



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Andreia Cristina Filipe Gonçalves

LISBOA, Junho de 2013



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Andreia Cristina Filipe Gonçalves

Sob orientação de Professora Margarida Lourenço

LISBOA, Junho de 2013

Resumo

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa.

A Obesidade Infantil é uma situação alarmante e alvo de preocupação a nível mundial, pelo que é importante direcionar medidas no âmbito da prevenção e promoção de saúde para combater os valores crescentes desta epidemia.

Desta forma, a temática que norteou o percurso de estágio foi a prevenção da obesidade infantil, seguindo a linha de pensamento da Promoção de Saúde desenvolvido por Nola Pender que fundamentou todo o percurso e atividades desenvolvidas.

Este relatório tem como objetivos: a) expor uma Revisão Sistemática da Literatura desenvolvida sobre a temática de eleição; b) apresentar os contextos de estágio, os projetos e atividades desenvolvidas; c) descrever as estratégias e conhecimentos mobilizados do exercício profissional da autora para o desenvolvimento de competências a nível pessoal e profissional; d) identificar as principais competências adquiridas e desenvolvidas no que respeita ao âmbito de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; e e) analisar de forma crítica e reflexiva todo o percurso desenvolvido.

A unidade curricular estágio ocorreu em locais de assistência à criança/família, nomeadamente num centro de saúde, numa unidade de cuidados intensivos neonatais e num serviço de urgência pediátrica. No presente relatório consta uma descrição das atividades realizadas nos diferentes módulos, onde se destaca no Módulo I (ACES IX Rio de Mouro) a realização de sessões de educação para a saúde junto de crianças em idade pré-escolar e escolar; no Módulo III, na UCIN, a promoção do aleitamento materno e no SUP do HFF, a promoção de uma alimentação saudável junto da criança/família. Por último, foi realizada uma reflexão crítica sobre os conhecimentos mobilizados e as competências desenvolvidas, das quais se destacam como relevantes neste percurso *“assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”* e *“presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010b: p.2).

Palavras-chave: Obesidade Infantil, Prevenção da Obesidade, Enfermeiro, Intervenções

Abstract

The report was developed as part of the Master in Pediatric Nursing from Portuguese Catholic University's Institute of Health Sciences of Lisbon.

Child obesity is an alarming problem and a global concern so it is important to establish strong measures in health prevention and promotion in order to contest its increasing values and epidemic status.

Thus, the subject that guided the internship roadmap was the prevention of child obesity, following the line of thought of Health Promotion developed by Nola Pender which grounded the entire journey and activities.

This report aims to: a) expose a systematic review of the literature regarding the chosen subject; b) present the internship contexts, projects and enrolled activities; c) describe the strategies and knowledge applied from author's professional practice towards skills development at personal and professional level, and d) identify key acquired and developed skills regarding to the activity scope of pediatric nursing; and e) critically analyze the entire pathway developed.

The internship took place in child/family assistance units, such as a primary care unit (PCU), a neonatal intensive care unit (NICU) and a pediatric emergency department (PED). The report contains a description of the enrolled activities in the different modules, from which stands out in Module I (PCU ACES IX Rio de Mouro) the conduction of education for health sessions for children in preschool and school ages; in Module III both (NICU) the promotion of breastfeeding and (PED Hospital Fernando Fonseca) the promotion of healthy eating behaviors to children/family. Finally, it was completed a critical review on mobilized knowledge and developed skills, from which stands out as relevant the following: "assist child/young with the family, in their health maximization" and "provides specific care in response to lifecycle and children/young development needs "(Order of Nurses, 2010b: p.2).

Key Words: Childhood obesity, Obesity prevention, Nurse, Interventions

Agradecimentos

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a elaboração deste relatório gostaria de deixar um sincero agradecimento. Em particular:

Ao meu irmão pela paciência infindável.

Aos meus pais por compreenderem os dias difíceis e por me apoiarem incondicionalmente mais uma vez.

Ao Bruno por todo o apoio, carinho e compreensão.

Ao meu avô por me incentivar, por compreender as “visitas de enfermeira” e pelas lições de vida e de força;

Às colegas de trabalho e amigas Andreia Lopes, Marta Silva e Sofia Marques que vivenciaram comigo este percurso e me ajudaram a ultrapassar todos os obstáculos e dificuldades sentidas.

À Professora Zaida Charepe por toda a orientação crítica, disponibilidade e compreensão.

À Professora Margarida Lourenço por toda a orientação e apoio em todos os momentos de dúvida.

À Enfermeira Lucinda por me orientar e acompanhar em mais uma etapa da minha formação.

À Enfermeira Vera Silva pela orientação, apoio, disponibilidade e encorajamento.

À Enfermeira Vera Ramos por me orientar e partilhar comigo a sua experiência profissional.

A todos os enfermeiros que me receberam como par nas suas equipas e me mostraram o mundo da pediatria.

E por fim, a todas as crianças com que me cruzei e me cruzo diariamente e me fazem desejar ser mais e melhor enquanto pessoa e enfermeira.

*“Ela é fortesinha... Mas não é muito gorda.
Sabia que tinha peso a mais... Mas ter obesidade...
Não quero acreditar... Quando for mais crescida, logo se vê.”*

In “Gorduchos e Redondinhas”
(Carmo et al, 2012c: p.63)

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AM	Aleitamento Materno
AO	Assistentes Operacionais
DGS	Direção-Geral de Saúde
CEVSI	Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Infantil
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
EESIP	Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica
EGS	Exame Global de Saúde
EPS	Escola Promotora de Saúde
EpS	Educação para a Saúde
HFF	Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca E.P.E.
HSM	Hospital de Santa Maria
IHAB	Iniciativa Hospital Amigos dos Bebés
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
IMC	Índice de Massa Corporal
LM	Leite Materno
MPS	Modelo de Promoção de Saúde
NCHS	<i>National Center for Health and Statistics</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Projeto de Educação para a Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PSIJ	Programa-Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil
RN/RN's	Recém-nascido (s)
RNR	Recém-nascido de Risco
RSL	Revisão sistemática da literatura
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UCE	Unidade curricular estágio
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
USF	Unidade de Saúde Familiar

USP Unidade de Saúde Pública
WHO World Health Organization

SUMÁRIO

	Pág.
0 – INTRODUÇÃO	19
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1 – Revisão Sistemática da Literatura	24
1.2 – Modelo Teórico Conceptual	37
2 – UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO	43
2.1 – Módulo I	43
2.2 – Módulo II	52
2.3 – Módulo III	55
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
Anexos	79
Anexo I Relatório de Sessão: “EGS 5-6 anos”	81
Anexo II Relatório de Sessão: “Promoção de uma Alimentação Saudável”	129
Anexo III Relatório de Sessão: “Pais com idade para serem filhos...”	211
Anexo IV Teatro Fórum	259
Anexo V Relatório de Sessão: “Promoção do Aleitamento Materno – IHAB”	269
Anexo VI Relatório de Sessão: “Manipulação, Conservação e Armazenamento do LM”	343
Anexo VII Relatório de Atividade: “Promoção do Aleitamento Materno junto do RN/Mãe”	393
Anexo VIII Diagnóstico de Situação: SUP – HFF	435
Anexo IX Relatório de Sessão: “Promoção de uma Alimentação Saudável”	451
Anexo X Reflexão Pessoal do Workshop: Um Olhar sobre a Urgência”	483

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro 1 - Critérios para a formulação da pergunta de Investigação	25
Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos ou artigos	26
Quadro 3 – Síntese dos artigos selecionados e analisados para a RSL	28

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1 – Protocolo de Pesquisa	27
Figura 2 – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	40

0 – INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa, sob a orientação da Professora Margarida Lourenço.

Segundo Azevedo e Azevedo (2008: p.66), um relatório tem como finalidade comunicar “...os resultados de uma investigação (...)” e enunciar “(...) o que foi feito, porque foi feito, apresentar os dados recolhidos, segundo o método escolhido e criar novos conhecimentos com base numa proposta de interpretação desses dados recolhidos”.

A temática de eleição que norteou todo o percurso e que se encontra por base na elaboração deste relatório foi a prevenção da obesidade infantil.

Desta forma, a redação deste relatório teve como objetivos: a) expor uma revisão sistemática da literatura desenvolvida sobre a temática de eleição; b) apresentar os contextos de estágio, os projetos e atividades desenvolvidas; c) descrever as estratégias e conhecimentos mobilizados do exercício profissional da autora para o desenvolvimento de competências a nível pessoal e profissional; d) identificar as principais competências adquiridas e desenvolvidas no que respeita ao âmbito de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; e e) analisar de forma crítica e reflexiva todo o percurso desenvolvido.

Ao longo do Curso de Mestrado esteve inerente a necessidade de consolidação e aquisição de conhecimentos e competências. Para tal houve necessidade de transferência de conhecimentos e competências previamente adquiridas ao longo da formação de base e carreira profissional.

A obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a epidemia do século XXI, tendo a sua incidência triplicado desde a década de 80. Segundo Rito et al (2010), estima-se que a nível mundial, cerca de 155 milhões de crianças em idade escolar apresentam excesso de peso (pré -obesidade e obesidade), das quais 30 a 45 milhões são obesas. A nível da Europa, Portugal apresenta um dos valores mais altos de prevalência de obesidade infantil. Considerando os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem enunciados pela Ordem dos Enfermeiros, em que o enfermeiro “...na procura permanente da excelência no exercício profissional, ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2002:

p.12), e as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), que preveem uma prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança/família em qualquer contexto em que a mesma se encontre, de modo a promover o mais elevado estado de saúde possível, este desempenha um papel primordial e de grande relevância na promoção de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Segundo o descrito na Carta de Ottawa divulgada pela WHO (1986: s/p), a “*promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar*”. É com o pensamento de uma otimização da saúde humana que Nola Pender, no início da década de 80, constrói o Modelo de Promoção de Saúde (MPS). Este modelo fornece uma estrutura simples e clara ao enfermeiro para que este possa prestar cuidados que permitam planeamento, intervenção e avaliação das suas ações, no sentido de promoção de saúde (Victor, Lopes e Ximenes, 2005).

Tendo este percurso a finalidade de desenvolvimento de competências específicas de EESIP, a abordagem da temática teve sempre como intuito realçar o papel do mesmo como agente promotor de saúde na prevenção da Obesidade Infantil.

Desta forma o objetivo geral delineado e que foi transversal à UCE foi desenvolver competências profissionais e relacionais de EESIP que permitissem uma prestação de cuidados de maior complexidade à criança/família, na prevenção da obesidade infantil.

Tendo em conta os diferentes contextos, foram elaborados objetivos específicos que se adequassem aos diagnósticos de situação e ao estadió de desenvolvimento da criança.

A UCE decorreu ao longo de três módulos que corresponderam a momentos de aprendizagem e experiências em áreas distintas de assistência à criança /família: o Módulo I, Saúde Infantil, teve início com um estágio de observação, com a duração de três dias (23 a 26 de abril de 2012), na Consulta de Desenvolvimento do Hospital da Luz; posteriormente decorreu no ACES IX de Rio de Mouro no período de 30 de abril a 22 de junho de 2012. O Módulo II, referente ao internamento de Pediatria, não foi realizado por obtenção de creditação ao mesmo; e o Módulo III teve início no Serviço de Neonatologia (UCIN) do Hospital de Santa Maria, de 20 de setembro a 12 de outubro de 2012; terminando no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca E.P.E. (HFF), que decorreu de 15 de outubro a 9 de novembro de 2012.

O presente relatório terá assim início com um enquadramento teórico que engloba a exposição de uma revisão sistemática da literatura sobre o papel do EESIP enquanto promotor de saúde, junto da criança/jovem e família, na prevenção da obesidade infantil e um enquadramento do modelo teórico conceptual que norteou todo o percurso.

Posteriormente será realizada uma descrição dos diferentes módulos da UCE, onde serão contempladas as diversas atividades desenvolvidas, uma reflexão crítica sobre as mesmas e sobre as competências adquiridas e desenvolvidas. Por último, será apresentada uma reflexão crítica sobre todo o percurso desenvolvido.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo a OMS, a obesidade representa um dos mais graves desafios para a saúde pública, sendo particularmente inquietante a tendência do aumento em crianças e adolescentes (WHO, 2006). Esta organização mundial define obesidade como “*uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde*” (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2005a; p. 10).

Seguindo as orientações da OMS, o diagnóstico de pré-obesidade e obesidade realiza-se através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), sendo este cálculo realizado através da fórmula [peso (Kg) / altura (m)²] (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2005a). Tendo em consideração os processos de crescimento e maturação que ocorrem durante a idade pediátrica, o valor do IMC deve ser percentilado, tendo por base as curvas de crescimento divulgadas pela OMS. Desde a década de 70, a DGS adotou para utilização nas consultas de vigilância de saúde infantil, as curvas de crescimento do *National Center for Health and Statistics* (NCHS), tendo estas sido posteriormente substituídas pelas do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC). Com a necessidade da construção de curvas de crescimento metodologicamente corretas e de aplicação universal, desde a revisão do PSIJ em 2012/2013, Portugal adotou as curvas de crescimento apresentadas pela OMS em 2006/2007 (Portugal. Ministérios da Saúde. DGS, 2013).

A utilização destes instrumentos a nível mundial permite a comparação entre diversos países em estudos científicos, possibilitando uma visão ampla e sistemática da monitorização do estado de nutrição das crianças/adolescentes e a identificação não só da obesidade mas também do risco do seu desenvolvimento (Portugal. Ministérios da Saúde. DGS, 2006b).

Aquando a realização deste relatório foram ainda consideradas as curvas de IMC do CDC em que se considera que valores de IMC entre o percentil 85 e 95 permitem o diagnóstico de pré-obesidade e o diagnóstico de obesidade é determinado quando os valores de IMC são iguais ou superiores ao percentil 95 (*Ibidem*).

A nível da Europa, Portugal apresenta um dos valores mais altos de prevalência de obesidade infantil (Rito et al, 2010), sendo que o estudo de Padez et al (2005) em crianças de idade escolar indica a tendência do aumento da prevalência de excesso de peso (pré obesidade e obesidade) no nosso país. Estes autores referem no seu estudo que

31,6% das crianças entre os 7 e os 9 anos têm excesso de peso e 11,3% são obesas, valores também confirmados pela DGS (Portugal. Ministérios da Saúde. DGS, 2005b) e referidos por Carmo et al (2008a). Também num estudo realizado por Gouveia et al (2009) em crianças e adolescentes dos 7 aos 18 anos, regista-se ainda que 14,22% das crianças e adolescentes, do sexo masculino e 10,99% do sexo feminino, da região autónoma da madeira apresentam excesso de peso, e 2,61% dos rapazes e 1,86% das raparigas são obesas.

Tendo em consideração os estudos anteriormente descritos, a obesidade infantil contempla-se assim como uma realidade crescente a nível nacional, pelo que é emergente por em prática medidas de atuação e prevenção para a diminuição destas estatísticas alarmantes.

1.1. Revisão Sistemática da Literatura

Com o intuito de fundamentar a temática central a este relatório, a prevenção da obesidade infantil, foi realizada uma revisão sistemática da literatura (RSL). Esta RSL tem assim como objetivo rever de uma forma sistemática qual o papel do EESIP na prevenção da obesidade infantil enquanto agente promotor de saúde.

Segundo Marques et al (2008: p.172), a revisão sistemática consiste numa “...*síntese concisa da melhor evidência disponível, que aborda questões clínicas cuidadosamente elaboradas*”. Esta metodologia pretende assim identificar, criticar e sintetizar estudos relevantes de modo a dar resposta à questão de investigação.

Metodologia

Segundo o critério PI[C]OS foi elaborada a seguinte questão de investigação: “Qual o papel do Enfermeiro Especialista, enquanto promotor de saúde (I), junto da criança/jovem e família (P), na prevenção da obesidade infantil (O)?”

No quadro seguinte encontram-se estruturados os critérios da formulação da pergunta de investigação.

Quadro 1 - Critérios para a formulação da pergunta de investigação

Questão PI[C]OS			
P	População	Criança/jovem e família	<u>Descritores:</u> Excesso de peso e Obesidade infantil Prevenção da Obesidade Infantil Enfermeiro Intervenções
I	Intervenções	Intervenções de Enfermagem enquanto promotoras de saúde	
[C]	Comparações	Não aplicável	
O	<i>Outcomes</i>	Prevenção da obesidade infantil	
[S]	<i>Study</i>	Qualitativo e quantitativo	

No sentido de orientar a pesquisa foi estabelecido um conjunto de critérios de inclusão e exclusão, de modo a filtrar todos os artigos ou estudos encontrados, garantindo assim a obtenção de informação atual da evidência.

De forma a facilitar a visualização do percurso metodológico o quadro seguinte focaliza os critérios que permitiram a seleção final do conjunto de artigos.

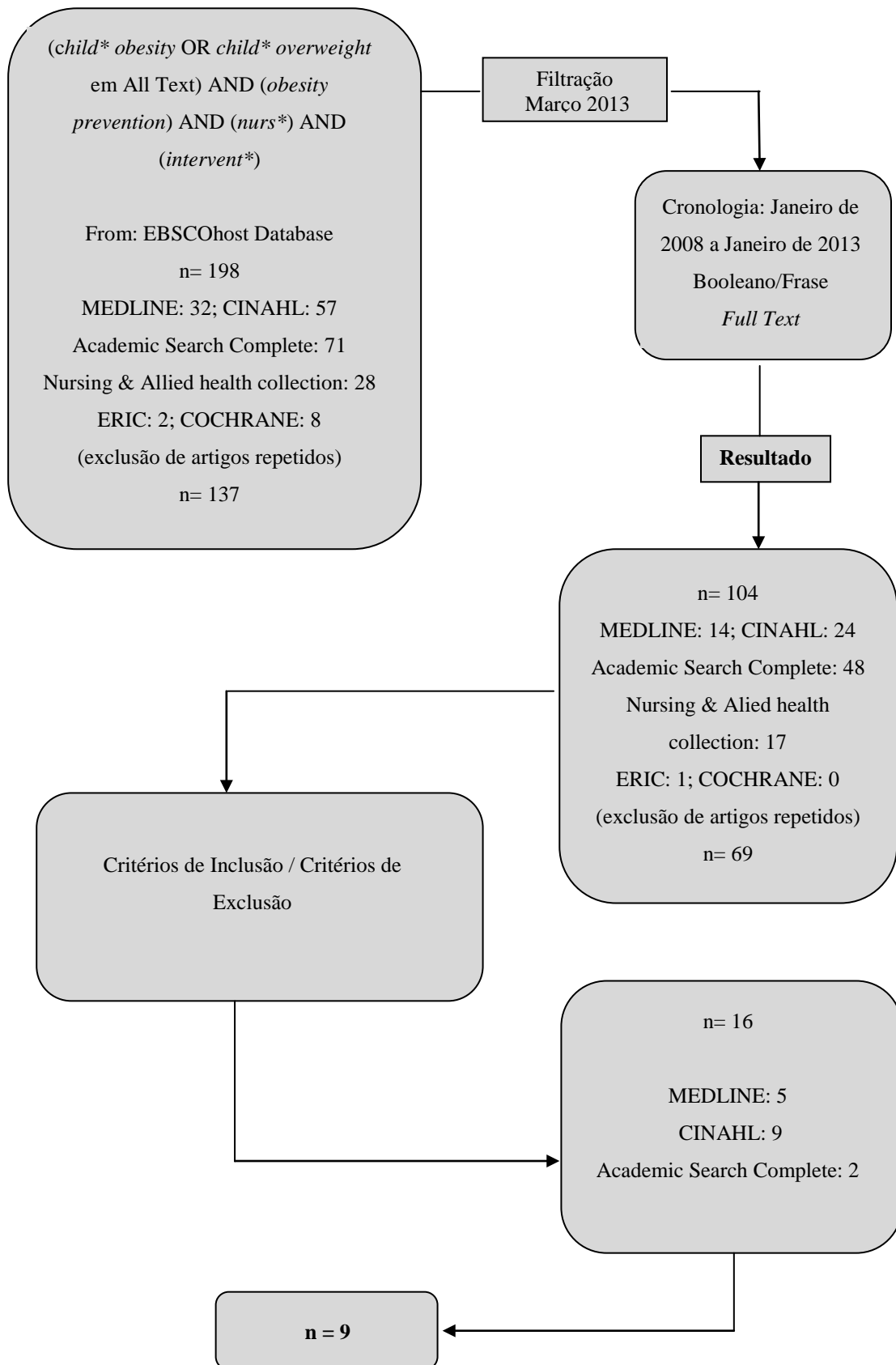
Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos ou artigos

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População (P)	Criança/jovens	Adultos
Intervenções (I)	Estudos que descrevam a intervenção/papel do enfermeiro e participação na promoção de saúde, para prevenir a obesidade infantil	Todos os estudos que não se enquadrem neste âmbito
Comparações (C)	-----	-----
Outcomes (O)	Evidência da promoção de hábitos de vida saudáveis e prevenção da obesidade infantil	Todos os estudos que não se enquadrem neste âmbito
Study (S)	Estudos com metodologia quantitativa e/ou qualitativa, entre o ano de 2008 e 2013. Escritos em inglês e disponíveis em <i>full text</i> .	Todos os achados da pesquisa sem metodologia científica ou sempre que esta não seja bem definida, e com data anterior a 2008. Artigos não disponíveis em <i>full text</i> e escritos noutra língua.

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCOhost, utilizando todas as bases de dados indexadas à mesma, utilizando os seguintes descritores: “childhood obesity”, “childhood overweight”, “obesity prevention”, “nurse” e “intervention”.

A pesquisa foi realizada da seguinte forma:

Figura 1 – Protocolo de Pesquisa



Como resultado final da pesquisa na plataforma EBSCOhost, obtiveram-se dezasseis artigos de investigação, nove indexados à base de dados *CINAHL Plus with Full Text*, cinco à MEDLINE e dois à Nursing & Allied health collection. Após a análise de cada um dos artigos, baseada nos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos sete. Desta forma, a RSL inclui nove artigos que correspondiam às exigências.

- Apresentação e Análise dos resultados

No quadro n.º 3 encontram-se descritos de forma sumária os artigos da RSL que foram selecionados e analisados. Para além de um conjunto de dados que identificam o estudo, como o seu título, o autor e a metodologia, destaca-se a população do estudo, as intervenções de enfermagem e seus resultados, bem como conclusões e sugestões que o estudo possa referir.

Quadro 3 – Síntese dos artigos selecionados e analisados para a RSL

Identificação do Estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções	Resultados, Conclusões e Sugestões
Lemelin, Gallagher e Haggerty, 2012 <i>“Supporting parents of preschool children in adopting a healthy lifestyle”</i>	Estudo Pesquisa-Ação	- 288 Crianças de 4-5 anos; - 20 Pais; - 9 Enfermeiras - 6 Consultores especialistas	- Avaliação de 288 crianças de 4-5 anos na consulta de vacinação -Entrevistas semi estruturadas a 20 pais para descreverem o seu conceito de vida saudável e o peso dos seus filhos - Identificação pelas enfermeiras de possíveis estratégias de intervenção para as famílias adotarem hábitos de vida saudáveis - Realização de uma revisão sistemática	- Esta pesquisa-ação irá criar parcerias entre enfermeiros, pais e especialistas, - Espera-se que leve ao estabelecimento de intervenções de enfermagem para promover a adoção de estilos de vida saudáveis e prevenir a obesidade infantil junto dos pais e crianças
BMC Nursing (CINAHL)				

<p>Melin e Lenner, 2008</p> <p><i>“Prevention of further weight gain in overweight school children, a pilot study”</i></p> <p>Nordic College of Caring Science</p> <p>(CINAHL)</p>	<p>Estudo Piloto</p>	<p>- 20 Famílias (20 crianças com 7 anos e com excesso de peso)</p> <p>- 15 Enfermeiras e 1 dietista</p>	<p>- Entrevistas iniciais pela enfermeira e dietista com aplicação de questionários a todas as famílias e aconselhamento sobre hábitos alimentares e de vida saudáveis;</p> <p>- Avaliação do peso pela enfermeira de saúde escolar durante 1 ano, com aconselhamento sobre hábitos alimentares e de vida saudáveis;</p> <p>- consultas de enfermagem de acompanhamento durante 1 ano (mínimo 5), com avaliação final ao fim de 1 ano</p>	<p>- ocorreu uma diminuição no consumo de sumos açucarados, no tamanho das porções e diminuição do tempo utilizado a ver TV ou a jogar vídeo games;</p> <p>- aumento no consumo de leite e na atividade física;</p> <p>- a intervenção das enfermeiras em conjunto com a dietista foi considerada uma mais valia para o tratamento do excesso de peso e prevenção da obesidade infantil pelo que se considera pertinente a aplicação deste modelo interventivo num maior número de escolas;</p> <p>- Embora a maioria das crianças tenham referido sentir-se bem com o seu peso, algumas referiram ter sido alvo de “gozo” pelos pares, pelo que se sugere um esforço maior para prevenir a estigmatização destas crianças.</p>
<p>Wen et al, 2009</p> <p><i>“Evaluation of a feasibility study addressing risk factors for childhood obesity through home visits”</i></p> <p>Journal of Paediatrics and Child Health</p> <p>(CINAHL)</p>	<p>Estudo piloto – quantitativo/Qualitativo com a duração de um ano</p>	<p>- 56 Mães pela primeira vez</p> <p>- RN/Lactente (0 – 1 ano)</p> <p>- Enfermeiras de saúde infantil</p>	<p>- Cinco visitas domiciliárias durante o primeiro ano de vida da criança direcionadas ao estadio de desenvolvimento (promoção do aleitamento materno, correta introdução de sólidos, indicações sobre alimentação, promoção de ingesta de água, e o uso do copo)</p>	<p>- 60% das mães mantiveram o aleitamento materno até aos 5/6 meses e 36% até aos 12 meses</p> <p>- 60% das mães introduziram corretamente os sólidos aos 5/6 meses e apenas 2% o fizeram antes dos 4 meses</p> <p>- 98% das crianças utiliza copo com 12 meses</p> <p>- Apenas 17% consome sumo com 12 meses</p> <p>- As visitas domiciliárias pelas enfermeiras foram bem aceites e são uma intervenção viável para abordar os fatores de risco da obesidade infantil</p> <p>- O início precoce do excesso de peso e obesidade infantil requer programas de promoção de saúde</p> <p>- A intervenção deve começar o mais cedo possível e ser focada na família.</p>

<p>Tucker et al, 2011</p> <p><i>“A School based community partnership for promoting healthy habits for life”</i></p> <p>Journal of Community Health</p> <p>(CINAHL)</p>	<p>Estudo Quasi-Experimental</p>	<p>- 2 Escolas de Enfermagem (estudantes de enfermagem)</p> <p>- 2 escolas primárias (um total de 99 crianças)</p> <p>- Enfermeira de Saúde Pública</p>	<p>- Criação de uma parceria entre o setor público e privado de saúde, as escolas primárias e escolas de enfermagem</p> <p>- Implementação do programa “Let’s Go 5-2-1-0” por enfermeiras (incide essencialmente no aumento do consumo de frutas e vegetais, diminuição do tempo que as crianças passam a ver TV, aumentar o exercício físico e eliminar o consumo de sumos e bebidas açucaradas)</p> <p>- Realização de sessões de educação sobre hábitos saudáveis em sala de aula e acompanhamento das crianças realizado por estudantes de enfermagem</p>	<p>- Foi estabelecida a parceria entre todos os participantes</p> <p>- O acompanhamento realizado pelos estudantes de enfermagem, em conjunto com a implementação do programa pelas enfermeiras, apresenta-se como um reforço importante para as crianças na mudança para comportamentos saudáveis, como o aumento do exercício físico;</p> <p>- Maior envolvimento dos pais em sessões e intervenções futuras</p>
<p>Epstein et al, 2010</p> <p><i>“Role of a clinical nurse specialist within a paediatric multidisciplinary weight-management programme team”</i></p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>(CINAHL)</p>	<p>Estudo transversal exploratório</p>	<p>- Enfermeira Especialista em Saúde infantil e pediátrica</p> <p>- 39 adolescentes com excesso de peso e obesos</p>	<p>- Avaliação do IMC pelas enfermeiras</p> <p>- Realização de entrevistas semi-direcionadas aos enfermeiros para compreender o adolescente e os seus sentimentos e atitudes perante o excesso de peso/obesidade</p>	<p>- 49% dos adolescentes com excesso de peso e 34% dos adolescentes obesos apresentam alterações na auto estima</p> <p>- em 3%, 10% e 10% dos adolescentes obesos ocorre violência física, psicológica e sexual respetivamente;</p> <p>- é determinante o diagnóstico de enfermagem para direcionar as intervenções a realizar</p> <p>- Intervenções de reforço positivo e aumento da autoestima são intervenções da EESIP</p> <p>- o acompanhamento de adolescentes obesos por uma EESIP é melhor aceite por esta população do que por um psicólogo</p>

<p>Wright e Suro, 2011</p> <p><i>“Assessing disparities in Fruit and Vegetables intake among urban, low income, latino school children using a community-based participatory research approach”</i></p> <p>JOCEPS: Journal of Chi Eta Phi Sorority</p> <p>(CINAHL)</p>	<p>Estudo descritivo cross-sectorial, estudo piloto</p>	<p>- 140 crianças entre os 7 e os 11 anos; - enfermeiros e profissionais de saúde</p>	<p>Identificação do IMC e do consumo de frutas e vegetais nas 140 crianças estudadas</p>	<p>- 60,8% das crianças apresentam IMC normal no entanto 39,2% apresenta excesso de peso (IMC>85) - as crianças com excesso de peso têm menor consumo de frutas, sumos naturais e vegetais. - os resultados alertaram os Enfermeiros e os profissionais de saúde para a necessidade de intervenção tendo em conta os resultados obtidos; - recomendam intervenções ao nível de: identificação de fatores de risco de excesso de peso/obesidade infantil, cálculo e avaliação de IMC, aconselhamento sobre hábitos alimentares e de vida saudáveis, levadas a cabo por profissionais de saúde e enfermeiros tendo em conta a cultura das crianças e o meio onde se encontram; - estas intervenções devem envolver não só as crianças, mas também os pais e a escola.</p>
<p>Mustila, Keskinen and Luoto, 2012</p> <p><i>“Behavioral counseling to prevent childhood obesity – study protocolo f a pragmatic trial in maternity and child health care”</i></p> <p>BMC Pediatrics (MEDLINE)</p>	<p>Protocolo não randomizado de um ensaio pragmático</p>	<p>- Mães com risco de diabetes gestacional, filhos anteriores com $\geq 4,5$ Kg à nascença, história familiar de diabetes e com ≥ 40 anos; - RN/Crianças (0 – 5 anos) - Enfermeiras de saúde pública, dietista e fisioterapeuta.</p>	<p>- <u>Durante a gravidez:</u> 2 consultas com a dietista e com a fisioterapeuta; 13 consultas com a enfermeira com aconselhamento sobre dieta e exercício físico - <u>Desde o nascimento até aos 5 anos de idade da criança:</u> consultas de acompanhamento com a enfermeira sobre desenvolvimento adequado, alimentação saudável, aleitamento materno e exercício físico tendo por base um método pré estabelecido.</p>	<p>- As consultas de aconselhamento devem focar essencialmente hábitos alimentares saudáveis e a importância de hábitos de vida saudáveis, quer para a mãe quer para a criança; - Os autores consideram necessária a comparação do IMC das mães/crianças antes e depois das intervenções pelas enfermeiras, bem como, a monitorização dos hábitos alimentares e de vida das mesmas antes e depois; - Deve ser integrado nas consultas habituais dos cuidados de saúde à mãe e à criança realizadas pelas enfermeiras</p>

<p>Paul et al, 2011</p> <p><i>“Preventing Obesity during Infancy: a pilot study”</i></p> <p>Obesity – nature publishing group</p> <p>(MEDLINE)</p>	<p>Estudo Piloto randomizado</p>	<p>- 160 díades (mãe-RN) em que a mãe é primípara e tem intenção de amamentar e o RN deve ter ≥ 34 sem. de gestação</p> <p>- Enfermeiras</p>	<p>- Visitas domiciliares realizadas por enfermeiras (1ª visita cerca de 2-3 sem após o nascimento: aconselhamento sobre amamentação, idade adequada para iniciar sólidos e como o fazer, cuidados ao RN, tempo adequado de sono e estratégias para acalmar o bebe; 2ª visita cerca de 2-3 semanas após o início de alimentos sólidos por volta dos 4-6 meses de idade: aconselhamento sobre amamentação, correta introdução de sólidos e estratégias para alimentar o bebe)</p> <p>- Em ambas as intervenções são realizados ensinamentos, aplicados questionários, avaliado o IMC e entregue material de apoio às mães.</p> <p>- Ao fim de um ano as crianças são avaliadas pelas enfermeiras em consulta.</p>	<p>- Os resultados ao fim de um ano evidenciaram que intervenções precoces realizadas pelas enfermeiras sobre alimentação e horas adequadas de sono influenciaram o peso das crianças;</p> <p>- a amamentação foi considerada medida protetora para a prevenção e desenvolvimento da obesidade infantil;</p> <p>- os RN que realizaram LM apresentavam maior horas de sono e conseqüentemente aumento de peso gradual e adequado, pelo que consideram que a relação entre ambas as situações é preventiva da obesidade infantil;</p> <p>- consideram necessárias mais intervenções ao longo dos diferentes estádios de desenvolvimento da criança para manter os resultados a longo prazo e prevenir a obesidade infantil;</p>
<p>Speroni et al, 2008</p> <p><i>“Evaluation of a Pilot Hospital-Based Community Program Implementing Fitness and Nutrition</i></p>	<p>Estudo Piloto</p>	<p>- 32 crianças entre os 8-12 anos com percentil de IMC ≥ 85</p> <p>- Enfermeiras</p> <p>- Dietista</p> <p>- Fisioterapeuta</p>	<p>- Implementação de um estudo em meio hospitalar por enfermeiras que incluía aconselhamento sobre hábitos alimentares e de vida saudáveis (exercício físico) e monitorização do IMC; e promoção de exercício físico. Durante 24 semanas</p>	<p>- Verificou-se uma diminuição no IMC de todas as crianças que concluíram o estudo (n: 16)</p> <p>- O fato de ser um estudo em meio hospitalar pode ter sido uma mais valia, uma vez que algumas crianças poderiam recusar realizar o estudo na escola por receio de serem identificadas como obesas pelos pares;</p> <p>- As Enfermeiras possuem competências para levar a cabo a implementação de</p>

<p><i>Education for Overweight Children”</i></p>	<p>estudos/programas que promovam exercício físico e hábitos alimentares saudáveis em meio hospitalar que tenham como intuito a prevenção da obesidade infantil;</p> <p>- As enfermeiras podem fornecer aconselhamento e acompanhamento a crianças com excesso de peso em qualquer contexto;</p> <p>- Uma vez que a família foi incentivada a participar o aconselhamento foi realizado à criança/família;</p> <p>- Tendo em conta que as enfermeiras têm contato direto com crianças/famílias encontram-se na posição ideal para promover hábitos alimentares saudáveis e o aumento do exercício físico e/ou encaminha-los para programas preventivos de obesidade infantil</p>
<p>Journal for Specialists in Pediatric Nursing (CINAHL)</p>	

- Discussão dos Resultados

Como descrito por Wofford (2008) numa revisão sistemática da literatura, devido ao aumento alarmante da obesidade infantil e os riscos associados à mesma, devem ser desenvolvidos programas e intervenções direcionadas à população infantil no âmbito da promoção de saúde.

A prevalência da obesidade infantil é motivo de preocupação a nível mundial, pelo que se torna iminente para os profissionais de saúde o estabelecimento de estratégias direcionadas à prevenção (Lemelin, Gallagher e Haggerty, 2012; Wen et al, 2009; Epstein et al, 2010; Speroni et al, 2008; Melin e Lenner, 2008; Wright e Suro, 2011).

Para intervir de forma adequada e eficaz torna-se fundamental o reconhecimento de fatores e comportamentos de risco associados a esta problemática. Tucker et al (2011), Mustila, Keskinen and Luoto (2012) e Wright e Suro (2011), fazem referência a fatores étnicos/culturais, sociais, à diminuição da prática de exercício físico e ao pouco

conhecimento por parte dos pais sobre hábitos alimentares saudáveis (consumo excessivo de doces e calorias) como fatores de risco relacionados com o aumento da prevalência da obesidade infantil. Wen et al (2009) e Paul et al (2011), consideram que além da diminuição do exercício físico e do papel parental nos hábitos alimentares das crianças, a alimentação artificial (leites adaptados) numa fase precoce do ciclo de vida pode interferir com os números crescentes de crianças obesas. É importante ainda referir que as horas de sono e descanso também estão relacionadas com o aumento do excesso de peso (Paul et al, 2011; Lemelin, Gallagher e Haggerty; 2012). Em suma, todos os autores dos artigos revistos referem ser fundamental a intervenção ao nível da promoção de hábitos alimentares e de vida saudáveis.

Como descrito por outros autores, uma intervenção precoce no primeiro ano de vida e na promoção do aleitamento materno, é fundamental para prevenir o excesso de peso e a obesidade a longo prazo (Arenz et al, 2004; Harder et al, 2005; Bartok e Ventura, 2009; Janeiro, 2011). Neste sentido a intervenção do EESIP é fundamental. A promoção do aleitamento materno deve ser incentivada desde cedo, seja ainda no ambiente hospitalar, na consulta de vigilância ou em visitas ao domicílio realizadas por enfermeiros. O aconselhamento sobre uma correta alimentação no primeiro ano de vida, nomeadamente sobre a introdução de alimentos sólidos, deve também ser reforçada pelo enfermeiro (Paul et al, 2011).

Nos estudos realizados por Wen et al (2009) e Paul et al (2011), foi evidente a influência que este acompanhamento produz nos hábitos alimentares no primeiro ano de vida da criança. Segundo estes autores, com a realização de visitas ao domicílio realizadas por enfermeiras, foi evidente o aumento da manutenção do aleitamento materno até mais tarde e a adoção de hábitos alimentares saudáveis, como a introdução de alimentos sólidos na idade adequada e a diminuição do consumo de sumos açucarados. Neste âmbito, também Ben-Sefer, Ben-Natan e Ehrenfeld (2009), descrevem que o papel do enfermeiro no acompanhamento da criança/mãe numa fase inicial da vida deve ser direcionada para a promoção do aleitamento materno e promoção de hábitos de vida saudáveis que visem a prevenção da obesidade infantil e outras patologias associadas.

Já Tucker et al (2011) e Lemelin, Gallagher e Haggerty (2012), salientam a importância da intervenção do enfermeiro nas idades pré-escolar e escolar, considerando que a escola é um contexto propício para a implementação de programas de promoção de saúde e que é necessário existir uma parceria entre as instituições de saúde e a

comunidade. Tucker et al (2011), apresentam-nos um estudo realizado com crianças em idade escolar com o intuito de estabelecer esta mesma parceria e testar intervenções realizadas em duas escolas primárias por enfermeiros e estudantes de enfermagem. Tal como nos outros estudos analisados as intervenções incidem essencialmente em promover hábitos de vida saudáveis, nomeadamente no aumento do consumo de frutas e vegetais, no aumento do exercício físico e na restrição de sumos açucarados. Estes autores evidenciam a importância que o acompanhamento pelos enfermeiros, e pelos estudantes de enfermagem, e a realização de ações em meio escolar implicam na mudança de comportamentos nas crianças. Também Ben-Sefer, Ben-Natan e Ehrenfeld (2009), realçam a importância de constar no curriculum académico dos enfermeiros as causas, fatores de risco e implicações da obesidade infantil, de forma a auxiliar na preparação dos estudantes para a prática clínica.

Tendo em conta o risco de estigmatização de crianças pré obesas/obesas pelos pares, esforços devem ser tidos em conta na aplicação de programas ou estudos direcionados apenas a estas crianças (Melin e Lenner, 2008). Nomeadamente Speroni et al (2008) referem que a implementação de estudos em meio hospitalar pode abranger maior número de participantes uma vez que não vão ser observados por pares sem excesso de peso.

Lemelin, Gallagher e Haggerty (2012), Tucker et al (2011), Speroni et al (2008), realçam o quanto é necessário implicar a família no processo de prevenção e promoção de hábitos de vida saudáveis em crianças pré escolares. O EESIP, durante as consultas de vigilância de saúde, momentos de vacinação, visitas domiciliárias e/ou intervenção em meio escolar ou hospitalar, tem a possibilidade de avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, avaliar o seu IMC, compreender qual a perceção dos pais perante o excesso de peso/obesidade, realizar ensinamentos promotores de saúde e identificar fatores de risco de pré-obesidade/obesidade; (Lemelin, Gallagher e Haggerty, 2012; Tucker et al, 2011; Speroni et al, 2008; Paul et al, 2011; Mustila, Keskinen e Luoto, 2012; Wright e Suro, 2011; Wen et al, 2009; Melin e Lenner, 2008; Epstein et al, 2010). Tendo em conta que o EESIP intervém e assiste a criança em todos os estádios de desenvolvimento, é importante referir o papel fulcral que este possui junto dos adolescentes. Epstein et al (2010), realçam que não esquecendo a patologia, o enfermeiro através de uma avaliação criteriosa e fundamentada intervém realizando um diagnóstico baseado na pessoa como um todo. Fatores como a auto perceção de saúde por parte do adolescente e auto conhecimento, a nutrição, a eliminação, o exercício

físico, as horas de sono e descanso, a sexualidade, estratégias para gerir o *stress* e estratégias de *coping*, valores e crenças, auto imagem e auto estima, são avaliados e abordados pelo EESIP. Com este estudo podemos constatar que na adolescência a baixa auto estima, a insatisfação com a imagem corporal e pensamentos suicidas têm uma prevalência alarmante. Neste sentido, identificando e conhecendo primariamente estes fatores, o EESIP adequa a sua intervenção estabelecendo uma relação de empatia e confiança com o adolescente, encorajando e dando ênfase a mudanças de comportamentos ou a pequenas conquistas.

Tal como referem Carmo et al (2012), apesar do adolescente sofrer uma influência crescente do grupo de pares, em situações de excesso de peso e obesidade a família deverá ter um papel determinante. Desta forma, cabe ao EESIP, envolver a família na adoção de hábitos de vida saudáveis e capacitá-la para motivar e encorajar o adolescente na mudança de comportamento e prevenir situações de excesso de peso e obesidade.

Considerando que o EESIP tem como cerne dos seus cuidados o binómio criança/família, está inerente que em todas as intervenções a realizar a família deve também ser envolvida, sendo essencial compreender qual a visão da mesma perante a obesidade (Wen et al, 2009; Epstein et al, 2010; Tucker et al, 2011; Lemelin, Gallagher e Haggerty, 2012).

- Considerações Finais

Sendo a obesidade infantil uma problemática atual na nossa sociedade e a nível mundial, torna-se emergente a atuação pela prevenção. Tendo em conta que o EESIP possui competências específicas que se traduzem num elevado padrão de qualidade de cuidados prestados à criança/família, conclui-se com esta RSL que este possui um papel fundamental na prevenção da obesidade infantil e na promoção de saúde.

Considerando essas mesmas competências, verifica-se que a sua atuação deve ser direcionada a todos os estadios de desenvolvimento, desde uma fase precoce no ciclo vital, com o intuito de alcançar a maximização de saúde da criança/família devendo incluir assim uma monitorização e avaliação do desenvolvimento da criança/jovem. O contexto escolar apresenta-se como o local ideal para sessões de educação para a saúde, bem como as consultas de vigilância de saúde infantil e as visitas ao domicílio no primeiro ano de vida.

Conclui-se ainda que as intervenções deverão basear-se na promoção de hábitos alimentares e de vida saudáveis.

1.2. Modelo Teórico Conceptual

A evolução das teorias de enfermagem tem sido uma procura da essência da disciplina e uma contribuição constante para o desenvolvimento da profissão. Segundo Tomey e Alligood (2004: p.7), *“os modelos conceptuais são estruturas ou paradigmas que fornecem um amplo quadro de referência para abordagens sistemáticas aos fenómenos com os quais a disciplina está relacionada”*.

Os conceitos meta paradigmáticos de pessoa, enfermagem, ambiente e saúde são considerados os pilares da disciplina e da profissão de enfermagem. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), o conceito de pessoa na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica é tido sob o binómio criança/jovem e família. A criança/jovem é toda a pessoa com menos de 18 anos de idade e a família compreende o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento. Relativamente ao conceito de ambiente, considera-se aquele onde a criança/jovem vive e se desenvolve, tendo em conta os fatores intervenientes. Assim os cuidados de enfermagem à criança/jovem são especificados a partir da filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica que evidencia os cuidados centrados na criança/família em qualquer contexto onde os mesmos se encontrem. O conceito de saúde como estado subjetivo, dinâmico e contínuo, está inerente na satisfação das necessidades nas diferentes etapas de desenvolvimento para a maximização da saúde da criança/jovem.

Ao longo dos anos existiram diversas tentativas de definir Saúde e Doença. No entanto é importante considerar que estes conceitos não são estados ou condições estáveis. Doença é frequentemente definida como “ausência de saúde” e Saúde como “ausência de doença” (Bolander, 1998). Segundo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enunciados pela Ordem dos Enfermeiros (2002: p.6), *“a saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença”*.

