



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A aplicação do MAIEC no contexto do Status Nutricional Infantil em Moçambique

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem,
com Especialização em Enfermagem Comunitária

Por Maria Isabel Costa de Sousa

Porto
março 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**A aplicação do MAIEC no contexto do
Status Nutricional Infantil em Moçambique**

**An application of MAIEC in the context
of child nutrition status in Mozambique**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Comunitária

Por Maria Isabel Costa de Sousa

Sob a orientação de Prof. Doutor Pedro Melo

Porto
março 2019

RESUMO

O presente documento é o relatório do estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa.

O estágio foi realizado em Moçambique no contexto escolar de uma instituição local constituída por várias comunidades escolares.

A problemática abordada foi a Saúde Infantil e Alimentação, dado que o Plano Estratégico para o Setor da Saúde em Moçambique – 2014-2019, demonstra uma elevada taxa de malnutrição especialmente em crianças menores de cinco anos.

Desenvolvemos o Diagnóstico do Status Nutricional das Crianças a partir da análise estatística dos dados antropométricos Perímetro Braquial, Prega Cutânea Tricipital, a partir dos quais calculamos a Área da Massa Braquial (AMB) e a Área de Gordura Braquial (AGB) e os respetivos Scores Z.

Em paralelo desenvolvemos o diagnóstico da Gestão Comunitária, a partir da matriz de decisão clínica do MAIEC, com os membros da comunidade (encarregados de educação e profissionais de educação).

A partir da identificação dos diagnósticos de enfermagem prioritários desenvolvemos a intervenção, constatamos os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comunitária, tendo a comunidade escolar como unidade de cuidados.

O projeto, integrado no projeto MAIEC na *Nursing Research Platform* do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi um contributo para o que se pretende ser um projeto de continuidade.

Com este relatório apresentamos o projeto desenvolvido no estágio e uma análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento das competências especializadas em Enfermagem Comunitária, assim como o desenvolvimento do grau de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Comunitária, Gestão Comunitária, Status Nutricional

ABSTRACT

This document is the report of the final internship of the Master's degree Course in Nursing with Specialization in Community Nursing of the Universidade Católica Portuguesa.

The internship was done in Mozambique in the school context of a local institution with several school communities.

The issue addressed in the present document was Children Health and Food, given that the Strategic Plan for the Health Sector in Mozambique - 2014-2019, shows a high rate of malnutrition especially in children under five years.

We developed the Diagnosis of the Nutritional Status of Children based on the statistical analysis of the anthropometric data Brachial Perimeter, Tricipital fold, from which we calculated the Brachial Mass Area (BMA) and the Brachial Fat Area (AGB) and the respective Z Scores.

In parallel, we developed the diagnosis of Community Management, based on MAIEC's clinical decision matrix, with community members (parents and caretakers).

From the identification of the priority nursing diagnoses we developed the intervention, from which we identified the gains in health sensitive to community nursing care, and the school community as a care unit.

The project, integrated in the MAIEC project in the Nursing Research Platform of the Center for Interdisciplinary Research in Health of the Portuguese Catholic University, was a contribution to what is intended to be a continuity project.

With this report we present the project developed in the internship and a critical-reflexive analysis on the development of specialized skills in Community Nursing, as well as the development of the Master's degree in Nursing.

Keywords: Community Health Nursing, Community Management, Nutrition Status

Deus quer, o homem sonha, a obra nasce.

Fernando Pessoa

DEDICATÓRIA

Ao pequeno Pedro Archiel Lucas (Pedrinho),
e nele a todas as crianças moçambicanas.

AGRADECIMENTO

*Khanimambu. Hosi yanga
Khanimambu, Tatana
Khanimambu, murisi wanga
Khanimambu, Xikwembu xanga
Na ku bonga, wene Tatana,
KhanimambuXikwembu xanga
Hi swivumbiwa swa wena hinkwaswu
Hi mintiru ya wena hinkwayu
Na hina, vana va wena¹*

¹TRADUÇÃO [tradução livre pela autora] Obrigado, ó meu Senhor/ Obrigado,ó Pai/ /Obrigado meu Pastor/
Obrigado, meu Deus / Dou-te graças ó Pai/ Graças meu Deus. Por todas as tuas criaturas/ Graças meu Deus/
Por todos os teus feitos/ E por nós seus filhos.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMO E SIGLAS

ACES	AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE
AMAI	AMIGOS DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL
CSP	CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
DSG	DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE
EE	ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO
EPS	EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
FANTA	ASSITÊNCIA TÉCNICA ALIMANETAR E NUTRIÇÃO
FHI	SAÚDE DA FAMÍLIA INTERNACIONAL
IIMM	INQUÉRITO DE INDICADORES MÚLTIPLOS
ISCISA	INSTITUTO SUPERIOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
JI	JARDIM INFANTIL
MAIEC	MODELO DE AVALIAÇÃO INTERVENÇÃO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO
MEEC	MESTRADO ESPECIALIZADO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
MINED	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E MOÇAMBIQUE
MISAU	MINISTÉRIO DA SAÚDE MOÇAMBIQUE
PMT	PRATICANTES DE MEDICINA TRADICIONAL
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ONG	ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL
PSS	PLANO SETORIAL DA SAÚDE
SNS	SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE
UNICEF	FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA
USAID	AGÊNCIA DS ESTADOS UNIDOS PARA O DESENVOLVIEMNTO INTERNACIONAL

ACRÓNIMO

M.E.S.A.- MAVALANE EMPODERADA (COM) SAÚDE (NA)
ALIMENTAÇÃO

ÍNDICE GERAL

1.INTRODUÇÃO.....	21
2. PROJETO M.E.S.A.	25
2.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	25
2.1.1 Modelo de Avaliação Intervenção Empoderamento Comunitário.....	26
2.1.2 O Plano Estratégico do Setor da Saúde em Moçambique.....	29
2.1.3 O Status Nutricional – Da realidade de Moçambique à avaliação das crianças no projeto M.E.S.A.	31
2.2 O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE.....	33
2.2.1 A seleção das variáveis	34
2.2.2 Caraterização da amostra	34
2.2.3 Seleção das Fontes de Informação	36
2.2.4 Elaboração dos Instrumentos de Colheita de Dados	36
2.2.5 Aplicação do pré-teste.....	37
2.2.6 Apresentação e Análise e dos Dados	37
2.2.7 Considerações éticas	38
2.2.8 Procedimento de colheita de dados	38
2.2.9 Análise e apresentação dos dados/ apresentação de problemas	38
2.3 A PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO	42
2.3.1 Determinação de Prioridades	42
2.3.2 Fixação dos Objetivos	44
2.3.3 Seleção de Estratégias	46
2.4 A INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE	48
2.5 AVALIAÇÃO.....	52

2.5.1 Liderança Comunitária e dimensão cognitiva	53
2.5.2 Liderança Comunitária e dimensão comportamental	54
2.5.3 Avaliação da Participação Comunitária	56
2.5.4 Processo Comunitário	57
2.5.5 Nível de Empoderamento comunitário	57
2.5.6 Oportunidades e Ameaças, Avanços e Desafios	60
3. REFLEXÃO	61
3.1 AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	62
3.2 O OLHAR DA ENFERMAGEM PARA E EM MOÇAMBIQUE	66
4. CONCLUSÃO	69
5. BIBLIOGRAFIA.....	73
ANEXOS	77
ANEXO I - Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário.....	79
ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética	85
APÊNDICES	89
APÊNDICE I - Colheita de dados: Formulários.....	91
APÊNDICE II - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação no Projeto.....	109
APÊNDICE III - Diagnóstico Gestão Comunitária Comprometida.....	119
APÊNDICE IV - Guião Temático: Grupo Focal	125
APÊNDICE V - Avaliação do Status Nutricional	135
APÊNDICE VI - Priorização dos Problemas	145
APÊNDICE VII - Logotipo do Projeto M.E.S.A.	155
APÊNDICE VIII - Plano de Atividades para realização do Projeto M.E.S.A.	159
APÊNDICE IX - Sessão de Educação Para a Saúde dirigida aos EE.....	163
APÊNDICE X- Mapa para avaliação de comportamentos (EE)	189

APÊNDICE XI - Folheto “Centro da Saúde ao Serviço da Comunidade”	193
APÊNDICE XII - Folheto “Cuidados a ter com a criança com diarreia”	197
APÊNDICE XIII - Sessão Educação para a Saúde dirigida aos EE	201
APÊNDICE XIV - Peça Teatral “Comer Bem, Viver Melhor”	209
APÊNDICE XV - Folheto “Horta na cidade”	213
APÊNDICE XVI - Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos Educadores	217
APÊNDICE XVII - Mapa para avaliação do comportamento (Educadores)	257
APÊNDICE XVIII - Livro de receitas “Mbita”	261
APÊNDICE XIX - Comissão “Amigos da Alimentação Infantil Saudável”	265
APÊNDICE XX - Veículo de comunicação	277

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Representação gráfica do nível de empoderamento comunitário das comunidades escolares em T0 (antes da aplicação do MAIEC).....	40
Gráfico 2 - Representação gráfica do nível de empoderamento comunitario das comunidades escolares em T1 (antes da aplicação do MAIEC).....	58

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual das crianças avaliadas, pelos intervalos de idade.....	35
Tabela 2 - Distribuição dos scores Z da AMB, AGB, PB e PCT e Z-composto	41
Tabela 3 - Lista dos problemas prioritários	42
Tabela 4 – Seleção de Estratégias.....	47
Tabela 5 - Indicadores de processo e resultado referente à Liderança Comunitária e dimensão cognitiva	53
Tabela 6 - Indicadores de Processo e de resultado referente à Liderança Comunitária e dimensão comportamental	55
Tabela 7 - Indicadores de Processo e de resultado referente à Participação Comunitária	56
Tabela 8- Indicadores de Processo e de Resultado referente ao Processo Comunitário	57

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, integrado no plano de estudos do 11º Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária (MEEC), no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

O estágio final realizou-se numa Associação Centro Dia no distrito de KaMavota, na cidade de Maputo, no período de 5 de Setembro de 2018 a 12 de Janeiro de 2019, totalizando 360 horas. A finalidade foi a avaliação do nível de empoderamento comunitário e a melhoria da gestão comunitária de profissionais de educação e encarregados de educação, tendo em vista a melhoria do estado nutricional das crianças que frequentam o pré-escolar desta Associação.

Para a realização do projeto de estágio M.E.S.A. (Mavalane Empoderada com Saúde na Alimentação) utilizamos como referência a matriz da decisão clínica do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário-MAIEC (Melo 2018; 2016), tendo uma Comunidade Pré-Escolar do bairro de Mavalane, como cliente.

Avaliamos o nível de empoderamento comunitário antes e após a aplicação do Modelo, no sentido de avaliarmos o seu impacto no seu aumento, para a comunidade dar resposta à problemática da Saúde Infantil e Alimentação.

Entre os motivos que nos levaram a optar pelo estágio final neste contexto, consideramos importante realçar a longa experiência de trabalho com a comunidade de Moçambique pela mestrandia, particularmente, no contexto das comunidades escolares. Considerando que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel central, dadas as metas da intervenção em Saúde Escolar orientadas para a capacitação das comunidades escolares (DGS, 2015), consideramos oportuno o desenvolvimento das competências especializadas neste contexto. Dizer também que no contexto moçambicano, a vulnerabilidade associada às condições de saúde, sempre foi uma área que motivou a autora do relatório a agir enquanto missionária *ad gentes* e enfermeira.

Em Moçambique a prevalência da malnutrição em crianças inferiores a cinco anos permanece alta: 43% das crianças menores de cinco anos sofrem de desnutrição crónica e 20% de desnutrição aguda, segundo dados do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS 2011), como explicaremos melhor no capítulo do enquadramento conceptual.

O estado nutricional adequado diminui significativamente o impacto das doenças no estado de saúde da criança contribuindo fortemente para o desenvolvimento imunitário, físico, motor e cognitivo da mesma (IIM, 2008). É por isso fundamental trabalhar esta problemática junto das comunidades e os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o contexto ideal para o concretizar.

O campo de estágio constitui um momento privilegiado de enriquecimento na assimilação da componente teórica, oportunidade de desenvolvimento dos conhecimentos na prática e a otimização das relações com a comunidade no sentido de obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A orientação tutorial ficou a cargo da Doutora Matilde Mabui Dimande (Enfermeira Diretora do Hospital Central de Maputo e Doutora em Saúde Pública) e Orientação do Prof. Doutor Pedro Melo da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

Com a realização deste relatório pretendemos demonstrar o percurso de formação realizado na área de Saúde Escolar, numa Associação Centro Dia, de acordo com os objetivos previamente traçados e as subjacentes atividades. E ainda evidenciar as competências adquiridas e/ou desenvolvidas, que permitem ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tomar decisões fundamentadas na evidência científica e atuar de forma autónoma, interdependente e responsável, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à comunidade.

Para nortear todo o percurso ao longo do estágio foram traçados os seguintes objetivos com vista a adquirir, desenvolver e sedimentar novas competências rumo à Especialização em Enfermagem Comunitária e ao Mestrado em Enfermagem: saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização; capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que, resultem dessas soluções e desses juízos ou os

condicionem; capacidade para tomar decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às responsabilidades sociais e éticas, e ainda ser capaz de comunicar as conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências.

Pretendemos com este relatório, através de uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, apresentar, de forma clara, todo o percurso realizado ao longo do estágio, apresentando todas as atividades realizadas, os resultados obtidos e consequente avaliação.

Para a concessão dos objetivos traçados fundamentamo-nos em pesquisa em base de dados credíveis, o conhecimento adquirido a nível académico, na componente teórica; na componente prática, a experiência profissional e a experiência dos enfermeiros especialistas e demais profissionais de saúde

O documento apresentado está estruturado em 4 partes. Primeira, a Introdução, onde apresentamos uma breve referência aos objetivos deste relatório assim como o trabalho desenvolvido; o Projeto M.E.S.A., com o enquadramento conceptual que suporta todo o trabalho e o diagnóstico de saúde, seguindo as fases do planeamento em saúde.

No terceiro capítulo fazemos uma reflexão crítica acerca das competências desenvolvidas rumo à Especialização em Enfermagem Comunitária, seguidamente apresentamos as principais conclusões obtidas e finalmente é apresentada toda a bibliografia consultada (a norma de referenciação utilizada foi a APA 6).

