendências positivas na composição corporal. Estes resultados sugerem que alterações comportamentais, particularmente ao nível familiar, podem anteceder mudanças nos indicadores antropométricos, reforçando a importância de considerar diferentes tipos de outcomes na avaliação das intervenções.

Neste sentido, o envolvimento da família emerge como um elemento central nas intervenções analisadas. Mesmo quando desenvolvidas em contexto escolar, as estratégias que incluem os pais tendem a apresentar melhores resultados ao nível dos comportamentos de saúde das crianças. Esta evidência é consistente com a evidência que demonstra que a participação dos cuidadores potencia mudanças sustentadas nos hábitos alimentares e na atividade física, ainda que os efeitos no peso corporal nem sempre sejam imediatos (Morgan et al., 2020).

Apesar de os estudos incidirem maioritariamente em crianças em idade escolar, os resultados sugerem que a eficácia das intervenções depende da adequação das estratégias ao nível de desenvolvimento e ao contexto familiar da criança, sendo particularmente relevante o papel dos pais na mediação dos comportamentos de saúde.

Relativamente ao contexto de implementação, os estudos evidenciam a relevância da articulação entre múltiplos contextos de vida da criança (escolar, familiar e comunitário). No entanto, nem todas as intervenções apresentam uma integração explícita com os CSP, ainda que este nível de cuidados surja como um contexto privilegiado para a continuidade e sustentabilidade das intervenções. O estudo de Annerstedt et al. (2025) demonstra que o aumento da complexidade das estratégias não se traduz necessariamente em melhores resultados, reforçando a importância da adequação ao contexto e da adesão dos participantes.

No que concerne ao papel do enfermeiro, importa salientar que, embora nem todos os estudos incluídos o refiram explicitamente, muitas das intervenções descritas — como a educação para a saúde, a capacitação parental e a promoção de estilos de vida saudáveis

— enquadram-se nas competências do enfermeiro de família e do enfermeiro de saúde comunitária. A evidência sugere que intervenções dirigidas à prevenção da obesidade infantil, nas quais os enfermeiros podem assumir um papel relevante, apresentam resultados potencialmente eficazes, embora heterogéneos (Morgan et al., 2020).

Do ponto de vista da ESF, estes resultados reforçam a centralidade da família enquanto unidade de cuidados e destacam o papel do enfermeiro na promoção da literacia em saúde, na identificação precoce de fatores de risco e na implementação de intervenções preventivas sustentadas. A proximidade aos contextos familiares e a continuidade dos cuidados constituem vantagens relevantes na abordagem da obesidade infantil, particularmente em cuidados de saúde primários (Stanhope & Lancaster, 2016).

Apesar dos contributos identificados, a presente revisão evidencia algumas limitações na literatura disponível. Observa-se alguma variação entre os estudos ao nível da duração das intervenções, dos indicadores avaliados e do foco das estratégias implementadas, o que pode condicionar a comparação direta dos resultados. Adicionalmente, verifica-se uma escassa explicitação do papel do enfermeiro nas intervenções descritas, bem como uma predominância de estudos realizados fora do contexto português, o que limita a transferibilidade dos resultados. Por fim, a ausência de efeitos consistentes ao nível dos indicadores antropométricos a curto prazo reforça a necessidade de intervenções mais prolongadas, integradas e ajustadas ao contexto.

Em síntese, os resultados da presente scoping review evidenciam que as intervenções comunitárias na prevenção da obesidade infantil apresentam maior potencial quando assumem uma abordagem multicomponente, envolvem a família e são adaptadas ao contexto de vida da criança. Esta observação reforça a importância de estratégias preventivas sustentadas e centradas na família, bem como a necessidade de aprofundar o conhecimento nesta área, nomeadamente através de estudos que valorizem o papel do enfermeiro. Neste sentido, torna-se pertinente refletir sobre as implicações destes resultados para a prática de enfermagem e para o desenvolvimento de intervenções futuras, conforme se apresenta no capítulo seguinte.