Preocupações a nível mundial sobre o estado de saúde da população em geral levaram à realização de diversas conferências internacionais sobre promoção de saúde. A primeira Conferência Internacional sobre esta temática teve lugar em Ottawa em 1986, onde foram aprovadas as orientações para alcançar a “Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes”. A Carta de Ottawa surgiu assim, na década de 80, baseada nos progressos decorrentes da Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata e no documento “*As Metas da Saúde para Todos*” da OMS. Segundo o descrito neste documento internacional a “*promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar*” (WHO, 1986: s/p). Consiste ainda em assegurar oportunidades e meios na comunidade que permitam à pessoa atingir o seu potencial máximo de saúde (Buss, 2000).

A nível nacional, como descrito na Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, Base I e II, “*A proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado*”, sendo que “*a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado*” (Portugal. Ministério da Saúde, 1990: p.3452).

Também de acordo com as recomendações da OMS, o Plano Nacional de Saúde (PNS) fornece “*...indicações claras de valorização de uma política de cuidados de saúde orientados para a prevenção da doença e promoção da saúde, com relevo para o papel das estratégias de Educação para a Saúde*” (Carvalho e Carvalho, 2006; p: XV)

Neste sentido, o foco de atenção da enfermagem deve estar voltado para a promoção da saúde e prevenção da doença na pessoa vista como um todo, inserida na família e comunidade. Como referido pela Ordem dos Enfermeiros (1998, p:15), “*a enfermagem é a profissão que na área da saúde tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.*”

Assim, a Educação para a Saúde (EpS) possui uma importância vital para a enfermagem, sendo que o papel do EESIP passa por possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem da pessoa, num processo de crescimento e desenvolvimento (Bernardino et al, 2009).

Como referido por Carvalho e Carvalho (2006; p: XV), “*os enfermeiros sabem que a Educação para a Saúde faz parte integrante da ação de cuidar, sendo por isso chamados a desempenhar um papel relevante, no contexto da equipa*”.

Ainda segundo os mesmos autores, a EpS enfatiza a mudança voluntária tendo por foco as atitudes e comportamentos de saúde, o conceito de risco e a perceção do mesmo. Desta forma, segundo Amorim citado por Carvalho e Carvalho (2006; p. 3), a EpS é uma forma de promover o desenvolvimento do homem enquanto indivíduo e como parte de um ecossistema complexo, sendo que a intervenção do enfermeiro terá que ser uma “*(...) intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos*”.

Esta linha de pensamento remete-nos para o modelo proposto por Nola Pender que se baseia na otimização da saúde humana - o Modelo de Promoção de Saúde (MPS).

Este modelo vem apresentar a relação entre as ciências de enfermagem e do comportamento humano na promoção de saúde incluindo comportamentos para melhorar a saúde e potencialmente aplicável ao longo do ciclo vital (Pender, Murdaugh e Parsons, 2006; Tomey e Alligood (2004).

O modelo baseia-se no modelo das crenças na saúde sem incluir o medo ou a ameaça como fonte de motivação e integra a Teoria Cognitiva Social de Albert Bandura que postula a importância dos processos cognitivos na alteração comportamental (*Ibidem*)

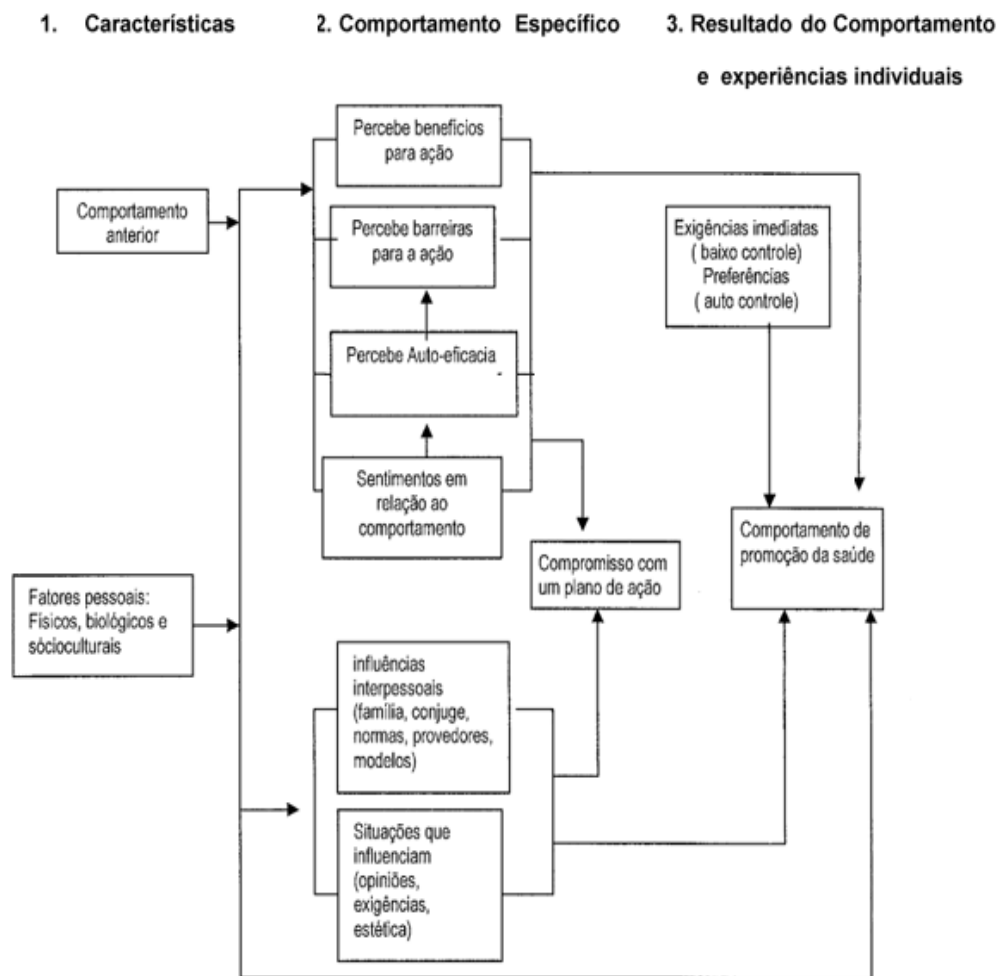
Nola Pender define o objetivo dos cuidados de enfermagem como a saúde ótima do indivíduo. A sua teoria identifica fatores cognitivo-perceptuais no indivíduo como a importância de comportamentos promotores de saúde (Tomey e Alligood (2004).

Segundo esta teórica, o MPS consiste numa tentativa de identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis e compreender todo processo que leva a pessoa a adotar esses mesmos comportamentos produtores de saúde (Tomey e Alligood, 2004; Victor, Lopes e Ximenes, 2005).

Para Pender, um comportamento de promoção de saúde consiste assim, “*num fim ou resultado de ação orientado no sentido de obtenção de resultados de saúde positivos, tais como, o bem-estar ótimo, realização pessoal e existência produtiva*” (Tomey e Alligood, 2004: p. 705). As pessoas têm capacidade de autoconsciência refletiva e procuram criar condições de vida para exprimir o seu potencial de saúde. É ainda de referir que Nola Pender considera que “*os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital*” (*Ibidem*: p.706)

Como é evidenciado na figura 1, o MPS consiste num modelo de enfermagem, passível de ser utilizado na implementação e avaliação de ações promotoras de saúde, através da compreensão de três pontos essenciais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável.

Figura 2 – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender



Fonte: Victor, Lopes e Ximenes, 2005: p.237

A primeira componente do MPS consiste nas características e experiências individuais. Para Pender, Murdaugh e Parsons (2006) e Victor, Lopes e Ximenes (2005), estas são únicas para cada pessoa e afetam de forma particular as ações subsequentes, sendo influenciadas por duas variáveis: o comportamento anterior e os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais). Quanto ao comportamento anterior, este refere-se ao comportamento que deve ser mudado e que pode ter efeitos diretos ou

indiretos sobre a probabilidade de ter um comportamento de promoção de saúde. Pender, Murdaugh e Parsons (2006) destacam ainda que os enfermeiros podem ajudar os clientes a terem comportamentos promotores de saúde focando os benefícios dos mesmos, ensinando estratégias para ultrapassarem dificuldades e fornecendo reforços positivos. Relativamente aos fatores pessoais, estes são classificados como fatores biológicos (idade, IMC, agilidade ou equilíbrio), psicológicos (autoestima, auto motivação, estado de saúde percebido, definição de saúde) e socioculturais (raça, etnia, educação, nível socioeconómico) (Pender, Murdaugh e Parsons, 2006; Tomey e Alligood, 2004; Victor, Lopes e Ximenes, 2005).

A segunda componente do MPS (comportamento específico), é considerada aquela que apresenta maior importância motivacional e constitui o “core” da intervenção dado que é modificável através de intervenções de enfermagem. Contempla seis variáveis (percebe benefícios para a ação, percebe barreiras para a ação, percebe auto eficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e influências situacionais) (Pender, Murdaugh e Parsons, 2006; Victor, Lopes e Ximenes, 2005).

A primeira variável, percebe benefícios para ação, refere-se às representações mentais positivas, que reforçam as consequências da adoção de um comportamento. A variável, percebe barreiras para a ação, refere-se às percepções negativas ou bloqueios que podem ser antecipados, imaginados ou reais e aos custos pessoais de ter determinado comportamento. A terceira variável, percebe auto eficácia, diz respeito ao julgamento da capacidade pessoal de organizar e executar um comportamento promotor de saúde. Relativamente aos sentimentos em relação ao comportamento, estes reportam a uma reação emocional direta ou a uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável. A variável influências interpessoais refere-se ao comportamento que pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais. Segundo Nola Pender as fontes primárias de influências são as famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde sendo ainda reconhecida a importância da cultura a este nível. A teórica, através do MPS, propõe que as influências interpessoais afetam a adoção de comportamentos promotores de saúde, de uma forma direta mas também indireta, através da pressão social e do compromisso para um plano de ação. Por último, as influências situacionais, consistem em percepções e conhecimentos pessoais de uma dada situação ou contexto que pode facilitar ou dificultar o comportamento, podendo ter

também influência direta ou indireta (Pender, Murdaugh e Parsons, 2006; Tomey e Alligood, 2004; Victor, Lopes e Ximenes, 2005).

A terceira e última componente do modelo (resultado do comportamento), compreende três variáveis: exigências imediatas, comportamento de promoção de saúde e compromisso com um plano de ação. A primeira variável, exigências imediatas, considera que as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um elevado controle sob as ações de mudança de comportamento. A variável comportamento de promoção de saúde pode ser entendida como o resultado da implementação do MPS, pois consiste no resultado de ação orientado no sentido obtenção de resultados de saúde positivos tais como o bem-estar ótimo, realização pessoal e existência produtiva. Por fim, a terceira variável, compromisso com o plano de ação, reporta às ações que possibilitem ao indivíduo manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem (*Ibidem*).

Em suma, o MPS fornece uma estrutura simples e clara ao enfermeiro para que este possa prestar cuidados que permitam planejamento, intervenção e avaliação das suas ações, no sentido de promoção de saúde, compreendendo o indivíduo como um todo.

Pela sua formação, o enfermeiro possui naturalmente competências pedagógicas para o planejamento, execução e avaliação de atividades de promoção de saúde e *empowerment* dos seus clientes (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005). Sendo que a intervenção precoce na promoção de hábitos de vida saudáveis é fundamental para prevenir complicações como a obesidade infantil, é primordial que o EESIP se enquadre como peça chave na implementação de medidas e estratégias preconizadas no âmbito da promoção da saúde como medida combativa à obesidade infantil.

Considerando que o EESIP possui um modelo conceptual centrado na criança e família e trabalha em parceria com os mesmos em qualquer contexto que estes se encontrem, é importante salientar que apesar de o MPS de Nola Pender ser norteador deste percurso, na medida em que guia e orienta todas as intervenções promotoras de saúde, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey esteve sempre subjacente.

2. UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO

Aliada à componente teórica do curso, a UCE tem por objetivo complementar a formação teórica através da componente prática. Esta proporciona o contacto com diferentes realidades de assistência à criança/família permitindo a aquisição e desenvolvimento de competências requeridas ao EESIP.

A UCE decorreu assim, ao longo de três módulos que corresponderam a momentos de aprendizagem e experiências em áreas distintas.

O objetivo geral delineado e que foi transversal à UCE foi desenvolver competências profissionais e relacionais de EESIP que permitissem uma prestação de cuidados de maior complexidade à criança/família, na prevenção da obesidade infantil.

Tendo em conta o contexto, foram elaborados objetivos específicos que se adequassem aos diagnósticos de situação e ao estadio de desenvolvimento da criança. Estes surgem na continuidade do relatório.

2.1. Módulo I

O primeiro módulo da UCE teve início na Consulta de Neuro Desenvolvimento do Hospital da Luz com um estágio de carácter observatório com a duração de três dias (23 a 26 de abril de 2012). Durante este período foi-me possível conhecer o funcionamento da consulta e as atividades desenvolvidas na mesma.

Atualmente, o Hospital da Luz dispõem de uma unidade de neuro desenvolvimento e comportamento da criança e do adolescente que tem como principais objetivos o diagnóstico, avaliação e a intervenção em crianças com perturbações do desenvolvimento ou com risco de as vir a manifestar. Entre outras situações, a consulta está orientada para crianças com hiperatividade e défice de atenção, com dificuldades de aprendizagem, com alterações do comportamento e com perturbações emocionais e do foro psicoafectivo. A equipa multidisciplinar é constituída apenas por médicos e técnicos especializados (psicólogos, terapeutas da fala, etc.), não existindo a presença de um enfermeiro na organização da mesma.

Durante este período de observação foi-me possível constatar uma realidade diferente daquela com que me deparo diariamente, tendo despertado o meu interesse numa temática por mim tão pouco desenvolvida até então. Tive a possibilidade de assistir a

diversas consultas, com a respetiva autorização, da médica responsável e da criança/família. Nestas consultas deparei-me com diferentes patologias do ponto de vista do desenvolvimento e com algumas perturbações psicoafectivas (hiperatividade com défice de atenção, dislexia, disortografia, etc.).

Durante a minha experiência profissional deparei-me em alguns momentos com crianças que possuíam como antecedentes pessoais algumas destas patologias. Desta forma, foi necessário que aprofundasse conhecimentos sobre as mesmas através de pesquisa bibliográfica e articulação com a equipa multidisciplinar do meu local de trabalho. A parceria com os pais foi também fundamental para poder adequar a minha prestação de cuidados e minimizar o impacto que uma hospitalização pode acarretar para uma criança, por exemplo, com uma hiperatividade. A adequação da linguagem, o detetar e aproveitar momentos de atenção para intervir não impondo regras e compreender junto dos pais quais as experiências anteriores com situações de doença e quais as estratégias habituais utilizadas para promoção de conforto e segurança, são exemplos de estratégias que desenvolvi na minha prática profissional e que considero serem essenciais na abordagem à criança/família com necessidades especiais.

Desta forma, a mobilização e transferência de conhecimentos adquiridos ao longo da minha formação e experiência profissional revelou-se de extrema relevância para a melhor compreensão das várias situações que observei e para adequar a minha postura e participação.

Deste curto período de estágio pude validar a importância do EESIP na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem de forma criteriosa, tornando assim possível a deteção precoce de situações de risco (necessidades especiais) e o correto encaminhamento das mesmas, pois cabe ao EESIP prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, promovendo o crescimento e desenvolvimento infantil. Seguindo esta linha de pensamento, considero que seria pertinente a existência de um EESIP nesta consulta, de forma a promover uma melhor qualidade de cuidados, nomeadamente na articulação com a escola e na promoção de comportamentos de saúde junto da criança/família.

A continuação deste módulo decorreu no período de 30 de abril a 22 de junho de 2012, no Agrupamento de Centros de Saúde Grande Lisboa IX – Rio de Mouro.

Inserido no novo plano de reorganização das Unidades de Saúde, de acordo com o Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, em vigor desde janeiro de 2009 (Portugal. Ministério da Saúde, 2008), o Centro de Saúde de Rio de Mouro, constitui em conjunto

com o Centro de Saúde Algueirão-Mem Martins, um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), denominado ACES - Lisboa IX. No Centro de Saúde de Rio de Mouro, onde decorreu o estágio, é de relevância referir a existência de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e uma Unidade de Saúde Pública (USP), local onde a enfermeira orientadora exerce funções enquanto EESIP. O ACES IX encontra-se situado no concelho de Sintra e abrange as freguesias de Algueirão - Mem Martins e Rio de Mouro.

Segundo os artigos 3º e 4º do Decreto-lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, as USF são “*as unidades elementares na prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares*” e têm por missão a “*prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos*” (Portugal. Ministério da Saúde, 2007: p.5588/89).

No âmbito do Programa Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil (PSIJ) está prevista a calendarização de consultas para idades-chave. Neste sentido são realizadas consultas de vigilância e acompanhamento de enfermagem de saúde infantil por uma enfermeira especialista. Um dos objetivos específicos a este módulo consistia em participar na Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Infantil (CEVSI), sendo que a primeira atividade desenvolvida consistiu no conhecimento da organização e funcionamento da consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil. Para tal foi realizada uma revisão bibliográfica e consultadas todas as normas alusivas à mesma do ACES IX. Posteriormente, para que me fosse possível compreender o papel do EESIP na vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem foi-me possibilitada a observação e participação na consulta.

Ao desenvolver funções num serviço de internamento de Pediatria, foi necessário desde cedo um aprofundamento teórico das características específicas de cada estadio de desenvolvimento. Só conhecendo os diferentes estadios de desenvolvimento e as necessidades específicas dos mesmos, pude adequar a minha prestação de cuidados, a postura e linguagem utilizada, os cuidados atraumáticos, o estabelecimento de relação de confiança com a criança/família e os cuidados antecipatórios a realizar. A avaliação inicial de enfermagem apresenta-se como um documento fulcral no serviço de pediatria para o conhecimento dos hábitos de vida da criança/família, permitindo também uma avaliação do seu desenvolvimento e a elaboração de diagnósticos de enfermagem nos quais é necessário intervir.

Assim, durante as consultas foi possível a mobilização de conhecimentos na área do desenvolvimento infantil adquirido ao longo da experiência profissional e da componente teórica do mestrado em curso. Pude observar e participar em atividades como a colheita de dados sistematizada, a observação física com avaliação de dados estado-ponderais e avaliação do desenvolvimento infantil, a explicação das diferentes etapas de crescimento e desenvolvimento, o esclarecimento de questões colocadas pelos prestadores de cuidados e a realização de cuidados antecipatórios tendo em conta o estadio de desenvolvimento da criança. Pude ainda presenciar de forma ativa a realização do Exame Global de Saúde (EGS).

Considero que esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências específicas, nomeadamente “*assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” e “*presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b: p.2)

O PSIJ prevê a calendarização de consultas para idades-chave correspondentes a acontecimentos importantes na vida das crianças e jovens (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2005b). Neste contexto, e em articulação com o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), são realizadas as consultas do EGS dos 5-6 anos, com vista a detetar situações que possam afetar negativamente a saúde e desenvolvimento da criança e/ou a existência de determinadas patologias como a obesidade infantil (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2006a).

Segundo dados obtidos pelo programa SINUS implementado no ACES IX, foram identificadas 687 crianças, nascidas em 2005 e inscritas neste ACES. Dos EGS 5-6 anos, realizados para o ano letivo 2011/2012 (389), constata-se que 15,7% das crianças apresentava pré obesidade e 13,4% obesidade infantil (USP, 2012).

Autores como Carlos e Rito, Lopes e Rito, Mendonça e Martins, citados por Bonito (2009) ou Duarte, Carvalho e Sousa citados por Carmo et al (2008b), já relataram nos seus estudos uma prevalência alarmante de crianças com excesso de peso no nosso país. Ao analisar a estatística apurada no ACES IX através do EGS: 5-6 anos, pude assim constatar que os cuidados de saúde primários são essenciais para a deteção precoce, planeamento e implementação de estratégias promotoras de saúde.

Ao trabalhar na Pediatria do HFF que abrange a população dos concelhos de Sintra e Amadora, deparo-me muitas vezes na prática com crianças pré-obesas/obesas, no entanto, a confirmação pela estatística do ACES IX foi alarmante.

Sendo que uma das competências específicas do EESIP consiste em assistir “*a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b: p.2), a atuação do mesmo na realização de consultas de vigilância de saúde infantil, na articulação com as escolas e famílias torna-se fundamental para prevenir situações de risco e promover hábitos de vida saudáveis.

Refletindo sobre a minha experiência profissional, considero ainda pertinente uma melhor articulação com os cuidados de saúde primários, nomeadamente com a equipa de saúde escolar e com o EESIP que realiza a CEVSI.

Assim, durante o período de estágio, tendo em conta a análise e resultados obtidos dos EGS e a manifestação de várias enfermeiras sobre a necessidade de formação sobre a realização do EGS, desenvolvi uma sessão de formação para a equipa de enfermagem neste âmbito, de forma a promover e colaborar na otimização da realização do EGS: 5-6 anos na Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil.

A sessão de formação foi apresentada em Power point a um total de 4 enfermeiras e 2 alunas da Licenciatura de Enfermagem que se encontravam em ensino clínico no mesmo período. A avaliação foi realizada através da aplicação de um questionário aos formandos no final da sessão, sendo que de uma forma global teve uma apreciação positiva. 50% dos inquiridos classificou a sessão como bastante satisfatória e os outros 50% completamente satisfatória (ver Anexo I). Durante a realização desta atividade pude ainda alertar os profissionais para os dados obtidos dos EGS 5-6 anos, relativamente à prevalência de pré obesidade e obesidade, e realçar a importância do EESIP na intervenção precoce para a prevenção da obesidade infantil.

Com a realização desta atividade pude ainda contribuir para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem e desenvolver a competência comum do enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, “*baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a: p.4).

Segundo o artigo 12º do Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (Portugal. Ministério da Saúde, 2008), e também descrito no artigo 3º do Decreto-lei n.º 81/2009 de 2 de Abril, a USP é “*a unidade funcional a quem compete efetuar a gestão dos programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos, nomeadamente os programas de vacinação, saúde escolar e saúde oral*” (Portugal. Ministério da Saúde, 2009: p. 2059).

Desta forma, compete a esta unidade de saúde estabelecer parceria com o agrupamento de escolas para a concretização de projetos de promoção da saúde em meio escolar.

Desde 1994, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação formalizaram uma parceria que visava a colaboração entre as escolas e os centros de saúde construindo a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde que se veio posteriormente a integrar na Rede Europeia. O conceito de “Escola Promotora de Saúde” (EPS) nasceu na década de 80, tendo por base o descrito na Carta de Otava e na Convenção dos Direitos das Crianças. A OMS, no documento “*Health for all*”, estabeleceu metas de saúde, sendo que na meta 13 define EPS como aquela que “*inclui a educação para a saúde no currículo e possui atividades de saúde escolar*” (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2006a: p.4).

Em Junho de 2006, foi publicado no Diário da República a aprovação do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), que tem como principal objetivo promover o desenvolvimento de competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a sua qualidade de vida. As estratégias do mesmo “*inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes em dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde*” (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2006a: p.6). Entre outras preocupações a promoção de uma alimentação saudável apresenta-se como uma área prioritária para a promoção de estilos de vida saudáveis e por consequência para a prevenção da obesidade infantil (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2006a).

Segundo indicações no PNSE (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2006a) ao nível local, as equipas de saúde escolar são constituídas por profissionais (médico e enfermeiro) preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar encontrando-se numa posição privilegiada para intervir, quer a nível individual: diagnóstico precoce, encaminhamento e aconselhamento; quer coletivo, através de recomendações para a escola (Amann, 2006).

Considerando as competências específicas do EESIP, estipuladas pela Ordem dos Enfermeiros (2010b), em que se considera que este diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem e promove o crescimento e o

desenvolvimento infantil, cabe ao mesmo o papel preponderante nesta equipa para promover e supervisionar a saúde da criança.

As crianças passam grande parte do dia na escola e é nesta que fazem a sua alimentação, assim, a escola é decididamente um local de eleição para o desenvolvimento de escolhas alimentares saudáveis (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2006a; Nunes e Breda, 2006; Tucker et al, 2011; Lemelin, Gallagher e Haggerty, 2012) e para a implementação de projetos de educação para a saúde por parte da equipa de saúde escolar, mais especificamente pelo EESIP. Estes projetos visam a aquisição de atitudes e comportamentos alimentares adequados e reduzir a prevalência da obesidade infantil e de outras doenças crónicas. A responsabilidade profissional do EESIP, nomeadamente ao nível da saúde escolar, coloca-o numa posição privilegiada para implementar estratégias no sentido da promoção de uma alimentação saudável. Seguindo a linha de pensamento de Nola Pender (2006), o EESIP ao identificar as características específicas da criança/família, pode desenvolver intervenções no contexto em que a mesma se insere para promover comportamentos promotores de saúde.

Machado, Alves e Couceiro (2011) referem que os primeiros anos de vida são determinantes no estabelecimento de atitudes e comportamentos. No que concerne à obesidade infantil autores como Harrington, Paulson e Pasquinelli (2010), apontam os dois primeiros anos de vida como críticos para a prevenção da obesidade infantil, e Dattilo et al (2012) referem ainda que, comparativamente com crianças que não tem excesso de peso na idade pré-escolar, uma criança com excesso de peso aos 2-4 anos de idade aumenta significativamente o risco de se manter com excesso de peso aos 12 anos. Ainda segundo Nunes e Breda (2006), é durante a idade escolar que os problemas alimentares têm maior predominância, pois a criança encontra-se em fase de crescimento, tornando-se assim mais sensível a carências, desequilíbrios ou desadequações alimentares. Neste sentido, a educação para a saúde deverá ter início nestas idades, devido à sua maior recetividade e capacidade de adoção de novos hábitos de vida.

Assim, tendo em consideração os dados estatísticos, e sendo a enfermeira orientadora a EESIP responsável pela colaboração e desenvolvimento de atividades propostas pelo PNSE, foi agendada uma reunião com a professora coordenadora do agrupamento de escolas Rinchoa/Fitares de forma a avaliar a pertinência e necessidade de sessões de educação para a saúde sobre a temática alimentação saudável. Após exposição dos dados obtidos dos EGS realizados e o relato da professora coordenadora de diversas

crianças demonstrarem erros alimentares (ex: não tomarem o pequeno almoço em casa, trazerem bolos e guloseimas para o intervalo, etc.), foram então agendadas sessões de educação para ambas as escolas do agrupamento: Escola EB JI Rinchoa e Escola EB JI Fitares. Estas sessões de educação foram assim de encontro e pertinentes para o objetivo por mim delineado de contribuir para a promoção estilos de vida saudáveis, no âmbito da alimentação saudável, junto de crianças em meio escolar. Ambas as escolas abrangiam crianças do jardim-de-infância e 1º ciclo. Tendo em consideração o estadió de desenvolvimento dos alunos (idade pré-escolar e escolar) e as componentes do currículo académico dos mesmos, foram desenvolvidas três sessões, a primeira destinada ao jardim-de-infância, a segunda ao 1º e 2º ano e a terceira ao 3º e 4º ano. No total foram abrangidas 523 crianças em idade pré-escolar e escolar. As sessões de educação para a saúde consistiram numa apresentação dinâmica em power point com a entrega de um folheto informativo e educativo no final. As sessões decorreram na presença das professoras e foram avaliadas por meio de um questionário em formato de papel. No total foram inquiridas 22 professoras. Foram elaborados dois questionários distintos, sendo que um foi entregue à professora e o outro aos alunos. Os resultados finais demonstraram que na Escola EB JI Rinchoa 92,5% das crianças e 43,7% dos professores classificaram a sessão no nível máximo da escala do respetivo questionário; relativamente à Escola EB JI Fitares 92,6% das crianças e 66,7% dos professores também classificaram a sessão no nível máximo da escala do respetivo questionário (ver Anexo II).

No decorrer desta atividade foi também elaborado um jogo educativo “Trivial Prusuit da Alimentação”, que tendo em conta o tempo reduzido para apresentação das sessões não foi aplicado, no entanto foi entregue à enfermeira orientadora de forma a poder ser utilizado como material de apoio em sessões futuras (ver Anexo II).

Desenvolver sessões de educação para a saúde em meio escolar foi decididamente um momento de aprendizagem essencial para o desenvolvimento de competências. A nível pessoal foi uma experiência gratificante e avassaladora, muito diferente da minha prática profissional. Tendo em conta o número de turmas em que intervim senti necessidade de adaptar-me às diferentes situações e optar por estratégias que permitissem não só a transmissão da informação como também a manutenção do interesse e atenção por parte dos alunos, tendo em consideração a faixa etária em que se encontram e o horário em que se realizaram as sessões. Foi gratificante verificar a

vontade de aprender, a curiosidade e a vontade participar que todos os alunos demonstraram.

Assim, durante a realização desta atividade considero ter desenvolvido competências pessoais ao nível da comunicação, da capacidade de adaptação a situações imprevistas, de gestão de tempo e do saber estar em diferentes contextos. Relativamente ao desenvolvimento de competências profissionais específicas do EESIP, considero ter desenvolvido a competência “*assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b: p.2).

Como referido anteriormente, compete à USP estabelecer parceria com o agrupamento de escolas para a concretização de projetos de promoção da saúde em meio escolar. Assim, ao abrigo do projeto P.E.S (Projeto de Educação para a Saúde) da Escola Secundária Leal da Câmara em Rio de Mouro e do PNSE, foi realizado um inquérito aos alunos. Este teve como propósito a realização de um diagnóstico de situação relativo às temáticas que seriam de interesse geral desenvolver. Neste âmbito e tendo em consideração as necessidades identificadas pelos alunos, a EESIP que integra a equipa de Saúde Escolar do ACES IX – Rio de Mouro, desenvolveu e dinamizou uma Sessão de Educação para a Saúde – “*Pais com Idade para Serem Filhos...*”.

Durante o decorrer do estágio no ACES IX, tive assim a possibilidade de colaborar com a Enfermeira Orientadora na promoção de estilos de vida saudáveis, no âmbito da sexualidade, junto de adolescentes em meio escolar, e dinamizar sessões de educação para a saúde. Como para outras atividades foi necessária a mobilização de conhecimentos e a realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática. Estas sessões foram realizadas através de uma apresentação em power point e tiveram como população alvo todos os alunos inscritos no 10º Ano. A avaliação das mesmas seria realizada posteriormente com a professora coordenadora do P.E.S e enfermeira orientadora (ver anexo III).

Tendo em conta que as sessões de educação para a saúde foram direcionadas a adolescentes foi necessária uma mobilização de conhecimentos de forma a adequar a intervenção.

Os adolescentes pensam e veem o mundo de forma diferente e experienciam a vida com intensidade. A construção da identidade ocorre essencialmente durante a adolescência e é durante este período que os adolescentes tendem a identificar-se com os pares e a dar grande importância ao grupo de amigos, valorizando a sua opinião e procurando nestes companheirismo, afeto, compreensão e intimidade (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

Durante as sessões os alunos demonstraram interesse e curiosidade pela temática, participando ativamente com a colocação de dúvidas, no entanto foi necessária a implementação de estratégias ao nível da comunicação e postura para que se sentissem à vontade para as colocar, tendo em conta que se encontravam perante o grupo de amigos. A nível pessoal a participação nestas sessões foi bastante importante, pois mais uma vez, considero ter desenvolvido competências pessoais ao nível da comunicação com diferentes faixas etárias, da capacidade de adaptação a situações imprevistas, de gestão de tempo e do saber estar em diferentes contextos. Relativamente ao desenvolvimento de competências profissionais específicas do EESIP, considero ter desenvolvido a competência “*assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b: p.2).

Ainda seguindo esta temática tive também a oportunidade de assistir a uma sessão de formação intitulada “Uma Abordagem a Educação Sexual em Meio Escolar”, baseada na metodologia do Teatro Fórum, dirigida a docentes do Agrupamento de Escolas Padre Alberto Neto – Rio de Mouro (ver Anexo IV).

Pude verificar que a sexualidade na adolescência é ainda uma temática de difícil abordagem e que a maioria dos professores refere ter bastantes dificuldades em lidar com as questões que lhes são colocadas ou com as situações que observam. Penso que a metodologia teatro fórum é uma intervenção diferente e que permite à comunidade educativa capacitar-se para intervir juntos dos alunos quando necessário.

Em suma, considero que com as atividades realizadas foi-me permitido o desenvolvimento de competências ao nível de “*assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” e “*presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b: p.2)

2.2. Módulo II

Segundo Benner (2001: p.32), “*a perícia desenvolve-se quando o clínico tenta e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real*”, sendo por isso a experiência necessária para o alcance de perícia.

Ao exercer funções num Serviço de Pediatria desde 2007 pude iniciar o percurso de desenvolvimento de competências do EESIP na prestação de cuidados à criança/família em meio hospitalar, nomeadamente no âmbito de: “*assiste a criança/jovem com a*

família, na maximização da sua saúde”, “cuida da criança/jovem nas situações de especial complexidade” e “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem“ (Ordem dos Enfermeiros, 2010: p.2).

O Serviço de Pediatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca (HFF) tem como missão a prestação de cuidados de saúde hospitalares pediátricos, médicos e cirúrgicos à criança/família, no respeito pela dignidade da criança doente utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver a investigação em saúde.

Sendo um serviço com uma panóplia de diagnósticos médico-cirúrgicos, abrangendo diversas especialidades, senti desde cedo a necessidade de desenvolver conhecimentos nas patologias específicas da idade pediátrica, tendo em consideração o estadió de desenvolvimento da criança. A mobilização de saberes da formação de base e a procura de novos conhecimentos foi fundamental na adequação dos cuidados prestados à criança/família e em simultâneo uma grande contribuição para o meu autodesenvolvimento.

Sendo também um serviço com elevada taxa de ocupação de crianças com doença crónica, seja em fase inicial (ex.: diabetes inaugural) ou em fase aguda (ex.: crises vaso oclusivas), levou a que fosse desenvolvendo ao longo da minha experiência profissional, competências que permitissem estar num patamar de maior proficiência. A comunicação com estas crianças/família, a relação estabelecida, a promoção de estratégias de alívio da dor, a capacitação das crianças e família para a aceitação e resolução da situação de doença bem como para a adoção de estratégias de *coping* e aceitação, o acompanhamento durante os diferentes estadios da doença e o desenvolvimento de estratégias que permitissem a diminuição do impacto da hospitalização, foram algumas das competências que me foi permitido desenvolver.

O HFF abrange uma população diversa do ponto de vista cultural, sendo que a Pediatria tem internamentos de crianças de diferentes etnias e culturas. Também aqui me foi permitido desenvolver competências que proporcionassem uma melhor adequação dos cuidados. O aprofundar de conhecimentos sobre outras culturas e a própria vivência com crianças e famílias de outras culturas e etnias, foi decididamente enriquecedor para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Posso ainda referir as diversas situações de crianças que ficam hospitalizadas por situações do foro social (ex.: crianças para adoção, vítimas de maus tratos físicos e

psicológicos, etc.). Estas situações foram muito marcantes para o meu desenvolvimento profissional mas também com grande impacto a nível pessoal.

Saliento que o Departamento de Pediatria do HFF segue a nova legislação relativa à idade pediátrica, recebendo crianças/jovens dos 0 aos 18 anos menos 1 dia (Portugal. Ministério da Saúde, 2010). O serviço de pediatria tem ao longo dos anos investido na adequação do espaço aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem, criando nomeadamente salas de atividades direcionadas a crianças em idade pré-escolar/escolar e pré-adolescentes/adolescentes. Esta situação permitiu o desenvolvimento da capacidade de comunicação e a linguagem utilizada, a adequação dos cuidados, a forma como é fornecida informação sobre a situação de doença, o respeito pelos direitos da criança e jovem e o desenvolvimento de atividades e intervenções que diminuam a hospitalização.

O desenvolvimento destas competências pôde ser adquirido ao longo dos anos através do aperfeiçoamento das competências de enfermeira generalista, da aquisição de autonomia para a tomada de decisão fundamentada, da constante pesquisa e aquisição de novos conhecimentos na área específica da saúde infantil e pediátrica, da adaptação ao “mundo da pediatria” e integração na equipa multidisciplinar, do reconhecimento do binómio criança/família e da parceria de cuidados, da participação de ações que visassem a promoção de saúde e a melhoria da prática de cuidados e da participação de sessões de formação direcionadas à minha prática clínica.

Assim, ao longo da minha experiência profissional, considero ter desenvolvido competências comuns de enfermeira especialista, nomeadamente no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal (*“promove uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”* e *“promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”*) e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (*“desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”* e *“baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”*) (Ordem dos Enfermeiros, 2010a: p.4).

Ainda considerando as competências comuns ao enfermeiro especialista, ao integrar em grupos de trabalho que visam a melhoria dos cuidados de enfermagem à criança/família, com a elaboração de procedimentos e manuais e com a supervisão clínica de estudantes de enfermagem ao nível da licenciatura, considero ter desenvolvido competências no âmbito da gestão da qualidade e da gestão de cuidados, nomeadamente *“desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas*

institucionais na área da governação clínica”, “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”, “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional” e “adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a: p. 3 e 4).

Para Benner (2001: p.54 e 55), *“a enfermeira proficiente, apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas”.*

Assim, de forma auto crítica e reflexiva, utilizando o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, referido por Benner (2001), considero que a realização do presente mestrado e todo o percurso por mim desenvolvido proporcionou a minha evolução de enfermeira proficiente para enfermeira perita.

Segundo o REPE (Ordem dos Enfermeiros, 1998: p.7), o enfermeiro especialista é *“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.*

Desta forma, considero que através deste percurso, pude não só adquirir novas competências comuns e específicas, como pude também consolidar aquelas já por mim parcialmente desenvolvidas.

2.3. Módulo III

O Módulo III teve a duração de 180 horas decorrendo em dois períodos distintos de 90 horas. O primeiro momento decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital Santa Maria (HSM) e posteriormente no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do HFF.

- Unidade Cuidados Intensivos Neonatais – Neonatologia

O Serviço de Neonatologia, integrado no Departamento da Criança e da Família, tem como missão a prestação de cuidados diferenciados ao recém-nascido (RN) até aos 28 dias de vida, abrangendo a Unidade Setentrional A da Sub-Região de Saúde de Lisboa e

Vale do Tejo, e outras regiões, sobretudo a região Sul. Tem como objetivo final a “cura”, a minimização e ou prevenção de sintomas de doença em tempo útil, assegurando a comunicação e a continuidade de cuidados com outros hospitais e Centros de Saúde.

Relativamente ao espaço físico, a UCIN é composta por duas salas: a sala de cuidados intensivos com a capacidade para oito incubadoras, destinada a RN internados em estado crítico, diretamente da sala de partos, transportados pelo INEM e do serviço de urgência pediátrica, que necessitem de vigilância contínua, de suporte respiratório, metabólico, nutricional, cateterismo central, cirurgias, entre outras indicações; e a sala de cuidados intermédios com uma lotação de dez berços ou incubadoras, que destina-se a RN transferidos da sala de cuidados intensivos, RN com peso entre 1500-2000g sem necessidade de ventilação, com necessidade de terapêutica endovenosa, tratamento de hiperbilirrubinemia, prematuros em fase de ganho de peso, entre outros. Possui ainda outra sala assistencial, a sala de pré saída, independente das outras unidades, situando-se à entrada do serviço, com uma lotação de quatro berços, destinando-se geralmente a RN com peso superior a 1800 g e numa fase de aquisição de autonomia alimentar. A UCIN possui ainda áreas de suporte e apoio ao funcionamento do serviço.

Como já referido, a obesidade infantil é uma realidade e preocupação mundial. São diversas as referências a ações de prevenção que devem ser implementadas o mais precocemente possível no ciclo de vida. Neste sentido o Plano Nacional de Saúde (2012-2016) salienta a importância da intervenção precoce para a prevenção da obesidade infantil e na evidência de benefícios para a saúde a longo prazo através de intervenções ao nível da amamentação (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2012).

Já em 1981, Kramer verificou um efeito protetor significativo do aleitamento materno na obesidade infantil. Esta associação foi também confirmada pela realização de outros estudos que vieram posteriormente confirmar a associação entre o aleitamento materno e a diminuição da prevalência de obesidade infantil (Arenz et al, 2004; Harder, 2005; Janeiro, 2011). Numa revisão sistemática da literatura, Janeiro (2011), refere que a maioria dos estudos revistos aponta para um benefício do aleitamento materno na prevenção do risco de obesidade, apoiados por um efeito dose-resposta.

Considerando o acima descrito, e considerando o objetivo primordial a todo o percurso durante a UCE, neste módulo, propus-me de uma forma geral a desenvolver competências profissionais e relacionais que permitam uma prestação de cuidados de

maior complexidade à criança/família, nomeadamente no âmbito da promoção do aleitamento materno como fator preventivo da obesidade infantil.

O EESIP tem um papel de excelência na promoção de saúde desde cedo, no ciclo de vida e desenvolvimento da criança, pelo que será pertinente intervir tão precocemente na prevenção da obesidade infantil.

A promoção do aleitamento materno tem sido uma preocupação da OMS e de outras organizações, como a UNICEF. Em 1990, surge a *Declaração de Innocenti*, em que é reconhecido que o aleitamento materno constitui um processo único capaz de reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil pois proporciona uma nutrição de alta qualidade para a criança (UNICEF, 2012). Em 1991, estas organizações, em ação conjunta, deram início a um programa mundial para a promoção do aleitamento materno, intitulado por *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB)*. Este programa tem como objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da implementação de 10 medidas importantes para o sucesso do mesmo. Estas medidas deveriam ser implementadas nos serviços de saúde com assistência a grávidas e recém-nascidos. Em Portugal existe uma Comissão Nacional *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés* com sede na UNICEF (Levy e Bértolo, 2008). Posteriormente à divulgação e promoção desta iniciativa (IHAB) vários hospitais portugueses têm-se candidatado ao estatuto de “Hospital Amigo dos Bebés”, tendo sido o Hospital Garcia de Orta, em Almada, a primeira instituição de saúde portuguesa a receber a o certificado de Hospital Amigo dos Bebés (UNICEF, 2005).

No período de estágio estava em curso a candidatura do HSM, a esta acreditação internacional, que funciona como um certificado de qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade. Neste contexto, e tendo em conta que enquanto enfermeira do serviço de pediatria do HFF integro o grupo que desenvolve o projeto IHAB no mesmo hospital, foi-me solicitado pela enfermeira chefe, e tornou-se pertinente desenvolver uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem sobre esta temática indo de encontro ao objetivo específico a que me propus de sensibilizar a equipa de enfermagem para a promoção do aleitamento materno.

Tendo por base o objetivo, uma das atividades desenvolvidas consistiu na elaboração de uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem. Anteriormente à realização da mesma, em conjunto com a enfermeira responsável e a enfermeira orientadora, foi realizada uma análise dos dados obtidos relativamente à alimentação dos RN's na UCIN. Estes dados foram resultantes da análise dos registos da visita domiciliária e dos

indicadores do Processo Assistencial Integrado do RN de Risco. Esta análise teve como propósito obter um diagnóstico de situação relativamente ao aleitamento materno (AM) na UCIN, mas também transmitir à equipa de enfermagem os resultados da qualidade de cuidados prestados na promoção do AM.

A Visita Domiciliária é fundamental para promover o equilíbrio da família dando resposta a necessidades sentidas e reforçando as competências parentais. Possibilita também a avaliação do crescimento/desenvolvimento do RN, permitindo a deteção precoce de situações de risco, encaminhando sempre que necessário para recursos da comunidade. Esta visita é realizada por um enfermeiro e quando necessário por assistente social e médico, após autorização por parte dos pais e contacto prévio.

A gestão por processos assistenciais integrados constitui uma ferramenta que permite analisar as diferentes etapas de intervenção na prestação de cuidados de saúde, integrar os conhecimentos atualizados, garantir a continuidade assistencial e assegurar a coordenação entre os diferentes níveis assistenciais. Com o Processo Assistencial Integrado do RN de risco procura-se estabelecer um protocolo de tratamento e seguimento adequado e homogéneo dos RN com risco neuro sensorial, biológico, psicológico, sócio familiar ou associação destes, identificado no período neonatal. Deste modo, pretende-se detetar precocemente sinais de alerta e intervir de modo a minimizar as sequelas ou obter a recuperação. A avaliação deste processo é realizada através da análise de treze indicadores de processo, sendo um deles “*Os RNR deverão ter alta com AM*”. Este indicador permite avaliar a qualidade da promoção do aleitamento materno (Centro Hospitalar Lisboa Norte. HSM, 2012) (ver Anexo V).

Segundo Levy e Bértolo (2008), em Portugal não existem estatísticas que indiquem a prevalência do aleitamento materno, mas supõe-se que a evolução tenha ocorrido de forma semelhante aos países europeus após a década de 70 (resgate da cultura do aleitamento materno). Os mesmos autores referem que os estudos existentes em Portugal apontam que cerca de 90% das mães iniciam o AM, mas que aproximadamente 50% desistem de amamentar durante o primeiro mês de vida do RN.