2. PROJETO M.E.S.A.

Neste capítulo vamos apresentar o Projeto de Estágio “M.E.S.A.” – Mavalane Empoderada com Saúde na Alimentação. Começamos por apresentar o enquadramento conceptual que orientou todo o processo de tomada de decisão, seguido da apresentação do Projeto de acordo com as etapas do Planeamento em Saúde.

2.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

“O desenvolvimento das comunidades cria-se a partir dos seus recursos materiais e humanos, com base na autoajuda e no suporte social.” (OMS, 1986: 4)

A especialização da Enfermagem Comunitária, preconiza a atuação da enfermagem centrada na comunidade, como afirma o colégio das especialidades:

“uma vez que o enfermeiro trabalha as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidades), proporcionando efetivos ganhos em saúde” (República Portuguesa, 2018).

Segundo Polit & Beck (2011), o conhecimento e a prática baseada na evidência fundamentam as decisões, ações e a interação dos enfermeiros, para a melhoria dos cuidados prestados ao cliente.

Apresentamos neste capítulo todo o enquadramento concetual que nos serviu de referência para a elaboração do nosso projeto:

- O modelo teórico de Avaliação Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) de enfermagem orientado para a comunidade como unidade de cuidados que aprofundaremos no primeiro ponto deste capítulo

- Os referenciais políticos e de Saúde Pública e o Plano Estratégico Para a Saúde de Moçambique, que explicamos no ponto 2;

- Os determinantes do estado nutricional das crianças de Moçambique e os referenciais para a avaliação do Status Nutricional das crianças através de técnicas não invasivas e com poucos recursos, face ao contexto do projeto, que explicaremos no ponto 3.

2.1.1 Modelo de Avaliação Intervenção Empoderamento Comunitário

O projeto desenvolvido tem como referência a matriz do Modelo de Avaliação Intervenção Empoderamento Comunitário (MAIEC) de Pedro Melo (Melo, 2017).

A Matriz da decisão clínica do MAIEC apresenta a comunidade como cliente dos enfermeiros e orienta a tomada de decisão do enfermeiro para o empoderamento comunitário enquanto processo e enquanto resultado (Melo 2016; Melo, Gomes da Silva, & Figueiredo, 2018)

Melo (2017, 2016) define os conceitos metaparadigmaticos de comunidade, ambiente comunitário, saúde comunitária e cuidados de enfermagem à comunidade.

- Comunidade, *“um conjunto de pessoas que integra um determinado contexto geográfico, bem delimitado, assim como as funções identificadas. É um sistema relacional aberto, decorrente da interação de pessoas, grupos e organizações comunitárias”*.

- Ambiente comunitário, *“conjunto de elementos humanos, membros da comunidade e pessoas externas à comunidade com quem é mantida interação. Tais elementos são de ordem física, económicos e políticos”*.

- A saúde comunitária é definida como *“processo dinâmico de empoderamento comunitário em que a participação, processo e liderança comunitária se conjugam na capacidade de identificar e resolver os problemas e potenciar os recursos da comunidade”*.

- Os cuidados de enfermagem à comunidade exigem uma *“ação colaborativa e potenciadora da comunidade, alicerçando a abordagem da gestão comunitária como potenciadora dos ganhos em saúde comunitários sensíveis aos cuidados de enfermagem”* (Melo, 2017, 2016: 19-20)

Os pressupostos e os postulados do MAIEC

O MAIEC fundamenta-se em três pressupostos que orientam para a abordagem colaborativa da comunidade como unidade de cuidados numa perspetiva sistémica e centrada na potencialização das forças e recursos da comunidade. E ainda apresenta

cinco postulados, que afirmam a conduta do utilizador deste referencial para a avaliação e intervenção em qualquer comunidade, sempre centrada na sua potencialização e tendo o empoderamento comunitário como processo e como resultado (Melo, 2016; Melo, Gomes da Silva, & Figueiredo, 2018)

Segundo Melo, Silva e Figueiredo(2018) e Melo (2016), a Gestão Comunitária é o foco principal da atenção e concretiza o desenvolvimento do empoderamento comunitários desde a ação pessoal até à ação social e política.

Ao foco **Gestão Comunitária** são-lhe atribuídas três dimensões de diagnósticos, a saber: o processo comunitário, a participação comunitária e a liderança comunitária.

A **participação comunitária** e **processo comunitário** estão associados ao envolvimento comunitário, eles decorrem da interação tanto ao nível do sistema interno como da relação com outros subsistemas comunitários.

A **liderança comunitária** caracteriza-se pela relação pessoal; o individuo empoderado manifestar-se-á favorável à mudança, tendo em conta, os objetivos propostos, para dar resposta aos problemas da comunidade. A identificação da existência de um líder local é de suma importância para a progressão do trabalho.

A cada uma destas dimensões de diagnósticos estão associados um ou mais critérios de diagnóstico. Há duas atividades de diagnóstico: o processo de interação com o ambiente e o processo de interação com a comunidade.

Relativamente aos processos de interação com o ambiente, temos o *coping* comunitário, associado à capacidade da comunidade em mobilizar os recursos e responder aos seus problemas.

Nesta dinâmica é fundamental identificar se: a comunidade tem experiências anteriores com o problema em análise, capacidade para questionar o “porquê” do seu diagnóstico face ao problema, relações com agentes para a resolução do problema e recursos com formação em planeamento em saúde. Se algum destes itens apresentados anteriormente for negativo, o processo comunitário está comprometido por *Coping* não efetivo.

Para a consolidação do processo comunitário são necessários: a comunicação, as parcerias e as estruturas organizativas.

No âmbito da comunicação é fundamental perceber se a comunidade e/ ou os líderes têm estruturas eficazes de comunicação e existência de comunicação clara entre estes e os agentes externos, acerca do problema em análise.

Quanto às parcerias é necessário que o profissional de saúde perceba o nível de conhecimento da comunidade e/ou líder acerca dos recursos para estabelecer parcerias e ainda se a comunidade tem alguma parceria em curso para a resolução do problema em estudo.

Relativamente ao diagnóstico de **liderança comunitária**, no que tange aos processos intencionais da comunidade, temos as seguintes subdimensões de diagnóstico: o conhecimento, as crenças e ainda a volição.

O profissional de enfermagem deve avaliar o grau de conhecimento que a comunidade e/ou líder dispõe sobre os aspetos primordiais do problema em estudo. É também de fundamental importância perceber que a comunidade e/ou líder acreditam no projeto e têm aptidão para abordar o problema em estudo. Finalmente, a volição consiste na percepção da vontade e/ou motivação da comunidade e/ou líder para o desenvolvimento do projeto em estudo.

A intervenção do profissional de enfermagem, para a resolução destes diagnósticos de enfermagem, passa pela melhoria da Gestão Comunitária, e esta faz-se pela promoção da participação comunitária, da liderança comunitária e da melhoria do processo comunitário.

É ainda necessária a avaliação do nível de empoderamento comunitário da comunidade, numa fase inicial e no término, após a implementação das estratégias. Para tal, o autor utiliza a *Empowerment Assessment Rating Scale* (Bastos, 2017), traduzida e validada para o contexto português, utilizando como recurso o Grupo Focal (Melo, 2017).

Segundo a Carta de Ottawa (OMS, 1986), a saúde deve ser entendida como um recurso e nunca uma finalidade de vida. A promoção da saúde desenvolve-se com intervenções concretas e efetivas na comunidade, através de estabelecimento de prioridades, da tomada de decisão, planeamento e implementação de estratégias para atingir a melhor saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1986) define promoção de saúde como aumento da capacidade das pessoas para controlarem a sua saúde. E associado a este conceito, Laverack(2008) apresenta o empoderamento comunitário como um processo (obtenção de uma meta ou objetivo) e como resultado.

O empoderamento comunitário, enquanto processo interativo, capacita as pessoas/ grupos para a sua autonomia, é a base para a promoção da saúde das comunidades (Laverack, 2008).

Laverack(2008), propõe nove domínios operacionais do empoderamento comunitário: a participação, a liderança, as estruturas organizativas, a avaliação do problema, a mobilização de recursos, a capacidade para questionar, as ligações a outras pessoas e organizações, o papel dos agentes externos e a capacidade de gestão do programa/projeto.

Segundo Stanhophe & Lancaster(1999), um aspeto importante para promoção da saúde consiste na formação de grupos para a melhoria da saúde das pessoas e atuação perante os problemas que colocam em risco a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. O enfermeiro deve saber usar este recurso para efetivar as mudanças são necessárias para proporcionar mais e melhor qualidade de vida à comunidade.

O processo de empoderamento comunitário aplica-se em pessoas e comunidades, capacitando-as para a tomada de decisão, em questões de ordem pessoal, social e política. O profissional de enfermagem atua como facilitador, capaz de levar a pessoa/ comunidade a descobrir as suas potencialidades para resolução dos problemas.

Os estudos demonstram que a aplicação deste modelo, no âmbito da saúde comunitária e nomeadamente, numa população com baixo nível de empoderamento comunitário, proporcionará ganhos em saúde à comunidade de Mavalane/Maputo, associados à gestão comunitária e ainda potenciará o poder da comunidade para a resolução do problema de malnutrição em crianças pré-escolares.

2.1.2 O Plano Estratégico do Setor da Saúde em Moçambique

Moçambique um país situado na costa sul oriental de África, com uma superfície total de 799.380Km² e população de 28.861.863 habitantes (INE, 2017). Está dividido em 11 províncias e a maioria das pessoas vive na zona rural.

É uma população bastante jovem, 45% (INE, 2007), com baixo nível de escolaridade, 49.4% da população analfabeta (UNDP, 2015) e com 46% dos moçambicanos a viver abaixo da linha de pobreza (MISAU, 2016).

Segundo dados do Inquérito Demográfico de Saúde (IDS, 2011), a esperança média de vida ronda os 53.1 anos, taxa de mortalidade infantil de 64 por mil, taxa de mortalidade infantil inferior a 5 anos de idade 97por mil, com alta taxa de fecundidade de 5,9 e ainda uma taxa de prevalência de desnutrição crónica 43,1%; além de alta prevalência de HIV/SIDA 10,8%.

O Inquérito de Indicadores Múltiplos 2008 (IIM, 2008) refere a malária, a infeção respiratória e a prevalência de doenças diarreicas como as principais causas de morte em criança.

E ainda a agravar, as doenças tropicais negligenciadas, baixa procura dos cuidados de saúde, maior suscetibilidade do país às catástrofes naturais e ocorrência de calamidades naturais.

Segundo Plano Estratégico do Setor da Saúde (PESS) (República de Moçambique 2014), as doenças tropicais negligenciadas, não sendo uma causa direta de morte, provocam atraso de crescimento e desenvolvimento das crianças e constituem fatores determinantes para a anemia e malnutrição.

Outros desafios colocados ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) afirma o PESS (República de Moçambique, 2014) são a procura dos praticantes de medicina tradicional (PMT), a automedicação e maior procura aos hospitais por razões culturais, face ao difícil acesso aos CSP.

Apesar do crescimento económico registado nos últimos anos, Moçambique continua como um dos países mais pobres do mundo (UNDP, 2015).

Desde o ano 2000 que o Ministério da Saúde (MISAU) elabora planos estratégicos, cujo objetivo é orientar o Sistema Nacional de Saúde (SNS).

O PESS 2014-2019 (República de Moçambique 2014) é o resultado de todo um processo de diagnóstico e avaliação que envolveu o governo, as instituições, individualidades e grupos. Cujos princípios norteadores são os cuidados de saúde primários, equidade, qualidade, parcerias, envolvimento comunitário, investigação e inovação tecnológica e ainda integridade, transparência e prestação e contas.

Segundo o PESS (República de Moçambique, 2014), na última década, o sector da saúde tem registado melhorias significativas quanto ao acesso aos cuidados de saúde primários; no entanto, a cobertura da rede de cuidados de saúde ainda é reduzida e a rede sanitária abrange apenas metade da população. A escassez de recursos humanos, materiais, equipamentos e a qualidade dos serviços de saúde fortemente comprometida, o que leva à fraca procura dos serviços, nas unidades de saúde.

As organizações não governamentais (ONG), voltadas para as áreas programáticas, procuram minimizar as lacunas do SNS, mas, aponta o PESS, a existência de trabalhos individualizados por parte destas organizações, não fortalece as instituições nacionais e são fortemente ameaçados pela insustentabilidade. O grande desafio colocado à saúde comunitária é *“a equidade, a qualidade e a sustentabilidade*

destas iniciativas, e incluindo o seu enquadramento no aparelho do estado” (República de Moçambique, 2014:23)

Os CSP são a pedra angular para assegurar o acesso universal da saúde a toda população, para que os valores universais estejam salvaguardados (universalidade, equidade, a participação e colaboração intersectorial) atuando como alavanca do SNS. Cuidados de saúde, vistos na perspetiva do indivíduo e a prestação de serviços integrados num sistema, promovem a continuidade dos cuidados, a vários níveis e ao longo de toda a vida.

Passados quarenta anos da Declaração de Alma-Ata, (OMS, 1978), os CSP no centro do sistema de saúde, ainda há longo caminho a percorrer pelo estado moçambicano; de forma a promover um SNS com maior equidade em saúde, com serviços de qualidade, centrados nas necessidades das pessoas, da família e da comunidade.

Os direitos fundamentais da criança moçambicana devem ser preservados (República de Moçambique, 2004: artº.47), é desejo de todo o povo moçambicano viver numa sociedade mais desenvolvida e produtiva, onde todos tenham igualdades de acesso aos bens necessários, ou seja, alimentação, habitação, saúde e educação ao longo de toda a vida. É papel do Ministério da Saúde (República de Moçambique, 2014), proteger, promover e restaurar a saúde das populações.

Neste contexto emerge a problemática da nutrição como um fator importante para a saúde das crianças em Moçambique, por isso, no ponto seguinte falaremos mais especificamente do fenómeno nutricional, bem como dos referenciais para melhor o avaliar com os recursos disponíveis.

2.1.3 O Status Nutricional– Da realidade de Moçambique à avaliação das crianças no projeto M.E.S.A.

Segundo o PESS (República de Moçambique, 2014) uma em cada seis crianças morre antes de completar 5 anos de idade, sendo a malnutrição responsável por aproximadamente 20% das mortes. Os indicadores nutricionais informam que 43% das crianças menores de 5 anos sofrem de subnutrição crónica moderada e 20% sofrem de subnutrição crónica grave. (MISAU, INE & ICFI, 2011).