5.5.1. Implicações para a prática e investigação futura

Os resultados da presente scoping review evidenciam implicações relevantes para a prática de enfermagem em contexto comunitário, particularmente no âmbito da ESF. A evidência analisada sustenta a importância do desenvolvimento de intervenções preventivas multicomponentes, centradas na família e ajustadas aos diferentes contextos de vida da criança em idade escolar.

Neste enquadramento, destaca-se o papel do enfermeiro na promoção da literacia em saúde, na capacitação das famílias e na implementação de estratégias que favoreçam a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis desde a infância. A proximidade às famílias e a continuidade dos cuidados em contexto de cuidados de saúde primários configuram-se como elementos facilitadores para a implementação de intervenções preventivas sustentadas e contextualizadas.

Os resultados apontam ainda para a necessidade de privilegiar intervenções precoces e continuadas, capazes de consolidar alterações comportamentais e de potenciar, de forma progressiva, ganhos ao nível dos indicadores de saúde. Torna-se igualmente pertinente reforçar a articulação entre os diferentes contextos de vida da criança, nomeadamente o contexto familiar e o contexto escolar, promovendo abordagens integradas e coerentes.

No que respeita à investigação futura, evidencia-se a necessidade de desenvolver estudos que explicitem de forma mais clara o papel do enfermeiro nas intervenções comunitárias dirigidas à prevenção da obesidade infantil. Adicionalmente, torna-se relevante investir em estudos que avaliem os efeitos das intervenções a médio e longo prazo, bem como em investigações desenvolvidas em contextos socioculturais diversificados, de modo a reforçar a transferibilidade dos resultados e a adequação das estratégias às especificidades das populações.

5.6. Conclusão da Scoping Review

A presente *scoping review* permitiu mapear a evidência científica relativa às intervenções comunitárias dirigidas à prevenção da obesidade infantil em crianças em idade escolar, particularmente no intervalo etário dos 6 aos 10 anos, com especial enfoque no papel do enfermeiro nesse contexto. Os resultados evidenciam que, embora nem todos os estudos incluídos explicitem de forma direta essa intervenção, o enfermeiro assume um contributo relevante na promoção da saúde, na capacitação das famílias e na implementação de

estratégias que favorecem a adoção de estilos de vida saudáveis. Globalmente, estas intervenções demonstram potencial para promover mudanças comportamentais favoráveis, ainda que com resultados inconsistentes ao nível dos indicadores antropométricos.

Os estudos analisados indicam que as intervenções multicomponentes, especialmente aquelas que integram os contextos familiar e escolar, tendem a apresentar resultados mais favoráveis, destacando-se o papel dos pais enquanto mediadores fundamentais na adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis. Verificou-se, contudo, que as alterações comportamentais precedem frequentemente mudanças ao nível do índice de massa corporal, reforçando a necessidade de intervenções continuadas e de avaliação a médio e longo prazo.

Importa salientar que se observa uma escassa explicitação do papel do enfermeiro nos estudos analisados, o que constitui uma lacuna relevante na evidência disponível, tendo em conta a sua intervenção privilegiada em contexto comunitário. Neste enquadramento, a ESF assume particular relevância na capacitação das famílias, na promoção da literacia em saúde e na implementação de estratégias preventivas ajustadas ao contexto de vida da criança.

Em síntese, os resultados desta revisão reforçam a importância de intervenções comunitárias integradas, sustentadas e centradas na família, bem como a necessidade de aprofundar a produção científica que torne mais explícito o contributo da enfermagem na prevenção da obesidade infantil em idade escolar.