O leite materno (LM) é considerado o alimento preferencial para a alimentação do RN, sendo o mais adequado para o seu desenvolvimento. Segundo Nelas, Ferreira e Duarte (2008: p. 40) “*o aleitamento materno satisfaz as necessidades do bebé, promove a proximidade entre mãe e filho e fortalece o vínculo iniciado na gestação*”.

Segundo Delgado e Halpern (2005), o nascimento de um RN pré-termo acarreta dificuldades de adaptação à vida extrauterina devido à imaturidade das funções

respiratória, circulatória e gastrointestinal. Pelas suas características naturais o LM assume-se assim como o alimento preferencial para o RN pré-termo.

A sessão de formação teve então como conteúdo programático uma abordagem histórica sobre o AM, a IHAB (no que consiste e o processo de acreditação), a sensibilização para a importância do LM não só enquanto alimento preferencial para o RN mas também como fator preventivo da obesidade infantil e transmissão da realidade da UCIN relativa ao tema nos últimos 6 meses (ver Anexo V). Abrangeu um total de 8 Enfermeiras e a avaliação foi realizada através da aplicação de um questionário no final da sessão. 88% das enfermeiras inquiridas considerou que a sessão satisfazia completamente as necessidades e expectativas e 12% referiu que satisfez bastante.

Também sobre a temática aleitamento materno, foi-me sugerido pela EESIP como necessidade do serviço, uma sessão de formação às assistentes operacionais (AO) sobre a manipulação, armazenamento e conservação do leite materno, uma vez que esta é uma das atividades descrita nas funções das mesmas sob a orientação da enfermeira e supervisionada pela mesma. Assim, de forma a sensibilizar a equipa de Assistentes Operacionais para o papel das mesmas na promoção do aleitamento materno foi realizada uma sessão de formação que incluiu uma breve evolução histórica do aleitamento materno, a IHAB, a importância do leite materno e técnicas adequadas à manipulação, conservação e armazenamento do leite materno.

Segundo a Norma: Funções das Assistentes Operacionais do HSM (Centro Hospitalar Lisboa Norte. HSM, 2011: p.1), as AO são “*profissionais que nas Unidades do Serviço Nacional de Saúde colaboram com o pessoal médico e de enfermagem na prestação de cuidados de saúde e procedem à manutenção, limpeza, desinfeção e arrumação de instalações, equipamentos e materiais, efetuando ainda trabalhos externos de ligação com outros serviços da Unidade*”. Na mesma norma encontra-se também descrito que as AO deverão receber e acondicionar os leites maternos de acordo com a norma do serviço e preparar os leites para administração sobre a supervisão do enfermeiro.

Numa fase precoce da vida, o RN pré-termo poderá não ter maturidade que lhe permita digerir LM ou ingerir grandes quantidades do mesmo. A necessidade de conservar este leite torna-se assim inevitável. Tendo em conta que o LM é um alimento vivo, os seus constituintes alteram-se de diferentes maneiras sob diferentes condições. Assim, de forma a conservar as suas propriedades e evitar risco de contaminação é importante conhecer os cuidados a ter na manipulação, conservação e armazenamento do LM (Moleiro, Gomes e Nona, 2004).

A sessão de formação foi dirigida a 5 assistentes operacionais, tendo sido aplicado um questionário no final da sessão para avaliação da mesma. Dos questionários analisados verificou-se que 80% das assistentes operacionais inquiridas considerou que a sessão satisfazia completamente as necessidades e expectativas e 20% referiu que satisfizes bastante (ver Anexo VI).

Como descrito por Levy e Bértolo (2008), o AM acarreta vantagens não só para o RN (previne infeções gastrintestinais, respiratórias e urinárias; tem um efeito protetor sobre as alergias; previne a obesidade infantil, diabetes, etc.) como também para a mãe (facilita uma involução uterina mais precoce, diminuição de stress, associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama, etc.).

O nascimento de um bebé prematuro acarreta uma série de dificuldades de adaptação, quer para o RN quer para a família. Frequentemente a insegurança e ansiedade sentida pela mãe são fatores que interferem com iniciação e manutenção do AM.

O sucesso da manutenção da lactação depende assim do apoio e acompanhamento por parte da equipa de enfermagem e dos familiares envolvidos. Desde cedo a mãe deve ser incentivada a realizar a extração (manual ou elétrica) do LM e a conservá-lo de forma adequada até que este possa ser oferecido ao RN (Bomfim e Nascimento, 2007).

Para além dos problemas relativos à imaturidade dos diversos sistemas do RN pré-termo devemos também ter em conta que a maturidade para coordenar os reflexos de sucção e deglutição com a respiração, só está presente por volta da 32^a à 34^a semana de gestação (Bonfim e Nascimento, 2007).

Desta forma, segundo Gomes (2004), o início da alimentação entérica deve ter início o mais precocemente possível desde que a situação clínica do RN o permita e tendo em conta a idade gestacional do mesmo. Esta poderá iniciar-se assim, tendo em conta a situação clínica e idade gestacional do RN, por meio de sonda naso ou oro gástrica e posteriormente evoluir para o uso do copo e à mama da mãe.

Considerando o anteriormente descrito propus-me assim a contribuir com o EESIP, no âmbito da prestação de cuidados, para a promoção do aleitamento materno, junto do RN/mãe.

Qualquer que seja a decisão da mãe de amamentar ou não, esta deve ser respeitada; no entanto, cabe ao enfermeiro assegurar que essa decisão seja tomada de forma consciente e informada. Desta forma, o AM deverá ser promovido e deve ser dado a conhecer à mãe todas as informações relativas à prática do AM, nomeadamente as vantagens da

mesma para a mãe e para o bebê e as dificuldades mais comuns (Nelas, Ferreira e Duarte, 2008; Levy e Bértolo, 2008).

Para que a iniciação e o estabelecimento do AM tenham êxito, as mães necessitam de apoio e acompanhamento por parte da equipa de enfermagem. Entre muitos outros fatores que afetam a iniciação e o estabelecimento do AM relativos ao RN pré-termo, as práticas de cuidados de saúde direcionadas às mães destacam-se como as mais promissoras para aumentar a prevalência e manutenção da amamentação (OMS, 1989).

Cabe assim ao enfermeiro assumir uma postura de confiança e segurança, no apoio efetivo às dúvidas e dificuldades na prática da amamentação expressas e sentidas pelas mães (Moleiro, Gomes e Nona, 2004). Segundo o MPS a sua intervenção irá basear-se na identificação dos fatores que influenciam positiva ou negativamente comportamentos saudáveis e compreender todo processo que leva a pessoa a adotar esses mesmos comportamentos, podendo assim orientá-la para a maximização da sua saúde.

Desta forma, para alcançar este objetivo a primeira atividade consistiu na elaboração de uma *check-list* de ensinamentos direcionada às mães/RN's e às dificuldades sentidas pelas mesmas durante a amamentação. Posteriormente, com base na grelha de avaliação da amamentação proposta pela OMS (1993), e em utilização na UCIN do HSM, realizei a observação crítica de quatro mães/RN's durante o momento da amamentação, intervindo de seguida e de modo individual em cada situação. No final desta atividade realizei nova observação da mamada e constatei que nas quatro situações, após a intervenção, houve sucesso na amamentação (ver Anexo VII).

Ainda na procura de promover o aleitamento materno junta da mãe/RN, elaborei em conjunto com outra mestranda em estágio, um cartaz informativo sobre a temática para afixar na sala de pais (ver Anexo VII).

Tendo por base o MPS de Nola Pender (2006) e considerando que o enfermeiro possui naturalmente pela sua formação, competências pedagógicas para o planeamento, execução e avaliação de atividades de promoção de saúde e *empowerment* dos seus clientes (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005), foi-me solicitado pela EESIP o desenvolvimento dessa mesma competência, estando inerente durante o período de estágio a minha contribuição na prestação de cuidados e promoção de saúde ao RN/família, considerando as suas necessidades e características de desenvolvimento.

No final deste estágio, e tendo em conta todas as atividades por mim realizadas, considero ter desenvolvido competências comuns ao enfermeiro especialista, nomeadamente “*promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as*

responsabilidades profissionais”, “*baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*” e “*desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a: p. 3 e 4). Relativamente às competências específicas do EESIP, após o período de estágio e objetivos alcançados, considero ter desenvolvido a competência “*presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b: p. 2).

- Serviço de Urgência Pediátrica

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do HFF foi inaugurado a 1 de Junho de 1996 juntamente com todo o Departamento Materno-Infantil. O Hospital possui como área de influência os concelhos Amadora e Sintra, do distrito de Lisboa.

O SUP é constituído por duas salas de triagem, quatro gabinetes médicos, uma sala de tratamentos, uma sala de aerossoloterapia, uma sala de reanimação e uma unidade de curto internamento com a lotação de seis camas (mais três macas). O serviço possui ainda áreas de suporte e apoio ao funcionamento do serviço (Ex: copa, arrecadação, WC’s, etc.).

A missão do SUP é “*prestar cuidados de saúde hospitalares de pediatria, no respeito pela dignidade do utente pediátrico (criança/pais) e utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver a investigação em saúde*” (HFF, 2011: p.5). Os cuidados de enfermagem prestados são centrados na família, sendo o utente pediátrico reconhecido como o binómio criança/família.

Sendo uma competência do EESIP a assistência à criança/família na maximização da sua saúde e a realização de um diagnóstico precoce de situações de risco que possam afetar negativamente a qualidade de vida da mesma, foi de todo relevante a realização de uma breve caracterização da população, durante o período de estágio, de forma a poder estabelecer a prevalência da pré-obesidade e obesidade nesta população para poder intervir de forma adequada e direcionada (ver Anexo VIII).

Este diagnóstico de situação foi realizado com a colaboração da equipa de enfermagem do SUP no momento de triagem permitindo-me desenvolver competências comuns do

enfermeiro especialista no âmbito da gestão da qualidade e dos cuidados, nomeadamente “*concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*” e “*adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a: p. 3 e 4).

Desta avaliação inicial pude verificar que num total de 155 crianças, 25,16% apresentavam excesso de peso/obesidade. Estes dados juntamente com a teoria referenciada ao longo de todo o relatório, levaram à elaboração de uma sessão de educação para a saúde que será exposta em formato de diapositivos de diaporama no ecrã da sala de espera, no âmbito de um projeto em curso no SUP para dinamizar a sala de espera.

Esta atividade decorreu do objetivo específico para este módulo de contribuir para a promoção de uma alimentação saudável, junto da criança/família.

O EESIP presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança em qualquer contexto que a mesma se encontre, desempenhando um papel primordial e de grande relevância na educação da criança para hábitos de vida saudáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Como descrito por Carvalho e Carvalho (2006: p. xvii), “*a formação dos profissionais de saúde e especificamente os enfermeiros, em educação para a saúde, é uma prioridade na atualidade e implica sempre um processo orientado para a interiocidade, através de uma aprendizagem centrada no autoconhecimento...*”. Desta forma, como para outras atividades, já anteriormente descritas, foi necessária a mobilização de conhecimentos e a realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática.

Segundo Barlow (2007), um dos principais objetivos na prevenção e controlo da obesidade consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis. Este autor sugere algumas medidas de prevenção que deverão ser transmitidas, não só à criança como também à família, como por exemplo, o limite do consumo de doces, o encorajamento para o consumo de frutas e vegetais, a realização de refeições em família e a toma do pequeno-almoço diário.

No entanto, estas recomendações só serão eficazes se a participação da família acontecer, bem como a existência de uma consciencialização por parte da mesma, para a importância de uma alimentação saudável no desenvolvimento da criança e como medida preventiva da obesidade infantil. Desta forma e tendo por base o MPS, todos os momentos em que a criança se encontre com a sua família são propícios para a promoção de saúde e hábitos de vida saudáveis.

Tendo em conta que na sala de espera do SUP a criança encontra-se acompanhada pela família, a oportunidade de apresentar esta sessão em formato de diapositivos de diaporama no ecrã da sala de espera do SUP foi considerada pertinente.

Esta apresentação é assim direcionada a todas as crianças/jovens e famílias que se encontrem na sala de espera e tem como objetivo transmitir informação pertinente para o estabelecimento de uma alimentação saudável. Não foi possível avaliar esta atividade uma vez que este projeto ainda se encontra em construção pelo SUP do HFF (ver Anexo IX).

Esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências comuns ao enfermeiro especialista como “*adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a: p. 3 e 4), e competências específicas do EESIP, nomeadamente “*assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b: p. 2).

Trabalhar num serviço de urgência pediátrica, consiste só por si numa situação complexa. Intervir junto da criança/família para maximizar a sua saúde, prevenir a doença, detetar precocemente situações de risco e atuar em situações complexas são competências inerentes ao exercício profissional do EESIP em qualquer contexto que o mesmo se encontre.

O SUP, segundo a legislação em vigor (Ministério da Saúde, 2010), recebe crianças/jovens até aos 18 anos menos 1 dia, pelo que é essencial ao EESIP conhecer e compreender todas as características dos diferentes estádios de desenvolvimento de forma a poder adequar a sua prestação de cuidados.

Trabalhar num serviço de urgência pediátrica requer do profissional não só um leque alargado de conhecimentos que possibilite a prestação de cuidados fundamentada e eficiente, como também exige um domínio das suas próprias emoções (Tacsi e Vendruscolo, 2004).

Segundo Jorge (2004), a vinda de uma criança a um SUP é sempre geradora de *stress* e ansiedade para a própria criança e para a família. Desta forma é fundamental que o enfermeiro se disponibilize para ouvir a criança/família para que estes se consigam reorganizar num contexto desconhecido. Marques et al, citado por Jorge (2004), concluiu que as incertezas do diagnóstico representam um acontecimento dramático no seio familiar que provocará uma crise emocional em todos os elementos da família.

Desta forma, como referido anteriormente, o EESIP deve possuir competências quer a nível técnico e profissional como a nível relacional, de modo a poder dar resposta às necessidades da criança/família em situação complexa.

De modo a poder compreender o papel do EESIP num SUP propus-me assim a colaborar na prestação de cuidados à criança/família em situação complexa. A primeira atividade realizada consistiu em compreender a dinâmica do funcionamento do SUP. Para tal, em conjunto com a enfermeira orientadora, pude observar e prestar cuidados nas diferentes zonas do SUP, nomeadamente na sala de triagem, sala de tratamentos e aerossoloterapia, no internamento de curta duração e na sala de reanimação. Esta atividade exigiu uma mobilização de conhecimentos da minha prática profissional e capacidade de adaptação a um novo contexto. O facto de já conhecer o SUP e a equipa, uma vez que desempenhei funções no mesmo hospital e que realizei prestação de serviços no SUP em 2009, foi também facilitador no processo de integração.

Tendo em conta o objetivo delineado, considerei ainda pertinente assistir ao Workshop “Um Olhar sobre as Urgências” organizado pelo HFF que decorreu no meu período de estágio (ver Anexo X).

A triagem é um momento essencial para a identificação do motivo de vinda ao SUP. Sendo o primeiro contato que a criança/família tem com o SUP, o EESIP tem um papel primordial no acolhimento e minimização do impacto negativo que uma ida ao hospital acarreta. Ao realizar uma colheita de dados em que aborda não só a situação atual mas também os antecedentes pessoais e familiares, irá permitir ao enfermeiro através do programa Triagem de Manchester, realizar uma avaliação rápida e eficaz, estabelecendo prioridade de atendimento de acordo com a gravidade que cada situação implica. Ao participar, com autonomia crescente, no momento da triagem, pude desenvolver competências ao nível da tomada de decisão autónoma e fundamentada, do diagnóstico precoce e identificação de situações de risco que podem afetar negativamente o desenvolvimento da criança. A mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo da formação e transferência de saberes da minha prática profissional relativamente ao desenvolvimento infantil e às patologias que afetam os diferentes estádios de desenvolvimento, permitiram uma avaliação direcionada e crítica de cada situação. Pude ainda desenvolver competência ao nível da gestão de sentimentos e emoções que permitiram uma resposta eficaz e proveitosa no que concerne à gestão de conflitos.

Na sala de tratamentos, que implica muitas vezes a realização de procedimentos invasivos e dolorosos, pude desenvolver competências no âmbito da gestão de dor,

nomeadamente na aplicação de medidas não farmacológicas; na comunicação adequada aos diferentes estádios de desenvolvimento, no estabelecimento de relação com a criança/família, no desenvolvimento do cuidar em parceria e ainda no âmbito da promoção de saúde. A gestão do tempo e dos cuidados foi também crescente ao longo do período de estágio permitindo tomadas de decisão autónomas e fundamentadas.

Um dos acontecimentos marcantes neste percurso, foi a participação ativa numa situação complexa de reanimação. Mais uma vez, a mobilização rápida de conhecimentos, a gestão de sentimentos, a tomada de decisão fundamentada e em equipa, o respeito pelos direitos da criança e a experiência profissional permitiram a atuação conjunta com a restante equipa.

Considero assim, que o percurso por mim desenvolvido no SUP foi de extrema importância para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo o desenvolvimento de competências inerentes ao exercício profissional do EESIP, nomeadamente no âmbito de *“assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”* e *“cuida da criança/jovem nas situações de especial complexidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010b: p. 2).

No que respeita às competências comuns do enfermeiro especialista, considero ainda ter desenvolvido competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal (*“desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”* e *“promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”*) e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (*“desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”*) (Ordem dos Enfermeiros, 2010a: p. 3 e 4).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No término do presente relatório que sistematizou o percurso por mim realizado, penso ser pertinente realizar uma reflexão pessoal.

Segundo o artigo 88^a do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 1998; p;79) o enfermeiro tem o dever de “(...) *manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*”. Entende-se assim o dever de manter um auto desenvolvimento que promova uma excelência na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ao trabalhar há seis anos num serviço de Pediatria, senti necessidade de desenvolver conhecimentos e competências que me permitissem uma prestação de cuidados diferenciada e especializada na minha área de intervenção. No caminho percorrido ao longo de todo o Curso de Mestrado pude assim adquirir novos conhecimentos e experienciar situações diversas que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. A capacidade de transferir conhecimentos, a aquisição de novos saberes, o empenho e investimento aplicados foram alguns dos fatores fundamentais para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

O fato do Curso ser constituído por uma componente prática, a unidade curricular estágio, foi-me possível assistir a criança/família em diferentes contextos. O contato com outros locais de assistência à criança/família, tão distintos da minha prática diária, permitiu-me apurar e compreender de uma forma ampla qual o papel do EESIP.

Fazendo referência aos objetivos inicialmente estabelecidos, a) expor uma revisão sistemática da literatura desenvolvida sobre a temática de eleição; b) apresentar os contextos de estágio, os projetos e atividades desenvolvidas; c) descrever as estratégias e conhecimentos mobilizados do exercício profissional para o desenvolvimento de competências a nível pessoal e profissional; d) identificar as principais competências adquiridas e desenvolvidas no que respeita ao âmbito de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; e e) analisar de forma crítica e reflexiva todo o percurso desenvolvido, considero que os mesmos foram atingidos.

No que concerne à UCE, foram apresentados os diferentes módulos de forma sucinta, tendo as atividades desenvolvidas sido enquadradas, quer pelos objetivos delineados para o contexto quer pela componente teórica considerada relevante.

No decurso da exposição de cada módulo foram integradas reflexões em torno das diferentes atividades desenvolvidas e do seu impacto ao nível pessoal e profissional. A transposição da prática profissional e de saberes da mesma foi também evidenciado ao longo do presente relatório.

Analisando sucintamente as atividades desenvolvidas em cada contexto destacam-se:

- Módulo I (ACES IX): a possibilidade de um maior contato e envolvimento em projetos de saúde escolar, nomeadamente no desenvolvimento de sessões de educação para a saúde junto da criança/adolescente. Estas experiências foram deveras enriquecedoras para o meu desenvolvimento uma vez que possibilitaram o desenvolvimento de competências pessoais ao nível da comunicação, da capacidade de adaptação a situações imprevistas, de gestão de tempo e do saber estar em diferentes contextos. Relativamente ao desenvolvimento de competências profissionais específicas do EESIP, considero ter desenvolvido a competência “*assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b: p.2).

É ainda importante referir a sessão de formação realizada à equipa de enfermagem pois com a realização desta atividade pude ainda contribuir para o desenvolvimento profissional da mesma e desenvolver a competência comum do enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, “*baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a: p.4).

- Módulo II (Serviço de Internamento): apesar de não terem sido delineados objetivos neste contexto, uma vez que o mesmo foi-me creditado, considero que o percurso desenvolvido durante o Curso de Mestrado possibilitou um olhar mais diferenciado e especializado na minha prestação de cuidados.

- Módulo III (UCIN): a possibilidade de promover o aleitamento materno, quer junto da equipa multidisciplinar quer junto da Mãe/RN, foi de extrema relevância para o desenvolvimento de competências de EESIP. Penso que o desenvolvimento das atividades descritas neste documento contribuíram para o desenvolvimento profissional da equipa multidisciplinar e contribuiu para a promoção de hábitos alimentares saudáveis junto do RN/família. Considero assim, que mais uma vez a experiência num contexto diferente, permitiu-me o desenvolvimento de competências a nível pessoal,

nomeadamente a nível da comunicação (para pares e mães em situação complexa) e saber estar em diferentes contextos. A nível profissional, relativamente às competências comuns ao enfermeiro especialista, considero ter desenvolvido as competências “*promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*”, “*baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*” e “*desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a: p. 3 e 4); no que concerne as competências específicas do EESIP, após o período de estágio e objetivos alcançados, considero ter desenvolvido a competência “*presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b: p. 2).

- Módulo III (SUP): é de destacar a realização inicial do diagnóstico de situação que permitiu o desenvolvimento de competências comuns ao enfermeiro especialista, nomeadamente “*concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a: p. 3 e 4); no âmbito do objetivo de promover uma alimentação saudável junto da criança/família destaca-se a integração de uma sessão de educação para a saúde num projeto interno do SUP e que proporcionou desenvolvimento de competências comuns ao enfermeiro especialista como “*adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a: p. 3 e 4), e competências específicas do EESIP, nomeadamente “*assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b: p. 2). Relativamente à prestação de cuidados direta à criança/família num serviço de urgência salienta-se o desenvolvimento de competências ao nível da gestão de sentimentos e emoções que permitiram uma resposta eficaz e proveitosa no que concerne à gestão de conflitos, a mobilização rápida de conhecimentos, a tomada de decisão fundamentada e em equipa, o respeito pelos direitos da criança e a experiência profissional permitiram a atuação conjunta com a restante equipa em situações de maior complexidade. Considero assim, que este contexto permitiu o desenvolvimento de competências inerentes ao exercício profissional do EESIP, nomeadamente no âmbito de “*assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” e “*cuida da criança/jovem nas situações de especial complexidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b: p. 2).

No que respeita às competências comuns do enfermeiro especialista, considero ainda ter desenvolvido competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal (“*desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção*” e “*promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*”) e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (“*desenvolve o autoconhecimento e a assertividade*”) (Ordem dos Enfermeiros, 2010a: p. 3 e 4).

Em suma, este documento pretendeu expor a problemática da obesidade infantil e o papel crucial da promoção de saúde na prevenção da mesma, e a aquisição/desenvolvimento de competências na área de especialidade de saúde infantil e pediátrica. Tendo em conta os objetivos inicialmente propostos, considero que os mesmos foram atingidos.

Ao terminar esta etapa da minha formação considero ainda que muito fica por realizar. O desejo de transpor para a prática profissional as intervenções por mim realizadas em contexto de mestranda, leva-me a ponderar a realização de um projeto direcionado à prevenção da obesidade infantil a nível hospitalar, no departamento de pediatria do hospital onde exerço funções, nomeadamente sessões de educação para a saúde direcionadas às crianças/famílias internadas; e a publicação de um artigo sobre esta temática pois no fim deste percurso impõem-se um olhar diferente sobre a prática de cuidados e o papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na mesma.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARENZ, S. et al – *Breast-feeding and childhood obesity – a systematic review*. International Journal of Obesity. ISSN 0307-0565, Vol. 28, n.º 10 (2004), p. 1247-1256

AZEVEDO, Carlos A. Moreira; Azevedo, Ana Gonçalves – *Metodologia Científica: Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos*. 9ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2008. ISBN 978-972-54-0212-2.

BARLOW, Sarah – *Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report*. Pediatrics. ISSN 1098-4275. Vol.120, (2007), p164-192.

BARTOK, Cynthia; VENTURA, Alison – *Mechanisms underlying the association between breastfeeding and obesity*. International Journal of Pediatric Obesity. ISSN 1747-7174, Vol. 4, n.º 4 (2009), p. 196-204

BERNARDINO, Ana et al – *Os Enfermeiros enquanto Agentes de Educação para a Saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde*. Leiria. Instituto Politécnico de Leiria, 2009. [Acedido a 13 Abril, 2013]. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/113>

BENNER, Patricia – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X

BEN-SEFER, E.; BEN-NATAN, M.; EHRENFELD, M. – *Childhood obesity: current literature, policy and implications for practice*. International Nursing Review. ISSN 1466-7657. Vol. 56, n.º 1 (2009), p. 166-173

BOLANDER, Verolyn Era – *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. 3ª Edição. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.

BOMFIM, Daniela; NASCIMENTO, Maria de Jesus – *Cuidados de Enfermagem, amamentação e prematuridade*. Revista de Enfermagem UNISA. Brasil. Vol. 8 (2007), p. 17 a 22

BONITO, Jorge (Coord.) – *Educação para a Saúde no Séc. XXI: Teorias, modelos e práticas*. Vol. I. Évora: Universidade de Évora, 2009. ISBN 978-989-95539-3-4

BUSS, Paulo Marchiori – *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. ISSN 1413-8123. Vol. 5, n.º1 (2000), p. 163-177

CARMO, Isabel et al (a) – *Overweight and Obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005*. Obesity Reviews. UK. Vol. 9, n.º1 (Jan 2008), p.11-19

CARMO, Isabel et al (b) – *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2008.

CARMO, Isabel et al (c) – *Gorduchos e Redondinhas*. 1ª Edição. Alfragide: Publicações Dom Quixote, 2012. ISBN 978-972-20-4973-3

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Lisboa: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE. Hospital de Santa Maria – *Norma: Funções das assistentes operacionais*. Lisboa: Hospital de Santa Maria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. 2011

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE. Hospital de Santa Maria – *Processo Assistencial Integrado do Recém-nascido de Risco*. Lisboa: Hospital de Santa Maria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. 2012

CORDEIRO, Mário – *O Grande Livro do Adolescente: dos 10 aos 18 anos*. 1ª Edição. Lisboa: A Esfera dos Livros. 2009. ISBN 978-989-626-156-6

DATTILO, Anne et al – *Need for Early Interventions in the Prevention of Pediatric Overweight: A Review and Upcoming Directions*. Journal of Obesity. Vol. 2012, 18p.

DELGADO, Susana; HALPERN, Ricardo - *Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego*. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. São Paulo. ISSN 0104-5687. Vol. 17, n.º 2 (2005), p.141-152

EPSTEIN, Sophie et al – *Role of a clinical nurse specialist within a paediatric multidisciplinary weight-management programme team*. Journal of Clinical Nursing. ISSN 1365-2702. Vol.19, n.º 17-18 (2010), p. 2649-2651

GOMES,A. – *Nutrição Entérica do Recém-nascido Pré-termo*. Consensos em Neonatologia. Coimbra: Sociedade portuguesa de Pediatria, 2004, p.109-112

GOUVEIA, Élvio et al – *Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes da região autónoma da Madeira, Portugal*. Acta Pediátrica Portuguesa. ISSN 0873-9781. Vol. 40, n.º 6 (2009), p. 245-251

HARDER, Thomas et al – *Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis*. American Journal of Epidemiology. ISSN 1476-6256. Vol. 162, n. º5 (2005), p 397-403

HARRINGTON, Jonh; PAULSON, James; PASQUINELLI, Lawrence - *Identifying the “Tipping Point” Age for Overweight Pediatric Patients*. Clinical Pediatrics. ISSN 0009-9228. Vol. 49, n.º 7 (2010), p. 638-643

HOSPITAL DR. FERNANDO FONSECA – *Manual de Acolhimento*. Amadora: Serviço de Urgência Pediátrica - HFF. 2011.

JANEIRO, José Manuel – *O aleitamento materno e o risco da obesidade infantil: Uma revisão da literatura*. Salus Scientia. Lisboa. ISSN 1647-0788. Vol. 3, Julho (2011), p. 26-35

JORGE, Ana Maria – *Família e Hospitalização da Criança: (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Lisboa: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-79-7

KRAMER, Michael – *Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequeute obesity?*. Journal of Pediatrics. ISSN 0022-3476, Vol. 98, n. º 6, (1981), p. 883-887

LEMELIN, Lucie; GALLAGHER, Frances; HAGGERTY, Jeannie – *Supporting parents of preschool children in adopting a healthy lifestyle*. BMC Nursing. ISSN: 14726955. Vol. 11 (2012), 11p

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena – *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008. ISBN 96436

MACHADO, Maria do Céu; ALVES, Maria Isabel; COUCEIRO, Maria Luísa – *Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde*. Acta Pediátrica Portuguesa. ISSN 0873-9781. Vol. 42, n.º 5 (2011), p. 195-204

MARQUES, Joana Faria et al – *Revisões Sistemáticas: O que são e para que servem*. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. ISSN 1646-2890. Vol. 48, n.º3 (2008), p. 171-178

MATUHARA, A.; NAGANUMA, M. – *Manual Instrucional para aleitamento materno de recém nascidos pré termo*. Pediatria. São Paulo. Vol. 28, n.º 2 (2006), pág. 81-90

MELIN, Anna e LENNER, Ragnhild – *Prevention of further weight gain in overweight school children, a pilot study*. Nordic College of Caring Science. ISSN: 1471-6712. Vol. 22, n.º 4 (2008), p 498-505

MOLEIRO, A; GOMES, A; NONA, M. – *Aleitamento Materno*. In: Consensos em Neonatologia. Coimbra: Sociedade portuguesa de Pediatria, 2004, p.113-116

MUSTILA, Taina; KESKINEN, Paivi e LUOTO, Riitta – *Behavioral counseling to prevent childhood obesity: study protocol of a pragmatic trial in maternity and child health care*. BMC Pediatrics. ISSN: 1471-2431. Vol. 12, n.º93 (2012), 7 p.

NELAS, Paula; FERREIRA, Manuela; DUARTE, João – *Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida*. Revista Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série, n.º 6 (2008), p. 39-56

NUNES, Emília e BRENDA, João - *Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins de Infância*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. 2006. ISBN 972-9425-94-9

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1998, 82p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (a) – *Regulamento das Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 10p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (b) – *Regulamento das competências específicas de Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 5p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011, 14p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra, 1989

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE e UNICEF – *Aconselhamento em Amamentação: Um curso de treino, manual do participante*. São Paulo, 1993

PADEZ, Cristina, et al. – *Prevalence and risk factors for overweight and obesity in portuguese children*. Acta Pediátrica. Coimbra. ISSN 1651-2227. n.º 94 (2005), p 1550-1557

PAPALIA, Diane; OLDS, Sally; FELDMAN, Ruth - *O Mundo da Criança*. 8ª Edição. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal, 2001. ISBN: 972-773-069-8

PAUL, Ian et al – *Preventing Obesity during Infancy: A Pilot Study*. Obesity. ISSN 1930-739X. Vol. 19, n.º 2 (2011), p. 353-361

PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, Mary Ann – *Health Promotion in Nursing Practice*. 5ª Edição. New Jersey: Pearson Prentice Hall. 2006. ISBN 0-13-119436-4

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Lei nº 48 de 24 de Agosto de 1990: D.R.: I Série A. (1990), p.3452-3459

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 298/2007: D.R.: I Série, 161, 2007-08-22 (2007), 5587-5596

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 28/2008: D.R.: I Série, 38, 2008-02-22 (2008), 1182-1189

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 81/2009: D.R.: I Série, 65, 2008-04-02 (2009), 2058-2062

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Despacho nº 9871/2010: D.R.: II Série, 112, 2010-06-11 (2010), p. 32123

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. 2012. ISBN 978-972-689-231-1

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (a) – *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. 2005. ISBN 972-675-128-4. 24p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (b) – *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação. Orientações técnicas 12*. 2ª Edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2005. ISBN 972-675-084-9. 48p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. Divisão de Saúde Escolar (a) – *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. 2006. ISBN 978-972-675-153-3. 29p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (b) – *Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil: Atualização das Curvas de Crescimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 05/DSMIA de 21 Fevereiro, 2006. 14p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde – *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. 2013. 116p. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22610>

RITO, Ana Isabel, et al. – *Childhood Obesity Surveillance Initiative: Cosis Portugal 2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2010. ISBN: 978-972-8643-60-7

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa - *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN: 9789728485528

SPERONI, Karen et al – *Evaluation of a Pilot Hospital-Based Community Program Implementing Fitness and Nutrition Education for Overweight Children*. JSPN: Journal for Specialists in Pediatric Nursing. ISSN: 1744-6155. Vol. 13, n.º 3 (2008), p. 144-153

TACSI, Yolanda; VENDRUSCOLO, Dulce – *A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol. 12, n.º 3 (2004), 12p.

TUCKER, Sharon et al – *A School Based Community Partnership for Promoting Healthy Habits for Life*. Journal Community Health. ISSN: 1573-3610 Vol. 36, n.º 3 (2011), p. 414-422

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

UNICEF – Declaração de Innocenti. Disponível em: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>. Consultado em Janeiro, 2012

UNICEF – Comunicado de Imprensa. Lisboa, 2005. Disponível em: http://www.unicef.pt/18/05_10_13_pr_conferencia_int_aleitamento_materno.pdf

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA. ACES IX – *Relatório Anual: Informação referente à execução de EGS realizados nas 3 unidades funcionais de Rio de Mouro, durante o ao 2011*. ACES IX. Rio de Mouro. 2012

VICTOR, Janaína; LOPES, Marcos; XIMENES, Lorena – *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender*. Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo. ISSN 0103-2100. Vol.18, n.º3 (2005), p.235-240

WEN, Li et al – *Evaluation of a feasibility study addressing risk factors for childhood obesity through home visits*. Journal of Pediatrics and Child Health. ISSN 1440-1754 Vol.45, n.º 10 (2009), p.577-581

WOFFORD, Linda – *Systematic Review of Childhood Obesity Prevention*. Journal of Pediatric Nursing. ISSN 1532-8449. Vol. 23, n.º1 (2008), p. 5-19

WORDL HEALTH ORGANIZATION – *Conferência Internacional para a Promoção de Saúde: Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Canadá: Organização Mundial de Saúde, 1986.

WORDL HEALTH ORGANIZATION – *European Charter on counteracting obesity*. Istambul. 2006. Disponível em:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/87462/E89567.pdf

WRIGHT, Kynna e SURO, Zulma – *Assessing Disparities in Fruit and Vegetable Intake Among Urban, Low Income, Latino School Children Using a Community-Based Participatory Research Approach*. Washington DC: JOCEPS – Journal of Chi Eta Phi Sorority. ISSN: 1060-4162. Vol. 55, n.º1 (2011), p.12-18

ANEXOS

ANEXO I

Relatório de Sessão:

“EGS 5-6 anos”



Relatório de Sessão

“Exame Global de Saúde: 5 – 6 anos”

Discente:

Andreia Gonçalves

Orientadora de Estágio:

EESIP Lucida Silva

Docente:

Professora Doutora Zaida Charepe

Maio, 2012

SUMÁRIO

	Pág.
1. Introdução	5
2. Enquadramento Teórico	7
3. Considerações Finais	9
4. Referências Bibliográficas	11
Anexos	13
Anexo I – Planeamento da Sessão	15
Anexo II – Diapositivos da Sessão	19
Anexo III – Questionário de Avaliação	39
Anexo IV – Avaliação da Sessão	43

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa, o estágio correspondente ao módulo I da unidade curricular estágio, decorreu no ACES IX – Rio de Mouro.

Assim, no percurso desenvolvido neste Centro de Saúde, com o intuito de desenvolver competências de Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, foi desenvolvida uma Sessão de Formação aos Enfermeiros da Unidade de Saúde Pública para colaborar na otimização da realização do EGS: 5-6 anos na Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Pediátrica

O presente relatório pretende expor um breve enquadramento da temática, a sessão de formação dinamizada e os resultados obtidos da mesma. Por último, serão apresentadas algumas considerações finais à atividade desenvolvida, realçando a contribuição da mesma para o desenvolvimento profissional.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil prevê a calendarização de consultas em “idades-chave” que correspondem a acontecimentos importantes na vida da criança.

A consulta dos 5-6 anos engloba assim a avaliação de diferentes tópicos relativos ao desenvolvimento da criança neste estadio e a realização do Exame Global de Saúde com o preenchimento da Ficha de Ligação. Esta consulta inicia-se com uma consulta de enfermagem e posteriormente a consulta médica.

Figura 1 – Ficha de Ligação

A.R.S.L.V.T., I.P.		FICHA DE LIGAÇÃO		CENTRO DE SAÚDE	
		MÉDICO ASSISTENTE – SAÚDE ESCOLAR		EXTENSÃO	
N.º PILOTO INDIVIDUAL		NOME			
N.º PROCESSO FAMILIAR		DATA DE NASCIMENTO		IDADE	
MÉDICO ASSISTENTE		FILIAÇÃO			
		MORADA		TELEF.	
DADOS ANTROPOMÉTRICOS		PERCENTIL		EXAME DA CRIANÇA	
PESO gr.				NORMAL	
ALTURA cm.				ALTERADO	
PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO		COMENTÁRIOS			
ACTUALIZADO <input type="checkbox"/> INCOMPLETO <input type="checkbox"/>		HIGIENE			
FREQUENTA JARDIM DE INFÂNCIA		ESTADO DE NUTRIÇÃO			
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		DESENVOLVIMENTO ESTÁTURO-PONDERAL			
QUAL ?		DENTES			
DADOS RELEVANTES DA HISTÓRIA PREGRESSA		DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR			
		COMPORTAMENTO			
		VISÃO			
		AUDIÇÃO			
		LINGUAGEM			
		POSTURA			
• DOENÇAS CRÓNICAS					
• PROBLEMAS ACTUALMENTE EM VIGILÂNCIA					
• OUTRAS OBSERVAÇÕES					
MÉDICO ASSISTENTE		DATA		EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR	
				DATA	

Este exame tem como objetivos a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, e a promoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente ao nível da alimentação. O Exame Global de Saúde: 5 – 6 anos prevê assim uma avaliação das condições físicas e psicomotoras características de uma nova fase de aprendizagem que tem início com o ingresso escolar.

Durante a consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil são então avaliados os parâmetros antropométricos e correspondentes ao desenvolvimento da criança, realizados cuidados antecipatórios estipulados para esta faixa etária, esclarecidas

dúvidas dos pais e despistados sinais de situações que possam afetar negativamente a saúde e desenvolvimento da criança.

A Sessão de Formação teve a duração de 1 hora, tendo como população alvo, os enfermeiros do ACES IX - Rio de Mouro. Estiveram presentes 4 enfermeiras e 2 alunas de Licenciatura em Enfermagem.

Os conteúdos programáticos foram:

- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- Programa Nacional de Saúde Escolar
- Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Pediátrica
- Exame Global de Saúde: 5 – 6 Anos
- Dados Estatísticos obtidos da Ficha de Ligação no ACEX IX Rio de Mouro

A avaliação foi realizada através da aplicação de um questionário aos formandos no final da sessão. De uma forma global teve uma apreciação positiva, sendo que 50% classificou a sessão como bastante satisfatória e os outros 50% completamente satisfatória

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desta atividade pude compreender o papel do EESIP na consulta de enfermagem de vigilância em saúde infantil, mais especificamente na realização do EGS 5-6 anos e validar a importância do mesmo na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem de forma criteriosa, tornando assim possível a detecção precoce de situações de risco.

Foi ainda possível verificar que o EESIP tem um papel fulcral no acompanhamento da criança/família nesta etapa do seu desenvolvimento através dos cuidados antecipatórios, nomeadamente ao nível de situações como a fobia escolar, a enurese noturna e hábitos de vida saudáveis.

Assim, com a realização desta intervenção considero ter contribuído para o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem, e desenvolvido a competência comum do enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, *“baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”* e a competência específica *“presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010: p.2).

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASSANDRA, Opperman – *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência. 2001. ISBN:972-8383-19-3

FONSECA, V. – *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. 1ª Edição. Âncora Editora. 2005

HOCKENBERRY, Marilyn J – *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. S.Paulo: Mosby. 2006. ISBN 978-0-323-02593-5

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. ISBN 978-972-689-231-1, 2012.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação*. 2ª Edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-084-9. 2005. Orientações técnicas 12, 48p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. Divisão de Saúde Escolar – *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. ISBN 978-972-675-153-3. 2006. 29p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. Divisão de Doenças Transmissíveis – *Programa Nacional de Vacinação 2006*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. ISBN 972-675-136-5. 2006. 84p.