Segundo o Relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF 2014) a malnutrição é um flagelo que destrói as famílias moçambicanas, sobretudo, as classes mais pobres, colocando em risco o desenvolvimento físico e cognitivo da criança, assim como a produtividade e ainda maior suscetibilidade às infeções e a doenças crónicas em adulto.

Para a saúde do indivíduo são decisivos os fatores biológicos e genéticos e ainda outros determinantes como: políticos, socioculturais, económicos, geográficos e do meio.

A meta do MISAU é a redução da desnutrição crónica para 20% até ao ano 2020 (República de Moçambique, 2011). Para tal, o governo lançou o Plano de Ação Multissetorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011-2015 (2020) com os seguintes objetivos: melhorar a saúde nutricional dos adolescentes; promover a saúde das mulheres em idade fértil, antes e após gravidez e lactação; fortalecer as atividades nutricionais dirigidas às crianças nos primeiros anos de vida, melhorar o acesso e utilização dos alimentos de alto valor nutritivo às famílias; capacitar recurso humano na área nutricional; advogar, coordenar e gerir a implementação do plano e ainda promover o sistema de vigilância alimentar e nutricional (República de Moçambique, 2011).

O Plano de Ação Multissetorial para Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011-2014 (2020) (República de Moçambique, 2011) aponta como principais causas da desnutrição: a ingestão inadequada de nutrientes (sobretudo proteínas e micronutrientes) e as infeções.

São causas secundárias a insegurança alimentar; a quantidade e qualidade dos alimentos; os cuidados à criança, nomeadamente, aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida e introdução precoce de alimentos; curto espaçamento entre gravidezes; difícil acesso aos serviços de saúde; falta de saneamento básico e de água potável e ainda a pobreza e baixa escolaridade, sobretudo das mulheres.

O tratamento da desnutrição aguda, como afirma o PESS (República de Moçambique, 2014) é insatisfatório, comprovado pela elevada taxa de abandono e mortalidade intra-hospitalar, originado pela falta de cuidados e insumos nas unidades hospitalares.

Para o combate à desnutrição, o SNS criou algumas iniciativas tais como: hospital amigo da criança, suplemento com sal ferroso e iodo, desparasitação, posto

sentinela para o seguimento de malnutrição e ainda os centros de reabilitação nutricional nas Unidades de Saúde.

Os fatores socioculturais, segundo o PESS (República de Moçambique, 2014) também influenciam o estado de saúde das pessoas devido aos comportamentos de risco, crenças e tabus, tornando a população mais vulnerável e predisposta à doença.

Segundo o Plano Estratégico de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença na Comunidade Escolar 2010-2016 (República de Moçambique, 2010) o Governo pretende alargar o Programa de Saúde Escolar a todos os estabelecimentos de ensino desde o ensino pré-primário até ao ensino técnico tanto do sistema público como privado, contribuindo para um ambiente escolar seguro, saudável e favorável à boa aprendizagem e ao desenvolvimento harmonioso do aluno.

O PESS (República de Moçambique, 2014) refere também a necessidade de intensificar a formação de mais agentes polivalentes elementares² nos distritos e ainda capacitar profissionais de saúde, líderes comunitários, religiosos, organizações civis e comunitárias, para a promoção da saúde.

Segundo a OMS (1995) os dados antropométricos (peso, altura, perímetro braquial e prega tricipital) são um método universalmente aplicado, não invasivo, barato para avaliar tamanho, proporções e composição do corpo humano. Esta foi a considerada ideal para o contexto com recursos escassos, como o de Moçambique.

O perímetro braquial é bom indicativo da massa muscular e a prega tricipital o valor da massa gorda subcutânea.

2.2 O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

“O Planeamento em Saúde procura, em última análise, um estado de Saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações.” (Imperatori & Giraldes, 1986:37)

Segundo Imperatori e Giraldes (1986), o Planeamento em Saúde é um processo dinâmico que tem na sua constituição várias etapas: o Diagnóstico em Saúde, Definição

²Agente elementar polivalente é uma pessoa voluntária que presta serviço à comunidade de promoção da saúde, nomeadamente, higiene individual, familiar e do saneamento do meio; aconselhamento às gestantes, cuidados ao bebé (aleitamento, alimentação complementar, prevenção de doenças endémicas entre outros.

de Prioridades, Fixação de Objetivos, Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e projetos, Preparação da Execução e por último, a Avaliação.

Este subcapítulo refere-se apenas à primeira etapa do processo de planeamento em saúde, e nele pretendemos identificar as atividades realizadas para a consecução do Diagnóstico da Situação, nomeadamente seleção das variáveis, amostra, seleção das fontes de informação, instrumento de colheita de dados, aplicação do pré-teste, análise e apresentação dos dados, considerações éticas, procedimentos de colheitas de dados e ainda análise e apresentação dos dados/apresentação dos problemas

2.2.1 A seleção das variáveis

Para melhor conhecimento das características da população foram selecionadas variáveis. Pela revisão da literatura e orientação do Prof. Doutor Pedro Melo, permitiu-nos selecionar as variáveis em estudo, que passamos a descrever:

- Caracterização da amostra: idade, sexo, estado civil, agregado familiar e situação sócio económica
- Gestão Comunitária:
 - Participação Comunitária
 - Liderança Comunitária (papel parental e papel profissional)
 - Processo Comunitário
- Status Nutricional (Dados antropométricos)

2.2.2 Caracterização da amostra

A amostra selecionada foi do tipo não probabilística e acidental (Fortin, 2009).

A população deste diagnóstico de saúde é constituída pelas crianças que frequentam o pré-escolar, 4 Escolas/Jardim de Infantil (JI), seus educadores e encarregados de educação (EE) no ano letivo de 2018 e ainda membros da comunidade.

O total de crianças que frequentam o JI, no bairro de Mavalane, é de 566. Num total de 555 encarregados de educação (EE) e 52 educadores.

A nossa amostra ficou assim constituída: 351 crianças dos 2 aos 5 anos, 52 educadores e 35% dos EE que perfaz 194 membros da comunidade.

Em relação aos profissionais de educação: para uma população de 52 profissionais, obtivemos uma amostra por conveniência de 49 (94%) dos profissionais,

com participação maioritariamente feminina (98%). Verifica-se que 45% dos inquiridos se encontra na faixa etária dos 30-39 anos.

Quanto à escolaridade, 45% (22) dos profissionais de educação têm entre o 11º e 12º ano e 64% (27) tem escolaridade do 8º ao 12º ano. Relativamente à função na instituição predomina a categoria de educadora (59%) nos quatros estabelecimentos de ensino e quanto ao tempo de serviço 53% dos inquiridos já exerce funções no estabelecimento de ensino há mais de 5 anos.

Em relação aos encarregados de educação: a maioria dos encarregados de educação (45%=n=79) tem idade compreendida entre 20 e 29 anos, seguida com 35% (62) dos inquiridos com idade entre 30 e 39 anos.

Para caracterização da família procedeu-se ao genograma e escala de Graffar atualizada (Figueiredo, 2012). Verificando-se que 61% da amostra é constituída por famílias extensas ou alargadas com predominância das famílias de classe média baixa (52%) e classe baixa (19%).

Em relação à avaliação dos dados antropométricos das crianças, foram avaliadas crianças de 3 JI que na semana da colheita de dados foram à escola. Para garantir a avaliação rigorosa que exigia um tempo adequado para cada criança, face ao tempo que tínhamos no estágio, decidimos em reunião de peritos excluir um dos JI, ficando com uma amostra final de 227 crianças.

Relativamente à amostra das crianças no que se refere à sua distribuição por sexo, corresponde a 53% do sexo feminino. Em relação à idade, a idade máxima corresponde a 69 meses e a idade mínima a 23 meses.

Em relação à idade, a idade máxima corresponde a 69 meses e a idade mínima a 23 meses, distribuídos por intervalos de idade, como se verifica na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual das crianças avaliadas, pelos intervalos de idade

		Fi	Fri
IDADE (meses)	<24 meses	4	1.7
	25-36 meses	28	12.4
	37-48 meses	54	23.7
	49-60 meses	83	36.6
	>60 meses	58	25.6
	Total	227	100,0

2.2.3 Seleção das Fontes de Informação

A elaboração de um Diagnóstico de Situação deve estar alicerçada numa informação segura, adequada e recente, de modo que os resultados obtidos sejam fidedignos, válidos e úteis. Assim, para a elaboração dos mesmos, foram consultadas várias fontes, nomeadamente: Bases de Dados Científicas (*Scielo, Medline, Cinhal*), para procurar evidência científica para sustentar a colheita de dados. O Diretor da Associação, Pároco da Paróquia de Mavalane, para ter acesso a dados sobre a instituição e os membros da comunidade.

2.2.4 Elaboração dos Instrumentos de Colheita de Dados

O Projeto MAIEC da *Nursing Research Platform* do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que o nosso projeto M.E.S.A. integrou, prevê, nos seus objetivos, avaliar o impacto da utilização do MAIEC na comunidade abrangida.

Assim, para a avaliação do nível de empoderamento comunitário da comunidade escolar relacionado com a saúde infantil e alimentação, antes da aplicação das intervenções propostas na matriz de decisão clínica do MAIEC, considerámos a versão traduzida da *Empowerment Assessment Rating Scale* (Bastos, 2017) (Anexo I), considerando os seus nove domínios: participação comunitária, capacidade para questionar, capacidade para gestão de programas, liderança local, estruturas organizativas, ligações a outros, papel do agente externo, capacidade para a avaliação do problema e mobilização de recursos.

▪ Avaliação da Gestão Comunitária

Para avaliação da Gestão Comunitária, construímos um formulário, a partir da decisão clínica do MAIEC, nas suas dimensões de diagnóstico, dado ser uma comunidade escolar, integrámos a avaliação dos seus dados associados ao papel profissional (nos membros da comunidade profissionais de educação) e ao papel parental (nos membros da comunidade encarregados de educação).

Um primeiro formulário para avaliação do papel profissional composto por duas partes, na primeira a caracterização sociodemográfica dos educadores e uma segunda parte onde avaliamos os dados associados à gestão comunitária para a promoção da

saúde infantil no que diz respeito às dimensões de diagnóstico: liderança comunitária, processo comunitário e participação comunitária.

E ainda um segundo formulário para avaliação do papel parental, aplicado aos encarregados de educação, quanto ao conhecimento sobre alimentação infantil e os comportamentos de procura de saúde no contexto da saúde nutricional infantil (Apêndice I).

- **Avaliação do estado nutricional das crianças**

Para avaliação do Status Nutricional das crianças utilizamos como referência os dados antropométricos, nomeadamente, peso, altura, o perímetro braquial e a prega cutânea tricipital a partir dos quais calculamos a Área da Massa Braquial (AMB) e a Área de Gordura Braquial (AGB) e os respetivos Scores Z (Mascarenhas, Zemel&Stallings (1998) e Frisancho (1993, 1981). E as curvas de crescimento de referência em Moçambique (República de Moçambique, 2015).

2.2.5 Aplicação do pré-teste

Esta etapa denominada de Pré-Teste, tem como finalidade, evidenciar possíveis falhas na redação do Formulário (Fortin, 2009).

O Pré-Teste foi aplicado numa escola pré-primária do Bairro do Aeroporto, por ter características idênticas à população em estudo. Um primeiro formulário foi aplicado a 9 educadores e um segundo formulário a 20 membros da comunidade (encarregados de educação).

2.2.6 Apresentação e Análise e dos Dados

A análise dos dados recolhidos produzirá resultados que serão interpretados pelos investigadores. Neste estudo, o método de análise de dados será estatístico, no qual se efetuará uma análise descritiva e inferir dos mesmos.

Será usado o programa Microsoft Office Excel 2007 para o tratamento dos dados relativamente à avaliação da Gestão Comunitária e o Software SPSS versão 24 (Statistical Package for Social Sciences) versão para o tratamento dos dados antropométricos.

2.2.7 Considerações éticas

A realização de uma investigação exige respeito por princípios éticos, impondo obrigações relativas à proteção dos indivíduos que aceitam participar de um estudo de investigação. O respeito pela autonomia da pessoa é fundamental.

Para a realização do projeto de estágio, este foi submetido à comissão de ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que deu parecer favorável (Anexo II).

Foi efetuado o pedido de autorização para a população em estudo, aos educadores aos encarregados de educação, aos pais para a avaliação dos dados antropométricos das crianças em estudo e ainda aos membros da comunidade que aceitaram participar do grupo focal (Apêndice II).

Respeitando a confidencialidade e o anonimato da informação fornecida e no sentido de a garantir, no relatório não foram identificados os inquiridos.

2.2.8 Procedimento de colheita de dados

A colheita de dados foi efetuada no período de 01 de Setembro a 09 de Outubro, abrangendo os encarregados de educação, os profissionais de educação e as crianças de quatro escolas do bairro de Mavalane.

O grupo focal para avaliação do nível de empoderamento comunitário abrangeu os líderes de cada comunidade escolar (encarregados de educação e educadores).

Foram necessárias quatro semanas para aplicar o formulário a todos os membros da comunidade em paralelo com a avaliação do status nutricional em todas as crianças, pois exigiu conjugar as disponibilidades das comunidades escolares e dos membros da comunidade com as disponibilidades da gestora do projeto.

2.2.9 Análise e apresentação dos dados/ apresentação de problemas

Teixeira (2010) define problema em saúde como tudo aquilo que está fora dos padrões da normalidade para o indivíduo, grupo ou instituição.

Tendo por base a matriz referencial do MAIEC, no âmbito da Gestão Comunitária, o formulário versou três dimensões de diagnóstico: a liderança comunitária, a participação comunitária e o processo comunitário.

Apresentamos de seguida os resultados obtidos através da colheita de dados quanto à avaliação da Gestão Comunitária (Liderança Comunitária - papel parental e papel profissional, Participação Comunitária e Processo Comunitário), o nível de Empoderamento Comunitário o Status Nutricional das crianças.

▪ **Gestão Comunitária Comprometida**

Identificámos o diagnóstico de Gestão Comunitária comprometida, com comprometimento das suas três dimensões de diagnóstico, quer no âmbito dos membros da comunidade encarregados de educação (Papel Parental), quer no âmbito dos profissionais de educação (Papel Profissional), tendo identificado 42 subdiagnósticos (Apêndice III), associados a uma Liderança Comunitária comprometida (conhecimento, crenças, volição e comportamentos), a uma Participação Comunitária comprometida (inexistência de estruturas organizativas, parcerias e mecanismos de comunicação sobre a saúde infantil e alimentação) e um Processo Comunitário comprometido (associado à inexistência de experiências anteriores e recursos para responder à problemática da saúde infantil e alimentação).