Síntese conclusiva do relatório

A elaboração do presente relatório reflete o processo exigente e profundamente enriquecedor, marcado pela integração entre a experiência prática e a análise sustentada na evidência científica, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Este percurso permitiu consolidar e aprofundar competências essenciais ao exercício especializado, alicerçadas em conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais, determinantes para a qualidade dos cuidados em contexto de cuidados de saúde primários**.**

A experiência desenvolvida em contexto de estágio possibilitou uma compreensão mais aprofundada da família enquanto foco central da intervenção, entendida como um sistema em permanente transformação e influenciado por múltiplas dimensões do seu contexto. A utilização de modelos teóricos orientadores da prática, nomeadamente o MAIFG e a abordagem baseada nas forças, revelou-se determinante para sustentar a avaliação clínica, orientar a intervenção e valorizar as competências e capacidades das famílias.

Ao longo deste percurso, foram desenvolvidas competências no domínio da prática profissional, da ética e da responsabilidade, da qualidade dos cuidados, da gestão e da aprendizagem contínua. Destaca-se, neste contexto, a relevância da comunicação terapêutica, do envolvimento das famílias nas decisões e da construção de relações de proximidade, enquanto elementos facilitadores da capacitação e autonomia dos indivíduos e agregados familiares. A intervenção em situações de maior complexidade permitiu evidenciar o contributo do enfermeiro de família na articulação de cuidados, na gestão de transições e na promoção da continuidade assistencial.

Em paralelo, a componente de investigação, concretizada através da realização da *scoping review*, contribuiu para o aprofundamento do conhecimento sobre o papel do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil em crianças em idade escolar, com particular enfoque no 1.º ciclo do ensino básico. A evidência analisada aponta para a relevância de intervenções comunitárias que integrem diferentes dimensões, nomeadamente o contexto familiar e escolar, evidenciando a importância de abordagens precoces, consistentes e ajustadas à realidade das crianças e das suas famílias. Apesar de nem sempre explicitado, o contributo do enfermeiro é reconhecido nas estratégias de educação para a saúde, na capacitação parental e na promoção de comportamentos saudáveis.

A articulação entre a experiência clínica e a evidência científica revelou-se fundamental para o desenvolvimento de uma prática mais consciente, crítica e fundamentada, reforçando o papel do

Enfermeiro de Saúde Familiar como agente ativo na promoção da saúde e prevenção da doença em contexto comunitário. Neste sentido, evidencia-se a importância de intervenções que considerem a complexidade dos contextos familiares e que sejam sustentadas ao longo do tempo.

Importa, contudo, reconhecer alguns constrangimentos identificados ao longo do percurso, nomeadamente a exigência da carga assistencial, as limitações temporais para uma intervenção mais aprofundada e algumas condicionantes organizacionais que dificultam a plena implementação de uma abordagem centrada na família. Estas realidades reforçam a necessidade de valorização da ESF e de adequação das condições organizacionais à complexidade das respostas exigidas.

Considera-se que os objetivos delineados foram alcançados, tendo este percurso contribuído de forma significativa para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas, bem como para a consolidação de uma identidade profissional mais autónoma, reflexiva e orientada para a qualidade dos cuidados. Paralelamente, constituiu uma oportunidade de crescimento pessoal, promovendo o desenvolvimento de capacidades de adaptação, resiliência e pensamento crítico.

Em síntese, este percurso formativo reforçou o compromisso com uma prática de enfermagem centrada na pessoa e na família, sustentada na evidência científica e orientada para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Representa, assim, um marco relevante na consolidação do percurso profissional enquanto enfermeira especialista em ESF, traduzindo a integração entre saber, fazer e refletir, essenciais a uma prática clínica consciente, crítica e transformadora.

Referências Bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde. (2025). *BI-CSP: Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários – Contratualização* [Base de dados interna]. Ministério da Saúde.

Annerstedt, K. S., Álvarez Ahlgren, J., Patterson, E., Andermo, S., Norman, Å., Raposo, S., Kwak, L., & Schäfer Elinder, L. (2025). Implementation of the Healthy School Start programme: A hybrid type III cluster randomized trial. *Implementation Science*. https://doi.org/10.1186/s13012-025-01481-0

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19–32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Bertalanffy, L. von. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.