LISSAUER, Tom E CLAYDEN, Graham – *Manual Ilustrado de Pediatria*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda., 2009. ISBN 978.85-352-2886-1

OOM, Paulo – *O Livro dos pais, respostas simples a perguntas frequentes*. 1ª Edição. Porto: Âmbar, Março de 2008. ISBN: 978-972-43-1296-5

OOM, Paulo – *O Plano de saúde das crianças*. Lisboa: Academia do Livro, Janeiro de 2012. Depósito Legal n.º 336 662/11

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin – *O Mundo da Criança*. 8ª Edição. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal, 2001. ISBN: 972-773-069-8

ANEXOS

ANEXO I

Planeamento da Sessão

Plano da Sessão de Formação

Tema: Exame Global de Saúde

Data: 13 de Junho de 2012

Duração: 1 hora

Local: ACEX IX - Rio de Mouro

Destinatários: enfermeiros do ACES IX - Rio de Mouro



Objetivo Geral: Promover e colaborar na otimização da realização do EGS: 5-6 anos na Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil

Etapas	Conteúdo	Metodologia	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação da formadora• Objetivo da sessão	Expositiva Power Point	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Articulação PNSIJ / PNSE• Consulta de Saúde Infantil• Exame Global de Saúde• Dados Estatísticos		40 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Síntese sobre a temática• Resposta a questões colocadas		10 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Aplicação de questionários	Questionário em formato papel	5 min

ANEXO II

Diapositivos da Sessão

Exame Global de Saúde 5 – 6 Anos

Elaborado por:

Andreia Gonçalves

Orientado por:

EESIP Lucinda Silva

Tutora:

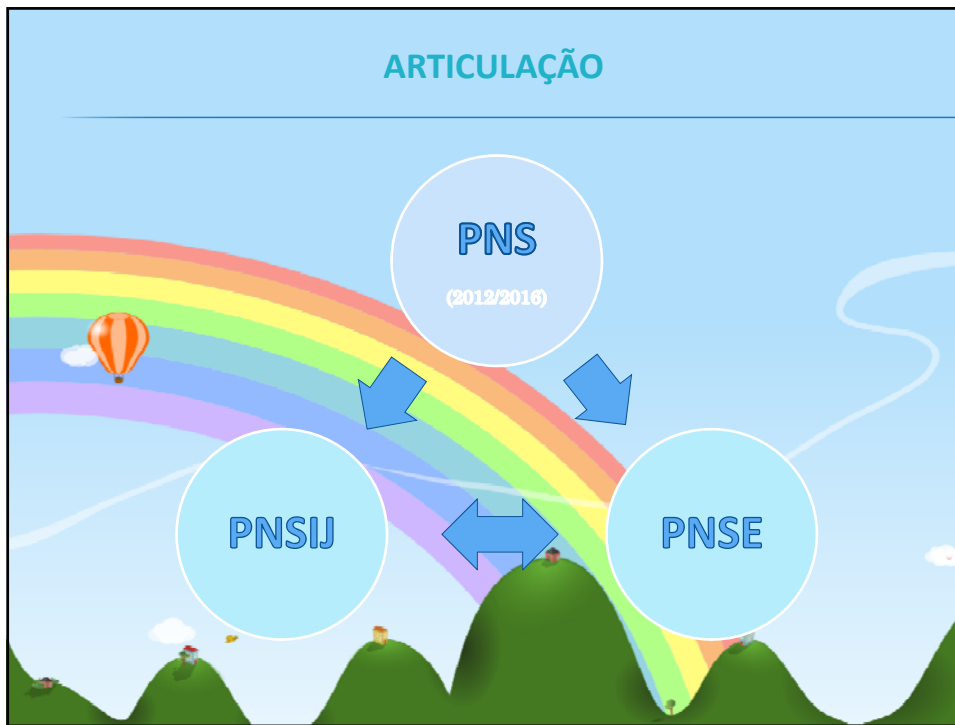
Professora Doutora Zaida Charepe

Rio de Mouro, 13 de Maio, 2012

PLANO DE SESSÃO



Etapas	Conteúdo	Metodologia	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora e do objetivo da sessão	Expositiva Power Point	5 min
Desenvolvimento	-Articulação -PNSIJ -PNSE -Consulta de Saúde Infantil -Exame Global de Saúde -Dados Estatísticos	Expositiva Power Point Interação com os formandos através de resposta a perguntas diretas	30 min
Conclusão	-Síntese sobre a temática -Resposta a questões colocadas		10 min
Avaliação	- Aplicação de questionários	- Questionário em formato de papel	



PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

PNSIJ

- Calendarização das consultas para “idades-chave”, correspondentes a acontecimentos importantes na vida da criança
- Harmonizar as consultas do PNSIJ com o esquema cronológico de vacinação
- Valorizar os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença
- Detecção precoce e encaminhamento

(DGS, 2002)

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR

- Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas e especiais
- Promover um ambiente escolar seguro e saudável
- Reforçar estilos de vida saudáveis
- Promover a Saúde e prevenir a Doença

PNSE



(DGS, 2007)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Segundo as indicações do PNSIJ são avaliados os seguintes aspetos na consulta de saúde Infantil e Juvenil dos 5-6 anos:

	4 ANOS	5-6 ANOS 1	8 ANOS
Peso			
Estatura			
Tensão arterial			
Dentes			
Coração			
Postura			
Visão		2	
Audição		3	
Exame físico			
Linguagem			
Desenvolvimento			
Vacinação			

É também realizado o Exame Global de Saúde e preenchida a Ficha de Ligação

(DGS, 2002)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

o Peso e estatura

Em média a criança a partir com 5/6 anos, e durante a idade escolar, tem um crescimento mais lento, cerca de 5 cm em altura e 2 a 3 kg por ano

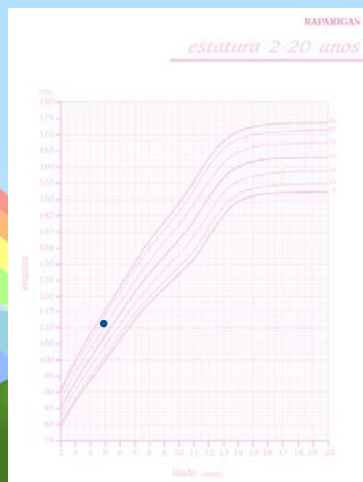
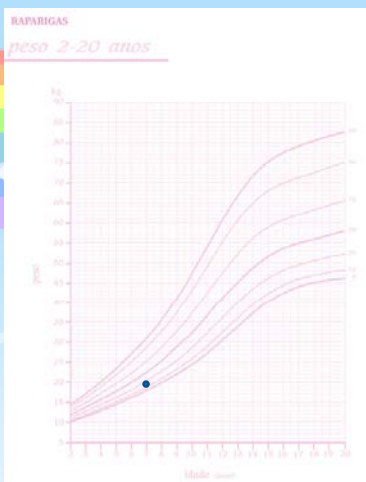
O corpo da criança adquire uma aparência mais esguia, membros inferiores mais longos e uma nova postura, permitindo uma melhor locomoção e agilidade



(HOCKENBERRY, 2006)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

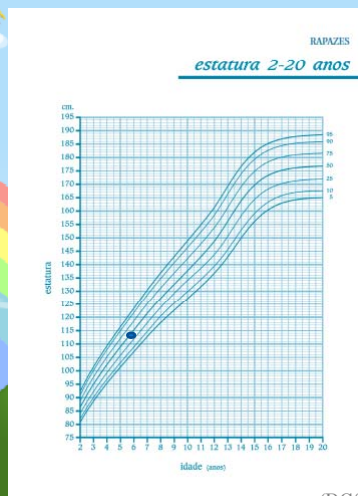
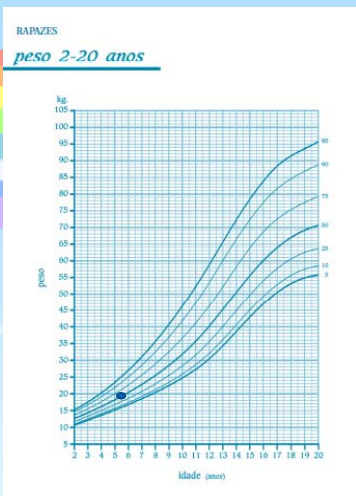
o Percentil - raparigas



(DGS, 2002)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

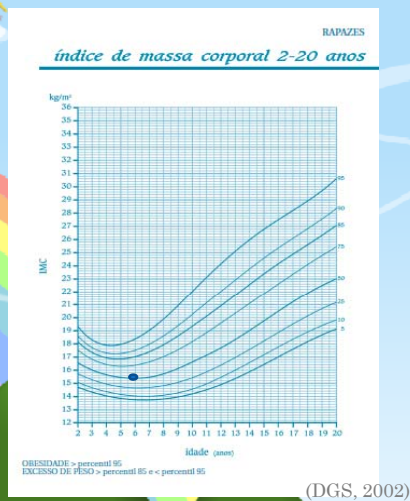
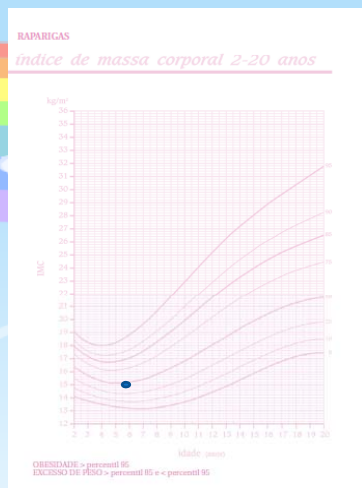
o Percentil - rapazes



(DGS, 2002)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

◦ IMC



CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

◦ Tensão Arterial e Coração

Os valores de Tensão Arterial devem ser interpretados segundo as tabelas de percentis, tendo em conta a idade, o sexo da criança e o percentil da estatura.

TA Normal: TA sistólica inferior ao percentil 90 para a idade e sexo

TA Normal-Alta: TA sistólica entre os percentis 90 e 95 para a idade e sexo

Hipertensão Arterial: TA sistólica superior ou igual ao percentil 95 para a idade e sexo



(DGS, 2002)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

Idade	Percentil TA	TA Sistólica / Percentil Estatura						
		5 %	10%	25 %	50 %	75 %	90 %	95 %
5 Anos	90	104	105	106	108	110	112	112
	95	108	109	110	112	114	115	116
6 Anos	90	105	106	108	110	111	113	114
	95	109	110	112	114	115	117	117

Idade	Percentil TA	TA Sistólica / Percentil Estatura						
		5 %	10%	25 %	50 %	75 %	90 %	95 %
5 Anos	90	103	103	104	106	107	108	109
	95	107	107	108	110	111	112	113
6 Anos	90	104	105	106	107	109	110	111
	95	108	109	110	111	112	114	114

Valores de Tensão Arterial Sistólica por Percentis de Estatura (Rapazes/Raparigas) – PNSIJ 2002

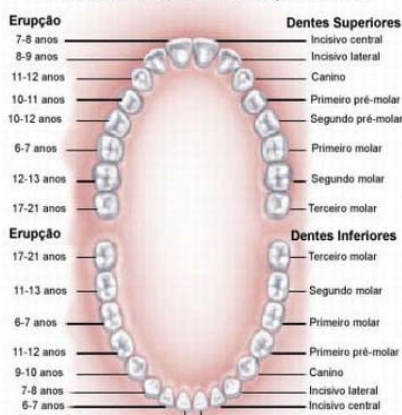
CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

o Dentição

A dentição permanente é mais avançada nas raparigas que nos rapazes

A higiene dentária e atenção regular as caries são partes importantes da supervisão de saúde

Desenvolvimento dental: dentes permanentes



(PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

◦ Visão e Audição



Aos 6 anos normalmente existe uma melhoria da acuidade visual da criança, uma vez que existe uma melhor coordenação dos dois olhos conseguindo assim focar melhor.

“Os rastreios e a prevenção são fundamentais, pois alterações na audição e na visão, por mais pequenas que sejam, podem afetar gravemente a aprendizagem, a comunicação e as relações sociais nesta fase da vida”



(PAPALIA, 2006)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

◦ Linguagem e postura

Há um aumento significativo do vocabulário por existir um interesse crescente em conhecer novas palavras e o seu significado (PAPALIA, 2006)



A Gaguez, repetição ou prolongamento de sons ou sílabas, involuntária e frequente, pode ser detetada nesta fase (PAPALIA, 2006)



As cargas impostas durante o período de crescimento, podem modelar o tamanho, a estrutura e o formato da coluna vertebral e levar ao aparecimento de posturas corporais anormais, quando aplicadas por rotina (MOURA, 2009)



CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

○ Desenvolvimento

- Estágio do patinho feio
- A criança torna-se mais atenta e autodisciplinada
- Inicia socializações diversificadas
- Toma consciência das partes do corpo, fazendo o desenho da figura humana com a diferenciação das várias partes
- Desenha com significado e copia figuras geométricas



(HOCKENBERRY, 2001; FONSECA, 2005)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

- Desenvolvem um pensamento lógico
- Noção de tempo: ontem, hoje e amanhã
- Desenvolvimento emocional e ajustamento social
- Aprende a lidar com os outros
- Assimila novos valores e adquire uma nova personalidade



(FONSECA, 2005)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

○ Vacinação



○ O novo PNV, foi publicado pelo Diário da República a 21 de Dezembro de 2011 e entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2012

○ 5-6 anos de idade (antes da escolaridade obrigatória):

- DTPa 5 + VIP 4 = Vacina tetravalente;
- VASPR 2



(DGS, 2011)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

○ DTPa 5 + VIP 4 = Vacina tetravalente




Contra-indicações	Reação anafilática e encefalopatia.
Local de administração	Deltoide esquerdo
Efeitos secundários	<ul style="list-style-type: none">• Reações locais (dor, calor, rubor, edema), manifestando-se 48 h após administração e podem durar cerca de 1 a 2 dias.• Aparecimento de um nódulo no local de administração que normalmente é reabsorvido após algumas semanas.• Nas primeiras 24 h a criança pode estar com febre, chorosa, vômitos, diarreia, perda de apetite, agitação ou sonolência.

(DGS, 2011)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

o VASPR 2



Contra-indicações	Reação anafilática, tuberculose activa, trombocitopénia e PTI.
Local de administração	Deltoide direito
Efeitos secundários	<ul style="list-style-type: none">• Reações locais (dor, calor, rubor, edema). Raramente podem aparecer adenomegalias cervicais, eritema ou ocorrer reação anafilática.• Febre ou exantema (1-2 dias) após 5 a 12 dias da sua administração.• Raramente cefaleias, irritabilidade, choro intenso, mal-estar, diarreia, náuseas, vómitos, sonolência, insónias, sintomas de infeção respiratória superior.

(DGS, 2011)


CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

o Cuidados Antecipatórios:

o Alimentação Adequada



Os pais devem ter conhecimento acerca dos grupos de alimentos e dos seus constituintes, de forma a prepararem refeições completas, equilibradas e variadas, nesta fase de grande atividade das crianças (OOM, 2012)

- 
- Possibilitar desenvolvimento máximo
 - Incrementar capacidade de resposta imune
 - Beneficiar a capacidade mental e educar para uma alimentação saudável ao longo da vida

(LOPES E RITO, 2009)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

○ Hábitos de Sono

Cada criança tem as suas necessidades individuais de sono por dia

10 a 11 horas por noite



Devem ir para a cama cedo (entre as 21h e as 22h)

(OOM, 2008)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

○ Enurese Noturna

○ O controlo dos esfíncteres ocorre entre os 3 e os 5 anos.

○ Pode ocorrer ocasionalmente como reação ao stress no início da idade escolar

○ A criança não deve castigada

- Ensinar a criança a urinar sempre antes de se deitar
- Recompensa



(PAPALIA, 2006)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

○ Atividades de Lazer / Leitura / Exercício Físico

Nesta fase do desenvolvimento a criança torna-se mais forte, mais rápida e mais coordenada, retirando muito prazer do facto de experimentar corpo e aprender novas competências.



Os pais podem tornar o exercício numa atividade familiar



Estimular criatividade e hábitos de leitura, racionalizar hábitos de televisão/computador



(P. PALLA, 2006)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

○ Prevenção de Acidentes

A maioria dos acidentes ocorrem em casa ou na escola ou perto destes dois lugares



- Caminho para a escola
- Transporte escolar
- Acidentes com veículos
- Afogamento
- Intoxicações
- Queimaduras
- Lesão corporal

(CASSANIRA, 2001; HOCKENBERRY, 2006)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

○ Higiene Oral

Se adquirirem o hábito de escovar os dentes nesta fase mantêm-no para o resto da vida

A escovagem dos dentes deve ser efetuada pelo menos duas vezes por dia

A destreza de utilização do fio dental só surge por volta dos 8 ou 9 anos, até essa altura deve ser realizados pelos pais



(CASSANDRA, 2001)

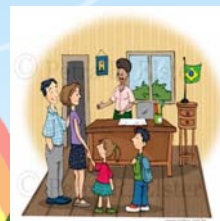
CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

○ Preparação para a Escola

Durante a fase pré escolar ocorre um desenvolvimento das capacidades cognitivas, morais, sociais, emocionais, da autonomia e do comportamento da criança

Adaptação da criança à escola

Momento gerador de expectativas e novas oportunidades



(LISSAUER, 2009)

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

o Fobia Escolar

- Medo irrealista de ir para a escola
- Perturbação de ansiedade de separação
- Ansiedade excessiva relacionada com a separação de casa ou de pessoas às quais a criança está vinculada
- Caracteriza-se por manifestações de angústia intensa quando chega a hora de ir para a escola
- Habitualmente são famílias muito fechadas e protetoras existindo antecedentes familiares de perturbações de ansiedade



(PAPALIA, 2001)

EXAME GLOBAL DE SAÚDE: 5 – 6 ANOS

EXAME GLOBAL DE SAÚDE: 5 – 6 ANOS

o Dados Estatísticos das Fichas de Ligação 2011/ USP ACES IX

	Data de Nascimento: 2005
	UCSP Rio de Mouro
Total de Inscritos	367
Total de Fichas de EGS recebidas	137
n.º de crianças com obesidade	28
% de crianças com obesidade	20 %
n.º de crianças com excesso de peso	24
% de crianças com excesso de peso	17 %
n.º de crianças com peso normal	78
% de crianças com peso normal	57,3 %
n.º de crianças com baixo peso	6
% de crianças com baixo peso	4,4 %

ACES, 2012)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASSANDRA, Opperman – **Enfermagem pediátrica contemporânea**, Loures, Lusociência, 2001, ISBN:972-8383-19-3
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Plano Nacional de Vacinação 2011. Disponível: <http://www.dgs.pt/?cr=21507>
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Programa Nacional de Saúde oral. Disponível: <http://www.dgs.pt/?cr=21507>
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa, 2002. ISBN 972-675-084-9
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa, 2007. ISBN 978-972-675-153-3
- FONSECA, V. da – **Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem**. 2005, 1ª edição Áncora editora
- HOCKENBERRY, Marilyn J – **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**, 7ª edição, S.Paulo, Mosby, 2006, ISBN 13: 978-0-323-02593-5
- LISSAUER, Tom E CLAYDEN, Graham – **Manual Ilustrado de Pediatria**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda, 2009. 3ª Edição. ISBN 978.85-352-2886-1
- OOM, Paulo – **O Livro dos pais, respostas simples a perguntas frequentes**. 1ª edição. Porto: Âmbar, Março de 2008. ISBN: 978-972-43-1296-5
- OOM, Paulo – **O Plano de saúde das crianças**. Lisboa: Academia do Livro, Janeiro de 2012. ISBN
- PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin – **O Mundo da Criança**. 8ª Edição. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal, 2001. ISBN: 972-773-069-8

ANEXO III

Questionário de avaliação

Questionário aos Enfermeiros do ACES IX Rio de Mouro,
onde foi dinamizada a Sessão de Formação “*Exame
Global de Saúde: 5 – 6 anos*”



Este questionário apresenta-se apenas como uma forma de obter contributos para uma melhoria de práticas em futuras Sessões de Formação. Solicitamos assim a sua colaboração através do preenchimento do seguinte questionário, tendo em conta o seu grau de satisfação.

1. Grau de Satisfação em relação à Sessão de Educação para a Saúde realizada:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Correspondeu às expetativas?				
Deu resposta às necessidades nesta área?				
O tempo disponível foi o mais apropriado?				
Permitiu desenvolver/ melhorar métodos e técnicas de trabalho?				
A atividade desenvolvida tem aplicabilidade na sua prática profissional?				

2. Organização do Espaço:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Instalações Adequadas relativamente ao conforto				
Instalações Adequadas relativamente às dimensões				
Instalações Adequadas relativamente aos equipamentos e materiais				

3. Organização da Ação:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Metodologia utilizada na ação.				
Planificação e dinâmica.				
Desempenho da equipa de saúde.				
Organização e gestão da atividade.				

4. Avaliação

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Avaliação geral.				

ANEXO IV

Avaliação da Sessão

Avaliação da Sessão de Formação realizada aos Enfermeiros do

ACES IX – Rio de Mouro

“Exame Global de Saúde: 5-6 anos”

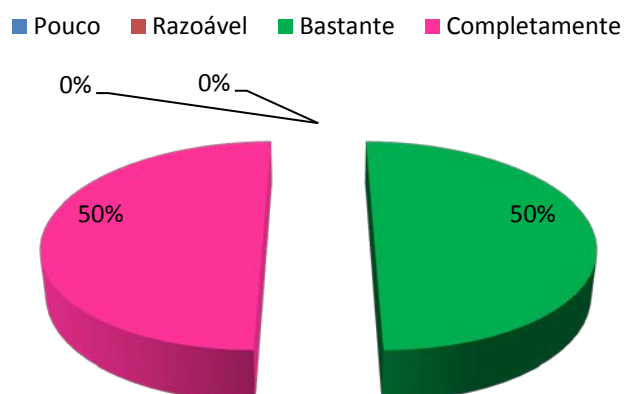


A avaliação foi realizada através da aplicação de um questionário aos enfermeiros do ACES IX no final da sessão. O grau de satisfação subdivide-se em 4 grupos:

- 1- Satisfaz **Pouco**
- 2- Satisfaz de forma **Razoável**
- 3- Satisfaz **Bastante**
- 4- Satisfaz **Completamente**

Nº de participantes	Nível de Satisfação			
	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
6	0	0	3	3
Total %			50 %	50 %

Nível de Satisfação dos Enfermeiros



ANEXO II

Relatório de Sessão:

“Promoção de uma Alimentação Saudável”



Relatório de Sessão

“Promoção de uma Alimentação Saudável”

Discente:

Andreia Gonçalves

Orientadora de Estágio:

EESIP Lucida Silva

Docente:

Professora Doutora Zaida Charepe

Maio, 2012

SUMÁRIO

	Pág.
1. Introdução	5
2. Enquadramento Teórico	7
3. Considerações Finais	13
4. Referências Bibliográficas	15
Anexos	17
Anexo I – Planeamento das Sessões	19
Anexo II – Diapositivos das Sessões	27
Anexo III – Questionários de Avaliação	53
Anexo IV – Avaliação das Sessões	59
Anexo V – Folheto	73
Anexo VI – Tabuleiro de jogo “ <i>Trivial Prusuit da Alimentação</i> ”	77

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa, o estágio correspondente ao módulo I da unidade curricular estágio decorreu no ACES IX – Rio de Mouro.

Assim, no percurso desenvolvido neste Centro de Saúde, com o intuito de desenvolver competências de Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, foram desenvolvidas e realizadas Sessões de Educação para a Saúde em duas escolas do 1º Ciclo em Rio de Mouro.

O presente relatório pretende expor um breve enquadramento da temática, a sessão de formação dinamizada e os resultados obtidos da mesma. Por último, serão apresentadas algumas considerações finais à atividade desenvolvida, realçando a contribuição da mesma para o desenvolvimento profissional e pessoal.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Em Portugal a obesidade infantil tem vindo a apresentar valores crescentes e preocupantes pelo que a orientação para um combate à obesidade já se encontra contemplado no Plano Nacional de Saúde (2012-2016) que define linhas orientadoras para a obtenção de ganhos em saúde, dando particular atenção às escolas, uma vez que estas desempenham um papel primordial na educação e na promoção da saúde.

Desde 1994, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação formalizaram uma parceria que visava a colaboração entre as escolas e os centros de saúde construindo a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde que se veio posteriormente a integrar na Rede Europeia. O conceito de “Escola Promotora de Saúde” (EPS) nasceu na década de 80 tendo por base o descrito na Carta de Otava e na Convenção dos Direitos das Crianças. A OMS, no documento “*Health for all*”, estabeleceu metas de saúde, sendo que na meta 13 define EPS como aquela que “*inclui a educação para a saúde no currículo e possui atividades de saúde escolar*” (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2006: p.4).

Em Junho de 2006, foi publicado no Diário da República a aprovação do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) que tem como principal objetivo promover o desenvolvimento de competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a sua qualidade de vida. Entre outras preocupações a alimentação saudável apresenta-se como uma área prioritária para a promoção de estilos de vida saudáveis (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2006).

Segundo indicações no PNSE (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2006) ao nível local, as equipas de saúde escolar são constituídas por profissionais (médico e enfermeiro) preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar encontrando-se numa posição privilegiada para intervir, quer a nível individual: diagnóstico precoce, encaminhamento e aconselhamento; quer coletivo, através de recomendações para a escola (Amann, 2006).

Considerando as competências específicas do EESIP, estipuladas pela Ordem dos Enfermeiros, em que se considera que este diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem e promove o crescimento e o desenvolvimento

infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2010), cabe ao mesmo o papel preponderante nesta equipa para promover e supervisionar a saúde da criança.

Amann (2006), realçou a importância da intervenção precoce através de ações educativas dentro da sala de aula ou o fornecimento de alimentos saudáveis nos espaços de alimentação coletiva que poderiam contribuir não só para uma aquisição de novos conhecimentos como também para capacitar as crianças a fazerem escolhas alimentares saudáveis.

As crianças passam grande parte do dia na escola e é nesta que fazem a sua alimentação, assim, a escola é decididamente um local de eleição para o desenvolvimento de escolhas alimentares saudáveis e para a implementação de projetos de educação para a saúde por parte da equipa de saúde escolar, mais especificamente pelo EESIP. Estes projetos visam a aquisição de atitudes e comportamentos alimentares adequados e reduzir a prevalência da obesidade infantil e de outras doenças crónicas. A responsabilidade profissional do EESIP, nomeadamente ao nível da saúde escolar, coloca-o numa posição privilegiada para implementar estratégias no sentido da promoção de uma alimentação saudável.

Uma alimentação saudável implica a ingesta adequada de alimentos, tendo em conta as necessidades energéticas de cada indivíduo, de forma a satisfazer todas as suas necessidades. Segundo Nunes e Breda (2002: p 15), “...a variedade na alimentação é a principal forma de garantir a satisfação de todas as necessidades do organismo em nutrientes e de evitar o excesso de ingestão de eventuais substâncias com riscos para a saúde...”.

Considerando que uma alimentação saudável é essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança, que consiste num dos principais fatores que pode influenciar o rendimento escolar e o diagnóstico de situação previamente realizado pelo ACES IX, foram desenvolvidas e realizadas Sessões de Educação para a Saúde em 2 escolas do 1º Ciclo em Rio de Mouro.

A alimentação para além de se poder considerar como um ato de satisfação e prazer é uma necessidade básica inerente à vida humana que permite fornecer energia, construir e reparar estruturas orgânicas e regular os processos de funcionamento do nosso organismo (Amann, 2006).

Em suma, uma alimentação saudável permite a sobrevivência humana, o fornecimento de energia e nutrientes essenciais ao bom funcionamento do organismo promovendo o

bom estado de saúde do mesmo, contribui para um desenvolvimento e crescimento adequado e desempenha um papel importante na prevenção de complicações e patologias (Candeias et al, 2005).

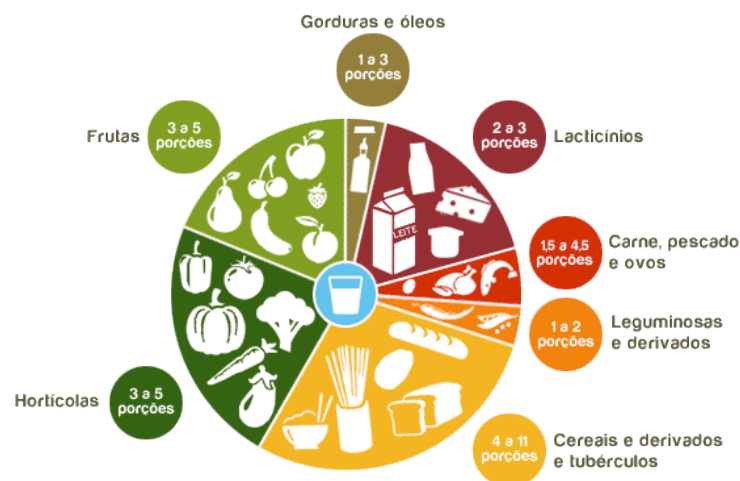
Todos os alimentos são constituídos por nutrientes, que em função das suas propriedades bioquímicas classificam-se em: hidratos de carbono, proteínas, gorduras, vitaminas, sais minerais, fibras e água. Estes grupos de nutrientes desempenham na nossa alimentação três funções essenciais (Amann, 2006; Nunes e Breda, 2002):

- Função Energética (os alimentos fornecem energia ao organismo permitindo o seu bom funcionamento; durante a infância e a adolescência as necessidades energéticas são superiores à idade adulta resultado de uma maior atividade física e aumento das necessidades e exigências do próprio organismo inerentes ao desenvolvimento humano).

- Função Plástica ou Construtora (corresponde essencialmente às proteínas, que fazem parte da constituição de todos os tecidos, contribuindo para a sua reconstituição ou crescimento).

- Função reguladora (está relacionada com os nutrientes que promovem e facilitam as reações bioquímicas do organismo promovendo também o correto aproveitamento dos outros nutrientes).

Segundo a DGS (2012), a Roda dos Alimentos é um instrumento de educação alimentar destinado à população em geral, tendo sido concebida com o intuito de orientar as escolhas e combinações alimentares que devem constituir um dia alimentar saudável. Assim, a Roda dos Alimentos é composta por 7 grupos de alimentos de diferentes dimensões que reúnem os alimentos com propriedades nutricionais semelhantes. Estes grupos indicam a proporção cada um deles deve ocupar na alimentação diária



A Roda dos Alimentos fornece orientações de uma forma simplificada para uma Alimentação Saudável. Em suma, uma alimentação saudável deve ser:

Completa: comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;

Equilibrada: comer maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão, de forma a ingerir o número de porções recomendado;

Variada: comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano.

Segundo Candeias et al (2005), as recomendações para uma alimentação saudável consistem em:

- Tomar sempre um pequeno-almoço completo, equilibrado e saudável (leite ou derivados, pão escuro ou de mistura ou cereais integrais e fruta fresca)
- Evitar estar mais de 3 horas e meia sem comer, fazendo pequenas merendas entre as três refeições principais e uma pequena ceia antes do deitar)
- Diminuir o consumo de sal (reduzindo a quantidade para a confeção dos alimentos, optando pelo uso de ervas aromáticas e especiarias; não adicionando sal fino aos pratos já confecionados)
- Evitar o consumo de alimentos muito salgados (ex.: chouriço e outros produtos de charcutaria e salsicharia, determinados queijos, caldos concentrados, molhos pré-preparados, alimentos tipo *fast-food*, etc. ...)
- Evitar a ingestão de açúcar e produtos açucarados (ex.: não adicionar açúcar ao leite, chá ou café; evitar o consumo de produtos ricos em açúcar como bolos, chocolates, gelados, rebuçados, mel, sobremesas açucaradas, gomas, refrigerantes, determinadas bolachas, etc.)
- Aumentar o consumo de hortaliças e legumes iniciando sempre o almoço e o jantar com uma sopa rica em hortaliças e legumes e consumir saladas como acompanhamento do prato principal
- Aumentar o consumo de fruta (no fim das refeições preferindo a fruta a outras sobremesas mais açucaradas; no intervalo entre as refeições)
- Dar preferência ao consumo de peixe e carnes magras por fornecerem a mesma quantidade de proteínas mas terem menor quantidade de gordura
- Beber água em abundância ao longo do dia

- Evitar o consumo de refrigerantes e bebidas artificiais à base de sumos de fruta que são geralmente pobres em nutrientes e ricas em açúcar
- Reduzir o consumo total de gorduras, em especial da gordura saturada, existente principalmente em produtos de origem animal. (diminuindo não só a quantidade de gordura usada para cozinhar e temperar, mas também o consumo de alimentos com elevado teor de gordura, como a margarina, a banha, a manteiga, os produtos de charcutaria e salsicharia, as natas, os molhos pré-preparados industrialmente, os caldos concentrados, etc...)
- Preferir métodos de culinária simples, saudáveis e saborosos, tais como os estufados, cozidos e grelhados
- Evitar o consumo de alimentos fritos, pois estes contêm grandes quantidades de gordura
- Privilegiar sempre o consumo do azeite em relação às outras gorduras, tanto para cozinhar, como para temperar os pratos.

Tendo em consideração o estadió de desenvolvimento dos alunos (pré-escolar e escolar) e as componentes do currículo escolar foram desenvolvidas três sessões, a primeira destinada ao jardim-de-infância, a segunda ao 1º e 2º ano e a terceira para o 3º e 4º ano. Assim os conteúdos programáticos para as sessões de educação foram os seguintes:

Jardim de Infância

- Importância de uma alimentação saudável
- Roda dos Alimentos
- Importância de um pequeno-almoço saudável
- Jogo de imagens com alimentos saudáveis e não saudáveis

1º e 2º Ano

- Importância de uma alimentação saudável
- Roda dos Alimentos
- Regras para uma alimentação saudável

- Importância de um pequeno-almoço saudável

2º e 3º Ano

- Importância de uma alimentação saudável
- Constituição dos Alimentos: Nutrientes
- Roda dos Alimentos
- Regras para uma alimentação saudável
- Importância de um pequeno-almoço saudável

Foi distribuído aos alunos um folheto informativo no final da sessão.

Estas sessões tiveram a duração de 1 hora tendo como população alvo, todos os alunos do 1º Ciclo da Escola EB JI Rinchoa e EB JI Fitares. A avaliação foi realizada através da aplicação de um questionário aos alunos e aos professores no final da sessão.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo diversos estudos realizados a nível nacional, a obesidade infantil é uma realidade atual em Portugal. O trabalho e articulação do EESIP com as escolas, família e a comunidade, ocupa um lugar de extrema relevância na medida em que pode influenciar positivamente a criança/ família na implementação de hábitos alimentares equilibrados, bem como, na prevenção da obesidade infantil.

Durante a realização desta atividade pude desenvolver competências pessoais ao nível da comunicação, da capacidade de adaptação a situações imprevistas, de gestão de tempo e do saber estar em diferentes contextos. Relativamente ao desenvolvimento de competências profissionais específicas do EESIP, considero ter desenvolvido a competência “*assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: p. 2).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMANN, Gregória – *Promoção de uma Alimentação Saudável: Orientações para a elaboração de projectos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. 2006.

BAPTISTA M^a Isabel; LIMA Rui; ALMEIDA, M^a Daniel - *Educação Alimentar em Meio Escolar: referencial para uma oferta alimentar saudável*. Lisboa: Ministério da Educação, Direção Geral de Saúde. 2006. ISBN 972-742-243-8

Candeias, Vanessa et al - *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. 2005. ISBN 972-675-141-1

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto: Instituto do Consumidor - *Guia-Os Alimentos na Roda*. 2^a Edição. Lisboa. 2004. ISBN 972-8715-20-X

NUNES, Emília e BREDAS, João - *Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins de Infância*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. 2002. ISBN 972-9425-94-9

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências específicas de Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 5p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. Divisão de Saúde Escolar – *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. ISBN 978-972-675-153-3. 2006. 29p.


<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt>

ANEXOS

ANEXO I

Planeamento das Sessões

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Promoção de uma Alimentação Saudável	
Data: Maio de 2012 Duração: 1 hora	
Local: Escola EB JI Rinchoa 1	
Destinatários: Alunos de Jardim de Infância	
Objetivo Geral: Promover uma alimentação saudável em crianças em idade pré-escolar	

Etapas	Conteúdo	Metodologia	Tempo	Observações
Introdução	Apresentação da formadora e do objetivo da sessão	Expositiva Power Point	5 min	Dinamizado pela Enfermeira com a presença da Professora responsável pela turma
Desenvolvimento	- Importância de uma alimentação saudável - Roda dos Alimentos - Regras para uma alimentação saudável	Expositiva Power Point Interação com os alunos através de resposta a perguntas diretas	30 min	
Conclusão	- Síntese sobre a temática - Respostas a questões colocadas pelos alunos - Distribuição de amostras		15 min	
Avaliação	Aplicação de questionários		10 min	

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Promoção de uma Alimentação Saudável

Data: Maio de 2012

Duração: 1 hora

Local: Escola EB JI Rinchoa 1

Destinatários: Alunos do 1º Ciclo (1º e 2º ano)

Objetivo Geral: Promover uma alimentação saudável em crianças do 1º Ciclo



Etapas	Conteúdo	Metodologia	Tempo	Observações
Introdução	Apresentação da formadora e do objetivo da sessão	Expositiva Power Point	5 min	Dinamizado pela Enfermeira com a presença da Professora responsável pela turma
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Importância de uma alimentação saudável - Roda dos Alimentos - Regras para uma alimentação saudável - Importância de um pequeno-almoço saudável 	Expositiva Power Point Interação com os alunos através de resposta a perguntas diretas	30 min	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese sobre a temática - Respostas a questões colocadas pelos alunos - Distribuição de folhetos informativos 		15 min	
Avaliação	Aplicação de questionários		10 min	

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Promoção de uma Alimentação Saudável

Data: Maio de 2012

Duração: 1 hora

Local: Escola EB JI Rinchoa 1

Destinatários: Alunos do 1º Ciclo (3º e 4º ano)

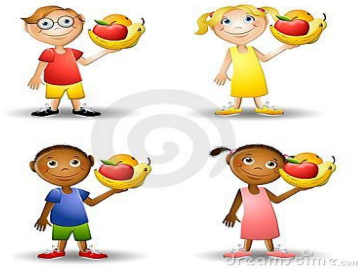
Objetivo Geral: Promover uma alimentação saudável em crianças do 1º Ciclo



Etapas	Conteúdo	Metodologia	Tempo	Observações
Introdução	Apresentação da formadora e do objetivo da sessão	Expositiva Power Point	5 min	Dinamizado pela Enfermeira com a presença da Professora responsável pela turma
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Importância de uma alimentação saudável - Constituição dos Alimentos: Nutrientes - Roda dos Alimentos - Regras para uma alimentação saudável - Importância de um pequeno almoço saudável 	Expositiva Power Point Interação com os alunos através de resposta a perguntas diretas	30 min	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese sobre a temática - Respostas a questões colocadas pelos alunos - Distribuição de folhetos informativos 		15 min	
Avaliação	Aplicação de questionários		10 min	

ANEXO II

Diapositivos das Sessões



PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Elaborado por:

Andreia Gonçalves

Orientado por:

Enf^a Lucinda Silva

Jardim de Infância
Maio 2012

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



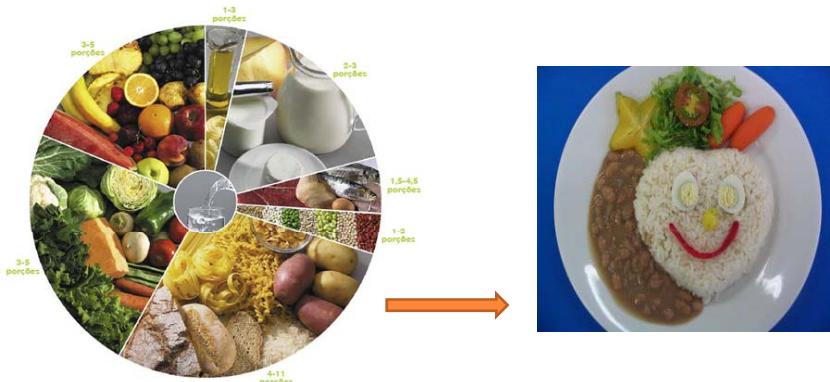
- Para crescer saudável
- Para ter energia
- Para prevenir doenças



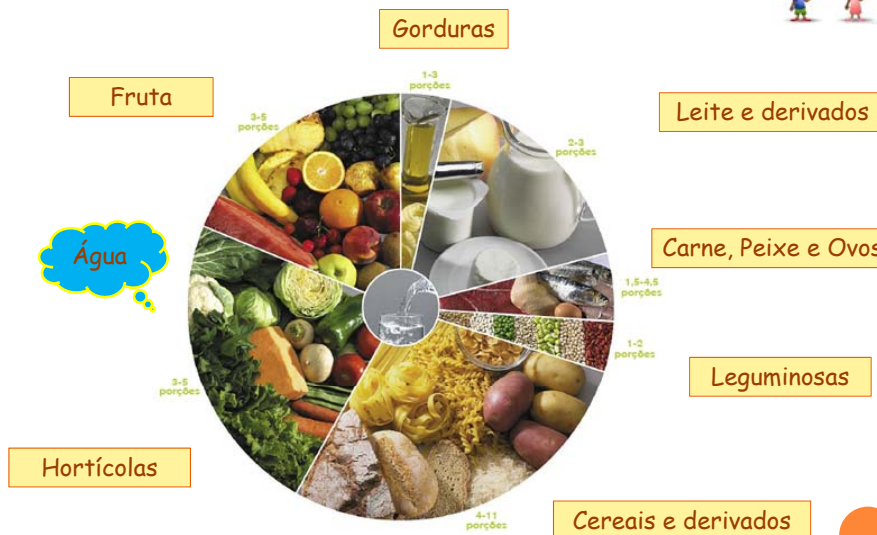
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Devemos comer 1 pouco de tudo nas quantidades adequadas



A RODA DOS ALIMENTOS



REGRAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



○ Fazer 5 refeições por dia:

- Pequeno Almoço
- Lanche a meio da manhã
- Almoço
- Lanche
- Jantar



○ Comer devagar e mastigar bem os alimentos

○ Beber água



REGRAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



REGRAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



REGRAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Pequeno Almoço



Lanche a meio da manhã



Almoço



REGRAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Lanche

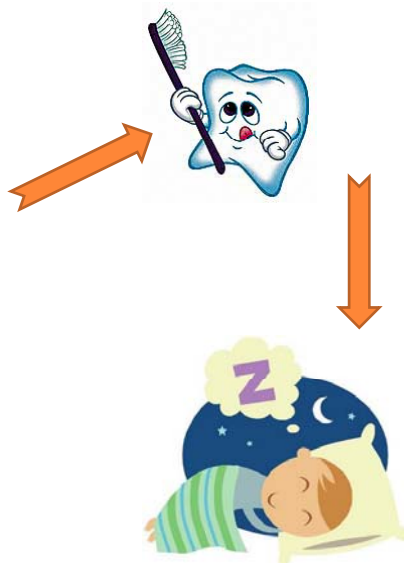
Jantar



REGRAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Ceia



DÚVIDAS





PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Elaborado por:

Andreia Gonçalves

Orientado por:

Enf^a Lucinda Silva

1^o e 2^o Ano
Maio 2012

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



- Para crescer saudável
- Para ter energia
- Para prevenir doenças

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



○ Deve ser:

- Completa
- Equilibrada
- Variada



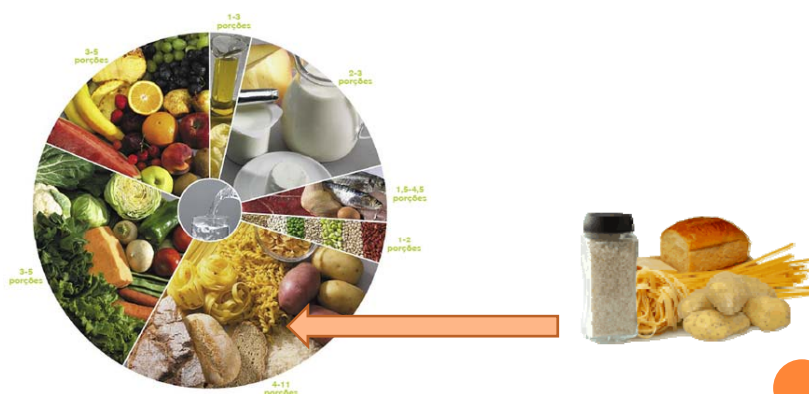
A RODA DOS ALIMENTOS



OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS



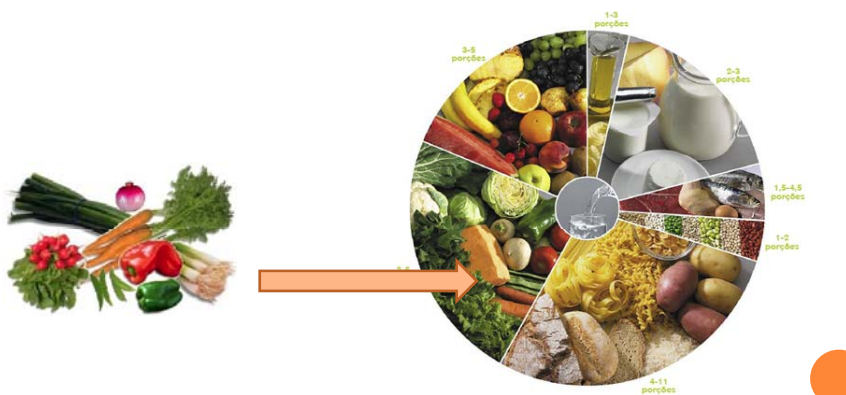
- Cereais e Derivados, Tubérculos (28%)



OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS



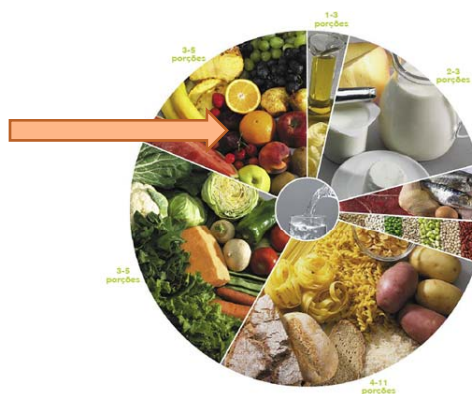
- Hortícolas (23%)



OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS



○ Fruta (20%)



OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS



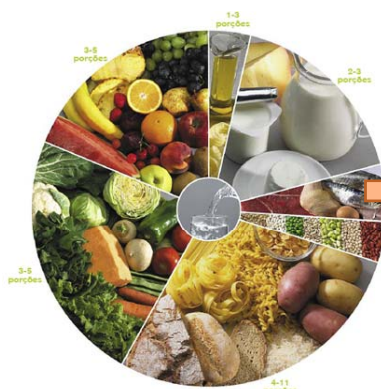
○ Leite e Derivados (18%)



OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS



- o Carne, pescado e ovos (5%)



OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS



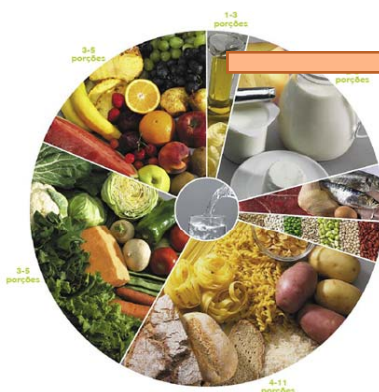
- o Leguminosas (4%)



OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS



o Gorduras e óleos (2%)



OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS



o Água



REGRAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



○ Fazer 5 refeições por dia:

- Pequeno Almoço
- Lanche a meio da manhã
- Almoço
- Lanche
- Jantar



○ Comer devagar e mastigar bem os alimentos

○ Beber água



REGRAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



○ Devemos evitar alimentos ricos em açúcar e o consumo excessivo de sal



O PEQUENO ALMOÇO SAUDÁVEL



- É a refeição mais importante do dia
- Nunca se deve sair de casa sem tomar o pequeno almoço

- Deve ser constituído por:

- Leite ou derivados
- Pão ou equivalentes
- Fruta fresca ou sumo de fruta natural



DÚVIDAS





PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Elaborado por:

Andreia Gonçalves

Orientado por:

Enf^a Lucinda Silva

3^o e 4^o Ano
Maio 2012

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



- Para crescer saudável
- Para ter energia para brincar e aprender
- Para prevenir doenças

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



- Deve ser:
 - **Completa**
 - Comer alimentos de cada grupo da roda dos alimentos e beber água diariamente
 - **Equilibrada**
 - Comer alimentos de todos os grupo nas quantidades adequadas
 - **Variada**
 - Comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e consoante as épocas do ano



CONSTITUIÇÃO DOS ALIMENTOS NUTRIENTES



Proteínas

MINERAIS

ÁGUA

FIBRAS

VITAMINAS

GORDURAS

HIDRATOS DE CARBONO

CONSTITUIÇÃO DOS ALIMENTOS NUTRIENTES



CONSTRUTORES



Proteínas, alguns Minerais e Água

ENERGÉTICOS



Hidratos de Carbono, Proteínas e Gorduras

REGULADORES



Fibras, Vitaminas, Minerais e Água



A RODA DOS ALIMENTOS



OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS



o Cereais e Derivados, Tubérculos (28%)

	pão	batatas	
arroz			massas
	bolachas	cereais	

o Fornecem:

- Energia
- Hidratos de Carbono
- Fibras
- Proteínas
- Vitaminas e Minerais

OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS



o Hortícolas (23%)

- o Fornecem:
- Fibras
 - Vitaminas e minerais

- Espinafres
 - cenouras
 - Alho francês
 - cebola
 - Grelos
 - Couve Flor
 - Couve Branca
 - Agrião
-

OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS

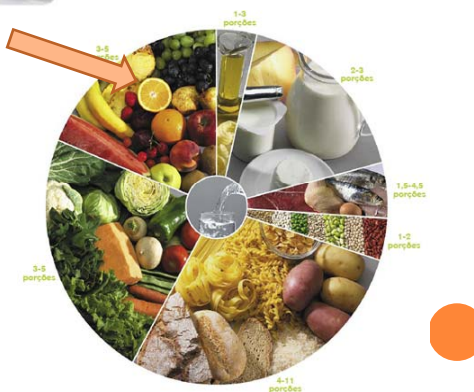


o Fruta (20%)



o Fornecem:

- Fibras
- Hidratos de Carbono
- Vitaminas e Minerais



OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS

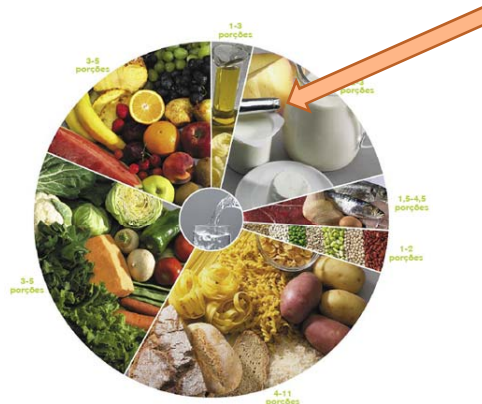


o Leite e Derivados (18%)



o Fornecem:

- Proteínas
- Vitaminas e Minerais



OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS



o Carne, pescado e ovos (5%)



o Fornecem:

- Proteínas
- Vitaminas e Minerais



OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS



o Leguminosas (4%)



o Fornecem:

- Hidratos de Carbono
- Fibras
- Proteínas



OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS



o Gorduras e óleos (2%)



o Fornecem:

- Energia



OS GRUPOS DA RODA DOS ALIMENTOS



o Água (1,5 L/dia)

- Está presente em quase todos os alimentos e é essencial à vida



REGRAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



- Devemos evitar alimentos ricos em açúcar e o consumo excessivo de sal



REGRAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



- Fazer 5 refeições por dia:
 - Pequeno Almoço
 - Lanche a meio da manhã
 - Almoço
 - Lanche
 - Jantar
- Comer devagar e mastigar bem os alimentos
- Beber água ao longo do dia



O PEQUENO ALMOÇO SAUDÁVEL



- É a refeição mais importante do dia
- Nunca se deve sair de casa sem tomar o pequeno almoço
- Deve ser constituído por:
 - Leite ou derivados
 - Pão ou equivalentes
 - Fruta fresca ou sumo de fruta



DÚVIDAS



ANEXO III

Questionários de Avaliação

(alunos e professores)



Promoção de uma Alimentação Saudável

Olá!