Referente à dimensão diagnóstica da liderança comunitária associado ao papel parental no âmbito da saúde das crianças e alimentação emergiram os seguintes subdiagnósticos: dimensão cognitiva (6 subdiagnósticos), dimensão comportamental (15 subdiagnósticos).

Associado ao papel profissional no âmbito da saúde das crianças e alimentação saudável obtivemos os seguintes subdiagnósticos: dimensão cognitiva (15 subdiagnósticos) e dimensão comportamental (3 subdiagnósticos).

Na avaliação da Participação comprometida avaliamos as estruturas organizativas, as parcerias e a comunicação.

Referente à dimensão diagnóstica do Processo comunitária para saúde das crianças e alimentação definimos o subdiagnóstico *Coping* comunitário comprometido.

▪ **Nível de Empoderamento Comunitário**

Depois de desenvolver o grupo focal (Apêndice IV) com os líderes da comunidade, aplicando a escala já referida, identificamos os resultados seguintes:

No que respeita à problemática da saúde infantil e alimentação, com a exceção da liderança local (relacionada com a presença do Ministério do Género e da Ação Social, que foi identificado como um líder que supervisiona alguns processos

associados à alimentação das crianças nas escolas) todos os restantes 8 domínios de empoderamento comunitário se encontram com um nível muito baixo, apresentando score 1 (conforme apresentado no gráfico 1).

Gráfico 1 - Representação gráfica do nível de empoderamento comunitário das comunidades escolares em T0 (antes da aplicação do MAIEC)



▪ Avaliação do Status Nutricional

Para avaliação dos dados antropométricos do Status Nutricional foram usadas duas medidas: as curvas de referência previstas para a avaliação do desenvolvimento infantil em Moçambique (República de Moçambique, 2015), e Área Muscular Braquial (AMB) e Área de Gordura Braquial (AGB) e com os respetivos scores Z, assim como os scores Z do Perímetro Braquial (PB) e da Prega Cutânea Tricipital (PCT). A partir dos scores Z da AMB e da AGB calculamos ainda o score Z Composto (Mascarenhas, Zemel&Stallings (1998) e Frisancho (1993, 1981) (Apêndice V).

De acordo com as curvas de referência para o Desvio Padrão da relação peso-altura, nas crianças com menos de 5 anos de idade, identificaram-se 3% das crianças com um status ponderal diminuído em grau muito elevado (-3), que confere com os dados para a cidade de Maputo (2.2%) abaixo de (-2) (IDS,2011), 15,2% das crianças com um status ponderal diminuído em grau elevado (entre -2 e -1). As crianças com mais de 5 anos de idade da amostra estudada, emerge que a maior parte das crianças (54,8%) se encontra dentro da média para a idade. Em relação àquelas que apresentam

sinais de diminuição no status ponderal, 3,2% tem um IMC diminuído em grau muito elevado face à média (DP=-3), 17,7% com um IMC diminuído em grau elevado (DP entre -2 e -1).

Segundo os autores (Mascarenhas, Zemel&Stallings (1998) e Frisancho (1993, 1981) os parâmetros do score Z são mais específicos traduzem melhor o status nutricional em crianças.

Pela análise estatística quanto à distribuição percentual dos scores Z identificados para as diferentes medidas antropométricas, verifica-se pela Tabela 2, para o Z-Composite: 51.3% (n=115) das crianças apresentam status nutricional reduzido em grau moderado (scoreZ= -1 a -2), ou seja, encontram-se subnutridas e 10.7% das crianças sofrem de desnutrição em grau elevado. Encontramos, assim, valores superiores aos estudos realizados para a cidade de Maputo, que indicam 23% das crianças com desnutrição moderada (IDS, 2011).

Em relação às crianças acima dos parâmetros ponderais médios, identificamos uma média de 0.4% (n=1) com score Z acima de 3 e ainda 1.2% (3) com score Z superior a 2 que fica muito abaixo do valor para a cidade de Maputo (8.6%) (IDS, 2011). Tais valores estão abaixo dos valores nacionais dada a amostra ser pequena.

Tabela 2 - Distribuição dos scores Z da AMB, AGB, PB e PCT e Z-composto

Intervalos scores Z	ZAMB		ZAGB		ZPB		ZPCT		Z Composite	
	Fi	Fri	Fi	Fi	Fi	Fi	Fi	Fri	Fi	Fri
-3,00 a -2,00	1	0,4	1	0.4	2	0.8	3	1.3	0	0
-2,00 a -1,00	35	15,2	27	11.7	35	15.2	27	11.7	23	10.7
-,99 a -0,01	84	37,9	100	45.1	72	31.7	95	42.4	92	40.6
= 0,00		0	0	0	0	0	0	0	3	1.3
0,00 a 1,00	68	29,7	71	31.2	83	36.4	77	33.9	88	38.7
1,00 a 2,00	31	13,5	22	9.2	29	12.7	17	7.3	18	7.5
2,00 a 3,00	8	3,3	4	1.6	5	2.1	5	2.1	2	0.8
>3,00	0	0	2	0.8	1	0.4	3	1.3	1	0.4
Total	227	100,0	27	100,0	272	100,0	27	100,0	227	100,0

Destaca-se assim a predominância do Status Nutricional comprometido por diminuição acentuada face à média das crianças (acima dos 10%) e que a maior parte das crianças avaliadas se encontra desnutrida.

2.3 A PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Teixeira (2010) alerta para o fato de que a planificação deve sintetizar os objetivos, atividades, produtos e resultados, participantes, prazos e recursos em ordem ao cumprimento das metas propostas.

Nesta etapa do Planeamento em Saúde serão explanadas as fases da determinação de prioridades, fixação dos objetivos e seleção de estratégias.

2.3.1 Determinação de Prioridades

Após o levantamento dos problemas definimos as prioridades, tendo em conta os contextos e os recursos existentes (Sousa 2017).

Realizamos a análise das prioridades considerando os critérios da Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade, tendo como referência as definições propostas por Pereira (2007) (Apêndice VI)

A magnitude diz respeito à dimensão e importância do problema. A transcendência é a medida de relevância social, do reconhecimento que determinada população dá a um evento, do desejo da comunidade de resolver o problema. Esta é normalmente bastante influenciada também pela gravidade dos eventos.

A vulnerabilidade está relacionada com a permeabilidade à intervenção, a condição de modificação do processo conforme a capacidade científica e técnica de intervenção.

Ao nível do Papel Parental comprometido priorizamos os problemas de uma única escola, por decisão da comissão de peritos, tendo em conta o final de ano escolar, a limitação do tempo de estágio para trabalhar com todos os JI e ainda porque esta escolinha apresenta os indicadores mais baixos.

Desta análise emergiram como problemas prioritários, todos aqueles que obtiveram pontuação igual ou maior a 6 e que descrevemos abaixo:

Tabela 3 - Lista dos problemas prioritários

Dimensão de Diagnóstico	Sub-diagnóstico
	Papel Parental: Dimensão Cognitiva

<p style="text-align: center;">Liderança Comunitária Comprometida</p>	<p>Conhecimento sobre alimentação saudável (qualidade dos alimentos) não demonstrado em 35%</p> <p>Conhecimento sobre recursos da comunidade para procura de apoio informativo sobre alimentação não demonstrado em 85%</p> <p>Conhecimento sobre cuidados a ter com a criança com alterações gastrointestinais não demonstrado em 68%</p> <p>Conhecimento sobre avaliação do estado nutricional das crianças não demonstrado em 77%</p> <p>Dimensão comportamental:</p> <p>Comportamento de adesão à ingestão hídrica adequada pelas crianças não demonstrado: quantidade de água diária não adequada em 82%</p> <p>Comportamento de adesão ao número de refeições adequado não demonstrado em 100%</p> <p>Comportamento de adesão aos alimentos de qualidade adequada não demonstrado em 85 %</p> <p>Comportamento de adesão ao consumo diário de sopa pelas crianças não demonstrado em 94%</p> <p>Comportamento de adesão ao controlo do consumo de doces pelas crianças não adequado em 79%</p>
	<p>Papel Profissional:</p> <p>Dimensão cognitiva:</p> <p>Conhecimento sobre avaliação do estado nutricional das crianças não demonstrado em 92% dos educadores Conhecimento sobre cuidados a ter com as crianças com diarreia não demonstrado em 71% dos educadores</p> <p>Conhecimento dos educadores sobre recursos para obter informação sobre segurança alimentar não demonstrado em 78%</p> <p>Conhecimento dos educadores sobre porções de fruta adequadas para as crianças não demonstrado em 94%</p>

	<p>Conhecimento dos educadores sobre os conteúdos do PNSE não demonstrado em 57%</p> <p>Dimensão comportamental:</p> <p>Comportamento de adesão ao controlo de consumo de doces não demonstrado em 70% dos educadores</p>
<p>Participação Comunitária comprometida</p>	<p>Inexistência de estruturas organizativas para a promoção da saúde e alimentação saudável nas crianças, na perceção de 100% dos membros da comunidade avaliados</p> <p>Inexistência de Parcerias relacionadas com a promoção da saúde e alimentação saudável nas crianças, na perceção de 100% dos membros da comunidade avaliados</p>
<p>Processo Comunitário Comprometido</p>	<p><i>Coping</i> comunitário comprometido (inexistência de experiências anteriores associados à problemática da saúde das crianças e alimentação percecionada em 59% dos membros da comunidade.</p>

2.3.2 Fixação dos Objetivos

Depois de elaborado o diagnóstico da situação e priorizados os problemas é necessário proceder à definição dos objetivos a atingir para intervir em cada problema.

De forma a permitir uma avaliação dos resultados obtidos, é fundamental uma correta fixação dos objetivos, o que justifica a importância desta etapa (Imperator & Giraldes, 1986).

Segundo Tavares (1992) os objetivos deverão ser: pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis e para a sua formulação devem ter-se em conta 5 elementos: a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou de fracasso; a população alvo do projeto; a zona de aplicação do projeto; e o tempo em que deverá ser atingido.

Por conseguinte, e tendo em conta a natureza académica deste trabalho, assim como o tempo disponível para o mesmo determinaram-se os objetivos gerais e específicos infra descritos.

Os objetivos específicos são a projeção de melhoria nos resultados após a intervenção, de acordo com os diagnósticos identificados. Tavares (1992) indica que quando se atribui um prazo para a concretização destes objetivos específicos, passamos

a ter um objetivo operacional ou meta. Neste sentido apresentamos no relatório os objetivos operacionais que já enquadram desta forma, os objetivos específicos.

Objetivo Geral

Melhorar a Gestão Comunitária para a promoção da saúde das crianças e alimentação que frequentam o jardim infantil num bairro de Mavalane;

Melhorar o Status Nutricional das crianças que frequentam um jardim infantil no Bairro de Mavalane.

Objetivos Operacionais

Diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre a avaliação do estado nutricional das crianças em 70% dos educadores até 12 de Janeiro de 2019,

Diminuir a taxa conhecimento não demonstrado sobre os recursos da comunidade dos Educadores para 0% até 12 de Janeiro de 2019,

Diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre cuidados a ter com a criança com diarreia do Educadores) para 50% até 12 de Janeiro de 2019,

Diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre porções de fruta adequadas para as crianças para 70% até 12 de Janeiro de 2019,

Diminuir a taxa de acesso a formação dos Educadores sobre Saúde Escolar para 0% até 12 de Janeiro de 2019,

Diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre os conteúdos do PNSE para 40% até 12 de Janeiro de 2019,

Aumentar a taxa de comportamento de adesão dos Educadores ao controlo do consumo doces nas crianças para 50%,

Diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre alimentação saudável (qualidade dos alimentos) dos EE da escolinha 0% até 12 de Janeiro de 2019,

Diminuir a taxa conhecimento não demonstrado sobre os recursos da comunidade dos EE para 0% até 12 de Janeiro de 2019,

Diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre cuidados a ter com a criança com alterações gastrointestinais dos EE para 10% até 12 de Janeiro de 2019,

Diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre avaliação do estado nutricional das crianças dos EE para 10% até 12 de Janeiro de 2019,

Diminuir a taxa de comportamento de adesão dos EE à ingestão adequada de água por dia pelas crianças para 10% até 12 de Janeiro de 2019,

Diminuir a taxa de comportamento de adesão dos EE ao N° de refeições adequado pelas crianças para 0% até 12 de Janeiro de 2019,

Diminuir a taxa de comportamento de adesão dos EE ao consumo de alimentos de qualidade adequada pelas crianças para 20% até 12 de Janeiro de 2019,

Aumentar o comportamento de adesão ao consumo diário de sopa para 30% até 12 de Janeiro de 2019,

Aumentar o comportamento de adesão ao controlo do consumo de doces para 40% dos EE até 12 de Janeiro de 2019,

Existir uma comissão para a promoção da saúde das crianças até 12 de Janeiro de 2019,

Existir um veículo de comunicação sobre saúde nas crianças e alimentação até 12 de Janeiro de 2019,

Criar/ Desenvolver parcerias com instituições até 12 de Janeiro de 2019.

No que respeita ao segundo objetivo geral, dado ser uma variável que depende de muitos fatores e de uma necessidade de intervenção a longo prazo, ainda não definimos objetivos operacionais para este.

2.3.3 Seleção de Estratégias

Segundo Imperatori & Giraldes (1986), havendo a finalidade de reduzir os problemas de saúde identificados, torna-se necessário selecionar as estratégias que melhor permitem alcançar os objetivos fixados.

O plano de intervenção, apresentado de seguida, está definido num espaço temporal de 12 de Novembro de 2018 a 12 de Janeiro 2019 e tem como população alvo da nossa intervenção, 52 educadores, ou seja, os profissionais dos 4 JI que compõem o estabelecimento de ensino e os 88 encarregados de educação do JI.

As estratégias estão agrupadas pela dimensão de diagnósticos e, segundo a matriz da decisão clínica do MAIEC: Gestão Comunitária, Liderança Comunitária e processo comunitário.