Bray, L., & Brown, J. (2025). Community-based participatory intervention led by nurses to promote child health: On Track to Wellness program. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 57*(3), 245–252. https://doi.org/10.1080/07370016.2025.2503232

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.

Cabral, M. (2019). *Obesidade infantil: Determinantes e estratégias de prevenção*. Lidel.

Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D. M., Shrout, A., Gorsuch, P. F., Hole, A., Moore, L., Brown, R., Melnyk, B. M., & Gallagher-Ford, L. (2023). Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 20*, 6–15. https://doi.org/10.1111/wvn.12621

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/04/Programa-Nacional-para-a-Promo%C3%A7%C3%A3o-da-Alimenta%C3%A7%C3%A3o-Saud%C3%A1vel.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional de saúde escolar*. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-escolar-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa nacional para a promoção da alimentação saudável: Relatório*. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2020/12/Relatorio-PNPAS-2019.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano nacional de saúde 2030*. https://content.pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/11/1-Plano-Nacional-de-Saude-2030-%E2%80%93-Versao-Integral.pdf

Duan, Y., Zhang, Y., Wang, J., Liu, H., Chen, X., Li, M., Zhao, L., & Wang, Y. (2025). A multicomponent school-based intervention to prevent childhood obesity: A cluster randomized controlled trial. *Scientific Reports, 15*, Article 24295. https://doi.org/10.1038/s41598-025-24295-y

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lusociência.

Figueiredo, M. H. (Ed.). (2022). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar: Estudos de caso*. SaBooks.

Figueiredo, M. H. (Ed.). (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel.

Fulkerson, J. A., Friend, S. E., Flattum, C. F., Horning, M. L., Draxten, M. L., Neumark-Sztainer, D., Gurvich, O., Story, M., & Kubik, M. Y. (2022). Home environment and childhood obesity prevention: Results from the NU-HOME randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 19*, 1–12. https://doi.org/10.1186/s12966-022-01260-w

Hanson, S. M. H. (2005). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (3rd ed.). F.A. Davis.

Horning, M. L., Fulkerson, J. A., Friend, S. E., Flattum, C. F., Draxten, M. L., Neumark-Sztainer, D., Gurvich, O., Story, M., & Kubik, M. Y. (2022). A family-based intervention to improve home food environment and physical activity in rural children: NU-HOME randomized controlled trial. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 123*(2), 247–258. https://doi.org/10.1016/j.jand.2022.10.009

Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science, 5*, 69. https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69

Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M. L., Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., James, W. P. T., Wang, Y., & McPherson, K. (2015). Child and adolescent obesity: Part of a bigger picture. *The Lancet, 385*(9986), 2510–2520. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3

Martins, J., Marques, A., Peralta, M., Sarmento, H., Costa, F. C., & Onofre, M. (2025). Effectiveness of a school-based multicomponent intervention on childhood obesity: A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Obesity, 49*(1), 123–132. https://doi.org/10.1038/s41366-024-01672-7

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.

Morgan, P. J., Young, M. D., Lloyd, A. B., Wang, M. L., Eather, N., Miller, A., Murtagh, E. M., Barnes, A. T., Pagoto, S. L., & Collins, C. E. (2020). Family-based interventions for childhood obesity. *Obesity Reviews, 21*(5), e12956. https://doi.org/10.1111/obr.12956

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018: Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. *Diário da República, 2.ª série* (135). https://diariodarepublica.pt

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, 2.ª série*(26), 4744–4750. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

Rito, A. I., Graça, P., Breda, J., & Santos, M. (2023). *COSI Portugal: Childhood Obesity Surveillance Initiative*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ, 312*(7023), 71–72. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (9th ed.). Elsevier.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., Godfrey, C. M., Macdonald, M. T., Langlois, E. V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, Ö., & Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467–473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion

World Health Organization. (2021). *Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128

World Health Organization. (2022). *Obesity and overweight*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F.A. Davis.