Hoje tiveste uma enfermeira na tua sala a ajudar-te a relembrar o que é uma alimentação saudável.

Gostava que me disseses se gostaste do que te mostrei hoje na aula.



01



02



03



04



05

Se quiseres faz um desenho sobre o que gostaste mais.

Obrigado





UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Maió/Junho 2012

Questionário aos Professores responsáveis pelas turmas,
onde foi dinamizada a Sessão de Educação para a Saúde
“*Promoção de uma Alimentação Saudável*” realizado na
Escola EB JI Rinchoal



Este questionário apresenta-se apenas como uma forma de obter contributos para uma melhoria de práticas em futuras Sessões de Educação para a Saúde. Solicitamos assim a sua colaboração através do preenchimento do seguinte questionário, tendo em conta o seu grau de satisfação.

1. Grau de Satisfação em relação à Sessão de Educação para a Saúde realizada:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Correspondeu às expetativas?				
Deu resposta às necessidades nesta área?				
O tempo disponível foi o mais apropriado?				

2. Organização da Ação:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Metodologia utilizada na ação.				
Planificação e dinâmica.				
Desempenho da equipa de saúde.				
Organização e gestão da atividade.				

3.Avaliação

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Avaliação geral.				

ANEXO IV

Avaliação das Sessões

Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde realizadas a alunos

das escolas **EB JI Rinchoa 1** e **Fitares**



A avaliação aos alunos foi realizada através da aplicação de um questionário no final da sessão. O nível de satisfação subdivide-se em 5 grupos com as cinco caras correspondentes (da mais contente à menos contente):

- 1- Satisfaz Totalmente
- 2- Satisfaz Muito
- 3- Satisfaz
- 4- Satisfaz Pouco
- 5- Não Satisfaz

Relativamente aos questionários aplicados aos professores, a avaliação consiste em 4 níveis de satisfação:

- Satisfaz Pouco
- Satisfaz de forma Razoável
- Satisfaz Bastante
- Satisfaz Completamente

Relativamente à **Escola EB JI Rinchoa 1** estiveram presentes nas sessões de educação para a saúde o total de 281 alunos, sendo que 260 (92,5 %) referiram nível de satisfação máximo na avaliação da sessão (nível 1). Dos restantes, 16 (5,7%) classificou a sessão no nível 2, 2 (0,7 %) no nível 3, 2 (0,7 %) no nível 4 e 1 (0,4%) no nível 5.

Quanto aos resultados obtidos da avaliação dos dezasseis professores constatou-se que 9 (56,3 %) classificou a sessão como bastante satisfatória e os restantes 7 (43,7 %) como completamente satisfatória.

Na **Escola EB JI Fitares** o total de alunos presente foi de 242. Destes 224 (92,6%) avaliaram a sessão no nível 1 – Satisfaz Totalmente, sendo que dos restantes dezoito, 16

(6,6%) classificaram como Satisfaz Muito, 1 (0,4%) como Satisfaz e 1 como Não Satisfaz (0,4%).

Quanto aos resultados obtidos da avaliação dos seis professores constatou-se que 2 (33,3 %) classificou a sessão como bastante satisfatória e os restantes 4 (66,7 %) como completamente satisfatória.

Avaliação de Sessões de Formação aos alunos do 1º Ciclo da Escola EB JI Rinchoa 1

“Promoção de uma Alimentação Saudável”



Turma	Nº de alunos	Nível de Satisfação									
		1		2		3		4		5	
JI	41	37		2		1				1	
PCA	10	10									
1/2º ano	22	18		3		1					
1º A	25	24		1							
1º B	22	22									
2º A	25	25									
2º B	20	20									
3º B	18	16		2							
3º D	20	19						1	5%		
4º A	24	23		1							
4º B	27	26		1							
4º C	18	15		2				1	5,55%		
4º D	9	5		4							
TOTAL	281	260	92,5 %	16	5,7 %	2	0,7 %	2	0,7 %	1	0,4 %

Avaliação de Sessões de Formação aos alunos do 1º Ciclo da Escola EB JI Fitares

“Promoção de uma Alimentação Saudável”



Turma	Nº de Alunos	Nível de Satisfação											
		1		2		3		4		5		Não respondeu	
PCA	11	11	100 %										
1º A	17	15	88,2 %	1	5,9 %					1	5,9 %		
1º B	15	14	93,3 %			1	6,7 %						
1º C	24	24	100 %										
1º D	23	20	87 %	3	13 %								
2º A	19	18	94,7 %	1	5,3 %								
2º B	21	20	95,2 %	1	4,8 %								
2º C	23	22	95,6 %	1	4,4 %								
3º/4º A	22	21	95,5 %	1	4,5 %								
3º B	25	22	88 %	3	12 %								
4º A	21	19	90,5 %	2	9,5 %								
4º B	21	18	85,7%	3	14,3 %								
TOTAL	242	224	92,6 %	16	6,6 %	1	0,4 %			1	0,4 %		

Avaliação de Sessões de Formação aos Professores da Escola EB JI Rinchoa 1

“Promoção de uma Alimentação Saudável”



Nº de Professores	Nível de Satisfação			
	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
16			9	7
Total			56,3 %	43,7 %

Avaliação de Sessões de Formação aos Professores da Escola EB JI Fitares 1

“Promoção de uma Alimentação Saudável”

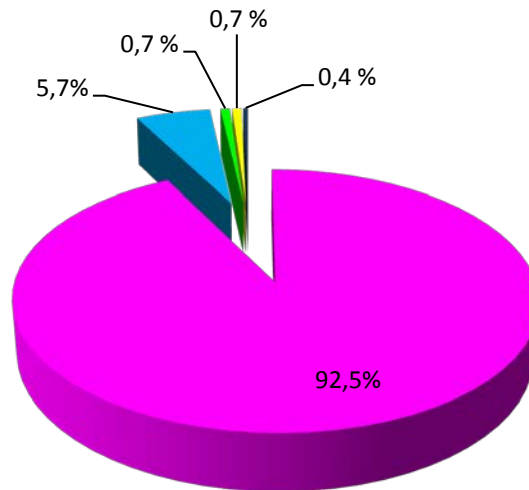


Nº de Professores	Nível de Satisfação			
	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
6			2	4
Total			33,3 %	66,7 %

Avaliação das Sessões da Escola EB JI Rinchoa

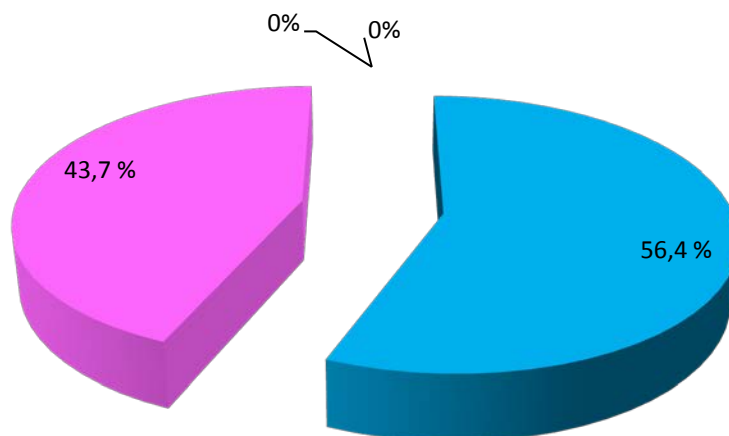
Nível de Satisfação dos alunos

■ Satisfaz Totalmente (1) ■ Satisfaz Muito (2) ■ Satisfaz (3) ■ Satisfaz Pouco (4) ■ Não Satisfaz (5)



Nível de Satisfação dos Professores

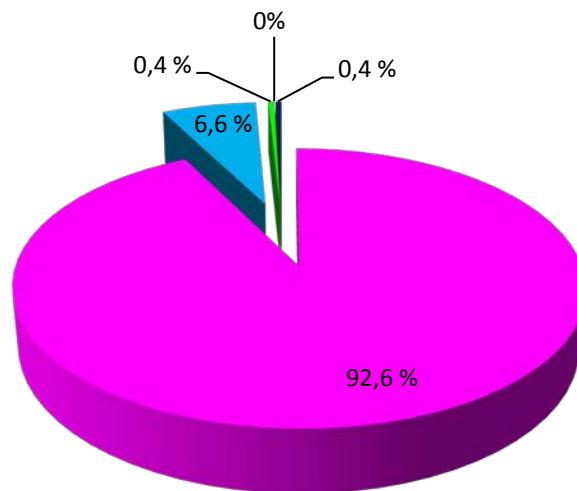
■ Satisfaz Pouco ■ Satisfaz Razoavelmente ■ Satisfaz Bastante ■ Satisfaz Completamente



Avaliação das Sessões da Escola EB JI Fitares

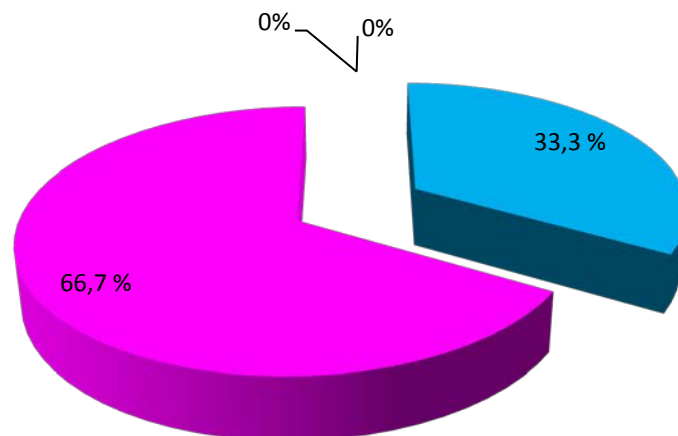
Nível de Satisfação dos Alunos

■ Satisfaz Totalmente (1) ■ Satisfaz Muito (2) ■ Satisfaz (3) ■ Satisfaz Pouco (4) ■ Não Satisfaz (5)



Nível de Satisfação dos Professores

■ Satisfaz Pouco ■ Satisfaz Razoavelmente ■ Satisfaz Bastante ■ Satisfaz Completamente



ANEXO V

Folheto



Promoção de uma Alimentação Saudável

Seguir as recomendações da Roda dos Alimentos e realizar exercício físico regularmente é essencial para uma alimentação saudável e um bom desenvolvimento.

Para crescer com energia para aprender e brincar é preciso ter uma alimentação saudável.

A Roda dos Alimentos é uma representação gráfica (que se parece com o nosso prato de comida) e que nos ajuda a escolher e a combinar os alimentos que devemos comer. Está dividida em grupos de diferentes tamanhos e ensina-nos a ter uma alimentação saudável, isto é, uma alimentação:

- **Completa** (comer alimentos de cada grupo da Roda dos Alimentos e beber água diariamente)
- **Equilibrada** (comer alimentos de todos os grupos da Roda dos Alimentos nas quantidades adequadas)
- **Variada** (comer alimentos diferentes dentro de cada grupo da Roda dos Alimentos, variando diariamente, e consoante as épocas do ano)

Regras para uma Alimentação Saudável:

- Fazer 5 refeições ao dia
- Comer devagar e mastigar bem os alimentos
- Beber água ao longo do dia (1,5L)
- Evitar alimentos ricos em açúcar (pastilhas, gomas, chocolates, bolos...)



Elaborado por Andreia Gonçalves, discente no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob a orientação da EESIP, Lucinda Silva e tutoria da Professora Doutora Zaida Charepe

A Roda dos Alimentos

A Roda dos Alimentos é composta por 7 grupos de alimentos de diferentes tamanhos.

O tamanho dos grupos corresponde à quantidade que devemos ingerir desses alimentos na alimentação diária

Os 7 Grupos são:

- Cereais e derivados, Tubérculos (28%)
- Hortícolas (23%)
- Fruta (20%)
- Lacticínios e derivados(18%)
- Carne, Pescado e Ovos (5%)
- Leguminosas (4%)
- Gorduras e Óleos (2%)



A Água está presente em todos os alimentos e é essencial à vida.

Deve-se beber 1,5 litros por dia

Agora vê o que aprendeste!!



Encontra estas 8 palavras na sopa de letras

H	U	Á	G	U	A	X	C	V	A	N	G
P	M	F	E	T	L	A	S	A	Ú	D	E
S	F	J	R	T	I	T	I	R	D	M	Q
O	R	Z	Ç	I	M	R	M	I	T	L	U
C	O	M	P	L	E	T	A	A	I	P	I
O	D	G	V	I	N	V	C	D	B	N	L
M	A	T	A	L	T	X	Z	A	E	Q	I
P	I	S	G	H	A	H	A	S	D	G	B
L	Á	V	P	T	Ç	O	L	J	H	F	R
E	F	N	I	L	Ã	J	P	O	I	U	A
Q	T	H	M	S	O	L	A	E	R	T	D
S	A	U	D	Á	V	E	L	S	A	U	A

- Água
- Alimentação
- Completa
- Equilibrada
- Saúde
- Saudável
- Roda
- Variada

Preenche os espaços em branco.

- Uma Alimentação Saudável deve ser _____, _____ e _____.
- A Roda dos Alimentos é composta por _____ grupos de alimentos.
- Devemos beber 1,5 Litros de _____ por dia.
- Devemos fazer _____ refeições por dia.

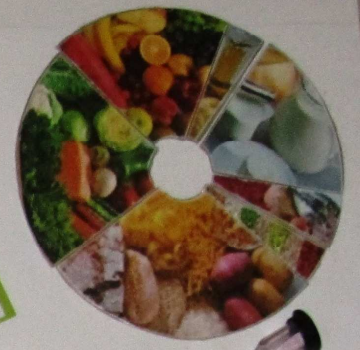
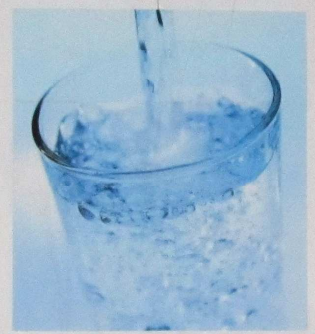
ANEXO VI

Tabuleiro de Jogo

(*“Trivial Pursuit da Alimentação”*)



Alimentação Saudável



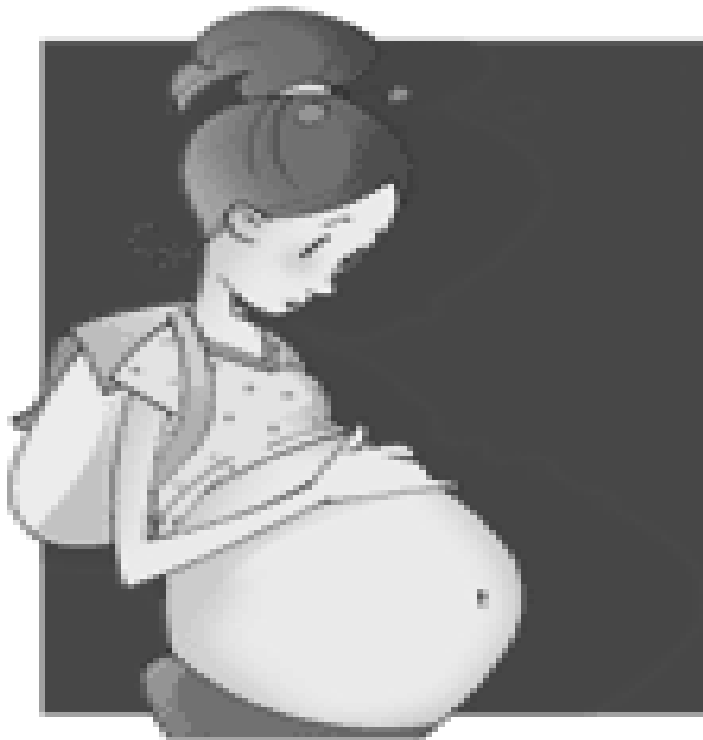
Roda dos Alimentos



ANEXO III

Relatório de Sessão:

“Pais com idade para serem filhos...”



Relatório de Sessão

“Pais Com Idade Para Serem Filhos...”

Discente:

Andreia Gonçalves

Orientadora de Estágio:

EESIP Lucida Silva

Docente:

Professora Doutora Zaida Charepe

Maio, 2012

SUMÁRIO

	Pág.
1. Introdução	5
2. Enquadramento Teórico	7
3. Considerações Finais	9
4. Referências Bibliográficas	11
Anexos	13
Anexo I – Planeamento das Sessões	15
Anexo II – Diapositivos das Sessões	19

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa, o estágio correspondente ao módulo I da unidade curricular estágio decorreu no ACEX IX – Rio de Mouro.

Assim, no percurso desenvolvido neste Centro de Saúde, com o intuito de desenvolver competências de Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, foram dinamizadas Sessões de Educação para a Saúde em colaboração com a enfermeira orientadora a alunos do 10º ano de uma escola secundária em Rio de Mouro

O presente relatório pretende expor um breve enquadramento da temática e a sessão de formação dinamizada. Por último, serão apresentadas algumas considerações finais à atividade desenvolvida, realçando a contribuição da mesma para o desenvolvimento profissional.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No início do ano letivo 2011/2012, ao abrigo do projeto P.E.S (Projeto de Educação para a Saúde) da Escola Secundária Leal da Câmara em Rio de Mouro e do Programa Nacional de Saúde Escolar, foi realizado um inquérito aos alunos. Este teve como propósito a realização de um diagnóstico de situação relativo às temáticas que seriam de interesse geral desenvolver.

Neste âmbito e tendo em consideração as necessidades identificadas pelos alunos, a EESIP, integrante na equipa de Saúde Escolar do ACEX IX – Rio de Mouro, desenvolveu e dinamizou uma Sessão de Educação para a Saúde – *“Pais com Idade para Serem Pais...”*.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enquadra a adolescência no período da vida humana compreendido entre os 10 e os 19 anos que consiste numa fase de transição entre a infância e a vida adulta. É caracterizada por alterações ao nível físico/biológico, cognitivo e psicossocial (Papalia, 2001).

Também para Cordeiro (2009) a adolescência consiste numa fase de transformações, *“refere-se à pessoa, de um ponto de vista global, que conta evidentemente com a parte física, mas também com aspetos relacionais, sociais, o desenvolvimento da autonomia de pensamento e de deslocação, vontade, determinação, dúvidas e até mudanças no tipo de escolaridade”*.

Os adolescentes pensam e veem o mundo de forma diferente e experienciam a vida com intensidade. Segundo a teoria desenvolvimentista de Piaget, são capazes do raciocínio abstrato e do pensamento idealista entrando no nível mais elevado de desenvolvimento cognitivo – operações formais. Este estágio confere-lhes a possibilidade para manipular a informação, imaginar possibilidades, testar hipóteses e construir teorias (Papalia, 2001).

A construção da identidade ocorre essencialmente durante a adolescência. Durante este período os adolescentes tendem a identificar-se com os pares e a dar grande importância ao grupo de amigos, valorizando a sua opinião e procurando nestes companheirismo, afeto, compreensão e intimidade; experienciam uma necessidade de independência e autonomia/afirmação o que poderá levar a um afastamento dos pais, no entanto é a família que irá contribuir para a formação de valores fundamentais no estabelecimento da sua identidade (Papalia, 2001).

Segundo Machado et al (2011), a incidência de mães adolescentes decresceu de 5,9% em 2001 para 4,2% em 2009. No entanto, esta estatística continua a ser significativa, pelo que é essencial intervir através da prevenção.

Durante o decorrer do estágio no ACEX IX, tive a possibilidade de colaborar com a Enfermeira Orientadora e também de dinamizar a sessão.

Estas sessões tiveram a duração de 1h30, sendo a população alvo todos os alunos inscritos no 10º Ano, no presente ano letivo

O conteúdo programático esteve assente no desenvolvimento das seguintes temáticas:

- Anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino e masculino
- Processo de conceção
- Métodos contraceptivos
- Gravidez na adolescência
- Interrupção voluntária da gravidez
- Início da atividade sexual

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de existir um decréscimo na prevalência de mães adolescentes esta temática continua a ser preocupante, pelo que é necessário intervir através da prevenção.

Considerando que a adolescência é um estadió propício à adoção de comportamentos de risco e que a escola é o local primordial para intervenções a nível da promoção de saúde, considero de extrema importância a realização de sessões como esta para alertar os jovens e capacitá-los para poderem decidir de forma fundamentada.

Saliento ainda para a necessidade destas sessões serem realizadas por um EESIP, pois este possui competências para dar resposta às inúmeras dúvidas colocadas pelos adolescentes e possui características que permitem a adequação da linguagem e o tipo de informação transmitida.

Durante a realização desta atividade pude desenvolver competências pessoais ao nível da comunicação, da capacidade de adaptação a situações imprevistas, de gestão de tempo e do saber estar em diferentes contextos. Relativamente ao desenvolvimento de competências profissionais específicas do EESIP, considero ter desenvolvido a competência *“assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”* e *“presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010: p. 2).

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CORDEIRO, Mário – *O Grande Livro do Adolescente: dos 10 aos 18 anos*. 1ª Edição. Lisboa: A Esfera dos Livros. 2009. ISBN 978-989-626-156-6

MACHADO, Maria do Céu; ALVES, Maria Isabel; COUCEIRO, Maria Luísa – *Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde*. Acta Pediátrica Portuguesa. ISSN 0873-9781. Vol. 42, n.º 5 (2011), p. 195-204

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências específicas de Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 5p.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin – *O Mundo da Criança*. 8ª Edição. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal, 2001. ISBN: 972-773-069-8

ANEXOS

ANEXO I

Planeamento das Sessões

Plano de Sessão de Educação para a Saúde – “Pais com Idades para serem Filhos”



	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS PEDAGÓGICOS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do(s) formador(es) • Apresentação do tema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Data Show • Computador • Power Point 	10 Minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino e masculino • Explicação de processo de conceção e gravidez • Gravidez na adolescência, dados epidemiológicos, causas, e mitos • Contraceção, tipos, utilização e eficácia • Interrupção voluntária da gravidez, consequências físicas e psicológicas e enquadramento legal • Abordagem á importância do início da atividade sexual, como decidir e como dizer não, que cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo • Método Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Data Show • Computador • Power Point 	60 Minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusão • Discussão de temática e espaço para dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo • Método Interrogativo • Método Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Data Show • Computador • Power Point 	20 Minutos

ANEXO II

Diapositivos das Sessões

Pais com idade para serem filhos



Maio
2012



Pais com idade para serem filhos

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão



Mulher

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

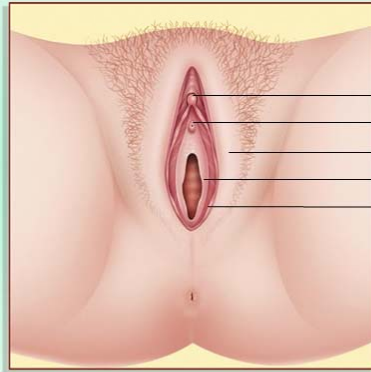
Aborto

1ª vez...

Conclusão

APARELHO REPRODUTOR

Órgãos Externos Femininos



Clitóris
Meato uretral
Grandes lábios
Hímen
Pequenos lábios

Mulher

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão



Vista Anterior Vista Lateral

→ Órgãos genitais internos da mulher

- ① Trompa
- ② Ovário
- ③ Folículo
- ④ Endométrio
- ⑤ Útero
- ⑥ Colo do Útero
- ⑦ Vagina

→ Ver toda a legenda

(posicione o cursor sobre as botões)

🔍 A (Detalhe)

🔍 B (Detalhe)

Mulher

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

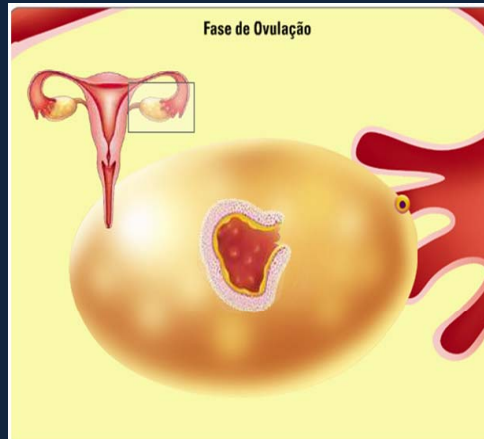
Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão



Os ciclos menstruais têm em média 28 dias de duração.

Podem todavia, variar de mulher para mulher.

Período fértil é aquele em que a concepção pode ocorrer imediatamente antes e depois da ovulação.

A **fase pré-ovulatória** é de duração variável.

A **fase pós-ovulatória** dura normalmente 13 ou 14 dias.

Quando a concepção não acontece, aparece a **menstruação** e um novo ciclo começa.

Homem

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

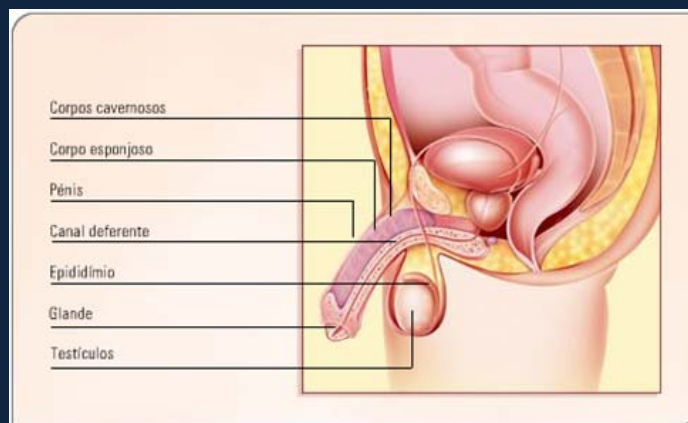
Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão



Homem

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão



Dados epidemiológicos

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Grande número de mães adolescentes
- Segunda posição na Europa
- Entrega para adopção é rara
- Maioria opta por ficar com os seus filhos

Dados epidemiológicos

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- 2008
 - Total 7000
 - 5800 tiveram os seus filhos
 - 1 200 realizaram IVG



Dados epidemiológicos

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

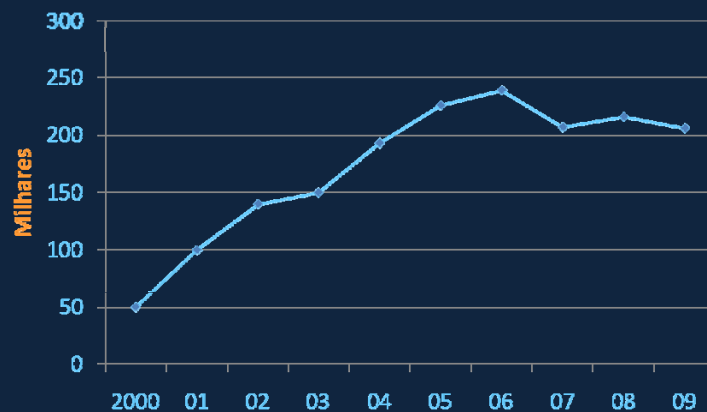
Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

Nº de pilulas do dia seguinte vendidas em Portugal



Gravidez na adolescência - Porquê?

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Puberdade mais precoce
- Trivialização da sexualidade
- Erotismo constante nos meios de comunicação

Gravidez na adolescência - Porquê?

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

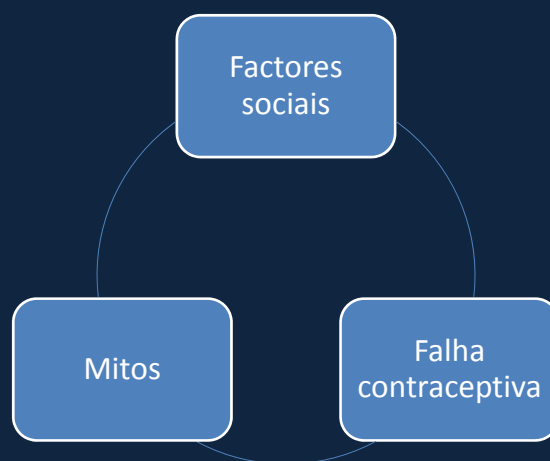
Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão





Gravidez na adolescência – Porquê?

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Falha do método contraceptivo
- Má utilização do mesmo
- Não se utilizou qq tipo de protecção
- Falta de informação



Mitos – Posso engravidar...

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Se tomar banho a seguir ao acto sexual?
- Se for a primeira vez que se tem relações sexuais?
- Durante a menstruação?
- Se se tiver relações sexuais em pé?

Mitos – Posso engravidar...

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Se se retirar o pénis antes da ejaculação?
- Quando não se atinge o orgasmo?
- Na semana seguinte ao período?
- Se o homem não colocar todo o pénis dentro da vagina?
- Se tiver pouca prática a fazer amor?

Contraceção

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Quem deve usar métodos contraceptivos?
→ Qualquer pessoa que tenha iniciado a sua vida sexual e que não deseje engravidar no momento actual



Contraceção

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- A gravidez é uma preocupação apenas da mulher?

- **NÃO!!!**



- Assumir responsabilidade
- Estar igualmente informado

→ **Escolha conjunta do(s) métodos contraceptivos a utilizar**

Contraceção

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **TIPOS:**

- Abstinência
- Naturais
- Barreira
- Hormonais
- Cirúrgicos
- Emergência



Métodos Naturais

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

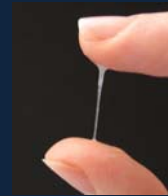
Conclusão

- Baseiam-se no conhecimento profundo das alterações do corpo feminino durante o ciclo menstrual

- Tipos:
 - Método do muco cervical
 - Método do calendário
 - Método da temperatura



- Têm que ser feito de forma muito rigorosa
- Não são muito eficazes
- Não protege contra IST



Métodos de Barreira

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Preservativo (masculino / feminino)

- Único método que PROTEGE CONTRA IST

- Evita a gravidez



- Gratuito

- A eficácia depende da utilização correcta e sistemática

Métodos de Barreira

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Preservativo (masculino / feminino)



Métodos de Barreira

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- DIU
 - Tem a forma de um T e coloca-se dentro do útero
 - Evita a gravidez
 - Pode provocar irregularidades menstruais
 - Habitualmente é colocado em mulheres que já tenham tido filhos



Métodos Hormonais

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Previnem a gravidez
- **NÃO PROTEGEM CONTRA AS IST**



Métodos Hormonais

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Pílula
 - Muito eficaz
 - Depende de que a mulher não se esqueça de a tomar
 - Diminui as dores menstruais e o acne



Métodos Hormonais

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Adesivo

- Substituir o adesivo a cada 7 dias, durante 3 semanas

- Muito eficaz

- Não se pode molhar!



Métodos Hormonais

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Anel Vaginal

- Eficaz

- Não exige o compromisso diário da mulher

- Iniciar o método até ao 5.º dia da menstruação, introduzindo o anel profundamente na vagina

- Retirar o anel ao final de 3 semanas



Métodos Hormonais

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **Implante**



- Dura 3 anos
- Ideal para quem se esquece frequentemente de tomar a pílula
- Muito eficaz
- Diminui as dores menstruais
- Pode provocar irregularidade menstrual
- A colocação não é dolorosa
 - Executado por um profissional treinado

Métodos Hormonais

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **Injectável**

- Pode ser usada em qualquer idade
- De 3 em 3 meses
- Podem provocar irregularidades menstruais
- É de longa duração, não exigindo o compromisso diário da mulher



Métodos cirúrgicos

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Laqueação de trompas/Vasectomia

- Definitivos

- Não protegem contra IST

- Reservados a pessoas que já não querem ter filhos



Contraceção de Emergência

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Único método que pode ser usado após a relação sexual

- Previne a gravidez


- Não protege contra IST

- Previne apenas a ocorrência de gravidez resultante de um acto sexual ocorrido nos 5 dias anteriores

- Não previne a gravidez que possa resultar de uma relação sexual posterior à toma da CE

- Não deve ser usado com frequência!




 Escola Secundária de Leixões da Câmara

Contraceção de Emergência

- Introdução
- Reprodução
- Dados
- Porquê?
- Contraceção**
- Grávida?
- Aborto
- 1ª vez...
- Conclusão

- **Efeitos secundários**
 - sangramentos vaginais, náuseas, vômitos, retenção de água no organismo, tonturas, desconforto mamário.
- **Não devem ser utilizadas como método contraceptivo mas apenas numa situação de emergência, devido à elevada concentração hormonal.**

 Escola Secundária de Leixões da Câmara

Contraceção

- Introdução
- Reprodução
- Dados
- Porquê?
- Contraceção**
- Grávida?
- Aborto
- 1ª vez...
- Conclusão

- Sempre que se planeia iniciar a vida sexual deve-se ir ao Médico de Família ou Enfermeira, para que ele/ela possa aconselhar sobre os cuidados a ter e juntos possam falar sobre os métodos contraceptivos que existem.
- Qualquer dúvida que surja deve esclarecer-se com o Médico de Família: a conversa entre os dois será segredo dos dois!

Será que estou grávida?

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Se existirem relações desprotegidas e a menstruação não apareceu...

- Pânico
- Medo
- Dúvidas
- Preocupações



Será que estou grávida?

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?


Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Reflectir sobre a situação
→ teste de gravidez
- CS → consulta de Planeamento Familiar
- Farmácia




 Escola Secundária de
Leixões da Câmara

Se deu negativo...

- “Não passou dum susto”
- “ Felizmente desta escapámos”
- É importante lembrar de que a sorte nem sempre está connosco

Introdução
Reprodução
Dados
Porquê?
Contraceção
Grávida?
Aborto
1ª vez...
Conclusão

 Escola Secundária de
Leixões da Câmara

Se deu negativo...

- Pensar em método contraceptivo que melhor se adapte a vocês
- Não vale a pena correr riscos desnecessários
- Marcar consulta de PF no seu CS

Introdução
Reprodução
Dados
Porquê?
Contraceção
Grávida?
Aborto
1ª vez...
Conclusão

Deu positivo, e agora?

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Tomada de decisão
- Apoio de uma ou mais pessoas
- Surgem perguntas como:
 - O que vão dizer os meus pais?
 - Como vai ser o meu futuro?
 - Será que devemos prosseguir com a gravidez?
- Qualquer que seja a decisão não é fácil

Opções

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Prosseguir e assumir a maternidade/paternidade
- Prosseguir e colocar o bebé em instituição oficial para adopção
- Interromper a gravidez, tendo em conta a legislação em vigor
 - (Lei nº 16/2007 - artigo 1º)
- < 16A - consentimento pelo representante legal

O que é o aborto?

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão



O que é o aborto?

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- “O aborto ou a interrupção voluntária da gravidez é a remoção ou expulsão prematura de um embrião ou feto do útero, resultando na sua morte. Provoca o fim da gestação e consequentemente o fim da vida do feto mediante técnicas médicas e cirúrgicas”.



Consequências Psicológicas

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

Trauma

Stress

Depressão, medos, pesadelos, tentativas de suicídio

Problemas em futuras relações

Remorsos

Arrependimento

Sentimento de culpa

Desamparo /desespero

Incapacidade de se auto-perdoar

Raiva, ansiedade

Disfunção sexual



Consequências Físicas

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

-Dor intensa

-Morte

-Infecções

-Hemorragias

-Coágulos de sangue

-Endometrite (infl da mucosa uterina)

-Perda de peso e apetite, vômitos

-Choro, nervosismo

-Inflamações

-Esterilidade

-Choques e coma

-Exaustão e Insónias

Altura ideal para 1ª vez...

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Não existe uma idade, uma hora ou um espaço indicado ou aconselhado
- És tu que decides!
- Pára para pensar...
- Para ti a idade certa pode ser uma, para a(o) tua/teu amigo(a) outra
- Tudo depende dos teus sentimentos, do teu desejo, da tua segurança, do teu sentido de responsabilidade, da tua maturidade física e afectiva

Altura ideal para 1ª vez...

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção


Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão


- As ideias ou os tempos das outras pessoas não te obrigam a nada
- Opções que deves tomar antes da decisão final:
 - ✓ falar com o teu parceiro sobre os vossos sentimentos e desejos, para saber se uma relação sexual é um desejo de ambos ou apenas de uma das partes;
 - ✓ informares-te sobre os métodos contraceptivos e as infecções sexualmente transmissíveis;
 - ✓ decidir em conjunto quais os métodos a usar.

 Escola Secundária de Leixões da Câmara

Dizer não

- Não faz mal querer + tempo para pensar nas coisas
- Não faz mal ter uma actividade sexual sozinha (masturbação)
- Não faz mal querer respeito pelos teus sentimentos


Introdução
Reprodução
Dados
Porquê?
Contraceção
Grávida?
Aborto
1ª vez...
Conclusão


 Escola Secundária de Leixões da Câmara

Dizer não

- Não faz mal dizer que não ao sexo com penetração
- Não faz mal dizer “sim” a alguns tipos de actividades sensuais e “não” a actividades mais arriscadas

Introdução
Reprodução
Dados
Porquê?
Contraceção
Grávida?
Aborto
1ª vez...
Conclusão




 Escola Secundária de Leixões da Câmara

Porque não?

- Não me sinto preparado/a
- Gosto de ser virgem
- Sou muito tímido/a
- Não sei realmente nada sobre a contraceção
- Não me sinto seguro/a
- Acho que é melhor esperar


Introdução
Reprodução
Dados
Porquê?
Contraceção
Grávida?
Aborto
1ª vez...
Conclusão

 Escola Secundária de Leixões da Câmara

Porque não?

- Tenho medo que o preservativo rebente e que ocorra uma gravidez
- Tenho medo de contrair uma IST
- Ainda não confio verdadeiramente em ti
- Não sei se sinto paixão e apenas atracção sexual não me chega


Introdução
Reprodução
Dados
Porquê?
Contraceção
Grávida?
Aborto
1ª vez...
Conclusão



Conclusão

- O rapaz e a rapariga devem ser estimulados a pensar e a viver a sexualidade, não só como uma maneira de sentir prazer com as suas novas capacidades reprodutivas e sexuais, mas também acompanhadas de um conjunto de responsabilidades perante si e perante a sociedade

Introdução
Reprodução
Dados
Porquê?
Contraceção
Grávida?
Aborto
1ª vez...
Conclusão



Quem podem contactar?

- Médico de Família/Enfermeiro
- Instituto Português da Juventude
– <http://juventude.gov.pt>
- Linha da juventude
– 707 20 30 30

Introdução
Reprodução
Dados
Porquê?
Contraceção
Grávida?
Aborto
1ª vez...
Conclusão

ANEXO IV

Teatro Fórum



Teatro Fórum

Discente:

Andreia Gonçalves

Orientadora de Estágio:

EESIP Lucida Silva

Docente:

Professora Doutora Zaida Charepe

Maio, 2012

O **teatro do oprimido**, através da prática de jogos, exercícios e técnicas teatrais, procura estimular a discussão e a problematização de questões do quotidiano, com o objetivo de fornecer uma maior reflexão das relações de poder, através da exploração de histórias entre opressor e oprimido.

Tem sido utilizado como ferramenta de participação popular, como uma forma de discussão dos problemas públicos, constituindo também um instrumento de educação informal de participação popular, ao estabelecer temas para a discussão coletiva, envolvendo a população no debate das questões públicas. Estimula também a criatividade e a capacidade de propor alternativas para as questões do quotidiano.

Entre as técnicas do Teatro do Oprimido estão:

- O Teatro Imagem é um conjunto de técnicas que transformam questões, problemas e sentimentos em imagens concretas. Busca-se a compreensão dos factos através da linguagem das imagens.

- No Teatro-fórum, a metodologia baseia-se, deste modo, na criação de pequenas situações reais, normalmente em oficinas de algumas horas, situações nas quais se verifica uma clara situação de opressão, representadas posteriormente para uma plateia que é convidada a participar, substituindo os atores, equacionando todas as possibilidades. No Teatro-Fórum, como técnica teatral é utilizada uma pergunta feita pelo elenco aos espectadores. É apresentado um problema objetivo, através de personagens opressoras, que entram em conflito por causa dos seus desejos e vontades contraditórias, nesta luta pelo seu objetivo, o oprimido.

- O Teatro Jornal é um conjunto de nove técnicas que dinamizam notícias de jornal, dando-lhes diferentes formas de interpretação.

- Já o Teatro Invisível é uma técnica de representação de cenas quotidianas onde os espectadores são reais participantes do facto ocorrido, reagindo e opinando espontaneamente na discussão provocada pela encenação.

- O Teatro Legislativo é uma experiência sociocultural que visa a produção de propostas legislativas e/ou jurídicas, a partir da intervenção do público em espetáculos de Teatro Fórum. É a forma de implantar o conteúdo político no Teatro do Oprimido. A partir dos problemas quotidianos da população, é feito um levantamento de informações para a elaboração de leis. Os grupos populares montam peças de Teatro-Fórum e apresentam-

nas para diversos públicos. As intervenções realizadas pela plateia no Teatro-Fórum são anotadas em relatórios. As análises destes relatórios são a base para a formulação de novas leis.

Teatro- Fórum - Funcionamento e aspetos técnicos:

Antes de qualquer espetáculo o grupo de atores deve ser preparado e trabalhado.

Num primeiro momento, o espetáculo é representado como um espetáculo convencional, onde se mostra uma determinada imagem do mundo. As cenas devem conter o conflito que se deseja resolver e a opressão que se deseja combater.

Seguidamente pergunta-se aos espetadores se estão de acordo com as soluções propostas pelo protagonista. Provavelmente, eles dirão que não. Informa-se o público que o espetáculo será refeito, tal como da primeira vez. O jogo-luta está na tentativa dos atores de refazer o espetáculo como antes e no esforço dos espectadores para modificá-lo, apresentando sempre novas soluções possíveis e viáveis, novas alternativas.

Por outras palavras, os atores representam uma determinada visão do mundo e conseqüentemente tentarão manter este mundo tal como ele é, fazendo com que as coisas continuem exatamente da mesma maneira... a menos que um espectador possa intervir e mudar a aceitação do mundo como ele é por uma visão do mundo como ele deve vir a ser. É preciso criar uma certa tensão nos espetadores; se ninguém mudar o mundo, ele ficará como está, e se ninguém mudar a peça, ela também ficará como é.