Tabela 4 – Seleção de estratégias

Diagnóstico	Dimensão	Intervenção	Estratégia	
Liderança Comunitária	Cognitiva	Ensinar sobre alimentação saudável (qualidade dos alimentos) com EE	Sessão de EPS 27/11/18 e 12/01/19 Horta alimentar 12/01/19 Teatro “comer bem, viver melhor” (12/01/19) Livro de receitas saudáveis 12/01/19	
		Ensinar sobre recursos da comunidade/EPS	Sessão EPS (27/11/2018) Elaborar um folheto para entregar no final da sessão	
		Ensinar sobre cuidados a ter com a criança com alterações GI Ensinar sobre importância da Consulta da Criança Saudável Demonstrar preparação do soro oral	Sessão EPS (27/11/2018) Elaborar um folheto para entregar no final da sessão	
		Ensinar sobre avaliação do estado nutricional das crianças aos EE	Sessão EPS- 27/11/2018	
	Comportamental	Promover a adesão à ingestão de água Planear ingestão hídrica	Sessão EPS- 27/11/2018	Sessão EPS- 27/11/2018 Promover um “Bebedor para criança e adulto Entregar um plano de registo do consumo de água (pintar os copos consumidos por dia).
			Ensinar sobre N° de refeições Promover adesão ao N° de refeições (pensar em estratégia)	Sessão EPS- 27/11/2018 Realizar mapa com N° de refeições
			Ensinar sobre qualidade dos alimentos; Promover a ingestão de alimentos de qualidade adequada	Sessão EPS - 27/11/2018 Realizar mapa com qualidade dos alimentos
		Comportamental	Ensinar sobre importância de consumir sopa diariamente Promover a ingestão de sopa diária	Sessão EPS (27/11/2018) Registo do consumo de sopa ou Plano de sopas semana, Prova de sopas

	Ensinar sobre a importância de controlar o consumo diário de doces; Promover o controlo do consumo do N° de doces	Sessão EPS (27/11/2018) Registo do consumo de doces (no mesmo mapa)
Participação Comunitária	Otimizar participação comunitária	Criar uma comissão (AM AIS)
	Otimizar comunicação	Criar um <i>Facebook</i> AM AIS, SMS e grupo <i>WhatsApp</i>
	Promover parcerias	Protocolo de parceria com o CS e com o ISCISA para a monitorização contínua das crianças)
Processo Comunitário	Promover <i>Coping</i> para responder à problemática da saúde infantil e alimentação saudável	Participação nas EPS para identificar forças para melhorar a saúde infantil e alimentação saudável

2.4 A INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE

Ao delinear as intervenções para o cumprimento dos objetivos traçados surgiu a ideia acrónimo Projeto M.E.S.A (Mavalane Empoderada com Saúde na Alimentação) e o respetivo logótipo (Apêndice VII). Foi elaborado um Plano de Atividades (Apêndice VIII) para responder aos problemas priorizados elencados.

Como afirma a teoria sociocognitiva de Bandura citado por Fontes & Azzi, (2012) é necessário planear intervenções orientadas para fatores pessoais, comportamentais e ambientais. Cabe ao profissional de enfermagem desenvolver competências à comunidade para que a aquisição de conhecimento transite para ação.

Passamos agora a enumerar as atividades realizadas com os recursos humanos e materiais disponíveis.

- **Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos EE**

Para a concretização do diagnóstico Liderança Comunitária, optamos pela realização de uma sessão de Educação Para a Saúde (EPS).

A sessão EPS versou as duas dimensões: dimensão cognitiva e a dimensão comportamental e com os conteúdos apresentados em apêndice (Apêndice IX).

Todos os assuntos foram abordados em duas sessões. O segundo momento também de caráter avaliativo.

A divulgação da sessão fez-se através de convite pessoal a cada EE anúncio pelo chefe do quartirão em cada casa e ainda anúncio pela gestora do projeto, na eucaristia da comunidade católica.

Uma atividade dirigida aos EE do JI, conforme plano da EPS, que aconteceu no dia 27 de Novembro de 2018, pelas 14 horas, no salão da Escola Primária, bairro Hulene, e contou com a presença dos EE, alguns educadores e membros da comunidade.

Foi apresentado e proposto aos EE os mapas para avaliação dos comportamentos (Apêndice X) durante um mês. Após esclarecimentos todos os EE presentes na sessão mostraram vontade em participar. Os mapas foram entregues a cada EE no final da sessão e foi agendado o novo encontro para 12 de Janeiro de 2019.

A adesão foi pequena, com uma participação de cerca de 14% dos EE, os participantes mostraram-se satisfeitos. A prova de sopas foi muito apreciada.

Após a realização da sessão foram distribuídos folhetos “centro de saúde ao serviço da comunidade” (Apêndice XI) e “cuidados a ter com a criança com diarreia” (Apêndice XII).

O segundo momento de EPS com EE e comunidade aconteceu no dia 12 de Janeiro de 2019, pelas 10 horas, na Escola Primária (Apêndice XIII).

Neste segundo momento foi reforçado os assuntos debatidos na sessão anterior com apresentação da peça teatral “Comer bem, Viver Melhor” (Apêndice XIV)

Explanado o tema Horta na Cidade, uma das estratégias do Plano de Ação Multisectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011 – 2014 (2020), para a produção de alimentos de alto valor nutritivo e baixo custo.

A divulgação da sessão foi efetuada através de convite telefónico, pela gestora do projeto aos EE que tinham participado na sessão anterior, mensagem telefónica (SMS) aos demais EE da escola pela diretora e ainda o anúncio, na eucaristia, pela coordenadora da comunidade da Imaculada, paróquia de Senhora Aparecida de Mavalane.

No final da sessão foi entregue um folheto explicativo sobre a “horta na cidade” (Apêndice XV).

- **Sessão Educação para a Saúde dirigida aos educadores**

A sessão EPS versou as duas dimensões de diagnóstico: dimensão cognitiva e a dimensão comportamental e com os conteúdos apresentados em apêndice (Apêndice XII).

Os assuntos foram abordados em duas sessões. Por decisão da comissão de peritos os educadores foram divididos em dois grupos.

A divulgação da sessão fez-se através de convite pessoal escrito a cada educador, pelo diretor de cada JI.

Uma atividade dirigida aos Educadores da escolinha que aconteceu no dia 03 de Dezembro de 2018, pelas 8 horas, no salão do Jardim Infantil de Mavalane, bairro Mavalane, e contou com a presença dos Educadores e alguns diretores.

Foi apresentado e proposto aos Educadores os mapas para avaliação do comportamento (Apêndice XVII) durante um mês. Após esclarecimentos, os Educadores que estiveram presentes na sessão mostraram vontade em participar. Os mapas foram entregues ao coordenador pedagógico dos JI no final da sessão e ficou programado a aplicação do mapa “controlo dos doces na sala de aula”, no primeiro mês do ano letivo de 2019.

Após a realização da sessão foram distribuídos folhetos “centro de saúde ao serviço da comunidade e os “cuidados a ter com a criança com diarreia”.

No dia 04 de Dezembro, a EPS seguiu o mesmo itinerário apenas não foi entregue o mapa dado que estes profissionais não trabalham diretamente com as crianças.

O segundo momento de EPS com Educadores aconteceu no dia 05 de Dezembro de 2018, pelas 8 horas, no Jardim Infantil e abordamos os seguintes temas: Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) e Horta na Cidade. O PNSE, foi abordado pela Dra Saquista Jefe, do Departamento de Saúde Pública, do Conselho Municipal de Maputo e responsável pela área da Saúde Escolar.

Afirma o Plano de Ação Multissectorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011 – 2014 (2020) (Moçambique, 2011), que a horta na escola é um excelente meio de fomentar nas crianças a necessidade de produzir alimentos de alto valor nutritivo e baixo custo.

A presença da Dra Saquista Jefe, proporcionou aos profissionais de educação a oportunidade de contato com o PNSE vigente. A oficina de horta com a construção de um canteiro pelos educadores foi muito apreciada.

No final da sessão foi entregue um folheto explicativo sobre a “horta na cidade”.

- **Livro de receitas “Mbita”**

Sendo a baixa qualidade da dieta alimentar um dos problemas da nossa comunidade escolar, e, por conseguinte, um dos fatores da desnutrição elaboramos um livro de receitas saudáveis a baixo custo com a participação de alguns dos educadores e encarregados de educação sob a coordenação científica dos orientadores Doutor Pedro Melo, Doutora Matilde Mabui Dimande e a nutricionista Iolanda Cavalcante (Apêndice XVIII).

O nome dado ao livro “*Mbita*” é um termo changane e significa panela de barro. Este livro precisa de ser testado quanto às quantidades e palatividade.

Entregamos um exemplar à direção de cada JI e aos membros da comissão AMAIS.

- **Comissão AMAIS**

A Participação Comunitária da comunidade escolar foi-se construindo a partir dos EPS, encontros informais e ainda através de convite dirigidos a alguns membros da comunidade para integrar um a comissão de educadores.

Para o efeito, foram convidados: um educador, o coordenador pedagógico e um encarregado de educação de cada escolinha e alguns membros da comunidade.

Ao longo de quatro reuniões o grupo foi-se conhecendo e tornando-se mais participativo, aumentando o nível de empoderamento.

Decidimos atribuir o nome à comissão de Amigos da Alimentação Infantil Saudável (AMAIS).

Foi elaborado e aprovado pela comissão e pelo Diretor da Associação Centro Dia, o Regulamento Interno da Comissão. A comissão elaborou também o plano de atividade para o ano em curso (Apêndice XIX).

- **Criação de um veículo de comunicação**

Para compreensão dos fenómenos da saúde da comunidade escolar e facilitar a tomada de decisão para a promoção de estilos de vida saudáveis, sobretudo, na saúde infantil e alimentação saudável (Loureiro, I & Miranda, N, 2010) optamos pelas seguintes estratégias: mensagens educativas para a comunidade escolar (SMS), o

Facebook da comissão (<https://www.facebook.com/amais.mocambique/>), vídeos com mensagens educativas (5 vídeos/ 5 crianças) (Apêndice XX)

Os vídeos até ao momento do encerramento do estágio não foram apresentados pelo que é impossível avaliar o seu impacto.

▪ **Parcerias com o ISCISA**

A nossa parceria foi estabelecida com o Instituto Superior de Ciências da Saúde (ISCISA), na área da nutrição, na pessoa da Doutora Iolanda Cavalcante Coordenadora do Curso de Nutrição nesse estabelecimento de Ensino, no âmbito da formação da comunidade escolar e monitorização contínua das crianças.

Nesta parceria o estabelecimento de ensino (JI) será campo de estágio para os alunos do curso de Nutrição e Enfermagem. Para tal está em curso a elaboração de um Memorando de Entendimento entre o ISCISA e a Associação.

2.5 AVALIAÇÃO

De acordo com Imperatori & Giraldes (1986) existem dois tipos de indicadores, os de resultado e os de atividade. Estes também podem ser chamados indicadores de processo. Os primeiros medem as alterações verificadas nos problemas de saúde ou a dimensão dos problemas. Os segundos focam-se nas atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde no sentido de atingir os indicadores de resultado.

A avaliação está fundamentada na aplicação do formulário após as intervenções à comunidade abrangida, nomeadamente, encarregados de educação, profissionais de educação e grupo focal.

São os indicadores de resultado que permitem avaliar ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem e, por isso, a sua utilização assume uma importância fundamental para o reconhecimento da profissão.

De seguida, apresentamos os indicadores de processo e resultado obtidos para as três dimensões de diagnóstico.

2.5.1 Liderança Comunitária e dimensão cognitiva

De uma forma geral os indicadores de processo para o papel profissional foram atingidos, com uma taxa de adesão superior a 80%. Para o papel parental atingimos cerca de 14% da população, numa atividade (teatro) houve uma adesão de 32%.

Relativamente ao indicador de resultado para a dimensão cognitiva tanto ao nível dos educadores como dos membros da comunidade houve diminuição da taxa de conhecimento não demonstrado e foram cumpridas as metas exceto quanto ao conhecimento dos educadores sobre os recursos para obter informação sobre segurança alimentar. O mesmo verifica-se ao nível do papel parental. O conhecimento sobre a avaliação do estado nutricional das crianças pelos EE também não chegou à meta proposta, como se pode confirmar na Tabela 3.

Tabela 5 - Indicadores de processo e resultado referente à Liderança Comunitária e dimensão cognitiva

Metas	Indicador de Processo	Indicador de Resultado
Diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre a avaliação do estado nutricional das crianças em 70% dos educadores	Taxa de adesão à sessão EPS $\frac{46}{52} \times 100 = 88.5\%$	Taxa de conhecimento não demonstrado sobre estado nutricional $\frac{7}{33} \times 100 = 21.2\%$
Diminuir a taxa conhecimento não demonstrado sobre os recursos da comunidade dos Educadores para 0%	Taxa de adesão à sessão EPS $\frac{46}{52} \times 100 = 88.5\%$	Taxa de conhecimento não demonstrado sobre recursos da comunidade $\frac{10}{33} \times 100 = 30\%$
Diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre cuidados a ter com a criança com diarreia do Educadores para 50%	Taxa de adesão à sessão EPS $\frac{46}{52} \times 100 = 88.5\%$	Taxa de conhecimento não demonstrado sobre cuidados a ter com a criança com diarreia $\frac{6}{33} \times 100 = 18\%$
Diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre porções de fruta adequadas para as crianças para 70%	Taxa de adesão à sessão EPS $\frac{46}{52} \times 100 = 88.5\%$	Taxa de conhecimento não demonstrado sobre porções de fruta adequadas para as crianças $\frac{8}{33} \times 100 = 24\%$

Diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre os conteúdos do PNSE para 40%	Taxa de adesão à sessão EPS $\frac{43}{52} \times 100 = 82.6\%$	Taxa de conhecimento não demonstrado sobre os conteúdos do PNSE $\frac{2}{33} \times 100 = 6\%$
Diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre alimentação saudável (qualidade dos alimentos) dos EE para 0%	Taxa de adesão à sessão EPS $\frac{12}{88} \times 100 = 13.6\%$ Taxa de adesão ao teatro $\frac{28}{88} \times 100 = 31.8\%$	Taxa de conhecimento não demonstrado sobre alimentação saudável (N= 8) $\frac{0}{8} \times 100 = 0\%$
Diminuir a taxa conhecimento não demonstrado sobre os recursos da comunidade dos EE para 0%	Taxa de adesão à sessão EPS $\frac{12}{88} \times 100 = 13.6\%$	Taxa de conhecimento não demonstrado sobre recursos da comunidade $\frac{1}{8} \times 100 = 12.5\%$
Diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre cuidados a ter com a criança com alterações gastrointestinais dos EE para 10%	Taxa de adesão à sessão EPS $\frac{12}{88} \times 100 = 13.6\%$	Taxa de conhecimento não demonstrado sobre os cuidados a ter com a criança com alterações GI $\frac{0}{8} \times 100 = 0\%$
Diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre avaliação do estado nutricional das crianças dos EE para 10%	Taxa de adesão à sessão EPS $\frac{12}{88} \times 100 = 13.6\%$	Taxa de conhecimento não demonstrado sobre avaliação do estado nutricional das crianças $\frac{1}{8} \times 100 = 12.5\%$

2.5.2 Liderança Comunitária e dimensão comportamental

Nesta comunidade escolar introduzimos a dimensão comportamental, que não fazendo parte da matriz de decisão clínica do MAIEC, se revelou importante no contexto da problemática abordada.

Verificamos que após um mês decorrida a sessão EPS, a dimensão comportamental tanto ao nível dos EE ficou aquém das metas propostas. *A motivação para a mudança tem que partir do interior da comunidade e não do perito* (Laverack, 2008:81).

A adoção de um comportamento está dependente de vários fatores que vão para além da volição e das crenças. E ainda Laverack (2008) afirma são necessários em média 7 anos para que uma comunidade possa atingir a mudança de comportamento.

Segundo Loureiro, I., Miranda, N. (2010), para a mudança de comportamento é conveniente uma atuação desde o nível pessoal ao social. O pouco tempo de experiência, os recursos pessoais e as barreiras externas levam-nos afirmar que este projeto iniciado só terminará quando os objetivos por nós traçados para a melhoria da comunidade forem atingidos.

Tabela 6: - Indicadores de processo e de resultado referente à Liderança Comunitária e dimensão comportamental

Metas	Indicador de Processo	Indicador de Resultado
Comportamento de adesão ao controlo de consumo de doces não demonstrado em 70% dos Educadores	A avaliar posteriormente no próximo ano letivo 2019	A avaliar posteriormente, no próximo ano letivo 2019
Diminuir a taxa de comportamento de adesão dos EE à ingestão adequada de água por dia pelas crianças para 10%	Taxa de adesão à sessão EPS $\frac{12}{88} \times 100 = 13.6\%$	Taxa de crianças cujos pais promovem o consumo de pelo menos 8 copos de água por dia $\frac{1}{8} \times 100 = 12.5\%$ Taxa de adesão aos mapas $\frac{5}{8} \times 100 = 62.5\%$
Diminuir a taxa de comportamento de adesão dos EE ao N° de refeições adequado pelas crianças para 0%	Taxa de adesão à sessão EPS $\frac{12}{88} \times 100 = 13.6\%$	Taxa de comportamento de adesão dos EE ao N° de refeições adequado $\frac{1}{8} \times 100 = 12.5\%$ Taxa de adesão aos mapas $\frac{5}{8} \times 100 = 62.5\%$
Diminuir a taxa de comportamento de adesão dos EE ao consumo de alimentos de qualidade adequada pelas crianças para 20%	Taxa de adesão à sessão EPS $\frac{12}{88} \times 100 = 13.6\%$	Taxa de comportamento de adesão dos EE ao consumo de alimentos de qualidade adequada $\frac{1}{8} \times 100 = 12.5\%$

		Taxa de adesão aos mapas
		$\frac{5}{8} \times 100 = 12.5\%$
Aumentar o comportamento de adesão ao consumo diário de sopa para 30%	Taxa de adesão à sessão EPS	Taxa de crianças cujos pais promovem o consumo de sopa diariamente
	$\frac{12}{88} \times 100 = 13.6\%$	$\frac{1}{8} \times 100 = 12.5\%$
		Taxa de adesão aos mapas de registo
		$\frac{5}{8} \times 100 = 62.5\%$
Aumentar o comportamento de adesão ao controlo do consumo de doces para 40% dos EE	Taxa de adesão à sessão EPS	Taxa de crianças cujos pais promovem controlo do consumo de doces diário
	$\frac{12}{88} \times 100 = 13.6$	$\frac{4}{8} \times 100 = 50\%$
		Taxa de adesão aos mapas de registo
		$\frac{5}{8} \times 100 = 62.5\%$

2.5.3 Avaliação da Participação Comunitária

Relativamente à Participação Comunitária os indicadores demonstram que as metas propostas foram atingidas. Não podemos avaliar a taxa de adesão ao veículo de comunicação porque a sua criação aconteceu na última semana de estágio.

Tabela 7: Indicadores de processo e de resultado referente à Participação Comunitária

Meta	Indicador de Processo	Indicador de Resultado
Existir uma estrutura organizativa para a promoção da saúde e alimentação saudável das crianças na comunidade	Criada uma comissão AMAIS em 10 de Janeiro de 2019 (Regulamento)	Taxa de adesão à estrutura $\frac{10}{12} \times 100 = 83\%$
Existir um veículo de comunicação sobre saúde das crianças	Criado Facebook a 8 de Janeiro de 2018	Taxa de adesão à estrutura (Não avaliado por falta de tempo)

Criar/ Desenvolver parcerias relacionada com a promoção da saúde das crianças e alimentação saudável com a comunidade	Criada Parceria da associação com o ISCISA	Memorando de entendimento assinado
--	--	------------------------------------

2.5.4 Processo Comunitário

As estratégias de *coping* no início da nossa intervenção associada à saúde infantil e alimentação saudável na comunidade em estudo, era nula. A experiência com o Projeto, o trabalho desenvolvido sobretudo na dimensão cognitiva, caracterizam o *coping* comprometido.

O indicador de resultado será avaliado posteriormente.

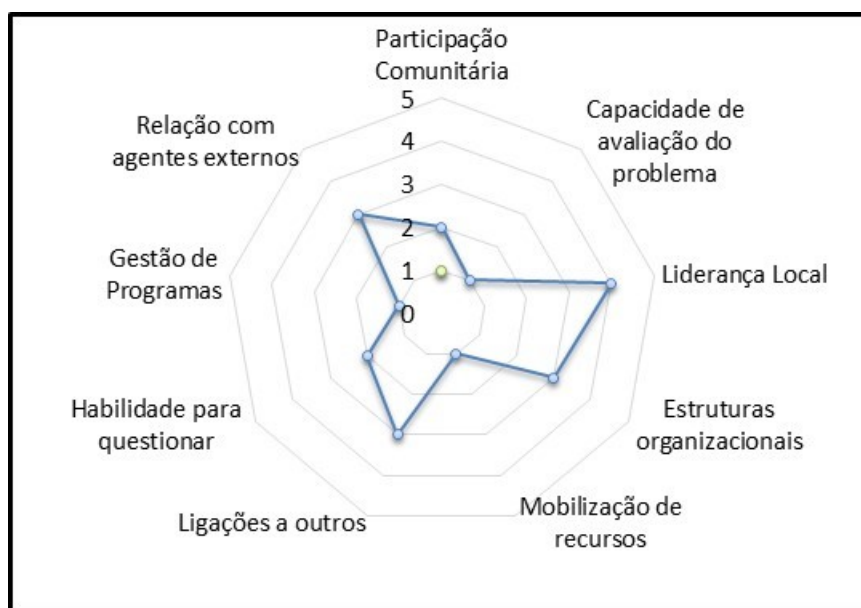
Tabela 8- Indicadores de processo e de resultado referente ao Processo Comunitário

Meta	Indicador de Processo	Indicador de Resultado
<i>Coping</i> comunitário comprometido (Aumentar a taxa de percepção experiências anteriores associados à problemática da saúde infantil e alimentação saudável para 100%	Taxas de adesão às sessões $\frac{61}{140} \times 100 = 43.5\%$	Taxa de percepção de experiências com projetos na área da saúde infantil e alimentação: (Nº pessoas que referem ter experiência com um projeto na área da saúde infantil.../ Nº total de participantes) x 100 (Ainda não avaliado. Prevê-se avaliação posterior).

2.5.5 Nível de Empoderamento comunitário

No que respeita à problemática da saúde infantil e alimentação, percebe-se que no final as intervenções (T1) o nível de empoderamento comunitário aumentou, nomeadamente quanto ao domínio da participação comunitária, liderança local, estrutura organizacional (já criada), ligação a outros, habilidade para questionar e ainda na relação com os agentes externos (como se pode confirmar pelo gráfico 2).

Gráfico 2 - Representação gráfica do nível de empoderamento comunitário das comunidades escolares em T1 (antes da aplicação do MAIEC)



Relativamente aos domínios capacidade para avaliação do problema, mobilização de recursos e gestão de programa a comunidade permanece no nível inicial, score 1.

Segundo Laverak (2008), a capacidade da comunidade mobilizar recursos externos e realizar a gestão de programas exige um nível elevado de competências e de organização da própria comunidade. A capacidade de questionar pressupõe um pensamento crítico dos membros da comunidade e exige aprendizagem.

O Empoderamento comunitário é um processo e procuraremos que ao longo do tempo com nosso apoio a comunidade escolar do bairro de Mavalane, seja capaz de assumir o controlo de tudo aquilo que influencia a saúde das crianças e alimentação saudável.

Os resultados encontrados orientam para a necessidade de identificar o foco Gestão Comunitária; com as dimensões de diagnóstico de enfermagem: liderança comunitária, participação comunitária e o processo comunitário e a necessidade de intervenções de enfermagem associadas aos diagnósticos de enfermagem descritos.

Pela análise dos dados do diagnóstico de saúde percebemos a necessidade de incluir a dimensão comportamental dado a inexistência de experiências anteriores perante esta problemática por parte da comunidade.

Para a Liderança Comunitária trabalhamos o conhecimento e comportamento da comunidade, tanto ao nível do papel parental como profissional. O resultado demonstra

pequeno aumento do conhecimento por parte da comunidade, principalmente entre os profissionais (maior adesão).

Quanto ao comportamento é impossível avaliar num curto espaço de tempo mudança de comportamento. Acreditamos que os líderes comunitários empoderamos poderão ser agentes de transformação para a melhoria da saúde das crianças e alimentação saudável (Laverack, 2008).

Os EE estão pouco motivados para a aquisição de conhecimento, (há fraca adesão mesmo nas reuniões no JI, segundo relato dos educadores), por considerarem perda de tempo e ainda escasso contato da gestora do projeto com os EE para que estes percebam o tempo gasto na educação para a saúde como oportunidade para crescer Bandura, 2008, citado por Fontes, A & Azzi, R. 2012).

Para o Processo Comunitário promovemos o *coping* comunitário dado que as estratégias de *coping* estavam ausentes em 59% da comunidade (relacionadas com a inexistência de experiências anteriores na procura de soluções para a saúde infantil e alimentação).

Relativamente à Participação Comunitária, promovemos a comunicação, estabelecemos parceria com o ISCISA e criamos uma estrutura organizativa, a comissão AMAIS.

O Status Nutricional não foi avaliado no final da nossa intervenção dado que os seus resultados irão manifestar-se muito posteriormente, com o contributo da diminuição da Gestão comunitária comprometida.

O modelo conceptual utilizado MAIEC (Melo 2016. 2018), foi decisivo para o alcance dos objetivos traçados e revelou-se como eficaz na produção de ganhos em saúde para a comunidade do bairro de Mavalane em ordem à melhoria da Gestão Comunitária para a promoção da saúde infantil e alimentação saudável

Pela nossa experiência no desenvolvimento do Projeto e para avaliação do Status Nutricional faria todo o sentido a realização de um estudo longitudinal com as crianças dos 3 anos (entrada no JI) acompanhando-as e trabalhando Gestão Comunitária ao longo de 3 anos (saída para escola primária) para avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Percebemos que é premente a continuidade do projeto e a presença do enfermeiro de enfermagem comunitária neste estabelecimento de ensino.

2.5.6 Oportunidades e Ameaças, Avanços e Desafios

A realização do Projeto M.E.S.A. foi uma oportunidade para atuar numa comunidade pré-escolar, realizar vigilância em saúde enquanto profissional de saúde que presta cuidados de saúde primários a todos os níveis e estabelece ligação entre os indivíduos, as famílias e as comunidades para a melhoria da saúde, prevenção da doença e incapacidade (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2007).

Destacamos como oportunidades: a vontade política da Universidade Católica Portuguesa- Instituto Ciências da Saúde; ao Pároco e Diretor da Associação, que nos acolheu, no terreno; a orientação do Prof. Doutor Pedro Melo e a Tutoria da Prof. Doutora Matilde Mabui Dimande, a abertura e diálogo com a comunidade escolar (educadores e encarregados de educação), que contribuíram com o desenvolvimento do projeto.

Como avanços destacamos: A fotografia epidemiológica do Status Nutricional das crianças da instituição abrangida, o reconhecimento, pela comunidade, da importância da problemática da saúde infantil e alimentação saudável, o reconhecimento pela Instituição, do papel do Enfermeiro de Enfermagem Comunitária no contexto escolar, a criação de parceria com o ISCISA e com CSP da área de abrangência (papel dos CSP), a comissão AMAIS e o veículo de comunicação para Melhoraria da Gestão Comunitária e do Status Nutricional das crianças.

No tocante às dificuldades, podemos identificar as seguintes: o período em que decorreu o estágio (final do segundo semestre escolar e por isso abrangeu época de férias), a fraca participação dos encarregados de educação na sessão de educação para a saúde, a dificuldade em trabalhar em conjunto com a Técnica de Saúde Escolar da área de abrangência.

Quanto aos desafios, podemos afirmar que o período de tempo de estágio, estabelecido para a intervenção comunitária permitiu ter algumas intervenções, com bons resultados, acima de tudo no domínio cognitivo.

Contudo é necessário continuar o Projeto para atingir as metas associadas, por exemplo, ao domínio comportamental. Mas como o processo de planeamento em saúde é dinâmico, acreditamos ter alicerçado as “primeiras pedras” para um projeto de continuidade, já reconhecido pela comunidade.

3. REFLEXÃO

“Na assunção de que os cuidados são um direito fundamental inerente à dignidade humana, afirmamos valores de compaixão, da competência, da justiça e da responsabilidade como fundamento de toda a oferta de cuidados profissionais”

(Vieira, M., 2017:111)

A Ordem dos Enfermeiros afirma que “os cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública têm como foco as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos e comunidade, através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e empoderamento comunitário na consecução de projetos de saúde comunitários e exercício da cidadania. E ainda o enfermeiro especialista

“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado no domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas a um campo de intervenção” (Ordem Enfermeiros, 2011).