Informa-se os espectadores que o seu primeiro passo é interromper a ação quando acharem que o ator poderia reagir de outro modo à situação proposta. Assim, o seu primeiro passo é tomar o lugar do protagonista quando este estiver cometendo um erro, ou optando por uma alternativa falsa ou insuficiente, e procurar uma solução melhor para a situação que a peça apresenta. O espectador deve gritar da plateia ou aproximar-se da cena e dizer "Pára!" ou "Stop!". Os atores deverão imediatamente congelar a cena, imobilizando-se em seus lugares. Imediatamente, o espectador deve dizer de onde quer que a cena seja recomeçada, indicando uma frase, momento ou movimento a partir do qual se retoma a ação. A peça recomeça no ponto indicado, tendo agora o espectador como protagonista.

O ator substituído não ficará totalmente fora do jogo, devendo permanecer como um tipo de ego auxiliar, a fim de encorajar o espectador e corrigi-lo, caso ele eventualmente se engane em alguma coisa essencial.

A partir do momento em que o espectador toma o lugar do protagonista e propõe uma nova solução, todos os outros atores se transformam em agentes de opressão – ou se já exerciam essa opressão, intensificam-na, a fim de mostrar ao espectador o quanto será difícil transformar essa realidade – salvo, é claro, os personagens aliados do protagonista.

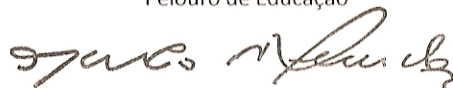
O jogo consiste nessa luta entre o espectador – que tenta uma nova solução para mudar o mundo – e os atores que tentam oprimi-lo, como seria o caso na realidade verdadeira, obrigá-lo a aceitar o mundo tal como está. É evidente que o objetivo do fórum não é ganhar, alcançar a solução perfeita, mas sim, permitir que aprendamos e nos exercitemos. Os espectadores, pondo em cena as suas ideias, exercitam-se para a ação na vida real; e atores e plateia, igualmente atuando, tomam conhecimento das ideias possíveis. Ficam conhecendo o arsenal dos opressores e as possíveis táticas e estratégias dos oprimidos. O fórum é lúdico – uma maneira rica de aprendermos uns com os outros. Se o espectador renuncia, ou esgota as ações que tinha planeado, sai do jogo; o ator-protagonista retoma o seu papel, e o espetáculo caminhará naturalmente para o final conhecido. Um outro espectador poderá parar a cena e dizer “Pára!”, indicando de onde deseja que a peça seja retomada – como numa cassete de vídeo, em que podemos ir para a frente e para trás –, e uma nova solução pode ser tentada, e tantas quantas forem as intervenções dos espectadores. A peça recomeça sempre a partir do ponto que o espectador deseja examinar. Após cada intervenção, o curinga (que é o mestre de cerimônias do espetáculo) deverá fazer um claro resumo do significado de cada alternativa proposta, devendo igualmente indagar a plateia se algo lhe escapa ou se alguém discorda: não se trata de vencer a discussão, mas de esclarecer pensamentos, opiniões e propostas.

Fonte: Caderno de Aprendizagem do Autonomus N° 1 – Teatro do Oprimido. Disponível em: <http://teatrodooprimido.wikispaces.com>

Certificado

Certifica-se que Aurélia Gabriela Filipe Gonçalves participou na Acção intitulada ***Uma Abordagem da Educação Sexual em Meio Escolar***, baseada na metodologia do *Teatro Fórum*, dirigida a docentes do Agrupamento de Escolas Padre Alberto Neto – Rio de Mouro, no dia 10 de Maio de 2012.

O Vice-Presidente
da Câmara Municipal de Sintra
Pelouro de Educação



Marco Almeida

O Coordenador da Unidade de
Saúde Pública do ACES IX
Algueirão Rio de Mouro



Pompeu Balsa



ANEXO V

Relatório de Sessão:

“Promoção do Aleitamento Materno – IHAB”



Fonte: <http://bibliografiadadoula.wordpress.com>

Relatório de Sessão

“Promoção do Aleitamento Materno:

Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés”

Discente:

Andreia Gonçalves

Orientadora de Estágio:

EESIP Vera Silva

Docente:

Professora Doutora Zaida Charepe

Novembro, 2012

SUMÁRIO

	Pág.
1. Introdução	5
2. Enquadramento Teórico	7
3. Considerações Finais	11
4. Referências Bibliográficas	13
Anexos	15
Anexo I – Plano de Sessão para afixar	17
Anexo II – Planeamento da Sessão	21
Anexo III – Pedido de autorização para divulgação de dados	25
Anexo IV – Visita Domiciliária ao Recém-nascido – HSM	29
Anexo V – Processo Assistencial Integrado do Recém-nascido de Risco	43
Anexo VI – Diapositivos da Sessão de Formação	51
Anexo VII - Questionário aplicado para avaliação	65
Anexo VIII - Avaliação da Sessão	69

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa, o primeiro estágio correspondente ao módulo III da unidade curricular estágio, decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Santa Maria.

Assim, com o intuito de desenvolver competências de Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, foi desenvolvida uma Sessão de Formação aos Enfermeiros do Serviço de Neonatologia para sensibilizar a equipa de enfermagem para a promoção do aleitamento materno.

O presente relatório pretende expor um breve enquadramento da temática, a sessão de formação realizada e os resultados obtidos da mesma. Por último, serão apresentadas algumas considerações finais à atividade desenvolvida, realçando a contribuição da mesma para o desenvolvimento profissional.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O ato de amamentar é algo que remonta a séculos passados. Desde o início da história da existência do Homem que ocorre amamentação. Na época do Cristianismo as crianças eram protegidas e o leite materno era tido como alimento protetor, digno e puro. Mais tarde, no Séc. VIII a criança passa a ser considerada como um estorvo na sociedade e o ato de amamentar era considerado como repugnante. Era impensável ver uma dama da sociedade a amamentar, pelo que as crianças eram dadas a amas para amamentarem (Lourenço, 2009).

Já no Séc. XIX os médicos incentivavam as mães a amamentar, apelando às suas responsabilidades enquanto mães, e a prática de aleitamento materno é retomada. No entanto, esta situação não se prolongou, pois no séc. XX, com a globalização industrial e com o início da atividade profissional das mulheres, surgem os leites comerciais. Nesta época a redução do aleitamento materno a nível mundial foi considerada a modificação do comportamento alimentar mais grave da história, em que os leites adaptados eram promovidos de forma exagerada e como alimentos perfeitos, melhores que o leite materno (Lourenço, 2009).

Só a partir dos anos 70 teve início o resgate da cultura do aleitamento materno com o surgimento de estudos que evidenciavam o leite materno como fonte principal de alimento e superior aos leites substitutos. Assim, com o objetivo de promover o aleitamento materno como prioridade mundial de saúde, a OMS e a UNICEF, juntamente com outras instituições, uniram esforços e após diversas assembleias gerais das nações unidas, surgiram documentos e diretrizes para resgatar o aleitamento materno. Nomeadamente: o *Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno* (consiste num código de conduta com diretrizes específicas para a comercialização e propaganda dos leites adaptados); *“Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis”*; e a *“Declaração de Innocenti”* (*Ibidem*).

A obesidade é considerada pela OMS como a epidemia do século XXI e Portugal apresenta um dos valores mais altos de prevalência de obesidade infantil (Rito et al, 2010). Segundo a Direção Geral de Saúde a prevalência da pré-obesidade e da obesidade em crianças dos 7 aos 9 anos é aproximadamente de 31,56% (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2005).

Considerando estes valores crescentes e preocupantes, a nível nacional, encontra-se contemplado no PNS (2012-2016) a orientação para um combate à obesidade e intervenção precoce em que se encontram definidas linhas orientadoras para a obtenção de ganhos em saúde e redução da prevalência de obesidade no nosso país, nomeadamente ao nível da promoção do aleitamento materno.

A promoção do aleitamento materno tem sido uma preocupação da OMS e de outras organizações, como a UNICEF. Em 1990, surge a *Declaração de Innocenti*, em que é reconhecido que o aleitamento materno constitui um processo único capaz de reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil pois proporciona uma nutrição de alta qualidade para a criança (UNICEF, 2012). Em 1991, estas organizações, em ação conjunta, deram início a um programa mundial para a promoção do aleitamento materno, intitulado por *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. Este programa tem como objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da implementação de 10 medidas importantes para o sucesso do mesmo. Estas medidas deveriam ser implementadas nos serviços de saúde com assistência a grávidas e recém-nascidos. Em Portugal existe uma Comissão Nacional *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés* com sede na UNICEF (Levy e Bértolo, 2008). Posteriormente à divulgação e promoção desta iniciativa (IHAB) vários hospitais portugueses têm-se candidatado ao estatuto de “Hospital Amigo dos Bebés”, tendo sido o Hospital Garcia de Orta, em Almada, a primeira instituição de saúde portuguesa a receber a o certificado de Hospital Amigo dos Bebés (UNICEF, 2005).

Para ser um Hospital Amigo dos Bebés, a instituição deverá submeter-se a um processo de avaliação composto por quatro fases:

- Critérios Globais: cumprimento das 10 medidas para o sucesso do AM
- Questionários de Autoavaliação: identificação das mudanças necessárias a efetuar para ser uma instituição promotora do AM
- Questionários de Avaliação: instrumentos utilizados por uma equipa de consultores externos devidamente preparados
- Guia para qualificar a avaliação do hospital: os dados adquiridos pela equipa de consultores externos originam uma avaliação à luz dos critérios estabelecidos pela OMS e pela UNICEF e, consoante essa avaliação final, será definido o grau de cumprimento que certificará, ou não, a Instituição enquanto "Amiga dos bebés".

Esta certificação leva a um reconhecimento internacional da OMS e da UNICEF, irá contribuir para ganhos em saúde na população, proporcionará melhor qualidade de vida

e leva a uma contribuição para o esforço mundial de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (OMS, 1989).

Segundo Levy e Bértolo (2008), em Portugal não existem estatísticas que indiquem a prevalência do aleitamento materno, mas supõe-se que a evolução tenha ocorrido de forma semelhante aos países europeus após a década de 70 (resgate da cultura do aleitamento materno). Os mesmos autores referem que os estudos existentes em Portugal apontam que cerca de 90% das mães iniciam o AM, mas que aproximadamente 50% desistem de amamentar durante o primeiro mês de vida do RN.

O leite materno é considerado o alimento preferencial para a alimentação do RN, sendo o mais adequado para o seu desenvolvimento. A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos 4-6 meses de vida do bebé, devendo nessa altura fazer a introdução de novos alimentos, mantendo o aleitamento materno até aos 2 anos de idade (Levy e Bértolo, 2008).

Segundo Nelas, Ferreira e Duarte (2008), *“o aleitamento materno satisfaz as necessidades do bebé, promove a proximidade entre mãe e filho e fortalece o vínculo iniciado na gestação”*.

Segundo Delgado e E Halpern (2005), o nascimento de um RN pré-termo acarreta dificuldades de adaptação à vida extrauterina devido à imaturidade das funções respiratória, circulatória e gastrointestinal. Pelas suas características naturais o LM assume-se assim como o alimento preferencial para o RN pré-termo.

Como descrito por Levy e Bértolo (2008), o AM acarreta vantagens não só para o RN (previne infeções gastrintestinais, respiratórias e urinárias; tem um efeito protetor sobre as alergias; previne a obesidade infantil, diabetes, etc.) como também para a mãe (facilita uma involução uterina mais precoce, diminuição de stress, associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama, etc).

O nascimento de um bebé prematuro acarreta uma série de dificuldades de adaptação, quer para o RN quer para a família. Frequentemente a insegurança e ansiedade sentida pela mãe são fatores que interferem com iniciação e manutenção do AM.

O sucesso da manutenção da lactação depende assim do apoio e acompanhamento por parte da equipa de enfermagem e dos familiares envolvidos. Desde cedo a mãe deve ser incentivada a realizar a extração (manual ou elétrica) do LM e a conservá-lo de forma adequada até que este possa ser oferecido ao RN (Bomfim e Nascimento, 2007).

Para além dos problemas relativos à imaturidade dos diversos sistemas do RN pré-termo devemos também ter em conta que a maturidade para coordenar os reflexos de sucção e

deglutição com a respiração, só está presente por volta da 32^a à 34^a semana de gestação (Bomfim e Nascimento, 2007).

Desta forma, segundo Gomes (2004) o início da alimentação entérica deve ter início o mais precocemente possível desde que a situação clínica do RN o permita. Esta poderá iniciar-se, tendo em conta a situação clínica e idade gestacional do RN, por meio de sonda naso ou oro gástrica e posteriormente evoluir para o uso do copo e à mama da mãe.

Segundo Matuhara e Naganuma (2006), devemos ainda considerar as vantagens nutricionais do leite materno para os RN pré-termo:

- Nas duas primeiras semanas, o leite de mães de RN pré-termo oferece maior concentração de proteínas. Por exemplo, a proteína lactoalbumina é mais facilmente digerida, promovendo um esvaziamento gástrico mais rápido;
- Contém hidratos de carbono constituídos por lactose e oligossacáridos. A capacidade de absorção do RN pré-termo é superior a 90% e os oligossacáridos vão estimular o sistema imunitário, protegendo a mucosa da ação de bactérias;
- Tem lípidos que constituem 50% do teor calórico, cuja composição é adequada ao metabolismo do RN pré-termo. Possui ácidos gordos de cadeia longa associados à cognição, ao crescimento e à própria visão. Os ácidos gordos Ómega 3 são essenciais para que ocorra o desenvolvimento normal da retina e juntamente com a vitamina E, β caroteno e taurina podem explicar a proteção oferecida pelo leite materno contra o desenvolvimento da retinopatia da prematuridade;
- A quantidade de vitamina A é maior no leite de mães de RN pré-termo entre o 6^o e o 37^o dia de vida, diminuindo posteriormente. Sabe-se que a vitamina A é fundamental na proteção do epitélio respiratório e conseqüentemente na prevenção da displasia bronco pulmonar;

Já em 1981, Kramer verificou um efeito protetor significativo do aleitamento materno na obesidade infantil. Esta associação foi também confirmada pela realização de outros estudos que vieram posteriormente confirmar a associação entre o aleitamento materno e a diminuição da prevalência de obesidade infantil (Arenz et al, 2004; Harder, 2005; Janeiro, 2011).

Numa revisão sistemática da literatura, Janeiro (2011) refere que a maioria dos estudos revistos aponta para um benefício do aleitamento materno na prevenção do risco de obesidade, apoiados por um efeito dose-resposta.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o descrito neste relatório, o EESIP tem um papel de excelência na promoção de saúde desde cedo, no ciclo de vida e desenvolvimento da criança, pelo que será pertinente intervir tão precocemente na prevenção da obesidade infantil.

A importância de um acompanhamento e correta intervenção por parte do EESIP à mãe/RN é essencial para a promoção e manutenção do aleitamento materno, pelo que considerarei pertinente alertar os enfermeiros da UCIN para esta problemática.

Em suma, com a realização desta atividade considero ter desenvolvido competências comuns ao enfermeiro especialista, nomeadamente *“promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”*, *“baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”* e *“desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010: p. 3 e 4). Relativamente às competências específicas do EESIP, após o período de estágio e objetivos alcançados, considero ter desenvolvido a competência *“presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010: p. 2).

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARENZ, S. et al – *Breast-feeding and childhood obesity – a systematic review*. International Journal of Obesity. ISSN 0307-0565, Vol. 28, n.º 10 (2004), p. 1247-1256

BOMFIM, Daniela; NASCIMENTO, Maria de Jesus – *Cuidados de Enfermagem, amamentação e prematuridade*. Revista de Enfermagem UNISA. Brasil. Vol. 8 (2007), p. 17 a 22

DELGADO, Susana; HALPERN, Ricardo - *Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego*. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. São Paulo. ISSN 0104-5687. Vol. 17, n.º 2 (2005), p.141-152

GOMES,A. – *Nutrição Entérica do Recém-nascido Pré-termo*. Consensos em Neonatologia. Coimbra: Sociedade portuguesa de Pediatria, 2004, p.109-112

HARDER, Thomas et al – *Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis*. American Journal of Epidemiology. ISSN 1476-6256. Vol. 162, n.º 5 (2005), p 397-403

JANEIRO, José Manuel – *O aleitamento materno e o risco da obesidade infantil: Uma revisão da literatura*. Salus Scientia. Lisboa. ISSN 1647-0788. Vol. 3, Julho (2011), p. 26-35

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena – *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008. ISBN 96436

LOURENÇO, Rui – *Aleitamento Materno, uma prioridade para o século XXI*’. Revista Portuguesa de Clínica Geral. ISSN 0870-7103, Vol. 25, n.º 3 (2009), p. 344-346

KRAMER, Michael – *Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequeute obesity?*. Journal of Pediatrics. ISSN 0022-3476, Vol. 98, n.º 6, (1981), p. 883-887

MATUHARA, A.; NAGANUMA, M. – *Manual Instrucional para aleitamento materno de recém nascidos pré termo*. Pediatria. São Paulo. Vol. 28, n.º 2 (2006), pág. 81-90

NELAS, Paula; FERREIRA, Manuela; DUARTE, João –Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida. Revista Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série, n.º 6 (2008), p. 39-56

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 10p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências específicas de Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 5p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra, 1989

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE e UNICEF – *Aconselhamento em Amamentação: Um curso de treino, manual do participante*. São Paulo, 1993

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. ISBN 978-972-689-231-1, 2012.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. 2005. ISBN 972-675-128-4

RITO, Ana Isabel, et al. – *Childhood Obesity Surveillance Initiative: Cosi Portugal 2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2010. ISBN: 978-972-8643-60-7

UNICEF – *Declaração de Innocenti*. Disponível em: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>

UNICEF – Comunicado de Imprensa. Lisboa, 2005. Disponível em: http://www.unicef.pt/18/05_10_13_pr_conferencia_int_aleitamento_materno.pdf

ANEXOS

ANEXO I

Plano da Sessão para afixar

Sessão de Formação

Tema: Promoção do Aleitamento Materno:
“Iniciativa Hospital Amigo dos Bébés”

Objetivos: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do aleitamento materno e do projeto IHAB

Destinado a: Equipa de Enfermagem

Local: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais—HSM

Data: 11 de Outubro, 2012 (5ªfeira) às 14h

Duração: 45 min



Realizado por:

AESIP Andreia Gonçalves

Orientado por:

EESIP Vera Silva

Tutora:

Professora Zaida Charepe

ANEXO II

Planeamento da Sessão

Tema: Promoção do Aleitamento Materno: Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés

Data: 4 de Outubro, 2012 **Duração:** 45 min

Local: Unidade Cuidados Intensivos Neonatais - HSM

Destinatários: Equipa de Enfermagem da UCIN

Objetivo Geral: Sensibilizar a equipa para a importância do AM e do projeto IHAB



Etapas	Conteúdo	Metodologia	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação da formadora• Objetivos da sessão	Expositiva Power Point	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Perspetiva Histórica do AM• Declaração de Innocenti• IHAB• Posição da OMS• AM no prematuro• AM e Obesidade Infantil		25 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Síntese sobre a temática• Resposta a questões colocadas		10 min
Avaliação	Aplicação de questionários	Questionário em formato papel	5 min

ANEXO III

Pedido de Autorização

(divulgação dos dados)

Exma. Sr.^a Enfermeira Chefe Ana Sequeira

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Hospital de Santa Maria

Eu, Andreia Cristina Filipe Gonçalves, estudante no âmbito do Mestrado de Enfermagem: Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, venho por este meio solicitar a autorização para a colheita e posterior utilização de dados estatísticos e das avaliações de enfermagem realizadas durante a visita domiciliária, no âmbito do projeto/relatório de estágio.

Com os melhores cumprimentos

Andreia Cristina Filipe Gonçalves

Autorizo a colheita e posterior utilização dos dados estatísticos e das avaliações de enfermagem realizadas durante a visita domiciliária


ANA M. SEQUEIRA
Enf.^a Chefe

Lisboa, 11 de Outubro de 2012

ANEXO IV

Visita Domiciliária ao RN - HSM



Fonte: <http://www.portalemforma.com.br>

Visita Domiciliária

Serviço de Neonatologia - HSM

Discente:

Andreia Gonçalves

Orientadora de Estágio:

EESIP Vera Silva

Docente:

Professora Doutora Zaida Charepe

Novembro, 2012

VISITA DOMICILIÁRIA

O nascimento de um filho prematuro acarreta sempre alterações no seio familiar. Perante o nascimento de um filho prematuro, os pais confrontam-se com a necessidade de reajustar a sua imagem de bebé ideal para o seu filho e toda uma realidade inesperada.

Um internamento é sempre causa de *stress*, e o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos neonatais poderá ser assustador.

Durante o internamento, é fundamental promover o envolvimento dos pais nos cuidados ao bebé para que adquiram competências de forma a facilitar a sua transição para a parentalidade. Este aspeto é fundamental na preparação para a Alta do bebé.

A Alta é um acontecimento muito desejado, principalmente para aqueles cujo internamento foi muito prolongado, mas no entanto, pode ser também um momento de elevado *stress*.

Segundo Mancini e While, citados por Marques (2004) “(...) *um planeamento efetivo da alta diminui a ansiedade, aumenta as competências maternas e as estratégias de coping para enfrentar esta transição.*” Desta forma, a preparação para a alta deve ter início precocemente e decorrer de forma gradual para colmatar todas as dúvidas e capacitar os pais para o cuidar de um RN pré-termo.

Com o intuito de dar continuidade à promoção de competências parentais e à identificação de dificuldades e/ou situações de risco que necessitem de ser encaminhadas para outros recursos da comunidade, a visita domiciliária assume um papel valioso.

A Unidade de Neonatologia do Hospital de Santa Maria presta anualmente, assistência a cerca de 400 Recém-Nascidos e Famílias (HSM, 2009).

Assim, os objetivos definidos para a Visita Domiciliária consistem em promover a autoconfiança dos pais face aos cuidados ao bebé; detetar situações que possam colocar a criança em risco e estabelecer contacto com o Centro de Saúde da área de residência, para delinear programas de acompanhamento a estabelecer de acordo com as necessidades detetadas.

Tendo em conta os critérios de inclusão, de seguida descritos, é necessário uma avaliação do bebé e da família, a autorização da mesma para a realização da visita domiciliária e um plano para esta intervenção.

Critérios de inclusão para a visita domiciliária:

- Bebés grandes prematuros;
- Bebés filhos de pais toxicodependentes;
- Bebés filhos de pais seropositivos;
- Bebés filhos de pais adolescentes;
- Bebés com risco familiar e social;
- Bebés com necessidade de aporte alimentar por sonda nasogástrica;
- Outras situações (...)

A visita domiciliária contempla assim as intervenções de enfermagem a desenvolver para atingir os objetivos propostos e promover competências parentais, de forma a promover um crescimento/desenvolvimento do recém-nascido num ambiente familiar saudável. Prevê-se então a avaliação física e comportamental do recém-nascido; a avaliação comportamental da família (vinculação pais-filho); identificação das necessidades da família; orientações aos pais para a promoção das competências parentais de acordo com as suas dúvidas; e o encaminhamento para recursos da comunidade.

A visita domiciliária é então realizada por um enfermeiro e se necessário por uma assistente social e médico. Os registos da visita são elaborados seguindo um guia de visita. Entre outros, a alimentação, higiene corporal, hábitos de sono, hábitos intestinais, terapêutica, prevenção do síndrome de morte súbita, medidas preventivas de infeções respiratórias, sinais e sintomas de alerta, acidentes e segurança, vacinação e vigilância de saúde são alguns dos aspetos a validar durante a visita domiciliária.

SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

VISITA DOMICILIÁRIA

NSC _____
Médico _____
Enf.º Referência _____
Centro Saúde _____
Data Visita Dom. ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome _____ Data Nascimento ___/___/___
Morada _____ Telef. _____
Pai _____ Idade _____ Profissão _____
Mãe _____ Idade _____ Profissão _____
Irmãos: Não Sim Quantos? _____ Idades _____
Outros elementos do agregado familiar? N S Qual/ Quais? _____
Observações: _____
Local de Nascimento _____ Prematuro Termo Gemelar IG _____ sem.
Parto: Eutócico Distócico Peso ao Nascer _____ Apgar: 1' ___ 5' ___ 10' ___

MOTIVO DA VISITA DOMICILIÁRIA

SAÍDA DA UNIDADE DE NEONATOLOGIA

Peso _____
Terapêutica _____
Alimentação _____
Vacinas / Profilaxia VSR _____
Problemas na alta _____

Consultas, encaminhamentos _____

RELAÇÃO COM A CRIANÇA

CUIDADOR: Quem _____

RELAÇÃO: Afectuosa Distante Recusa

COMO INTERAGE COM A CRIANÇA: Alegre Ansioso Desanimado Triste Agressivo

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS: Seguro Pouco Seguro Inseguro

PREOCUPAÇÕES/DIFICULDADES MANIFESTADAS: _____

CONSULTAS

C. Saúde/ Médico de Família C. Saúde/C. Enfermagem Médico Pediatra Onde e quando?

OBSERVAÇÕES/INTERVENÇÕES: _____

VISITA DOMICILIÁRIA EFECTUADA POR : ENFERMEIRA ASSISTENTE SOCIAL MÉDICO

PROGRAMAÇÃO PRÓXIMA VISITA SIM NÃO MOTIVO _____

_____ QUANDO ___/___/___

ASSINATURA ENFERMEIRA : _____

Data da Visita	Género	Data de Nascimento	Idade Gestacional	Gravidez Gemelar	Peso à Nascimento	Peso na Alta	Peso na Visita	Alimentação na Alta		Alimentação na Visita			OBS
								LM	LA	LM	LM / LA	LA	
12/04/2012	Feminino	21/02/2012	29 sem	Não	980 gr	2205 gr	2400 gr	x	x			X	Perda de peso
12/04/2012	Masculino	10/03/2012	32 sem	Não	1815 gr	2605	2805	X		x			
19/04/2012	Feminino	15/01/2012	26 sem + 1 d	Não	880	2630	2695	X		X			
19/04/2012	Feminino	05/03/2012	32 sem	Não	1410	2580	2610	X		X			
26/04/2012	Masculino	07/04/2012	34 sem	Não	2050	2125	2290		x		x		
10/05/2012	Feminino	29/03/2012	31 sem	Sim	1530	1940	1950		X			X	Por RGE
10/05/2012	Feminino	29/03/2012	31 sem	Sim	1430	2108	2210		X			X	gémea
17/05/2012	Feminino	30/03/2012	32 sem	Não	1670	2565	2805	X	X			X	Patologia materna
17/05/2012	Feminino	27/04/2012	34 sem	Sim	2030	2055			X			X	Gémeo
17/05/2012	Feminino	27/04/2012	34 sem	Sim	2300	2250	2615		X			x	Gémea
21/06/2012	Feminino	30/04/2012	34 sem	Não	2050	2155	2270	X	X				???
21/06/2012	Feminino	29/05/2012	33 sem	Não	2120	2305	2500	X	X	x			
21/06/2012	Masculino	12/04/2012	32 sem	Não	1530	3295	3325		X			x	Encefalopatia
21/06/2012	Feminino	15/05/2012	40 sem	Não	3100	4265	4300		X		x		
21/06/2012	Feminino	29/05/2012	33 sem	Não	2120	2305		X	X				???
06/07/2012	Feminino	04/04/2012	26 sem	Não	550	2050	2100		X		x		
19/07/2012	Feminino	12/06/2012	31 sem	Não	1360	2032	2075	X	X		x		
26/07/2012	Feminino	09/06/2012	30 sem	Não	1430	2292	2370	X		x			
26/07/2012	Feminino	20/06/2012	34 sem	Não	1610	2100	2175	X	X			x	Rota + parou LM (estim apos)
26/07/2012	Masculino	31/05/2012	32 sem	Não	990	2234	2315	X	X		x		
02/08/2012	Masculino	09/07/2012	33 sem + 5 d	Não	1840	2334	2360	X	X		x		
02/08/2012	Feminino	26/06/2012	34 sem + 6 d	Não	1150	1948	2115	X	X			x	s/ LM

Dados Obtidos da Visita Domiciliária relativos à Alimentação

Período de Análise: Abril de 2012 a Agosto de 2012

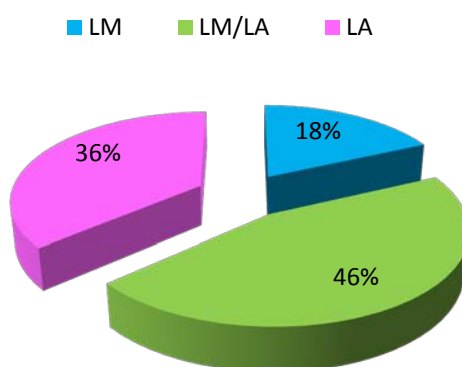
Nº Total de Recém Nascidos: 22



No momento da Alta:

	LM	LM + LA	LA
N.º RN	4	10	8
(%)	18 %	46 %	36 %

Desta análise pudemos averiguar que no momento da alta, 64% dos RN faziam LM.

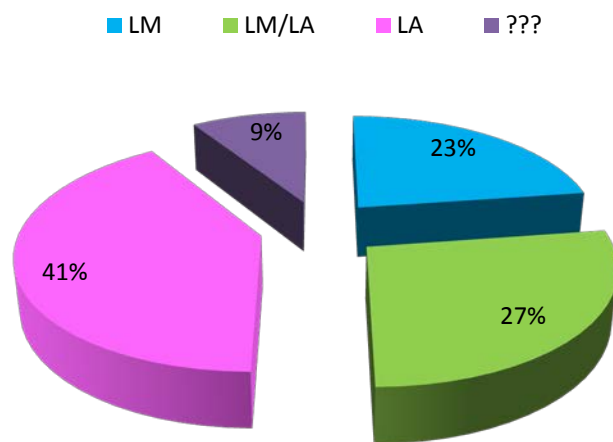


No momento da Visita Domiciliária:

	LM	LM + LA	LA
N.º RN	5	6	9
(%)	23 %	27 %	41 %

Após análise dos guias da visita domiciliária, foram detetadas 2 entrevistas em que não se encontrava mencionado o tipo de alimentação que o RN se encontrava a fazer no momento da Visita.

Na análise final verifica-se que 50% dos RN mantém o Leite Materno.



ANEXO V

Processo Assistencial Integrado do RN de Risco - HSM



Fonte: <http://www.correiodeuberlandia.com.br>

**Processo Assistencial Integrado ao
Recém-nascido de Risco – UCIN HSM**

Discente:

Andreia Gonçalves

Orientadora de Estágio:

EESIP Vera Silva

Docente:

Professora Doutora Zaida Charepe

O Processo Assistencial Integrado ao RN de risco constitui uma ferramenta que permite analisar as diferentes etapas de intervenção na prestação de cuidados de saúde, integrar os conhecimentos atualizados, de forma a diminuir a variabilidade de atuação, garantir a continuidade assistencial e assegurar a coordenação entre os diferentes níveis assistenciais.

É considerado RN de risco “(...) *aquele que em consequência dos seus antecedentes durante a gravidez, parto e/ou período perinatal, apresenta dificuldades na adaptação à vida extra-uterina ou doença aguda que requer cuidados especiais, podendo ter assim maior probabilidade de apresentar sequelas transitórias ou definitivas a nível do seu crescimento e neuro desenvolvimento*” (HSM, 2012).

Deste modo e de forma a diminuir a variabilidade nos cuidados prestados e detetar precocemente sinais de alerta que permitam a intervenção de modo a minimizar as sequelas ou obter a recuperação, foi elaborado o documento Processo Assistencial Integrado ao Recém-nascido de Risco. Este documento reúne as várias intervenções e cuidados prestados pelo Serviço de Neonatologia ao RN de risco/família, dum ponto de vista multidisciplinar.

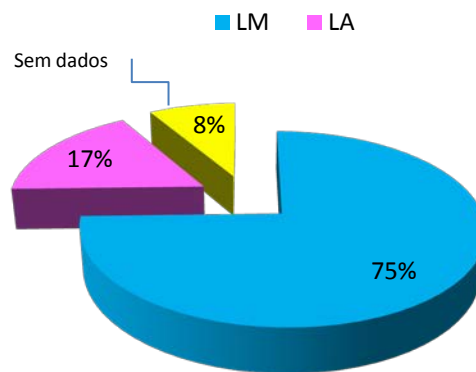
Os indicadores de processo inerentes a este projeto são:

- Todos os RN deverão ter avaliação da temperatura na admissão na UCIN
- Deverá ser entregue aos pais o guia de acolhimento e assinada a folha de conhecimento das normas do serviço
- Os RNR deverão ter alta com AM
- Os RNR deverão ter uma avaliação da dor 3 vezes/dia
- Avaliação da taxa de infeção nosocomial
- Os RNR com indicação de acordo com o protocolo deverão realizar profilaxia da infeção por VSR à data da alta
- Os RNR com indicação de acordo com o protocolo deverão realizar rastreio da retinopatia da prematuridade
- Os RNR deverão realizar rastreio da surdez neonatal antes da alta
- Taxa de displasia bronco pulmonar em RN IG <32 s e PN < 1500g
- Os RN IG <32s deverão ter a folha de registo de somatometria preenchida
- Os RN prematuros deverão realizar avaliação imagiológica cerebral de acordo com o protocolo do Serviço de Neonatologia

- Referenciação adequada do RN com encefalopatia hipóxico-isquêmica à Consulta multidisciplinar aos 18 meses de idade
- Deverá ser efetuado o RENAC no RN com síndrome malformativo

Tendo em conta o indicador “*Todos os RN de risco devem ter alta com AM*”, analisei os dados relativos ao período de Julho a Novembro de 2012

Foram analisados 59 RN, sendo que de 5 não existia ainda avaliação do indicador. Assim, de um total de 54 RN, 44 faziam LM durante o internamento (1 dos RN faleceu antes da alta) e 10 só faziam LA.



Por questões de sigilo profissional a identificação dos Recém-nascidos foi apagada da tabela disponibilizada pela UCIN do HSM para a análise dos dados.

Nº	Nº PROCESSO	SIM	NÃO	NÃO APLICÁVEL
1		1		
2			1	
3		1		
4		1		
5		1		
6			1	
7			1	
8		1		
9		1		
10		1		
11		1		
12		1		
13		1		
14			1	
15		1		
16		1		
17		1		
18		1		
19				
20		1		
21		1		
22				
23				
24		1		
25		1		
26		1		
27		1		
28		1		
29				
30				
31		1		
32		1		
33		1		
34			1	
35			1	
36		1		
37		1		
38		1		
39			1	
40		1		
41		1		

42		1		
43		1		
44		1		
45		1		
46		1		
47		1		
48		1		
49			1	
50			1	
51		1		(Óbito)
52		1		
53			1	
54		1		
55		1		
56		1		
57		1		
58		1		
59		1		

ANEXO VI

Diapositivos da Sessão

Promoção do Aleitamento Materno

“Iniciativa Hospital Amigo dos Bébés”

Elaborado por:

Andreia Gonçalves

Orientadora:

EESIP Vera Silva

Tutora:

Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, 4 Outubro, 2012

Promoção do Aleitamento Materno “Iniciativa Hospital Amigo dos Bébés”

• Plano de Sessão

Etapas	Conteúdo	Metodologia	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora e objetivos da sessão	Expositiva Power Point	5 min
Desenvolvimento	Perspetiva Histórica do AM Declaração de Innocenti IHAB Posição da OMS AM no prematuro AM e Obesidade Infantil	Expositiva Power Point	25 min
Conclusão	Síntese sobre a temática Resposta a questões colocadas	Entrega de folheto informativo	10 min
Avaliação	Aplicação de questionário	Questionário em formato de papel	5 min

- **Perspetiva Histórica do Aleitamento Materno**

Cristianismo as crianças eram protegidas e era promovido o AM

Séc. XVIII as crianças eram consideradas um estorvo e o AM era impensável e repugnante

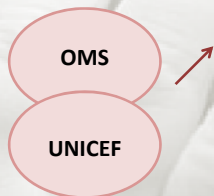
Séc. XIX retoma-se a prática de AM como um dever e um benefício para a criança

Séc. XX o AM diminui com o início da atividade profissional da mulher e surgimento dos leites comerciais

- **Perspetiva Histórica do Aleitamento Materno (contin.)**

A partir dos Anos 70

Resgate da cultura do AM



"Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis" (Genebra, 1989)

"Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno"

"Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global"

↓
"Declaração de Innocenti"

↓
"10 medidas para um Aleitamento Materno com sucesso"

• Declaração de Innocenti

- Objetivos:**
- combater o declínio do AM
 - proteger, promover e apoiar o AM
 - orientar o desenvolvimento de políticas nacionais de apoio ao AM

10 Medidas para um Aleitamento Materno com Sucesso

Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés



• Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés



1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde, para que implemente esta política
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente

- **Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés**



6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade

- **Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés**
 - **Processo de Avaliação**

A Instituição deverá submeter-se a um processo de avaliação composto por 4 pontos:

1. Critérios Globais: cumprimento das 10 medidas para o sucesso do AM
2. Questionários de Autoavaliação: identificação das mudanças necessárias a efetuar para ser uma instituição promotora do AM
3. Questionários de Avaliação: instrumentos utilizados por uma equipa de consultores externos devidamente preparados
4. Guia para qualificar a avaliação do hospital: os dados adquiridos pela equipa de consultores externos originam uma avaliação à luz dos critérios estabelecidos pela OMS e pela UNICEF e, consoante essa avaliação final, será definido o grau de cumprimento que certificará, ou não, a Instituição enquanto "Amiga dos bebês".

- **Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés**
 - **Processo de Avaliação**



- **Importância de ser Hospital Amigo dos Bebés**

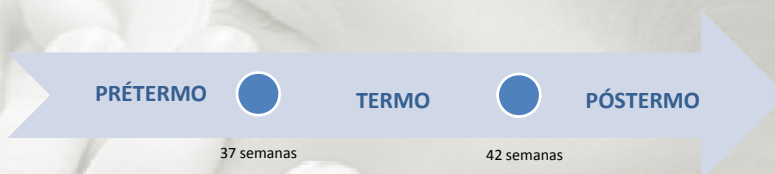
- Reconhecimento internacional da OMS e UNICEF
- Ganhos em saúde na população que abrange
- Promoção de melhor qualidade de vida
- Participação no esforço mundial de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno

- **Recomendações da Organização Mundial de Saúde**

O bebé deve ser amamentado exclusivamente, se possível, até ao 4º - 6º mês de vida, devendo nessa altura fazer a introdução de novos alimentos, mantendo o aleitamento materno até aos dois anos de idade.

<u>AM</u>	abrange outras formas de alimentar sem ser ao peito (por copo, colher, biberão ou sonda)
<u>AM exclusivo</u>	ingere apenas LM sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de medicação
<u>AM complementado</u>	recebe LM e outros alimentos líquidos, semi sólidos ou sólidos, incluindo leites adaptados

- **Benefícios do Aleitamento Materno no prematuro**



- O LM é o alimento de escolha para o RN de qualquer peso ou idade gestacional
- O LM de mães de Prematuros (LMPT) adapta-se às necessidades do RN Prematuro

- **Benefícios do Aleitamento Materno no prematuro**
- Nas 2 primeiras semanas o LMPT oferece > concentração de proteínas em comparação com o leite de mães de RN de termo
- O LMPT contém hidratos de carbono constituídos por lactose e oligossacarídeos
- O LMPT tem lípidos que constituem 50% do teor calórico, cuja composição é adequada ao metabolismo do prematuro
- O LMPT contém ácidos gordos de cadeia longa associados à cognição, ao crescimento e à visão
- O LMPT contém uma maior concentração de Vit. A e Vit. E

- **Benefícios do Aleitamento Materno no prematuro**
 - Alimentação Parentérica
 - Alimentação Entérica
 - sonda oro gástrica
 - tetina
 - à mama
- ➔ Sempre que possível Leite Materno



Fonte: <http://guiadobebe.uol.com.br/>



Fonte: <https://blogdapharman.wordpress.com>



Fonte: <http://mmmais3.blogspot.pt>

- **Aleitamento Materno e obesidade infantil**

- **1981:** "Do Breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity? (M. Kramer)
- **Possíveis explicações para a associação entre o LM e o risco de obesidade infantil:**
 - **Variáveis/fatores de confusão** (peso materno, condições socioeconómicas, idade materna...)
 - **Fatores Comportamentais** (comportamentos maternos que influenciam as crianças alimentadas com LM)
 - **Fatores Biológicos** (composição e/ou constituintes do LM que influenciam o desenvolvimento da criança)

(Janeiro, 2011)

A Amamentação é nutrição, proteção e amor para o Recém Nascido!!

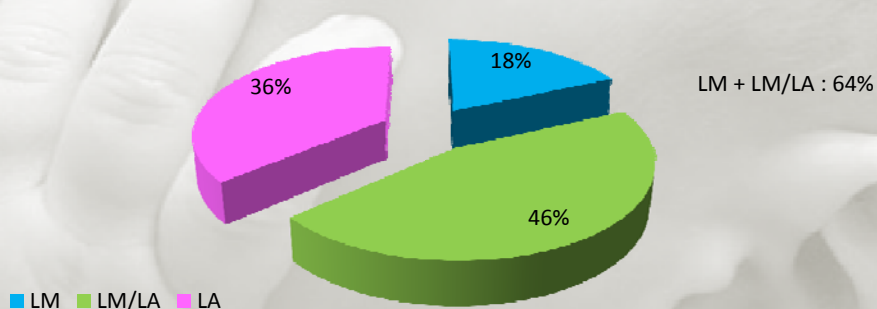


Fonte: <http://nutriecct.blogspot.pt/>

• **Dados Estatísticos da UCIN (Visita Domiciliária)**

(Abril a Agosto de 2012)

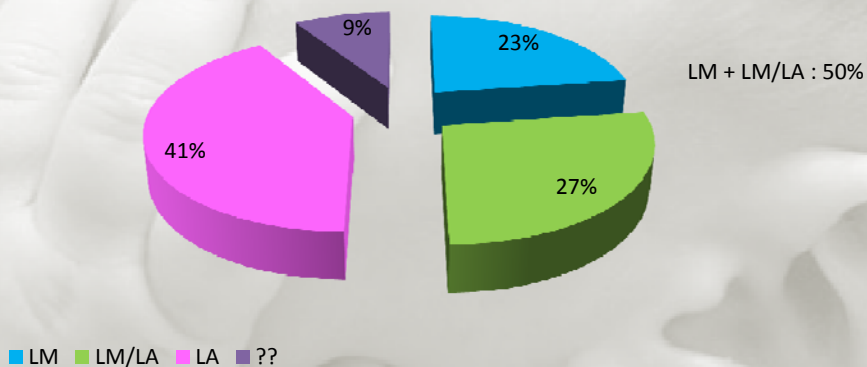
No momento da Alta



• **Dados Estatísticos da UCIN (Visita Domiciliária)**

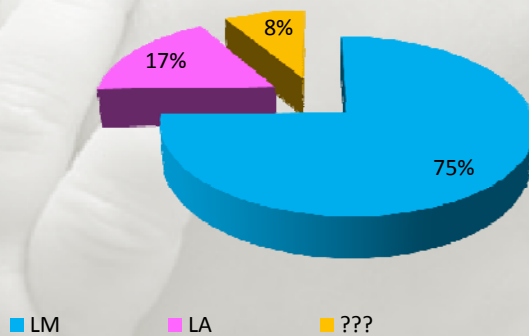
(Abril a Agosto de 2012)

Na Visita Domiciliária



- **Dados Estatísticos da UCIN**
(desde Julho de 2012)

59 Recém Nascidos



Fonte: <http://www.projetopequenosguerreiros.com/>

DÚVIDAS?

- Referências Bibliográficas

- ARENZ, S. et al – *Breast-feeding and childhood obesity – a systematic review*. International Journal of Obesity. ISSN 0307-0565, Vol. 28, n.º 10 (2004), p. 1247-1256
- BOMFIM, Daniela; NASCIMENTO, Maria de Jesus – *Cuidados de Enfermagem, amamentação e prematuridade*. Revista de Enfermagem UNISA. Brasil. Vol. 8 (2007), p. 17 a 22
- HARDER, Thomas et al – *Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis*. American Journal of Epidemiology. ISSN 1476-6256, Vol. 162, n.º5 (2005), p 397-403
- JANEIRO, José Manuel – *O aleitamento materno e o risco da obesidade infantil: Uma revisão da literatura*. Salus Scientia. Lisboa. ISSN 1647-0788. Vol. 3, Julho (2011), p. 26-35
- LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena – *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa. Comité Português para a UNICEF, 2008. ISBN 96436
- KRAMER, Michael – *Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity?* The Journal of Pediatrics. ISSN 0022-3476, Vol. 98, n.º 6, Junho (1981), p. 883
- MATUHARA, A.; NAGANUMA, M. – *Manual Instrucional para aleitamento materno de recém nascidos pré termo*. Pediatria. São Paulo. Vol. 28, n.º 2 (2006), pág. 81-90
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra, 1989
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE e UNICEF – *Aconselhamento em Amamentação: Um curso de treino, manual do participante*. São Paulo, 1997
- UNICEF – *Declaração de Innocenti*. Disponível em: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
- UNICEF – Comunicado de Imprensa. Lisboa, 2005. Disponível em: http://www.unicef.pt/18/05_10_13_pr_conferencia_int_aleitamento_materno.pdf

ANEXO VII

Questionário de Avaliação

Questionário aos Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, onde foi dinamizada a Sessão de Formação “*Promoção do Aleitamento Materno: Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés*”



Este questionário apresenta-se apenas como uma forma de obter contributos para uma melhoria de práticas em futuras Sessões de Formação. Solicitamos assim a sua colaboração através do preenchimento do seguinte questionário, tendo em conta o seu grau de satisfação.