A especialização em enfermagem comunitária pressupõe um aprofundamento de competências e desenvolvimento de novas para uma melhor prestação e cuidados ao indivíduo, famílias e comunidade, produzindo ganhos em saúde.

Para Vieira, M. (2017), a ciência e arte de cuidar pressupõe lidar com o novo que só a confiança é capaz de vencer, obriga a confiar nas nossas capacidades e experiência para cuidar do outro, fazer juízos para avaliar as suas necessidades e assumir os erros enquanto oportunidade de crescimento.

Na busca do ideal que perseguimos, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, propomo-nos a colaborar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública assim como na

participação nos programas e projetos de intervenção comunitária em ordem à capacitação e empoderamento das comunidades nos diferentes contextos, sobretudo, junto das comunidades mais vulneráveis, proporcionado o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e adaptados.

A realização do estágio no contexto africano, no âmbito da saúde pré-escolar, num país marcado por uma enfermagem que ainda dá os primeiros passos enquanto ciência de enfermagem, muito dependente do modelo Biomédico “obrigou-nos” ao exercício da Enfermagem Comunitária um pouco distante da equipa de enfermagem, já que o Centro de Saúde ainda não tem uma intervenção muito ativa no contexto escolar.

Neste capítulo abordamos as competências do Enfermeiro Especialista e fazemos uma abordagem à enfermagem em Moçambique, por ser o local onde decorreu o nosso estágio.

3.1 AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Neste ponto refletimos sobre o percurso do estágio enquanto oportunidade para desenvolver competências como Enfermeira Especialista e simultaneamente Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária. Iniciamos pela abordagem das competências específicas comuns do Enfermeiro Especialista e em seguida as do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

▪ **As competências específicas do Enfermeiro Especialista**

Procuramos desenvolver as competências comuns de Enfermeira Especialista no âmbito dos domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem Enfermeiros, 2011) que passamos de imediato a descrever.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal através do conhecimento dos saberes, mitos e crenças do povo, com vários grupos étnicos (Desrosiers, 2011), e na busca de estratégias para resolução dos problemas em parceria com a comunidade, sendo a comissão AMAIS expressão de diálogo e trabalho conjunto e as decisões tomadas em conjunto com o orientador Prof. Pedro Melo e a Tutora Enf^ª Matilde Dimande.

Todas as decisões foram tomadas tendo por base o código deontológico dos enfermeiros (Estatuto Ordem dos Enfermeiros e REPE, 2015) pela defesa dos direitos humanos, promovendo pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido, abertura para o diálogo, esclarecimento e respeito pelas práticas da medicina Tradicional (Fulane, 2012).

No domínio da melhoria da qualidade, contribuimos com empoderamento da comunidade escolar, quanto à liderança, processo comunitário e gestão comunitária através da promoção da saúde e alimentação das crianças.

O conhecimento e a experiência do enfermeiro são revelantes para o processo do cuidar e fazem a diferença nos resultados, segundo afirma Benner, P. (2001). O aperfeiçoamento do conhecimento clínico é essencial para o ser- saber- saber fazer capaz de gerar ganhos para os indivíduos, família e comunidade.

Atuamos na melhoria da Gestão Comunitária numa comunidade de ensino pré-escolar no bairro de Mavalane para a promoção da saúde infantil e alimentação saudável e ainda desmistificamos o papel do centro de saúde na comunidade, reforçado pelo testemunho da Técnica de Medicina Preventiva, de uma UCSP de Mavalane, e ainda da Enfermeira de Saúde Pública na EPS sobre Saúde Escolar com educadores para a melhoria da qualidade dos cuidados, da saúde nutricional das crianças e empoderamento comunitário, um dos grandes problemas da comunidade trabalhada como se demonstra no diagnóstico de situação e planeamento e execução de projeto de melhoria dos indicadores. Tendo em conta o respeito pela identidade cultural garantindo a segurança do indivíduo, família e comunidade.

Neste âmbito procuramos que todas as estratégias desenvolvidas fossem propostas pela própria comunidade e nunca imposição da mestrandia.

No domínio da gestão de cuidados, ao realizar o estágio numa instituição onde a saúde escolar se restringia às brigadas de saúde, campanhas de vacinação, administração de vitamina A e desparasitação, fez com que não houve nenhum profissional especificamente vocacionado na área da saúde escolar, na unidade de referência. Foram referenciadas as crianças em estado de malnutrição, diagnosticada na colheita de dados, para o acompanhamento na consulta da criança.

O nosso trabalho em equipa multidisciplinar foi sobretudo com profissionais de educação, por isso, não tivemos a oportunidade de maior envolvimento e acompanhamento do serviço de enfermagem quanto à consulta de criança em risco e

acompanhamento do enfermeiro de saúde escolar, pois tal não se desenvolveu durante o período do estágio por falta de recursos humanos e materiais.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, todo o processo de tomada de decisão esteve alicerçado na pesquisa e evidência científica para uma prática da enfermagem mais congruente (Silva, 2007).

- **As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária**

O regulamento português sobre as competências dos enfermeiros refere que o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Enfermagem de Saúde Pública, é um profissional que “*demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas,*” (Ordem Enfermeiros, 2011: 4).

Consideramos que no desenvolvimento do estágio foram adquiridas as seguintes competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

- 1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.**

Como já foi amplamente desenvolvido todas as etapas do planeamento em saúde foram realizadas. Inicialmente efetuamos o diagnóstico da situação (G1.1) numa comunidade escolar, estabelecendo-se as suas prioridades de saúde, sendo elas liderança comunitária comprometida (papel parental e profissional), processo comunitário e participação comunitária (G1.2). Formulamos objetivo e estratégias de intervenção relacionadas com as necessidades de saúde identificadas (G1.3), tendo desenvolvido o Projeto M.E.S.A., com vista à resolução dos problemas (G1.4). E ainda, avaliamos todo o projeto de intervenção através dos indicadores de processo e resultado de cada atividade (G1.5)

- 2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades**

Ao realizar o Projeto M.E.S.A., executamos intervenções direcionadas para a comunidade, com vista à capacitação desta e lideramos a Gestão Comunitária. Para tal integramos no processo de mobilização conhecimentos das áreas de enfermagem, educação, comunicação, ciências sociais e nutrição (G2.2.).

Foi então, através das sessões de educação para a saúde e demais atividades, disponibilizada informação adequada às características da comunidade, usando modelo conceitual de Bandura (G2.3.)

3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

As intervenções traçadas foram ao encontro do plano Estratégico Setor da Saúde (República de Moçambique, 2014), Plano Escolar para a Promoção das Escolas Promotoras de Saúde (República de Moçambique, 2010) e da Estratégia de Desenvolvimento Integrado da Criança em Idade Pré-Escolar 2012-2020 (República de Moçambique, 2012) Plano de Ação Multissetorial para a Redução da Desnutrição Crónica em Moçambique 2011 – 2014 (2020) (República de Moçambique, 2011)

Assim podemos afirmar que participamos na coordenação, promoção, implementação e monitorização de atividades que vão ao encontro dos objetivos do Ministério de Saúde (MISAU) e do Plano Nacional de Saúde (G3.1.).

4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Sendo a vigilância epidemiológica de extrema importância, avaliamos o status nutricional numa perspetiva epidemiológica, através da análise dos dados antropométricos de uma comunidade escolar do bairro de Mavalane e ainda liderança comunitária, participação comunitária e processo comunitário para aferir as reais necessidades desta população (associando diagnóstico de saúde pública com alguns determinantes de saúde).

Considerámos que todo o estágio foi bastante enriquecedor. Permitiu não só o desenvolvimento das competências acima referidas, como de competências humanas. Desenvolve-lo numa população cujas especificidades desconhecia, revelou-se um desafio, no entanto, a forma como toda a comunidade nos recebeu foi motivadora.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária assume um papel fundamental na promoção da saúde, no desenvolvimento de programas e liderança de equipas de serviços para a melhoria da saúde das pessoas e comunidades.

3.20 OLHAR DA ENFERMAGEM PARA E EM MOÇAMBIQUE

Num contexto cultural, social e político tão diferente, percebe-se que os serviços de saúde comunitários são essenciais para a saúde e o bem-estar da população moçambicana (República de Moçambique, 2014) a enfermagem comunitária tem enorme campo de atuação.

O exercício da enfermagem em Moçambique é complexo e exigente “*porque além de cuidar de vidas humanas (...) ela também é influenciada pela configuração do serviço de saúde e de enfermagem na realidade do país, os quais são igualmente complexos e fragmentados* (Casapia, 2016).

Para Canda (2010) o reduzido número de profissionais de enfermagem nas unidades, um sistema de registos precário e inexistência do processo de enfermagem constituem as principais barreiras para uma enfermagem de excelência.

Os avanços da qualidade dos cuidados de enfermagem vão crescendo, é necessário, um amplo trabalho para a construção da identidade e a definição do papel da Enfermagem na sociedade e na política.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública “ cada comunidade deverá ter um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública que realize a avaliação do seu estado de saúde, a elaboração de projetos adequados às necessidades detetadas, a implementação de intervenções e a consequente monitorização e avaliação visando a sua capacitação, cooperando na vigilância epidemiológica, de modo a produzir indicadores pertinentes à tomada de decisão” (Ordem Enfermeiros, 2011).

Num país em que a pobreza, a fome, as dificuldades habitacionais e as doenças são tão constantes, a melhoria da capacitação do pessoal de enfermagem é essencial, tendo em vista que a falta de profissionais de saúde, torna a assistência de enfermagem mais relevante ao minimizar os sofrimentos da população mais carente, possibilitando o atendimento das necessidades de saúde mais primárias.

O Enfermeiro é um profissional dotado de capacidade para cuidar dos doentes, na enfermaria, no hospital ou ambulância e atua nas áreas da assistência, gestão e formação. Cabe ao profissional de Enfermagem de nível médio, o papel de promoção, prevenção e recuperação da saúde nas Unidades de Saúde. (MISAU 2010)

Os serviços de saúde comunitários são essenciais para a saúde e o bem-estar da população moçambicana, são o primeiro vínculo entre a população e o SNS, nas áreas

da prevenção e promoção da saúde onde o enfermeiro terá um papel preponderante por tudo o exposto, mediante a aprovação da sociedade e das leis vigentes.

Segundo Benner (2005), faz parte do enfermeiro perito a capacidade de intuição que cada situação clínica exige para apreender os reais problemas do indivíduo/ família/ comunidade, sem se perder por um largo leque de soluções e diagnósticos estéreis, porque age a partir de uma compreensão profunda da situação global.

Concluimos assim uma necessidade real de recursos humanos de enfermagem comunitária que respondam aos desafios de saúde da comunidade moçambicana.

4. CONCLUSÃO

Este documento pretende traduzir o percurso de aprendizagem ao longo do Estágio, realizado numa comunidade escolar, em terras moçambicanas, e tem a finalidade de descrever, avaliar e analisar criticamente todas as atividades e aprendizagens desenvolvidas.

Os objetivos traçados inicialmente foram alcançados com êxito e nortearam a caminhada para o exercício da aprendizagem, de uma Enfermagem que se pretende que seja de excelência.

Sabemos que as competências desenvolvidas neste percurso são ferramentas que precisam ser atualizadas e aperfeiçoadas, de modo a proporcionar as melhores respostas perante as situações com que a Enfermagem Comunitária se depara.

A formação contínua é uma responsabilidade ética e deontológica da profissão de enfermagem, envolvida no compromisso para com a sociedade.

A frequência do MEEC foi decisiva para o crescimento pessoal e profissional, enriquecida pela componente teórica, pelos momentos de aprendizagem em estágio e pela estimulação para realização da prática baseada na evidência, bem como o desenvolvimento do pensamento reflexivo e crítico.

Inerente a um percurso com estas características, enunciamos as limitações sentidas, abordadas no capítulo anterior, como uma aprendizagem e as limitações foram sendo superadas com a resiliência.

O Planeamento em Saúde esteve presente em todas as etapas do estágio, apresentando-se como um método para melhorar a saúde da comunidade e um instrumento determinante para o nosso exercício profissional.

O Cuidar exige que os enfermeiros prestem cuidados holísticos, cuidados de enfermagem de qualidade centrados na pessoa, na família e na comunidade, tendo em conta toda a singularidade e totalidade da pessoa humana.

Neste contexto, consideramos decisiva a aquisição e o aperfeiçoamento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista assim como as

competências de Mestre em Enfermagem Comunitária que, ao longo da componente teórica do ciclo de estudos foi modeladora do pensamento reflexivo e crítico, e ao longo da componente prática, com a implementação do Projeto M.E.S.A., reuniu contributos decisivos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Embora reconhecendo que foram atingidas as competências enunciadas, sentimos a pretensão, com a experiência a adquirir, alcançar o nível de perita. Persiste a motivação para a continuidade da melhoria da qualidade dos cuidados à comunidade, sobretudo, nas comunidades em situações de maior vulnerabilidade.

A análise epidemiológica do fenómeno do Status Nutricional associado ao diagnóstico Gestão Comunitária, tendo a comunidade como unidade de cuidados, permitiu orientar o cuidado de Enfermagem Comunitária direcionado para as prioridades de saúde infantil de Moçambique; e a identificação de clara necessidade de diagnóstico e intervenção multidisciplinar (enfermagem e nutrição) no contexto da saúde pública local.

Este projeto evidencia-se relevante para a comunidade escolar, permitindo-nos concluir que as estratégias para a promoção da saúde, de carácter empoderador são essenciais para o alcance da saúde comunitária, proporcionando às comunidades mecanismos para melhorar a sua própria saúde.

Na abordagem da comunidade como cliente dos cuidados de enfermagem e tendo o empoderamento comunitário enquanto processo e resultado na decisão clínica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária para a identificação de problemas e tomada de decisão da comunidade fica claro que, cabe ao enfermeiro o papel de moderador entre a melhor evidência científica e a comunidade.

A realização do Projeto M.E.S.A constitui uma enorme satisfação, um trabalho conjunto com e para a comunidade em ordem ao empoderamento comunitário capaz de proporcionar às a longo prazo, uma melhoria do status nutricional das crianças mais de uma comunidade moçambicana. Tal Projeto ganha forma com o acompanhamento e monitorização da gestão comunitária que me proponho realizar mesmo à distância e no mais breve tempo possível regressar.