1. Grau de Satisfação em relação à Sessão de Formação realizada:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Correspondeu às expetativas?				
Deu resposta às necessidades nesta área?				
O tempo disponível foi o mais apropriado?				
Permitiu desenvolver/ melhorar métodos e técnicas de trabalho?				
A atividade desenvolvida tem aplicabilidade na sua prática profissional?				

2. Organização do Espaço:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Instalações Adequadas relativamente ao conforto				
Instalações Adequadas relativamente às dimensões				
Instalações Adequadas relativamente aos equipamentos e materiais				

3. Organização da Ação:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Metodologia utilizada na ação.				
Planificação e dinâmica.				
Desempenho da equipa de saúde.				
Organização e gestão da atividade.				

4. Avaliação

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Avaliação geral.				

ANEXO VIII

Avaliação da Sessão

Avaliação da Sessão de Formação realizada aos Enfermeiros da UCIN do HSM



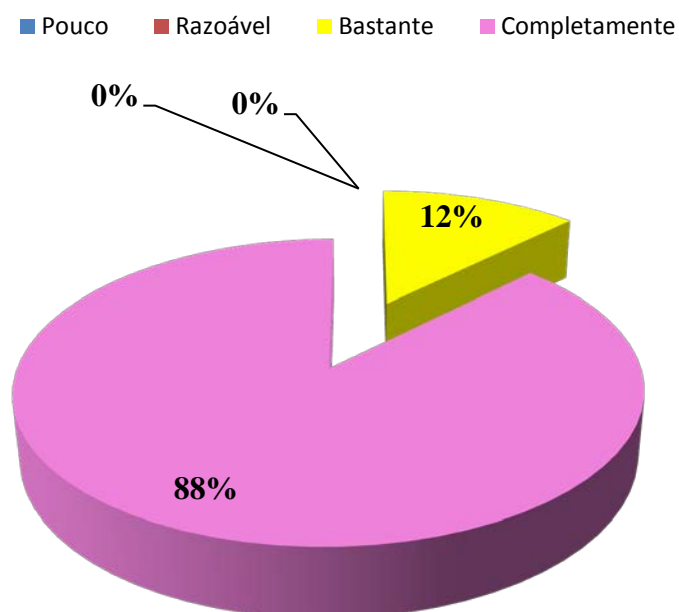
A avaliação foi realizada através da aplicação de um questionário aos enfermeiros da UCIN no final da sessão O grau de satisfação subdivide-se em 4 grupos:

- 1- Satisfaz **Pouco**
- 2- Satisfaz de forma **Razoável**
- 3- Satisfaz **Bastante**
- 4- Satisfaz **Completamente**

Estiveram presentes 8 enfermeiras, e os resultados obtidos foram os seguintes:

Grau de Satisfação	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Avaliação Geral	0	0	1 Enf	7 Enf

Grau de Satisfação da Sessão - Enfermeiros UCIN



ANEXO VI

Relatório de Sessão:

“Manipulação, Conservação e Armazenamento do LM”



Fonte: <http://bibliografiadadoula.wordpress.com>

Relatório de Sessão

“Manipulação, Conservação e Armazenamento do Leite Materno”

Discente:

Andreia Gonçalves

Orientadora de Estágio:

EESIP Vera Ramos

Docente:

Professora Doutora Zaida Charepe

Novembro, 2012

SUMÁRIO

	Pág.
1. Introdução	5
2. Enquadramento Teórico	7
3. Considerações Finais	11
4. Referências Bibliográficas	13
Anexos	15
Anexo I – Convites para a Sessão de Formação	17
Anexo II – Plano para afixar	21
Anexo III – Plano da Sessão de Formação	25
Anexo IV - Diapositivos da Sessão	29
Anexo V – Questionário de avaliação	39
Anexo VI – Avaliação da Sessão	43

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa, o primeiro estágio correspondente ao módulo III da unidade curricular estágio, decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Santa Maria.

Assim, com o intuito de desenvolver competências de Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, foi desenvolvida uma Sessão de Formação às Assistentes Operacionais do Serviço de Neonatologia para sensibilizar a equipa de Assistentes Operacionais para o papel das mesmas na promoção do aleitamento materno

O presente relatório pretende expor um breve enquadramento da temática, a sessão de formação realizada e os resultados obtidos da mesma. Por último, serão apresentadas algumas considerações finais à atividade desenvolvida, realçando a contribuição da mesma para o desenvolvimento profissional.

2. ENQUADRAMENTO

O ato de amamentar é algo que remonta a séculos passados. Desde o início da história da existência do Homem que ocorre amamentação. Na época do Cristianismo as crianças eram protegidas e o leite materno era tido como alimento protetor, digno e puro. Mais tarde, no Séc. VIII a criança passa a ser considerada como um estorvo na sociedade e o ato de amamentar era considerado como repugnante. Era impensável ver uma dama da sociedade a amamentar, pelo que as crianças eram dadas a amas para amamentarem (Lourenço, 2009).

Já no Séc. XIX os médicos incentivavam as mães a amamentar, apelando às suas responsabilidades enquanto mães, e a prática de aleitamento materno é retomada. No entanto, esta situação não se prolongou, pois no séc. XX, com a globalização industrial e com o início da atividade profissional das mulheres, surgem os leites comerciais. Nesta época a redução do aleitamento materno a nível mundial foi considerada a modificação do comportamento alimentar mais grave da história, em que os leites adaptados eram promovidos de forma exagerada e como alimentos perfeitos, melhores que o leite materno (Lourenço, 2009).

Só a partir dos anos 70 teve início o resgate da cultura do aleitamento materno com o surgimento de estudos que evidenciavam o leite materno como fonte principal de alimento e superior aos leites substitutos. Assim, com o objetivo de promover o aleitamento materno como prioridade mundial de saúde, a OMS e a UNICEF, juntamente com outras instituições, uniram esforços e após diversas assembleias gerais das nações unidas, surgiram documentos e diretrizes para resgatar o aleitamento materno. Nomeadamente: o *Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno* (consiste num código de conduta com diretrizes específicas para a comercialização e propaganda dos leites adaptados); *“Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis”*; e a *“Declaração de Innocenti”* (Ibidem).

Esta última, surge em 1990, reconhecendo o aleitamento materno como um processo único capaz de reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil pois proporciona uma nutrição de alta qualidade para a criança (UNICEF, 2012). Em 1991, a OMS e a UNICEF, em ação conjunta, deram início a um programa mundial para a promoção do aleitamento materno, intitulado por *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. Este

programa tem como objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da implementação de 10 medidas importantes para o sucesso do mesmo.

O leite materno é considerado o alimento preferencial para a alimentação do RN, sendo o mais adequado para o seu desenvolvimento (Matuhara e Naganuma, 2006; Levy e Bértolo, 2008; Moleiro, Gomes e Nona, 2004).

No entanto o nascimento de um bebé prematuro acarreta uma série de dificuldades de adaptação, quer para o RN quer para a família. Para além dos problemas relativos à imaturidade dos diversos sistemas do RN pré-termo devemos também ter em conta que a maturidade para coordenar os reflexos de sucção e deglutição com a respiração, só está presente por volta da 32^a à 34^a semana de gestação (Bomfim e Nascimento, 2007).

Desta forma, segundo Gomes (2004) o início da alimentação entérica deve ter início o mais precocemente possível desde que a situação clínica do RN o permita. Esta poderá iniciar-se, tendo em conta a situação clínica e idade gestacional do RN, por meio de sonda naso ou oro gástrica e posteriormente evoluir para o uso do copo e à mama da mãe.

Desde cedo a mãe deve ser incentivada a realizar a extração (manual ou eléctrica) do LM e a conservá-lo de forma adequada até que este possa ser oferecido ao RN (Bomfim e Nascimento, 2007).

Durante o internamento do RN pré-termo, a equipa multidisciplinar deve incentivar a mãe a manter a lactação procedendo à extração do leite de forma manual ou por bomba. A mãe tem assim a possibilidade de o realizar na UCIN ou em casa.

Quando o realiza na UCIN, deverá solicitar às assistentes operacionais um kit (em caso de extração por bomba eléctrica) e um biberon esterilizado. Após a extração do leite deverá identificar o biberon com a data, a hora, e o nome da criança, entregando posteriormente o (s) biberon (s) à assistente operacional.

A manipulação do leite materno implica cuidados de higiene rigorosos por parte de todos que o manipulam, de forma a evitar infeções e contaminação do leite (Moleiro, Gomes e Nona, 2004). Desta forma as assistentes operacionais possuem uma sala própria que deve encontrar-se limpa e arrumada e devem utilizar máscara, luvas e bata na manipulação do leite materno.

Durante a preparação dos biberons as AO devem então verificar a identificação dos biberons, confirmar a prescrição clínica, separar os leites de acordo com a prescrição em diferentes biberons, identifica-los com o apelido da criança, e armazena-los no

frigorífico em tabuleiros diferentes consoante o horário de administração (Centro Hospitalar Lisboa Norte. HSM, 2012).

Quando o RN se encontra a fazer LM pela sonda em seringa infusora, as AO devem preparar os leites em seringas com prolongamento, respeitando igualmente a identificação das mesmas e o armazenamento no frigorífico em tabuleiros diferentes. Esta atividade realizada é sempre supervisionada pela enfermeira.

Quando a mãe opta por fazer extração do leite em casa as medidas de armazenamento e transporte do leite materno devem ser reforçadas pelas assistentes operacionais, relembrando a necessidade do uso de saco térmico com placas refrigeradoras.

Sendo o leite materno um alimento vivo, os seus constituintes alteram-se de diferentes maneiras sob diferentes condições (Moleiro, Gomes e Nona, 2004; Levy e Bértolo, 2008):

- Temperatura ambiente: 6 a 8 horas
- Frigorífico (4°C): 24 horas (hospitalar) / 48horas (em casa)
- Descongelado dentro do frigorífico: 12 a 24 horas

Sempre que necessário o LM pode e deve ser congelado. Em situação de internamento do RN na UCIN a mãe deverá proceder ao congelamento do leite em casa em recipientes próprios. Relativamente à duração do leite congelado:

- Congelador dentro do frigorífico: 2 semanas
- Congelador em frigorífico combinado: 3 a 6meses
- Arca frigorífica: 6 a 12 meses

Devemos ainda ter em conta que o LM congelado deve ser descongelado dentro do frigorífico ou sob água quente corrente, tendo posteriormente a duração de 24horas (Moleiro, Gomes e Nona, 2004).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Manter a lactação e o aleitamento materno é essencial para o desenvolvimento do RN, pelo que esforços neste sentido devem ser realizados por toda a equipa multidisciplinar. Na UCIN pude constatar que as assistentes operacionais, sob a orientação da equipa de enfermagem, possuem um papel fundamental na manipulação, conservação e armazenamento do leite materno. Desta forma considerei de extrema importância poder contribuir para o desenvolvimento profissional das mesmas de forma a poder transmitir novos conhecimentos e cimentar aqueles já adquiridos.

Assim, no final desta atividade considero ter desenvolvido competências comuns do enfermeiro especialista: *“desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010: p. 3). Relativamente às competências específicas do EESIP, após o período de estágio e as atividades por mim realizadas, penso ter desenvolvido a competência *“presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010: p. 2).

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOMFIM, Daniela; NASCIMENTO, Maria de Jesus – *Cuidados de Enfermagem, amamentação e prematuridade*. Revista de Enfermagem UNISA. Brasil. Vol. 8 (2007), p. 17 a 22

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE. Hospital de Santa Maria – Norma: Funções das assistentes operacionais. Lisboa: Hospital de Santa Maria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. 2011

GOMES,A. – *Nutrição Entérica do Recém-nascido Pré-termo*. Consensos em Neonatologia. Coimbra: Sociedade portuguesa de Pediatria, 2004, p.109-112

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena – *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008. ISBN 96436

LOURENÇO, Rui – Aleitamento Materno, uma prioridade para o século XXI”. Revista Portuguesa de Clínica Geral. ISSN 0870-7103, Vol. 25, n.º 3 (2009), p. 344-346

MATUHARA, A.; NAGANUMA, M. – *Manual Instrucional para aleitamento materno de recém nascidos pré termo*. Pediatria. São Paulo. Vol. 28, n.º 2 (2006), pág. 81-90

MOLEIRO, A.; GOMES,A.; NONA, M. – *Aleitamento materno*. Consensos em Neonatologia. Coimbra: Sociedade portuguesa de Pediatria, 2004, p.113-116

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 10p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências específicas de Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 5p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra, 1989

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE e UNICEF – *Aconselhamento em Amamentação: Um curso de treino, manual do participante*. São Paulo, 1993

UNICEF – *Declaração de Innocenti*. Disponível em:
<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>

UNICEF – Comunicado de Imprensa. Lisboa, 2005. Disponível em:
http://www.unicef.pt/18/05_10_13_pr_conferencia_int_aleitamento_materno.pdf

ANEXOS

ANEXO I

Convites para a Sessão de Formação

Sessão de Formação

Destinatários: Equipa de Assistentes Operacionais

Local: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - HSM

Data: 4 de Outubro, 2012 (16h)

Formadora:

AESIP Andreia Gonçalves

Orientadora:

EESIP Vera Silva

Tutora:

Professora Zaida Charepe



Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ANEXO II

Plano para afixar

Sessão de Formação

Local: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - HSM

Data: 11 de Outubro, 2012 (16h)

Destinatários: Equipa de Assistentes Operacionais



Manipulação, Conservação e Armazenamento do Leite Materno

ANEXO III

Plano da Sessão de Formação

Tema: Promoção do Aleitamento Materno: Iniciativa Hospital Amigo dos bebês

Data: 4 de Outubro, 2012 **Duração:** 45 min

Local: Unidade Cuidados Intensivos Neonatais - HSM

Destinatários: Equipa de AO da UCIN



Objetivo Geral: Sensibilizar a equipa de AO para a importância do LM e os cuidados a ter com o mesmo

Etapas	Conteúdo	Metodologia	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação da formadora• Objetivos da sessão	Expositiva Power Point	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Perspetiva Histórica do AM• A Importância do LM• Manipulação, Conservação e Armazenamento do LM		20 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Síntese sobre a temática• Resposta a questões colocadas		10 min
Avaliação	Aplicação de questionários	Questionário em formato papel	5 min

ANEXO IV

Diapositivos da Sessão

Manipulação, Conservação e Armazenamento do Leite Materno

Elaborado por:

Andreia Gonçalves

Orientadora:

EESIP Vera Silva

Tutora:

Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, 4 Outubro, 2012

Manipulação, Conservação e Armazenamento do Leite Materno

- Plano de Sessão

Etapas	Conteúdo	Metodologia	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora e objetivos da sessão	Expositiva Power Point	5 min
Desenvolvimento	A Importância do LM Manipulação, conservação e armazenamento do LM	Expositiva Power Point	20 min
Conclusão	Síntese sobre a temática Resposta a questões colocadas	Entrega de folheto informativo	10 min
Avaliação	Aplicação de questionário	Questionário em formato de papel	5 min

- Perspetiva Histórica do Aleitamento Materno

Cristianismo as crianças eram protegidas e era promovido o AM

Séc. XVIII as crianças eram consideradas um estorvo e o AM era impensável e repugnante

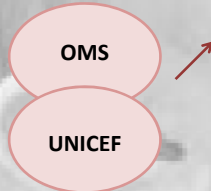
Séc. XIX retoma-se a prática de AM como um dever e um benefício para a criança

Séc. XX o AM diminui com o início da atividade profissional da mulher e surgimento dos leites comerciais

- Perspetiva Histórica do Aleitamento Materno

A partir dos Anos 70 Resgate da cultura do AM

“Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis” (Genebra, 1989)



“Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno”

“Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global”

↓
“Declaração de Innocenti”

↓
“10 medidas para um Aleitamento Materno com sucesso”

- A importância do Leite Materno



Fonte: <http://www.psicologiaracional.com.br>

- É um alimento vivo com características não só nutritivas mas também protetoras
- É o alimento de escolha para o Recém Nascido de qualquer peso ou idade gestacional
- Vantagens para o bebé:
 - prevenção de infeções gastrointestinais, urinárias e respiratórias
 - efeito protetor sobre as alergias (Ex.: à proteína do leite de vaca)
 - promove uma melhor adaptação a outros alimentos
 - a longo prazo pode prevenir algumas patologias como a diabetes e a obesidade infantil

- Recolha do Leite Materno



Fonte: <http://www.dkbebe.com.br>

- Quando a mãe se encontra internada no Serviço de Obstetrícia a extração do leite materno deverá ser realizada no mesmo e depois entregue às Assistentes Operacionais ou às Enfermeiras da UCIN
- Após a alta materna, a extração do leite materno poderá ser realizada em casa ou na UCIN.
 - A mãe deve solicitar o Kit + Biberon esterilizado a uma Assistente Operacional
 - Realizar a extração do Leite Materno, com o auxílio da bomba elétrica do serviço, tendo em conta as indicações
 - Devolver à Assistente Operacional ou às Enfermeiras o leite retirado após identificação do mesmo (data, hora e nome da criança)

- Manipulação do Leite Materno

- A manipulação do leite materno deve ser sempre realizada em espaço próprio, respeitando as normas de higiene e segurança:

- A “Sala de preparação de Leites” deve estar sempre limpa e arrumada
- Limpar e desinfetar a bancada antes da manipulação dos leites
- Realizar desinfecção/ higienização das mãos antes da manipulação dos leites
- Usar máscara, luvas e avental

Evitar Contaminação



Fonte: <http://www.hospvirt.org.br>

- Manipulação do Leite Materno (Contin.)

- Durante a preparação dos leites a Assistente Operacional deve focar toda a sua atenção nessa tarefa de forma a reduzir o risco de erro

- Preparação dos biberons com Leite Materno:

- verificar a data do leite materno
- verificar e confirmar a prescrição
- separar os leites e prepará-los de acordo com a prescrição
- identificar o biberon com o nome da criança (apelido)
- os leites preparados devem ficar em diferentes tabuleiros, consoante horário de administração, no frigorífico

Fonte: <http://familia.sapo.pt>



- Manipulação do Leite Materno (Contin.)

- Preparação do LM para administração por seringa infusora:

- verificar a data do leite materno e confirmar a prescrição
- preparar material necessário (seringas, prolongamento e sonda gástrica n.º 6)
- utilizar a sonda gástrica para aspirar o LM do biberon para a seringa (quantidade prescrita + 1ml para prolongamento)
- Expurgar o prolongamento
- Identificar a seringa com o nome da criança e o tipo de leite
- os leites preparados devem ficar em diferentes tabuleiros, consoante horário de administração, no frigorífico



Fonte: <http://www.flickr.com>

- Manipulação do Leite Materno (Contin.)

- Em situações em que a criança não está a ser alimentada ou o LM extraído é superior ao LM necessário para a criança nas 24 horas, a mãe deverá levar o restante para casa para congelar

- O transporte do leite deverá ser feito em saco térmico com placas refrigeradoras



Fonte: <http://www.gosaude.com>

- **Conservação do Leite Materno**

O LM é um alimento vivo e os seus constituintes alteram-se de diferentes maneiras sob diferentes condições

- Temperatura Ambiente: 6 a 8 horas

- Frigorífico: 24 horas

- Descongelado dentro do frigorífico: 12 a 24 horas



Fonte: <http://www.lookbebe.com.br>



Fonte: <http://www.medela.com>

- **Armazenamento do Leite Materno**

- Sempre que necessário o LM pode e deve ser congelado
- A mãe deverá congelar o leite em casa, em recipientes próprios, transportando-o em sacos térmicos com barras de refrigeração caso a extração tenha sido realizada na UCIN
- Congelador dentro do frigorífico: 2 semanas
- Congelador em frigorífico combinado: 3 a 6 meses
- Arca frigorífica: 6 a 12 meses



<http://www.clickfzdoiguacu.com.br>

- **Considerações:**

-O LM é um alimento vivo e os seus constituintes alteram-se de diferentes maneiras sob diferentes condições

- Além dos métodos de conservação e armazenamento, outros fatores interferem na estabilidade das propriedades do leite:

- Higiene na manipulação (impõem desinfeção do local e das mãos, bem como o uso de máscara, luvas e bata/avental)
- Tipo de recipientes utilizados (vidro e polipropileno)
- Aquecimento (a descongelação deve ser feita gradualmente no frigorífico e aquecido em água corrente ou em banho maria com água morna)



Fonte: <http://barrigamendinha.blogspot.pt/>

DÚVIDAS?

- **Referências Bibliográficas**

- CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE – Norma: Manipulação de Leites para administração entérica por seringa infusora. Hospital de Santa Maria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. 2011
- CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE – Norma: Funções das assistentes operacionais. Hospital de Santa Maria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. 2011
- LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena – *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa. Comité Português para a UNICEF, 2008. ISBN 96436
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra, 1989
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE e UNICEF – *Aconselhamento em Amamentação: Um curso de treino, manual do participante*. São Paulo, 1997
- UNICEF – *Declaração de Innocenti*. Disponível em: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
- UNICEF – Comunicado de Imprensa. Lisboa, 2005. Disponível em: http://www.unicef.pt/18/05_10_13_pr_conferencia_int_aleitamento_materno.pdf

ANEXO V

Questionário de Avaliação

Questionário às Assistentes Operacionais da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, onde foi dinamizada a Sessão de Formação “*Manipulação, Conservação e Armazenamento do Leite Materno*”



Este questionário apresenta-se apenas como uma forma de obter contributos para uma melhoria de práticas em futuras Sessões de Formação. Solicitamos assim a sua colaboração através do preenchimento do seguinte questionário, tendo em conta o seu grau de satisfação.

1. Grau de Satisfação em relação à Sessão de Formação realizada:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Correspondeu às expetativas?				
Deu resposta às necessidades nesta área?				
O tempo disponível foi o mais apropriado?				
Permitiu desenvolver/ melhorar métodos e técnicas de trabalho?				
A atividade desenvolvida tem aplicabilidade na sua prática profissional?				

2. Organização do Espaço:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Instalações Adequadas relativamente ao conforto				
Instalações Adequadas relativamente às dimensões				
Instalações Adequadas relativamente aos equipamentos e materiais				

3. Organização da Ação:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Metodologia utilizada na ação.				
Planificação e dinâmica.				
Desempenho da equipa de saúde.				
Organização e gestão da atividade.				

4. Avaliação

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Avaliação geral.				

ANEXO VI

Avaliação da Sessão

Avaliação da Sessão de Formação



realizada às Assistentes Operacionais da UCIN do HSM

A avaliação foi realizada através da aplicação de um questionário às Assistentes Operacionais da UCIN no final da sessão. O grau de satisfação subdivide-se em 4 grupos:

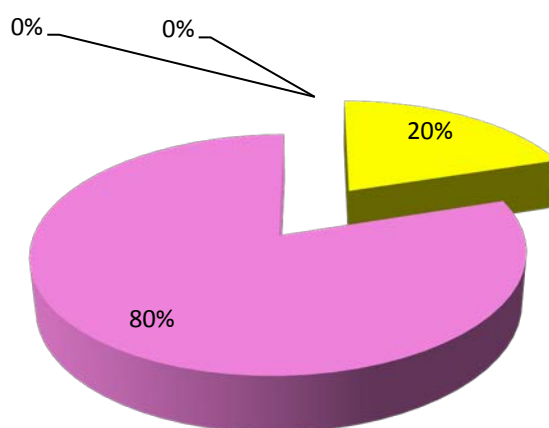
- 1- Satisfaz **Pouco**
- 2- Satisfaz de forma **Razoável**
- 3- Satisfaz **Bastante**
- 4- Satisfaz **Completamente**

Estiveram presentes 5 assistentes operacionais, e os resultados obtidos foram os seguintes:

Grau de Satisfação	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Avaliação Geral	0	0	1 AO	4 AO

Grau de Satisfação - Assist. Operacionais UCIN

■ Pouco ■ Razoável ■ Bastante ■ Completamente



ANEXO VII

Relatório de Atividade:

“Promoção do Aleitamento Materno junto do RN/Mãe”



Fonte: <http://bibliografiadadoula.wordpress.com>

Relatório de Atividade

“Promoção do Aleitamento Materno junto do RN/Mãe”

Discente:

Andreia Gonçalves

Orientadora de Estágio:

EESIP Vera Silva

Docente:

Professora Doutora Zaida Charepe

Novembro, 2012

SUMÁRIO

	Pág.
1. Introdução	5
2. Enquadramento Teórico	7
3. Considerações Finais	15
4. Referências Bibliográficas	17
Anexos	19
Anexo I – Guia de Observação da Amamentação	21
Anexo II – <i>Check List</i> de ensinios	25
Anexo III – Avaliação da Intervenção	29
Anexo IV – Diploma de Amamentação com Sucesso	33
Anexo V – <i>Poster</i>	37

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa, o primeiro estágio correspondente ao módulo III da unidade curricular estágio, decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Santa Maria.

Assim, com o intuito de desenvolver competências de Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, propus-me a contribuir com o EESIP para a promoção do aleitamento materno, junto do RN/Mãe.

O presente relatório pretende expor um breve enquadramento da temática, as atividades realizadas e os resultados obtidos das mesmas. Por último, serão apresentadas algumas considerações finais à atividade desenvolvida, realçando a contribuição da mesma para o desenvolvimento profissional.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Aleitamento Materno constitui um direito da mãe e do bebé. Os inúmeros benefícios a curto e a longo prazo para a díade, para a sociedade e para o meio ambiente, justificam o reconhecimento da importância desta prática por organizações internacionais e nacionais como a OMS, UNICEF e DGS, defendendo-a em exclusivo até ao 6º mês de vida e a sua manutenção até aos 2 anos de idade ou mais (Levy e Bértolo, 2008).

O nascimento de um bebé prematuro acarreta uma série de dificuldades de adaptação, quer para o RN quer para a família. Frequentemente a insegurança e ansiedade sentida pela mãe são fatores que interferem com iniciação e manutenção do AM.

O sucesso da manutenção da lactação depende assim do apoio e acompanhamento por parte da equipa de enfermagem e dos familiares envolvidos. Desde cedo a mãe deve ser incentivada a realizar a extração (manual ou elétrica) do LM e a conservá-lo de forma adequada até que este possa ser oferecido ao RN (Bomfim e Nascimento, 2007).

Qualquer que seja a decisão da mãe de amamentar ou não, esta deve ser respeitada; no entanto, cabe ao enfermeiro assegurar que essa decisão seja tomada de forma consciente e informada. Desta forma, o aleitamento materno deverá ser promovido e deve ser dado a conhecer à mãe todas as informações relativas à prática do aleitamento materno, nomeadamente as vantagens da mesma para a mãe e para o bebé e as dificuldades mais comuns (Nelas et al, 2008; Levy e Bértolo, 2008).

Para que a iniciação e o estabelecimento do AM tenham êxito, as mães necessitam de apoio e acompanhamento por parte da equipa de enfermagem. Entre muitos outros fatores que afetam a iniciação e o estabelecimento do AM relativos ao RN pré-termo, as práticas de cuidados de saúde direcionadas às mães destacam-se como as mais promissoras para aumentar a prevalência e manutenção da amamentação (OMS, 1989). Cabe assim ao enfermeiro assumir uma postura de confiança e segurança, no apoio efetivo às dúvidas e dificuldades na prática da amamentação expressas e sentidas pelas mães (Moleiro, Gomes e Nona, 2004).

- Vantagens do Aleitamento Materno

São várias as referências às vantagens do aleitamento materno e aos benefícios que acarreta a médio e longo prazo para a mãe e RN (Levy e Bértolo, 2008; Moleiro, Gomes e Nona, 2004; OMS, 1989; OMS e UNICEF, 1997).

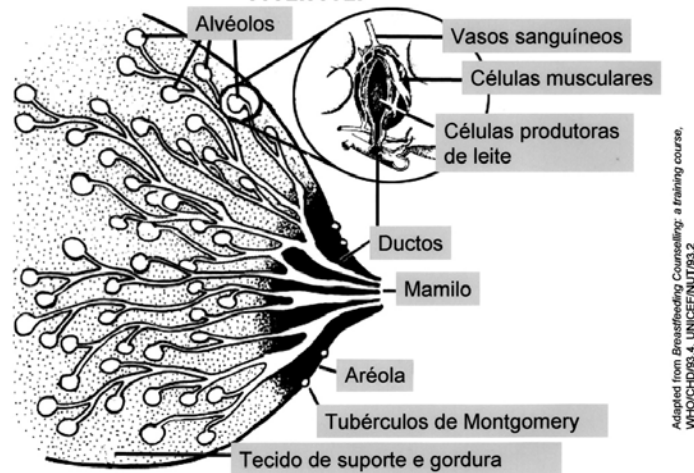
Relativamente às vantagens que o aleitamento materno acarreta para a mãe, salienta-se a promoção da vinculação - mãe/RN; de uma involução uterina mais precoce e prevenção do risco de hemorragia uterina; a diminuição do risco de cancro de mama; prevenção da Osteoporose; contribui para a recuperação mais rápida do peso; é gratuito. Já para o RN considera-se que é um alimento nutricionalmente superior, é de fácil digestão prevenindo as cólicas, proporciona um crescimento e desenvolvimento saudáveis, permite uma melhor adaptação a outros alimentos, previne alergias e infeções e diminui o risco de diversas patologias, nomeadamente, a diabetes, a doença celíaca, a doença de crohn e a obesidade (Levy e Bértolo, 2008; OMS e UNICEF, 1997).

Segundo Matuhara e Naganuma (2006), devemos ainda considerar as vantagens nutricionais do leite materno para os RN pré-termo:

- Nas duas primeiras semanas, o leite de mães de RN pré-termo oferece maior concentração de proteínas. Por exemplo, a proteína lactoalbumina é mais facilmente digerida, promovendo um esvaziamento gástrico mais rápido;
- Contém hidratos de carbono constituídos por lactose e oligossacáridos. A capacidade de absorção do RN pré-termo é superior a 90% e os oligossacáridos vão estimular o sistema imunitário, protegendo a mucosa da ação de bactérias;
- Tem lípidos que constituem 50% do teor calórico, cuja composição é adequada ao metabolismo do RN pré-termo. Possui ácidos gordos de cadeia longa associados à cognição, ao crescimento e à própria visão. Os ácidos gordos Ómega 3 são essenciais para que ocorra o desenvolvimento normal da retina e juntamente com a vitamina E, β caroteno e taurina podem explicar a proteção oferecida pelo leite materno contra o desenvolvimento da retinopatia da prematuridade;
- A quantidade de vitamina A é maior no leite de mães de RN pré-termo entre o 6º e o 37º dia de vida, diminuindo posteriormente. Sabe-se que a vitamina A é fundamental na proteção do epitélio respiratório e conseqüentemente na prevenção da displasia bronco pulmonar;

- Como funciona a amamentação

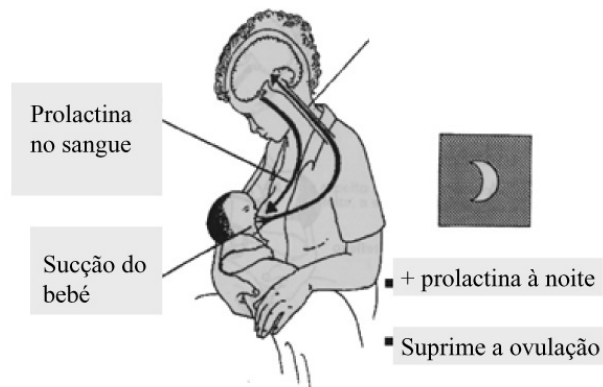
Representação esquemática da mama



Fonte: Levy e Bértolo, 2008

A mama é formada pelo mamilo, por onde drenam os seios galactóforos, rodeado por uma área circular mais escura denominada por aréola mamária. Esta apresenta pequenas elevações, como os tubérculos de Montgomery, cuja finalidade é lubrificar e proteger a pele durante a sucção. Internamente é constituída por gordura e tecido de suporte das estruturas glandulares. O leite é drenado para os ductos que confluem para os seios galactóforos, que estão localizados sob a areola, e terminam no mamilo. As células produtoras de leite agrupam-se em alvéolos. Cada alvéolo está rodeado por células mioepiteliais cuja contração promove a saída do leite dos alvéolos para os ductos (Levy e Bértolo, 2008; OMS e UNICEF, 1997).

Quando o bebé nasce e a placenta é libertada assiste-se a uma diminuição dos níveis de **estrogénio e progesterona**, associada a um aumento da **prolactina**, iniciando-se a produção de leite.



Fonte: Levy e Bért

A prolactina é sintetizada pela hipófise anterior, predominantemente durante a noite, e libertada após estimulação pela sucção para a corrente sanguínea. Atua nas células produtoras de leite e atinge uma concentração máxima plasmática 30 minutos após o início da mamada, o que faz com que a mama produza leite para a mamada seguinte. Para além de promover a síntese de leite, suprime a ovulação (Levy e Bértolo, 2008; OMS e UNICEF, 1997).

A ocitocina é sintetizada pela hipófise posterior, sendo libertada de modo intermitente após estimulação pela sucção ou estímulos antecipatórios como o ver ou pensar no bebé. Induz a contração das células mioepiteliais em torno dos alvéolos fazendo com que o leite flua através dos ductos para os seios galactóforos (reflexo de ejeção). Provoca também a contração do útero no pós-parto, o que ajuda a reduzir as perdas de sangue, acelerando a involução uterina (*Ibidem*).

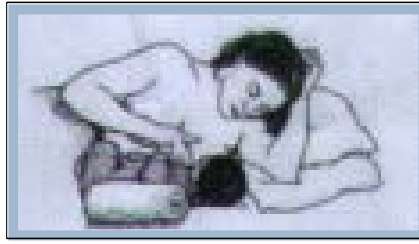
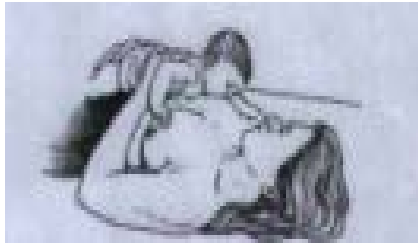
É fundamental que a mãe tenha empatia com o bebé e se sinta confiante na sua capacidade de amamentar. Sentimentos agradáveis como ter prazer com o bebé, tocá-lo, olhá-lo ou mesmo ouvi-lo promovem a ejeção do leite. Sentimentos desagradáveis como a dor durante a mamada, dúvidas, inseguranças ou *stress* inibem esse reflexo.

A produção do leite materno é também controlada dentro da própria mama. Existe uma substância no leite materno, o fator inibidor, que pode diminuir ou inibir a produção de leite. Ou seja, se permanece muito leite na mama o fator inibidor faz com que as células deixem de o produzir. Quanto mais o bebé mama, mais leite é produzido. Se o leite for extraído, o fator inibidor também é removido pelo que se mantém a produção de leite (*Ibidem*).

Existem 3 reflexos do bebé fundamentais para a amamentação:

- Reflexo de busca e preensão (quando qualquer coisa toca nos lábios ou na bochecha do bebé ele abre a boca à procura do que tocou, pondo a língua para baixo e para fora)
- Reflexo de sucção (estimulado pelo toque no palato)
- Reflexo de deglutição (estimulado quando a boca se encontra cheia de leite)

Segundo os autores supracitados, estes reflexos são automáticos e não têm de ser aprendidos pelo bebé. No entanto para uma correta adaptação à mama e estabelecimento de amamentação eficaz, devemos ter em conta os sinais de boa pega:



Fonte: Levy e Bértolo, 2008

- Problemas comuns inerentes à amamentação

Ingurgitamento Mamário

Surge por aumento da produção de leite e/ou dificuldade na extração. As mamas ficam duras, quentes, brilhantes e dolorosas. O tratamento passa pela **extração do leite**, quer por mamadas mais frequentes quer por extração manual ou por bomba elétrica. A forma menos dolorosa consiste na extração do leite com uma bomba elétrica de pressão ajustável. A aplicação de panos quentes antes da mamada para estimular o fluxo de leite e colocação de panos frios após a mamada para diminuir a dor e o congestionamento, são técnicas passíveis de ser utilizadas (Levy e Bértolo, 2008; OMS e UNICEF, 1997).

Mamilos com Fissuras

A causa mais frequente de aparecimento de fissuras é a má adaptação do bebé à mama (pega incorreta). A amamentação é dolorosa, levando a uma diminuição do tempo e frequência da mamada. Desta forma ocorre uma diminuição da produção de leite. O tratamento implica:

- Corrigir a pega;
- Não interromper subitamente a mamada porque pode traumatizar o mamilo. Caso seja necessário interromper a mamada, a mãe deverá colocar suavemente um dedo na boca do bebé, enquanto retira a mama.
- Iniciar a mamada pelo mamilo não doloroso
- Promover a cicatrização, pela aplicação de uma gota de leite no mamilo e aréola após cada mamada e utilizar pomada hidratante e cicatrizante.
- Usar mamilos de silicone até os mamilos estarem sem fissuras.

Mastite

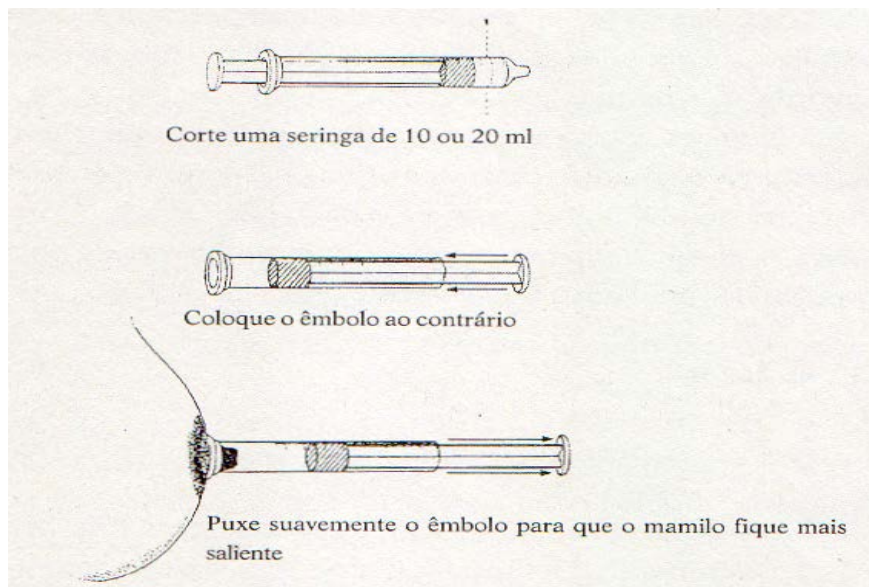
Em caso de bloqueio de um dos ductos, de ingurgitamento ou fissuras, pode ocorrer infecção do tecido mamário. A mama apresenta sinais inflamatórios locais e a mãe pode apresentar febre e mal-estar geral. O tratamento implica antibioterapia (compatível com a amamentação sempre que possível), repouso materno e extração do leite da mama afetada. A mãe deverá manter-se o aleitamento na mama não afetada.

Mamilos planos e invertidos

Os mamilos invertidos ou planos são um dos problemas mais frequentes que dificultam o início da amamentação. A abordagem desta situação implica:

- Boa adaptação;
- Extração de uma pequena porção de leite antes do início da mamada;
- Tornar o mamilo mais saliente, pela utilização de modeladores de mamilos, após o 6 mês de gestação.
- Uso de mamilos de silicone

Pode ainda ser ensinado à mãe a técnica da seringa (utiliza-se uma seringa de 20 ml, em que se corta a extremidade da agulha. Retira-se o êmbolo e coloca-se ao contrário. Adapta-se à aréola puxando suavemente o êmbolo para que o mamilo fique mais saliente)



Fonte: Levy e Bértolo, 2008

- Extração do Leite materno

Sempre que necessário a mãe pode realizar a extração do leite materno. Para que a mãe o consiga realizar mais facilmente, deve estimular o reflexo de ocitocina. Para tal deve: estar descontraída e com o bebé por perto, passar com o chuveiro ou com água quente (aplicação de panos quentes); beber uma bebida morna (não café, chá preto ou cacau), e massajar a mama levemente com a ponta dos dedos ou com a mão fechada na direção dos mamilos. A extração pode ser realizada de forma manual ou recorrendo ao uso de uma bomba (manual ou elétrica).

Para uma correta extração manual de leite a mãe deve ter em conta as seguintes orientações:

- Lavar as mãos antes de iniciar a extração;
- Sentar-se confortavelmente, colocar o polegar sobre a parte superior da aréola e o indicador sob a aréola mamária e pressionar em direção ao tórax (costelas); não deve deslizar os dedos para não magoar;
- Pressionar e soltar de seguida, não deve sentir dor; se sentir, é porque não está a aplicar a técnica corretamente;
- O leite deve começar a sair, primeiro em pequena quantidade e depois em maior quantidade;
- Rodar os dedos para massajar todos os locais;
- Fazer a expressão do leite até sentir a mama flácida (mole)

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amamentação ou manutenção da lactação em mães de RN pré termo, são frequentemente situações que levam a *stress*, medo e ansiedade por parte da mãe.

O conhecimento da legislação e das indicações mundiais para o sucesso e manutenção da amamentação são essenciais para o EESIP. Este conhecimento irá permitir uma intervenção especializada e fundamentada transmitindo segurança e otimismo à mãe.

Em suma, o acompanhamento da mãe e do RN, os ensinamentos realizados, a motivação e segurança sentidas e demonstradas e a promoção de momentos para expressão de sentimentos e esclarecimento de dúvidas, são algumas das atividades em que o EESIP tem um papel fundamental.

No fim da realização desta atividade considero ter desenvolvido competências de EESIP, nomeadamente “*presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: p. 2).

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOMFIM, Daniela; NASCIMENTO, Maria de Jesus – *Cuidados de Enfermagem, amamentação e prematuridade*. Revista de Enfermagem UNISA. Brasil. Vol. 8 (2007), p. 17 a 22

LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena – *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008. ISBN 96436

MATUHARA, A.; NAGANUMA, M. – *Manual Instrucional para aleitamento materno de recém nascidos pré termo*. Pediatría. São Paulo. Vol. 28, n.º 2 (2006), pág. 81-90

NELAS, Paula; FERREIRA, Manuela; DUARTE, João – *Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida*. Revista Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série, n.º 6 (2008), p. 39-56

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra, 1989

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE e UNICEF – *Aconselhamento em Amamentação: Um curso de treino, manual do participante*. São Paulo, 1993

MOLEIRO, A.; GOMES, A.; NONA, M. – *Aleitamento materno*. Consensos em Neonatologia. Coimbra: Sociedade portuguesa de Pediatria, 2004, p.113-116

ANEXOS

ANEXO I

Guia de Observação da Amamentação

GUIA PARA OBSERVAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

Nome da mãe _____ Data _____

Nome do bebé _____ Idade _____

Sinais de que a amamentação está a decorrer bem:	Sinais de possíveis dificuldades:
GERAIS <i>Mãe:</i> <input type="checkbox"/> Mãe com aspeto saudável <input type="checkbox"/> Mãe descontraída e confortável <input type="checkbox"/> Sinais de boa ligação mãe-filho	<i>Mãe:</i> <input type="checkbox"/> Mãe com aspeto doente ou deprimido <input type="checkbox"/> Mãe tensa e desconfortável <input type="checkbox"/> Ausência de contacto visual mãe-bebé
<i>Bebé:</i> <input type="checkbox"/> Bebé com aspeto saudável <input type="checkbox"/> Bebé calmo e relaxado <input type="checkbox"/> Bebé procura a mama, quando tem fome	<i>Bebé:</i> <input type="checkbox"/> Bebé sonolento ou com aspeto doente <input type="checkbox"/> Bebé agitado ou choroso <input type="checkbox"/> Bebé não procurando a mama
MAMAS <input type="checkbox"/> Mamas com aspeto saudável <input type="checkbox"/> Sem dor ou desconforto <input type="checkbox"/> Mama bem apoiada com os dedos longe do mamilo <input type="checkbox"/> Mamilo protráctil	MAMAS <input type="checkbox"/> Mamas com rubor, edema ou dor <input type="checkbox"/> Dor na mama ou mamilo <input type="checkbox"/> Mama apoiada com os dedos sobre a aréola <input type="checkbox"/> Mamilo plano, não protáctil
POSIÇÃO DO BEBÉ <input type="checkbox"/> Bebé com a cabeça e o corpo alinhados <input type="checkbox"/> Bebé junto ao corpo da mãe <input type="checkbox"/> Todo o corpo do bebé apoiado <input type="checkbox"/> Bebé aproxima-se da mama, nariz de frente para o mamilo	POSIÇÃO DO BEBÉ <input type="checkbox"/> Cabeça e corpo do bebé não alinhados <input type="checkbox"/> Bebé afastado da mãe <input type="checkbox"/> Bebé somente apoiado pela cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Bebé aproxima-se da mama, lábio inferior/queixo de frente para o mamilo
ADAPTAÇÃO DO BEBÉ À MAMA <input type="checkbox"/> Observa-se mais aréola acima do lábio superior <input type="checkbox"/> Boca bem aberta <input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para fora <input type="checkbox"/> O queixo do bebé toca a mama	ADAPTAÇÃO DO BEBÉ À MAMA <input type="checkbox"/> Observa-se mais aréola abaixo do lábio <input type="checkbox"/> Boca pouco aberta <input type="checkbox"/> Lábios apontam para a frente ou para dentro <input type="checkbox"/> O queixo do bebé não toca a mama
SUCÇÃO <input type="checkbox"/> Sucções lentas e profundas com pausas <input type="checkbox"/> Bochechas redondas na sucção <input type="checkbox"/> Bebé liberta a mama quando termina <input type="checkbox"/> Mãe refere sinais de reflexo de ocitocina	SUCÇÃO <input type="checkbox"/> Sucções rápidas e pouco profundas <input type="checkbox"/> Bochechas para dentro na sucção <input type="checkbox"/> A mãe retira o bebé da mama <input type="checkbox"/> Mãe não refere sinais de reflexo de ocitocina

Observações:

ANEXO II

Check List de Ensinos

Check List para Ensinos “Amamentação com Sucesso”

Destinatários: Mães de RN internados na UCIN

Local: UCIN – HSM



Esta Check List foi realizada, tendo por base o guia para observação da amamentação em vigor no HSM e adaptado de OMS e UNICEF (1997). Neste documento os ensinos realizados encontram-se sintetizados, tendo em conta a fundamentação teórica deste relatório.

Aspetos Gerais:

Mãe

- Estratégias de relaxamento
(massagem na região cervical e ombros, banho relaxante)
- Escolha de um local cómodo e adequado para amamentar
(diminuição do ruído, ambiente calmo, temperatura agradável)
- Promover vínculo mãe-filho
(método canguru)

Bebé:

- Acalmar o bebé antes do colocar à mama
(mudar a fralda, oferecer colo)
- Observar se o bebé procura a mama
(bebé aproxima-se da mama com o nariz de frente para o mamilo, “lambe” a mama, apoia a mão na mama)

Mamas:

- Detetar possíveis complicações
(ingurgitamento mamário, mamilos com fissuras, mastite, mamilos planos ou invertidos)

- Promover a extração correta do leite em caso de complicações

(higiene das mãos antes, escolha de local calmo, ter um objeto ou fotografia do bebê para promover o reflexo de ocitocina, passar leite nos mamilos no final para prevenir fissuras, se mamas muito cheias deve fazer extração antes da mamada para ajudar o bebê a mamar melhor, apoiar a mama com a mão em forma de “C” ficando com os dedos afastados do mamilo, fazer “festas” na mama com as pontas dos dedos para promover a descida do leite)

Posição do bebê:

- Posições para amamentar
- Alinhamento do corpo e apoio do mesmo

Adaptação do bebê à mama:

- Sinais de boa pega

(boca bem aberta, lábio inferior voltado para fora, o queixo toca na mama, mais aréola acima do lábio superior, sucções lentas e profundas com pausas, as bochechas do bebê enchem com o leite, mãe ouve e sente a sucção e deglutição do leite)

Sucção

- Sinais de boa pega

(boca bem aberta, lábio inferior voltado para fora, o queixo toca na mama, mais aréola acima do lábio superior, sucções lentas e profundas com pausas, as bochechas do bebê enchem com o leite, mãe ouve e sente a sucção e deglutição do leite)

- Sinais de que o bebê está satisfeito

(O bebê apresenta padrão de sucção e deglutição mais lento, parece satisfeito, adormece e larga a mama, a mama fica flácida)

- Sinais de reflexo de ocitocina

(mãe sente o leite a sair, sente contrações uterinas, pode apresentar perda de leite espontânea quando o bebê não está a mamar, ou da mama contrária a que o bebê está a mamar)

ANEXO III

Avaliação da Intervenção

Avaliação da Intervenção realizada junto da Mãe/RN



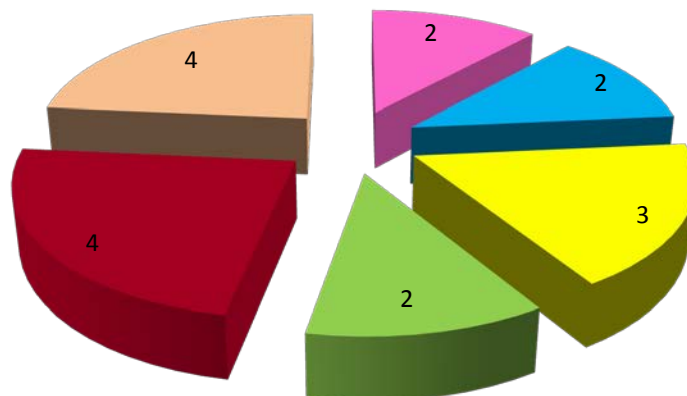
Durante o período de estágio realizei a observação crítica de quatro mães/RN's durante o momento da amamentação, intervindo de seguida e de modo individual em cada situação. No final desta atividade realizei nova observação da mamada e constatei que nas quatro situações, após a intervenção, houve sucesso na amamentação em todas as díades e correção das dificuldades observadas.

Após análise das quatro observações, tendo em conta os 5 parâmetros do guia para observação da mamada, as dificuldades observadas foram:

	Aspetos Gerais		Mamas	Posição do Bebé	Adaptação do Bebé à mama	Sucção
	Mãe	Bebé				
Nº de situações observadas	2	2	3	2	4	4

Dificuldades Observadas

- Aspetos Gerais (mãe)
- Aspetos Gerais (bebe)
- Mamas
- Posição do bebe
- Má Adaptação à mama
- Sucção



ANEXO IV

Diploma de Amamentação com Sucesso

O LM é o alimento de escolha para o RN de qualquer peso ou idade gestacional e adapta-se às necessidades do RN Prematuro

Para a mãe do bebé: _____

Parabéns!!

Por contribuir com o melhor alimento para a saúde do seu filho!

ANEXO V

Poster

Aleitamento Materno



Vantagens para a mãe

- Promove a vinculação Mãe/Recém-nascido
- Contribui para a involução uterina
- Previne o risco de hemorragia uterina
- Contribui para a recuperação mais rápida do peso
- Previne o Câncer de Mama
- Previne a Osteoporose



Vantagens para o Bebê

- Nutriciona mama superior
- Estimula a digestão e previne cólicas
- Promove o desenvolvimento cerebral
- Previne alergias e infecções
- Diminui o risco de Diabetes, Doença Celíaca, Doença de Crohn e Obesidade

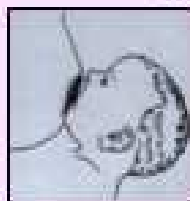


A Organização Mundial de Saúde recomenda a amamentação exclusiva até aos 6 meses e como complemento alimentar até aos 2 anos de vida do seu bebé ou mais.

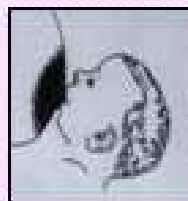


Sinais de uma Popa Correta

- Boca do bebé bem aberta
- O queixo do bebé toca na mama da mãe
- O bebé abocanha o mamilo e parte de aréola imediata
- Evita o mal-alinhamento da cabeça e do queixo do bebé
- O lábio inferior fica revirado para fora
- As bochechas do bebé ficam cheias
- Mãe ouve o bebé a engolir



Popa Correta



Popa Incorreta

Como amamentar o seu bebé



O bebé está satisfeito quando...

- O bebé apresenta padrões de sucção e deglutição mais lentos
- O bebé parece satisfeito
- O bebé adormece o lado o mamilo
- A mama fica fofa



ANEXO VIII

Diagnóstico de Situação:

SUP – HFF



Fonte: <http://www.guiazn.com.br/o-que-e-imc/>

Diagnóstico de Situação

SUP - HFF

Discente:

Andreia Gonçalves

Orientadora de Estágio:

EESIP Vera Ramos

Docente:

Professora Doutora Zaida Charepe

Novembro, 2012

Exma. Sr.^a Enfermeira Chefe Rita Carneiro

Serviço de Urgência Pediátrica

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.

Eu, Andreia Cristina Filipe Gonçalves, estudante no âmbito do Mestrado de Enfermagem: Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, venho por este meio solicitar a autorização para a colheita e posterior utilização de dados de avaliações de enfermagem realizadas durante o momento da triagem, no âmbito do projeto/relatório de estágio.

Com os melhores cumprimentos

Andreia Cristina Filipe Gonçalves

Toma conhecimento.
Sem inconveniente para o serviço, mantendo
o anonimato dos utentes.
22/10/2012 Rita Carneiro

Lisboa, 11 de Outubro de 2012

A **obesidade** é considerada pela Organização Mundial de Saúde como a epidemia do século XXI.

Segundo Rito et al, estima-se que a nível mundial, cerca de 155 milhões de crianças em idade escolar apresentam excesso de peso (pré -obesidade e obesidade), das quais 30 a 45 milhões são obesas. A nível da Europa, Portugal apresenta um dos valores mais altos de prevalência de obesidade infantil. (Rito et al, 2010)

Apesar dos esforços de várias organizações, a nível nacional e internacional, o estudo de Padez et al (2004) indica a tendência do aumento da prevalência do excesso de peso e **obesidade infantil** no nosso país. Estes autores referem no seu estudo que 31,5% das crianças entre os 7 e os 9 anos têm excesso de peso e 11,3% são obesas, valores também confirmados pela DGS (2005)

Tendo em conta esta realidade, no âmbito do Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pretendo realizar uma avaliação da população infantil que recorre ao Serviço de Urgência Pediátrico, de forma a poder determinar qual a prevalência de pré-obesidade e obesidade nessa mesma população.

Desta forma, venho por este meio solicitar a colaboração da equipa de enfermagem durante o período de triagem sempre que possível.

Se tiver intenção de colaborar, solicito que preencha a tabela seguinte com os dados indicados.

Com os melhores cumprimentos

Andreia Gonçalves

Docente: Professora Doutora Zaida Charepe

Orientadora: EESIP Vera Ramos

Idade	Sexo	Peso (Kg)	Altura (m)	IMC (KG/m2)	Percentil	Motivo de vinda ao SUP
4	F	18,00	1,09	15,15	50,00	Exantema
4	F	16,50	1,07	14,41	25,00	odinofagia
9	F	30,00	1,29	18,03	75,00	dispneia
4	M	19,80	1,12	15,78	50,00	tosse
12	M	71,00	1,69	24,86	>95	Exantema
4	F	14,50	1,00	14,50	25,00	Exantema
7	F	20,00	1,20	13,89	10,00	traumatismo da face
14	F	61,00	1,70	21,11	50,00	traumatismo antebraço
8	M	43,50	1,40	22,19	>95	odinofagia
2	M	10,90	1,00	10,90	<5	ferida incisa
12	F	92,90	1,69	32,53	>95	odinofagia
6	F	29,00	1,25	18,56	90,00	traumatismo púbico
16	F	58,00	1,64	21,56	50,00	exantema
6	M	17,00	1,16	12,63	<5	odinofagia
8	F	38,60	1,37	20,57	90,00	corpo estranho olho
11	F	39,00	1,43	19,07	50,00	dor joelho
10	M	36,80	1,42	18,25	75,00	exantema
17	M	62,00	1,68	21,97	50,00	
15	M	79,00	1,71	27,02	>95	febre
9	M	28,00	1,33	15,83	25,00	otalgia
2	M	15,00	1,00	15,00	10,00	obstipação
4	M	23,00	1,13	18,01	>95	tosse
9	M	31,00	1,25	19,84	90,00	febre
4	M	19,00	1,17	13,88	<5	lesões herpéticas
6	F	26,00	1,23	17,19	85,00	odinofagia
12	F	57,00	1,63	21,45	85,00	otalgia
5	F	23,50	1,19	16,59	75,00	dor ocular
6	M	21,00	1,15	15,88	50,00	Dispneia
3	M	16,00	1,06	14,24	5,00	odinofagia
5	F	13,80	1,10	11,40	<5	queda
17	M	59,00	1,81	18,01	5,00	corpo estranho
16	F	59,00	1,63	22,21	50,00	traumatismo do dedo da mão
11	M	36,40	1,51	15,96	25,00	odinofagia
2	F	14,30	1,02	13,74	<5	tosse
5	F	25,60	1,29	15,38	50,00	otalgia
7	F	28,66	1,31	16,70	75,00	toracalgia
13	F	51,40	1,60	20,08	50,00	dor abdominal
9	M	27,70	1,35	15,20	25,00	picada de insecto
11	M	32,00	1,44	15,43	10,00	toracalgia
12	M	41,00	1,56	16,85	25,00	Dispneia
2	F	13,00	1,00	13,00	<5	Dispneia

14	F	46,00	1,50	20,44	50,00	vômitos e diarreia
5	M	16,00	1,19	11,30	<5	penso cirurgico repassado
2	F	11,80	0,93	13,64	<5	odinofagia
11	M	34,00	1,53	14,52	5,00	odinofagia
10	F	30,50	1,48	13,92	5,00	dor abdominal
15	F	65,50	1,64	24,35	85,00	dor abdominal
3	M	16,50	1,13	12,92	<5	tosse
2	F	13,00	0,96	14,11	5,00	vômitos e diarreia
2	F	14,50	1,02	13,94	5,00	Dispneia
5	M	23,00	1,24	14,96	25,00	dor abdominal
11	F	69,00	1,68	24,45	>95	dor coxa
10	F	39,40	1,39	20,39	85,00	traumatismo do pé
5	M	17,00	1,17	12,42	<5	vômitos
7	M	30,00	1,32	17,22	75,00	exantema
6	M	34,00	1,33	19,22	>95	dor abdominal
9	M	32,00	1,48	14,61	10,00	Dispneia
5	M	21,00	1,25	13,44	<5	tce
12	M	36,00	1,54	15,18	5,00	exantema
11	M	32,00	1,42	15,87	25,00	vômitos
12	M	40,00	1,50	17,78	50,00	traumatismo dedo do pé
9	M	35,50	1,47	16,43	50,00	traumatismo joelho
13	F	47,00	1,54	19,82	50,00	odinofagia
10	M	35,00	1,55	14,57	5,00	traumatismo pé
4	F	18,00	1,21	12,29	<5	dor abdominal
5	M	26,00	1,30	15,38	50,00	tosse
3	F	13,40	1,05	12,15	<5	febre
13	M	50,00	1,48	22,83	85,00	traumatismo do punho
11	M	45,00	1,41	22,63	90,00	Dispneia
6	F	19,40	1,32	11,13	<5	febre e lesões da mucosa oral
10	M	36,20	1,49	16,31	25,00	traumatismo do mento
5	F	21,70	1,19	15,32	50,00	hiperémia ocular
4	M	17,80	1,15	13,46	<5	edema peniano
14	F	79,00	1,59	31,25	>95	traumatismo do pé
13	M	48,40	1,53	20,68	75,00	traumatismo do antebraço
8	F	35,00	1,40	17,86	75,00	disúria
6	F	27,40	1,22	18,41	90,00	traumatismo da face
12	M	44,00	1,57	17,85	50,00	traumatismo da mão
5	M	27,40	1,24	17,82	90,00	síndrome nefrótico
14	F	56,00	1,68	19,84	50,00	dor no ombro
6	F	23,80	1,28	14,53	25,00	toracalgia
15	M	69,90	1,78	22,06	75,00	epigastralgia
5	F	30,00	1,27	18,60	>95	odinofagia
13	F	88,00	1,57	35,70	>95	dor abdominal

2	M	13,50	1,00	13,50	<5	vómitos
3	F	13,50	1,30	7,99	<5	tosse
13	F	47,00	1,57	19,07	50,00	odinofagia
6	M	23,00	1,12	18,34	90,00	disúria
11	M	38,40	1,47	17,77	50,00	dor no ombro
13	M	47,60	1,61	18,36	50,00	traumatismo da mão
4	M	20,00	1,22	13,44	<5	Dispneia
3	M	15,00	1,07	13,10	<5	Dispneia
7	F	27,40	1,27	16,99	75,00	vómitos
7	M	23,20	1,26	14,61	25,00	vómitos
16	M	60,00	1,78	18,94	25,00	lipotímia
10	M	32,00	1,50	14,22	5,00	Dispneia
6	F	40,00	1,37	21,31	>95	dor abdominal
3	F	16,70	1,07	14,59	25,00	febre
12	M	51,80	1,46	24,30	>95	Dispneia
11	M	41,80	1,55	17,40	50,00	traumatismo da perna
14	F	57,30	1,62	21,83	75,00	dor abdominal
10	F	45,40	1,44	21,89	90,00	Dispneia
6	M	38,00	1,31	22,14	>95	eritema
4	M	19,00	1,13	14,88	10,00	Dispneia
13	M	56,50	1,53	24,14	90,00	dor torácica
3	F	14,00	1,06	12,46	<5	Dispneia
6	M	45,40	1,41	22,84	>95	traumatismo do pé
13	M	46,50	1,73	15,54	5,00	dor no punho
17	F	49,00	1,62	18,67	10,00	dor abdominal
4	F	13,50	1,12	10,76	<5	otalgia
13	F	91,50	1,73	30,57	>95	DM tipo I
4	F	18,00	1,03	16,97	85,00	febre
11	F	47,00	1,52	20,34	75,00	traumatismo do pé
10	F	32,50	1,35	17,83	50,00	traumatismo do braço
9	M	43,50	1,53	18,58	75,00	traumatismo ocular
6	M	21,80	1,19	15,39	50,00	fratura do braço
17	M	59,70	1,79	18,63	10,00	corpo estranho
7	M	34,40	1,25	22,02	>95	vómitos e diarreia
11	M	41,60	1,44	20,06	85,00	vómitos e cefaleias
9	M	29,00	1,40	14,80	10,00	fratura do braço
5	M	22,00	1,16	16,35	75,00	traumatismo do braço
11	M	62,80	1,49	28,29	>95	Dispneia
13	M	48,00	1,69	16,81	10,00	dor abdominal
5	M	20,00	1,17	14,61	10,00	odinofagia
16	M	76,00	1,81	23,20	75,00	traumatismo do joelho
4	M	18,00	1,13	14,10	5,00	Dispneia
9	F	43,00	1,58	17,22	50,00	Dispneia
7	M	25,00	1,31	14,57	10,00	febre e cefaleias
11	M	33,00	1,50	14,67	5,00	queda

9	F	32,00	1,42	15,87	25,00	dor abdominal
7	M	23,00	1,30	13,61	<5	TCE
9	M	42,00	1,40	21,43	>95	dor abdominal
3	M	18,00	1,15	13,61	<5	odinofagia
7	M	23,00	1,32	13,20	<5	febre
5	F	15,50	1,12	12,36	<5	diarreia
16	M	88,00	1,95	23,14	75,00	fratura do dedo da mão
7	M	21,80	1,25	13,95	5,00	dor testicular
9	M	25,00	1,31	14,57	10,00	dor ocular
16	F	43,80	1,63	16,49	5,00	gingivite
6	M	29,80	1,32	17,10	85,00	exantema
5	M	17,90	1,18	12,86	<5	dispneia
9	M	52,50	1,52	22,72	>95	exantema
2	M	13,60	0,98	14,16	<5	tosse e febre
12	M	45,00	1,61	17,36	25,00	traumatismo ocular
6	F	20,00	1,25	12,80	<5	traumatismo da pirâmide nasal
17	F	57,00	1,68	20,20	25,00	queda
16	M	63,00	1,69	22,06	50,00	dor no joelho
16	F	61,00	1,68	21,61	50,00	traumatismo do braço
9	F	28,00	1,33	15,83	25,00	dor abdominal
14	M	91,00	1,71	31,12	>95	traumatismo dedo da mão
2	M	16,00	1,03	15,08	10,00	otalgia
14	F	63,00	1,75	20,57	50,00	dor de costas
17	M	85,00	1,68	30,12	>95	toracalgia
13	F	45,00	1,62	17,15	25,00	otalgia
10	F	57,00	1,51	25,00	>95	dor suprapúbica

Legenda:

	Obesidade: Percentil > 95
	Pré Obesidade: Percentil > 85 e < 95

	22 Crianças/Jovens = 14,19 %
	17 Crianças/Jovens = 10,97 %

14 Sexo Masculino + 8 Sexo Feminino
8 Sexo Masculino + 9 Sexo Feminino

TOTAL: 155 Crianças/jovens
39 Crianças/jovens com pré obesidade e obesidade

100%
25,16%

CONSIDERAÇÕES E LIMITAÇÕES

A elaboração deste diagnóstico decorreu na primeira semana de estágio e abrangeu um total de 155 crianças.

A análise dos dados teve por base as curvas de crescimento do CDC (Center of Disease Control and Prevention). Desde a revisão do Programa Nacional de Saúde Infantil (2013) já se encontram em vigor no nosso país as curvas enunciadas pela OMS.

Considero que os dados obtidos não são representativos da população pediátrica abrangida pelo HFF, pelo número reduzido de crianças e o fator tempo, no entanto apresentam-se como significativos para o desenvolvimento das atividades propostas.

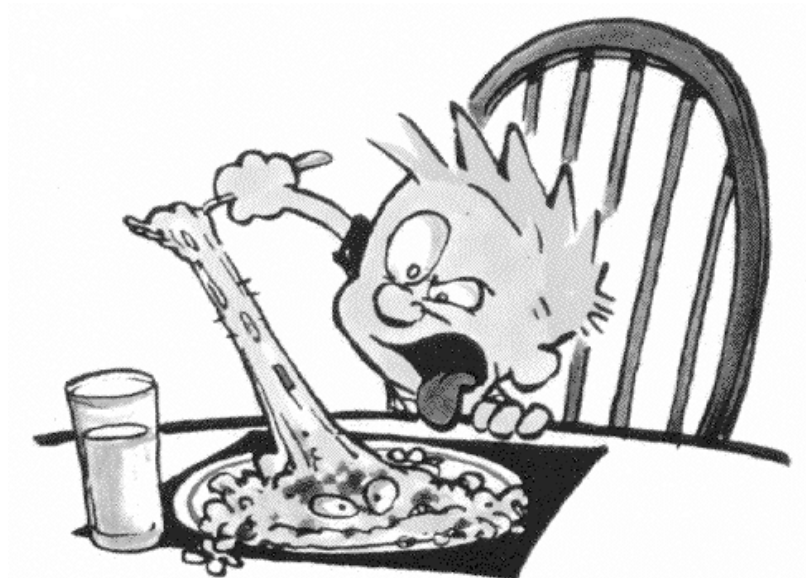
É importante ainda considerar que não foi possível realizar a avaliação de todas as crianças que recorreram ao SUP pela patologia que apresentavam ou por dificuldade na colaboração pela sua situação de doença.

Penso no entanto que seria pertinente a realização de um estudo aprofundado de modo a conhecer a população pediátrica abrangida pelo HFF e poder fundamentar a necessidade de construção de uma consulta de enfermagem de obesidade infantil neste hospital, num futuro próximo ou de realizar sessões de educação para a saúde sobre esta temática, nomeadamente ao nível do internamento.

ANEXO IX

Relatório de Sessão:

“Promoção de uma Alimentação Saudável”



Fonte: <http://www.qbn.com/topics/585391/>

Relatório de Sessão

“Promoção de uma Alimentação Saudável”

Discente:

Andreia Gonçalves

Orientadora de Estágio:

EESIP Vera Ramos

Docente:

Professora Doutora Zaida Charepe

Novembro, 2012

SUMÁRIO

	Pág.
1. Introdução	5
2. Enquadramento Teórico	7
3. Considerações Finais	11
4. Referências Bibliográficas	13
Anexos	15
Anexo I – Plano de Sessão	17
Anexo II - Diapositivos em Diaporama	21
Anexo III – Questionário proposto para avaliação	27

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa, um dos estágios correspondente ao módulo III da unidade curricular estágio decorreu Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E..

Assim, no percurso desenvolvido neste serviço, com o intuito de desenvolver competências de Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, foi desenvolvida uma apresentação de diapositivos em diaporama com o intuito de promover uma alimentação saudável junto da criança/família em contexto de sala de espera do SUP.

O presente relatório pretende expor um breve enquadramento da temática e a sessão realizada. Por último, serão apresentadas algumas considerações finais à atividade desenvolvida, realçando a contribuição da mesma para o desenvolvimento profissional.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo dos anos a alimentação sempre foi um fator preocupante e fundamental à vida humana e o desenvolvimento das civilizações tem influenciado a forma como o homem se alimenta.

A alimentação para além de se poder considerar como um ato de satisfação e prazer é uma necessidade básica inerente à vida humana que permite fornecer energia, construir e reparar estruturas orgânicas e regular os processos de funcionamento do nosso organismo (Amann, 2006: p.1).

Uma alimentação saudável implica a ingestão adequada de alimentos, tendo em conta as necessidades energéticas de cada indivíduo, de forma a satisfazer todas as suas necessidades. Segundo Nunes e Breda (2002: p 15), “...a variedade na alimentação é a principal forma de garantir a satisfação de todas as necessidades do organismo em nutrientes e de evitar o excesso de ingestão de eventuais substâncias com riscos para a saúde...”.

Devemos ainda procurar obter um equilíbrio entre a energia que consumimos e a que gastamos, pois ao ingerir uma grande quantidade de energia que não será gasta ao longo do dia, levará a um acumulo de gordura e aumento de peso (Candeias et al, 2005).

A infância e a adolescência são os estadios de desenvolvimento mais sensíveis a carências ou a perturbações alimentares sendo essencial a intervenção precoce com o objetivo de prevenir o surgimento de patologias e complicações de origem alimentar, como é o caso da diabetes, das doenças cardiovasculares ou da obesidade (Amann, 2006).

Em suma, uma alimentação saudável permite a sobrevivência humana, o fornecimento de energia e nutrientes essenciais ao bom funcionamento do organismo promovendo o bom estado de saúde do mesmo, contribui para um desenvolvimento e crescimento adequado e desempenha um papel importante na prevenção de complicações e patologias (Candeias et al, 2005).

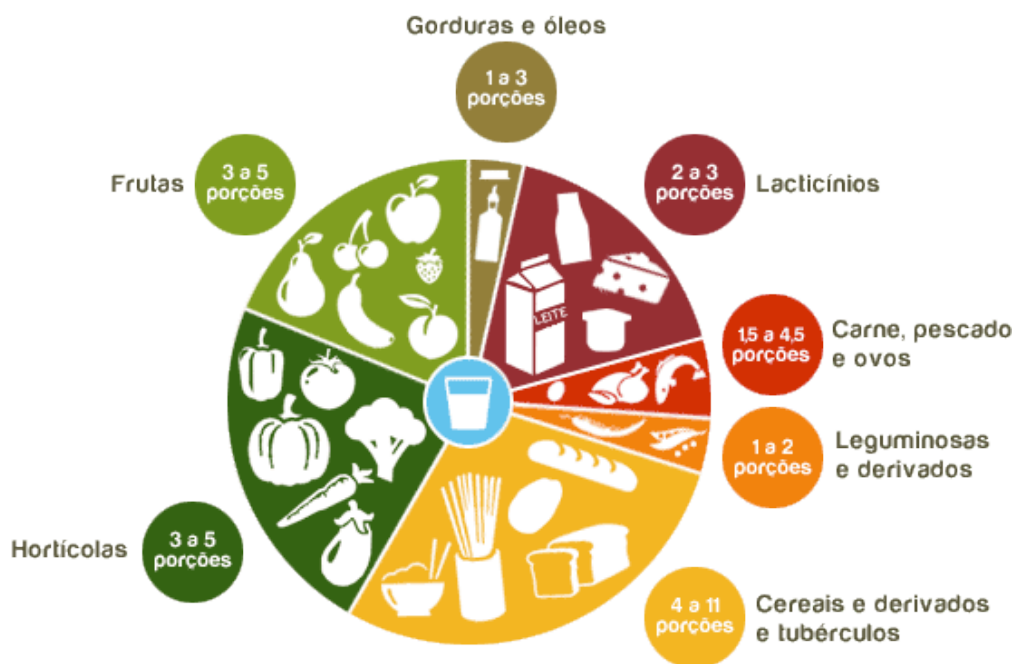
Todos os alimentos são constituídos por nutrientes, que em função das suas propriedades bioquímicas classificam-se em: hidratos de carbono, proteínas, gorduras, vitaminas, sais minerais, fibras e água. Estes grupos de nutrientes desempenham na nossa alimentação três funções essenciais (Amann, 2006; Nunes e Breda, 2002):

- Função Energética (os alimentos fornecem energia ao organismo permitindo o seu bom funcionamento; durante a infância e a adolescência as necessidades energéticas são superiores à idade adulta resultado de uma maior atividade física e aumento das necessidades e exigências do próprio organismo inerentes ao desenvolvimento humano).

- Função Plástica ou Construtora (corresponde essencialmente às proteínas, que fazem parte da constituição de todos os tecidos, contribuindo para a sua reconstituição ou crescimento).

- Função reguladora (está relacionada com os nutrientes que promovem e facilitam as reações bioquímicas do organismo promovendo também o correto aproveitamento dos outros nutrientes). Segundo a DGS (2012) a Roda dos Alimentos é um instrumento de educação alimentar destinado à população em geral, tendo sido concebida com o intuito de orientar as escolhas e combinações alimentares que devem constituir um dia alimentar saudável.

Assim, a Roda dos Alimentos é composta por 7 grupos de alimentos de diferentes dimensões que reúnem os alimentos com propriedades nutricionais semelhantes. Estes grupos indicam a proporção cada um deles deve ocupar na alimentação diária



A Roda dos Alimentos fornece orientações de uma forma simplificada para uma Alimentação Saudável. Em suma, uma alimentação saudável deve ser:

- Completa: comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;
- Equilibrada: comer maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão, de forma a ingerir o número de porções recomendado;
- Variada: comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano.

Segundo Candeias et al (2005), as recomendações para uma alimentação saudável consistem em:

- Tomar sempre um pequeno-almoço completo, equilibrado e saudável (leite ou derivados, pão escuro ou de mistura ou cereais integrais e fruta fresca)
- Evitar estar mais de 3 horas e meia sem comer, fazendo pequenas merendas entre as três refeições principais e uma pequena ceia antes do deitar)
- Diminuir o consumo de sal (reduzindo a quantidade para a confeção dos alimentos, optando pelo uso de ervas aromáticas e especiarias; não adicionando sal fino aos pratos já confeccionados)
- Evitar o consumo de alimentos muito salgados (ex.: chouriço e outros produtos de charcutaria e salsicharia, determinados queijos, caldos concentrados, molhos pré-preparados, alimentos tipo fast-food, etc. ...)
- Evitar a ingestão de açúcar e produtos açucarados (ex.: não adicionar açúcar ao leite, chá ou café; evitar o consumo de produtos ricos em açúcar como bolos, chocolates, gelados, rebuçados, mel, sobremesas açucaradas, gomas, refrigerantes, determinadas bolachas, etc.)
- Aumentar o consumo de hortaliças e legumes iniciando sempre o almoço e o jantar com uma sopa rica em hortaliças e legumes e consumir saladas como acompanhamento do prato principal
- Aumentar o consumo de fruta (no fim das refeições preferindo a fruta a outras sobremesas mais açucaradas; no intervalo entre as refeições)
- Dar preferência ao consumo de peixe e carnes magras por fornecerem a mesma quantidade de proteínas mas terem menor quantidade de gordura

- Beber água em abundância ao longo do dia
- Evitar o consumo de refrigerantes e bebidas artificiais à base de sumos de fruta que são geralmente pobres em nutrientes e ricas em açúcar
- Reduzir o consumo total de gorduras, em especial da gordura saturada, existente principalmente em produtos de origem animal. (diminuindo não só a quantidade de gordura usada para cozinhar e temperar, mas também o consumo de alimentos com elevado teor de gordura, como a margarina, a banha, a manteiga, os produtos de charcutaria e salsicharia, as natas, os molhos pré-preparados industrialmente, os caldos concentrados, etc...)
- Preferir métodos de culinária simples, saudáveis e saborosos, tais como os estufados, cozidos e grelhados
- Evitar o consumo de alimentos fritos, pois estes contêm grandes quantidades de gordura
- Privilegiar sempre o consumo do azeite em relação às outras gorduras, tanto para cozinhar, como para temperar os pratos.

Considerando que uma alimentação saudável é essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, que consiste num dos principais fatores que pode influenciar o rendimento escolar e a prevenção de complicações futuras, e o diagnóstico de situação previamente realizado no SUP do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, que evidenciou uma percentagem de 25.16% de crianças com excesso de peso e obesidade, foi desenvolvida uma sessão de educação para a saúde em diapositivos de diaporama com o intuito de passar no ecrã da sala de espera do mesmo serviço. A população alvo serão todas as crianças/jovens e famílias que recorram ao SUP do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo diversos estudos realizados a nível nacional, a obesidade infantil é uma realidade atual em Portugal. O trabalho do EESIP em todos os contextos onde a criança/família se encontre e a comunidade, ocupa um lugar de extrema relevância na medida em que pode influenciar positivamente a criança/ família na implementação de hábitos alimentares equilibrados, bem como, na prevenção da obesidade infantil.

Desta forma considerei pertinente e uma mais valia participar no projeto em curso no SUP para exposição de temas atuais e pertinentes em diapositivos de diaporama na televisão da sala de espera.

Uma vez que os temas a serem apresentados ainda se encontram a ser compilados, foi sugerido ao local de estágio um questionário para avaliação das sessões posteriormente apresentadas de forma a obterem um *feed-back* das mesmas.

Esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências comuns ao enfermeiro especialista como “*adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: p. 3 e 4), e competências específicas do EESIP, nomeadamente “*assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: p. 2).

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMANN, Gregória – *Promoção de uma Alimentação Saudável: Orientações para a elaboração de projectos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. 2006.

CANDEIAS, Vanessa et al - *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. 2005. ISBN 972-675-141-1

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto: Instituto do Consumidor - *Guia-Os Alimentos na Roda*. 2ª Edição. Lisboa. 2004. ISBN 972-8715-20-X

NUNES, Emília e BRENDA, João - *Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins de Infância*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. 2002. ISBN 972-9425-94-9

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências específicas de Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 5p.

<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt>

ANEXOS

ANEXO I

Plano da Sessão

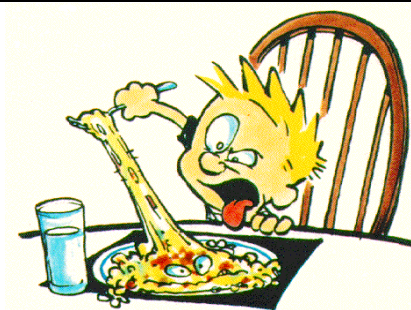
Tema: Promoção de uma Alimentação Saudável

Data: a estabelecer pelo SUP **Duração:** 5 min

Local: Ecrã da sala de espera do SUP, HFF E.P.E.

Destinatários: Crianças/jovens e famílias

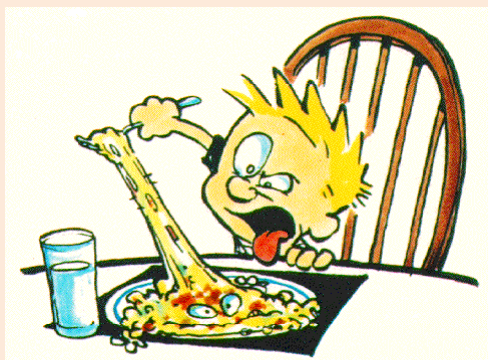
Objetivo Geral: Promover uma alimentação saudável na criança/ jovem



Etapas	Conteúdo	Metodologia	Tempo	Observações
Desenvolvimento	Importância de uma alimentação saudável Roda dos Alimentos Regras para uma alimentação saudável	Filme em Diaporama	5 min	Apresentação realizada no ecrã da sala de espera do serviço de urgência pediátrica
Avaliação	Aplicação de questionários	Formato de papel	2 min	

ANEXO II

Diapositivos em Diaporama



Promoção de Alimentação Saudável

Elaborado por: Andreia Gonçalves

Orientadora: EESIP Vera Ramos

Tutora: Professora Zaida Charepe

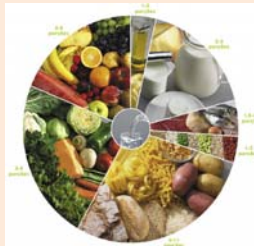
Alimentação Saudável



- Para crescer saudável
- Para ter energia
- Para prevenir doenças

Alimentação Saudável

Completa Comer alimentos de cada grupo da roda dos alimentos e beber água diariamente



Equilibrada Comer alimentos de todos os grupos nas quantidades adequadas

Variada Comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e consoante as épocas do ano

Gorduras e Óleos



REGRAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Pequeno Almoço



Almoço e Jantar



Lanche a meio da manhã



Lanche



Ceia

REGRAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Beber água ao longo do dia

Aumentar o consumo de fruta



Aumentar o consumo de hortaliças e legumes

REGRAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- Devemos evitar alimentos ricos em açúcar e o consumo excessivo de sal



Referências Bibliográficas

AMANN, Gregória – *Promoção de uma Alimentação Saudável: Orientações para a elaboração de projectos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. 2006.

BAPTISTA M^a Isabel; LIMA Rui; ALMEIDA, M^a Daniel - *Educação Alimentar em Meio Escolar: referencial para uma oferta alimentar saudável*. Lisboa: Ministério da Educação, Direcção Geral de Saúde. 2006. ISBN 972-742-243-8

Candeias, Vanesa et al - *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. 2005. ISBN 972-675-141-1

NUNES, Emília e BRENDA, João - *Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins de Infância*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. 2002. ISBN 972-9425-94-9

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto: Instituto do Consumidor - *Guia-Os Alimentos na Roda*. 2^a Edição. Lisboa. 2004. ISBN 972-8715-20-X

ANEXO III

Questionário proposto para Avaliação

**Questionário aos pais/crianças e jovens que
recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica do
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca**



Este questionário apresenta-se apenas como uma forma de obter contributos para uma melhoria de práticas em futuras Sessões de Educação para a Saúde. Solicitamos assim a sua colaboração através do preenchimento do seguinte questionário, tendo em conta o seu grau de satisfação.

1. Grau de Satisfação em relação à Sessão de Educação para a Saúde apresentada:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Correspondeu às expetativas?				
Deu resposta às necessidades nesta área?				
O tempo disponível foi o mais apropriado?				

2. Organização da Ação:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Metodologia utilizada				
Planificação e dinâmica				
Seleção da temática				

3.Avaliação

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Avaliação geral.				

4.Sugestões de outras temáticas que gostaria de ver desenvolvidas:

ANEXO X

Reflexão Pessoal do Workshop:

“Um Olhar sobre a Urgência”



Reflexão Pessoal da Sessão de Formação

“Um olhar sobre a Urgência”

Discente:

Andreia Gonçalves

Orientadora de Estágio:

EESIP Vera Ramos

Docente:

Professora Doutora Zaida Charepe

Novembro, 2012

Trabalhar num serviço de urgência pediátrica, consiste só por si numa situação complexa.

A elevada qualidade dos cuidados de saúde prestados pela equipa de enfermagem é a base da nossa intervenção. Intervir junto da criança/família para maximizar a sua saúde, prevenir a doença, detetar precocemente situações de risco e atuar em situações complexas são competências inerentes ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica em qualquer contexto que o mesmo se encontre.

A Urgência Pediátrica, segundo a legislação em vigor, recebe crianças/jovens até aos 18 anos menos 1 dia, pelo que é essencial ao EESIP conhecer e compreender todas as características dos diferentes estádios de desenvolvimento de forma a poder adequar a sua prestação de cuidados.

Possuir conhecimentos avançados e mobilizá-los para cada situação é preponderante para conseguir dar resposta a cada situação.

Num serviço de urgência pediátrica nada é programado. Ao recorrer a este serviço a criança/família solícita e perspetiva uma resposta rápida e eficiente por parte da equipa multidisciplinar para a sua situação, seja esta por risco de vida eminente ou não.

A função do EESIP vai além dos cuidados tecnicistas e generalistas específicos a cada situação, tendo de possuir competências profissionais que permitam atender a criança/família de modo eficaz e seguro. Deve contemplar todo o ambiente à sua volta, as características de cada criança/família e os fatores stressores envolvidos, de modo a diminuir a ansiedade/medo relacionada com um ambiente desconhecido e com as incertezas sobre a situação clínica.

Gerir o tempo ou situações de conflito eminentes está também inerente a estas competências, pois a criança/família, como referi anteriormente, “exige” não só ser atendida de forma eficaz mas também o mais rapidamente possível. Torna-se assim essencial estabelecer uma relação de confiança e empatia para que a criança/família não se sinta lesada ou “esquecida”.

Para além de competências profissionais penso ser também essencial o desenvolvimento de competências pessoais e emocionais para o EESIP que trabalha num serviço de urgência.

Gerir situações de risco de vida eminente ou mesmo de morte não se apresentam como momentos fáceis de gerir seja em que contexto for. A capacidade de conseguir atuar com eficácia, segurança e rapidez, ao mesmo tempo que se gere todo o tipo de emoções pessoais e acompanhar/apoiar a família é um desafio constante.

Em suma, considerei de extrema importância assistir a esta sessão de formação uma vez que me permitiu assistir à exposição de temáticas e opiniões vividas por profissionais dos serviços de urgência e compreender um pouco melhor o dia-a-dia destes colegas.

Um olhar sobre
as **URGÊNCIAS**
Participação gratuita



Workshop - 6 Novembro 2012
Auditório Hosp. Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE

workshop.urg2012@gmail.com

INSCRIÇÃO GRATUITA

Envio de mail com ficha de inscrição para:

- workshop.urg2012@gmail.com
- ou
- sandra.m.silva@hff.min-saude.pt

APRESENTAÇÃO DE POSTERS

- Data limite Entrega resumos — 20 de Outubro
- Consultar “Regulamento Apresentação Posters”

Comissão Organizadora

- João Vieira— joao.vieira@hff.min-saude.pt
- Alda Lino— alda.m.lino@hff.min-saude.pt
- Fátima Fidalgo— maria.f.goncalves@hff.min-saude.pt
- Graça Nascimento— graca.f.nascimento@hff.min-saude.pt
- Rita Carneiro— rita.carneiro@hff.min-saude.pt

SPONSORS



Um olhar sobre as **URGÊNCIAS**

Workshop - 6 Novembro 2012
Auditório Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE

PROGRAMA (Provisório)

8:30	SESSÃO DE ABERTURA
Painel 01 9:00 - 10:15	<p><u>Gestão de Doentes nos Serviços de Urgência</u></p> <p>MODERADOR: Alda Lino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triage (decisão/responsabilidade) - Márcio Carvalho • PTM – Organização dos Serviços de Urgência — Paulo Freitas • Estudo Multicêntrico Europeu – PTM em Pediatria — Nuno Oliveira • Processo Clínico Electrónico / Gestão da informação — Lídia Jerónimo • Discussão
10:15—10:35	COFFEE BREAK
10:35—11:05	<p><u>Conferência - Violência Contra Profissionais nos SU</u> (A designar—DGS)</p>
Painel 02 11:05 - 12:05	<p><u>Vítimas de Maus Tratos e Abusos</u></p> <p>MODERADOR: António Gonçalves</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crianças e Jovens em Risco - Helena Nunes de Almeida • Violência de Género / Idosos — Teresa Maia • Redes de Suporte às vítimas — Adélia Gomes
Painel 03 12:05 - 13:20	<p><u>Qualidade de Cuidados nos Serviços de Urgência</u></p> <p>MODERADOR: Fátima Fidalgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfil e Integração de Profissionais nos SU - Alexandre Tomás • Formação em Contexto de Urgência — Luísa D’Espiney • Auditoria dos Cuidados de Enfermagem —Elsa Guerreiro • Gestão de Reclamações / Elogios— Cláudia Machado

13:20—14:30	ALMOÇO PROJEÇÃO E APRESENTAÇÃO DE POSTERS
Painel 04 14:30 - 15:30	<p><u>Morrer na Urgência</u></p> <p>MODERADOR: Rita Carneiro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascer Sem Vida - Deolinda Major • Futuro Interrompido / Morte em Pediatria — M^a José Pinheiro • Vivências dos Profissionais — Tiago Silva • Discussão
Painel 05 15:30 - 16:30	<p><u>Doente Crítico</u></p> <p>MODERADOR: Graça Nascimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • O Pré-Hospitalar - Intervenção - Artur Morais • Liderança / Equipa de Reanimação — Nelson Santos • Presença dos Pais na Sala de Reanimação — Hélder Prata • Discussão
16:30 - 16:45	<p><u>Encerramento</u> (Comunicação de Resultados — Posters)</p>