Perante o exposto acreditamos que um estudo/projeto longitudinal, o acompanhamento da comunidade escolar (crianças, educadores e encarregados de educação) por um período de 3 anos, alavancado pelo diagnóstico da Gestão Comunitária traduzir-se-á por efetivos ganhos na saúde das crianças e alimentação saudável.

Por outro lado, conhecendo a importância do papel do enfermeiro na comunidade, e a falta de reconhecimento do mesmo, pela sociedade moçambicana, considerámos o estágio de

intervenção na comunidade oportuno para potencializar o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária neste contexto.

5. BIBLIOGRAFIA

Bastos, Joana. (2017). *Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem – Um projeto de empoderamento de um ACeS*. Relatório de Mestrado em Enfermagem com Especialização em enfermagem Comunitária. Universidade Católica Portuguesa: Escola de Enfermagem. Porto.

Benner, Patrícia. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 172-8535-97-X.294

Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa*. Canadá:Ottawa

Canda, M, Novela. O, Dgedge F. (2010). *Implementação de processo de enfermagem nos hospitais públicos de Moçambique*, Maputo: Instituto Superior de Ciências de Saúde, ISCISA

Casapia, Glória Z. (2017) *Formação em enfermagem com aprendizagem baseada em problemas (PBL): o caso da Universidade Católica de Moçambique*. Tese apresentada à universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem.

Organização Mundial de Saúde (1978). *Declaração de Alma-Ata: Saúde para Todos no Ano 2000*. Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários.

Ordem dos Enfermeiros e Conselho Internacional dos Enfermeiros (2009). *servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Desrosiers, Paultre (2011). *Mitos, Crenças e Sabedorias Tradicionais de Moçambique: Elementos do Dicionário*. Moçambique: edição de autor

Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Figueiredo, MH (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – uma ação colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusodidata.

Fontes, AP, Azzi, RG; (2012). *Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva*. *Estudos de Psicologia*. Jan-Mar. pp105-114

Fortin, MF (2009). *O Processo de Investigação*. Portugal: Lusociência.

Frisancho AR (1993). *Anthropometric Standads for the Assessment of Growth and Nutritional Status*. Ann Arbor, The University of Michigan Press. p.189.

Frisancho AR (1981). *New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status*. Am J Clin Nutr.; 34(11):2540-5.

Fulane, Jefra G (2012). *Percursos das mães na procura de medicamentos para doenças em menores de cinco anos, num mercado farmacológico múltiplo na cidade de Xai-Xai, em Moçambique*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento e Saúde Global). Disponível em <https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/4984/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Gefra%20Gustavo%20Fulane.pdf>

Fundo das Nações Unidas para a Infância (2014). *Situação das crianças em Moçambique 2014*. UNICEF. Moçambique 2014.

Imperatori, E, Giraldes, M. (1986). *Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.

Instituto Nacional de Estatística.(2017). *IV Recenseamento Geral da População e Habitação; Resultado Preliminares*. Moçambique: Instituto Nacional de Estatística, Obtido em 05 de Janeiro de 2019, de <http://www.ine.gov.mz/>

Instituto Nacional de Estatística.(2007). *III Recenseamento Geral da População e Habitação; Resultado Definitivos*. Moçambique: Instituto Nacional de Estatística

Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.

Loureiro, I.; Miranda N., (2010) *Promover a saúde: Dos fundamentos à ação*. Coimbra: Almedina

Mascarenhas MR, Zemel B, Stallings VA. (1998). *Nutritional Assessment in Pediatrics*. Nutrition.14:105-15.

Melo, Pedro. (2016). *Enfermagem Comunitária Avançada: Um modelo de empoderamento comunitário*. Tese apresentada à universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem.

Melo, Pedro. M., Gomes da Silva, R. C., & Figueiredo, M. H.. (2018) Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência* , Out/Nov/Dez pp. 81-90.

Melo, Pedro. (2017). *MAIEC- Manual do Utilizador*. Porto.

Ministério da Saúde (2015). *Curvas de crescimento para as crianças e adolescentes dos 0 aos 19 anos*. Livro de Referências. Maputo: MISAU

Ministério da Saúde. (2014). *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019*. Maputo: MISAU.

Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) & ICF International (ICFI) (2011). **Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011**. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.

Ministério da Saúde (2010). Análise situacional da Carreira de Enfermagem em Moçambique: Relatório Técnico. Maputo: Ministério da Saúde de Moçambique.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Lisboa.

Polit, D. F., Beck, C. T. (2011). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre. Artmed. 3ª edição

Ministério da Saúde. (2015) Curvas de Crescimento para crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos de idade. Maputo: FANTA/FHI,360/USAID/Moçambique

República de Moçambique (2011)) *Plano de ação multisectorial para a redução da desnutrição crónica em Moçambique 2011-2014(2020)*. Maputo: MISAU

Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) & ICF International (ICFI) (2011). *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.

República de Moçambique, Ministério da Educação e Ministério da Saúde (2010), *Estratégia de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença na Comunidade Escolar 2010-2014*. Maputo:

República de Moçambique (2008). Instituto Nacional de Estatística. *Inquérito de Indicadores Múltiplos 2008*. Maputo.

República de Moçambique (2004). Constituição da República. Maputo: Moçambique

Pereira, SD. (2007/4). Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária. S. Paulo: edição de autor

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2015). Relatório do Desenvolvimento Humano 2015 - O trabalho como motor do desenvolvimento humano. Acedido em 25 de Janeiro de 2019 e disponível em http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15_overview_pt.pdf

Silva, AP. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*. 2007, Jan-Apr; Vol. 55 (1-2), Lisboa, Portugal. P.18. ISSN: 0871-2379.

Stanhophe, M., Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária- Promoção da Saude de Grupos, Familias e Indivíduos*. Loures: Lusociência.

Sousa, FAMR; Goulart, MJG, Medeiros, CMO, Vieira, FG, etal. (2017). Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso. *Ver. Saúde Pública*.2017, 51:11.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Cadernos de Formação 2.

Teixeira, C. (2010) *Planejamento em Saúde: Conceitos, métodos e experiências*. Salvador-BA: Universidade Federal da Bahia.

Vieira, Margarida (2017). *Ser Enfermeiro - da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica

WHO (1995). *Physical Status: The use and interpretation of and anthropometry*. Geneva. WHO

ANEXOS

ANEXO I - Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

Domínio	1	2	3	4	5
Participação Comunitária	Nem todos os membros e grupos da comunidade estão a participar nas atividades e reuniões da comunidade (ex. mulheres, jovens, homens)	Os membros da comunidade participam nas reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	Os membros da comunidade estão envolvidos na discussão mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação. Estão limitados a atividades tais como trabalho voluntário e donativos financeiros	Os membros da comunidade estão envolvidos nas decisões no planeamento e implementação. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	Tem sido mantida a participação na tomada de decisões. Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
Capacidade de avaliação do problema	A comunidade não realiza qualquer avaliação de problemas.	A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação.	A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolveu a participação de todos os sectores da comunidade.	A comunidade identificou problemas, soluções e ações. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	A comunidade continua a avaliar e é a “dona” dos problemas, soluções e ações.
Liderança Local	Algumas organizações comunitárias sem um líder.	Existem líderes para todas as organizações comunitárias. Algumas organizações não funcionam sob a liderança dos seus líderes.	As organizações comunitárias funcionam sob liderança. Algumas organizações não têm suporte de líderes externos à comunidade.	Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte das suas organizações. Os líderes necessitam de treino de competências.	Os líderes tem iniciativa total. Organizações em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos.

Estruturas organizacionais	A comunidade não tem estruturas organizativas tais como conselhos/comissões.	As organizações foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.	Mais do que uma organização ativa. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.	Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras dentro da comunidade.	As organizações estão ativamente envolvidas dentro e fora da comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.
Mobilização de recursos	Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade.	Apenas as pessoas ricas e influentes mobilizam os recursos criados pela comunidade. Os membros da comunidade são criados para providenciar recursos.	A comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	Os recursos criados são usados para atividades fora da comunidade. Existe discussão pela comunidade sobre a sua distribuição mas não são distribuídos com justiça.	Criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa.
Ligações a outros	Nenhuma	A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido.	A comunidade acordou ligações mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade.	Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo.	As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para a comunidade.

Capacidade para “questionar porquê”	Não são realizadas discussões em grupo para questionar assuntos da comunidade.	São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da comunidade e para desafiar o conhecimento adquirido.	Grupo criado para ouvir os assuntos da comunidade. Este tem a capacidade para refletir nos assuntos, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, testar-se e analisar. Alguma experiência em testar soluções.	Os grupos da comunidade têm a capacidade para autoanalisar e desenvolver esforços ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.
Gestão do programa	Por agente	Por agente em discussão com a comunidade.	Pela comunidade supervisionada pelo agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Papeis e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	Pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença da comunidade.	Gestão da comunidade independente do agente. A gestão é responsável.
Relação com agentes externos	Agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas.	Os agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em representação para produzir resultados.	Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente é mutuamente acordado.	A Comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte.	Os agentes facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.

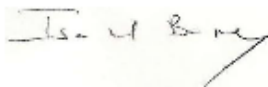
ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética

ETHICS CLEARANCE (EC)

Proposal name	Empoderamento Comunitário e melhoria do estado nutricional das crianças da comunidade ACDMPM (Associação Centro de Dia Mães da Paróquia de Mavalane)
Principal Investigator	Maria Isabel Costa de Sousa
Institution /Research Centre	Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS)
EC number:	CE.C. (10) 2018
Ethics reviewer name:	Ana Gomes; Isabel Baptista
Submission date	28.05.2018
Assessment date	09.07.2018
<p>ETHICS OPINION: Ethics Clearance</p> <p>The Ethical issues of the proposal have been clearly described and very well addressed and all the required documents have been provided.</p>	

Porto, 9 /7/ 2018

President of Research Ethics Committee CRP-UCP



(Isabel Baptista)

APÊNDICES

APÊNDICE I - Colheita de dados: Formulários

**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA GESTÃO COMUNITÁRIA E
PAPEL PROFISSIONAL**

Código da Escola _____

Código do educador _____

Dados de Identificação

1. Idade:

() Até 19 anos

() 20 – 29 anos

() 30- 39 anos

() 40- 49 anos

() 50 – 59 anos

() \geq 60 anos

2. Sexo:

() Masculino

() Feminino

3. Habilitação Literária

() 1ª a 5ª classes

() 6ª a 7ª classes

() 8ª a 10ª classes

() 11ª a 12ª classes

() Licenciatura

4. Função que ocupa na instituição

() Educador(a)

() Cozinheira

() Auxiliar (a)

() Outra _____

5. Tempo de serviço na instituição

() \leq 1 ano

() 1-4 anos

() 5- 9 anos

() 10- 14 anos

() 15- 19 anos

() \geq 20 anos

Programa Nacional de Saúde Escolar

1. Conhece os conteúdos do Programa Nacional de Saúde Escolar? (Assinale com uma cruz a resposta)
 Sim Não
 Não sei

2. Se conhece, costuma aplicar os Princípios do Programa de Saúde Escolar no seu trabalho? (Assinale com uma cruz a resposta)
 Sim Não
 Não sei

3. Ao longo do seu percurso académico / profissional teve formação na área da Saúde Escolar? (Assinale com uma cruz a resposta)
 Sim Não
 Não sei

4. Se sim, qual (ais)? (Assinale com uma cruz a resposta)
 Durante o meu curso de formação
 Ações de formação sobre o tema
 Outra. Qual? _____

5. O seu estabelecimento de ensino onde trabalha recebe acompanhamento por parte dos ativistas em matéria de Saúde Escolar? (Assinale com uma cruz a resposta)
 Sim Não
 Não sei

Promoção de estilos de vida saudáveis

1. A promoção de atividades e o desenvolvimento de competências em grupo e individuais promovem a autoestima e autonomia da criança e previnem comportamentos de risco? (Assinale com uma cruz a resposta)

- Sim Não
 Não sei

2. O número de refeições diárias aconselhável para uma criança em idade pré-escolar é: (Assinale com uma cruz a resposta)

- Até 3 refeições diárias
 De 3 a 5 refeições diárias
 Não sei

3. A água do estabelecimento escolar para beber é tratada? (Assinale com uma cruz a resposta)

- Sim Não
 Não sei

Se sim, como? _____

4. Que princípio considera fundamental na alimentação saudável das crianças: (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s))

- Incluir alimentos de todos os grupos da roda dos alimentos nas proporções indicadas.
 Dar preferências às frutas e legumes porque é o que menos gostam
 Dar preferência aos laticínios
 Incluir todos os grupos dando preferência aos laticínios os grupos dando preferência aos laticínios
 Não sei

10. Os educandos costumam ingerir doces (gomas, bolos, pipoca, chocolates, bolacha recheada, refrescos) na escolinha? (Assinale com uma cruz a resposta)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Todos os dias | <input type="checkbox"/> 1 vez por semana |
| <input type="checkbox"/> Mais do que uma vez por semana | <input type="checkbox"/> Raramente |
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Não sei |

10.1 Se Sim, qual a proveniência?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ementa escolar | <input type="checkbox"/> Lanche trazido de casa |
| <input type="checkbox"/> Outro _____ | |

11. Quando tem dúvidas em matéria de segurança alimentar onde costuma recorrer? (Assinale com uma cruz a resposta)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amigos/ Familiares | <input type="checkbox"/> Escolinha |
| <input type="checkbox"/> Ativista da Saúde Escolar | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde |
| <input type="checkbox"/> Medicina Tradicional | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

12. Costuma participar em formações sobre alimentação saudável? (Assinale com uma cruz a resposta)

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sem interesse | |

13. Onde costuma obter informação sobre alimentação saudável para as crianças? (Assinale com uma cruz a resposta)

- TV/ Rádio/Net
- Conversa com amigas(os)
- Centro de Saúde/ Hospital
- Comunidade Religiosa (igrejas, mesquita)
- Medicina Tradicional
- Outros _____

14. As principais causas de desnutrição em crianças com menos de 5 anos são?

(Assinale com uma cruz a resposta)

- Doença infecciosas e parasitárias
- Falta alimentação adequada
- Pobreza
- Não sei

15. São sinais e sintomas de desnutrição infantil: (Assinale com uma cruz a resposta)

- Tosse
- Alteração da cor dos cabelos e da pele
- Maior cansaço e falta de vontade de brincar
- Baixa estatura
- Não sei

16. Quando suspeita de um educando com sinais de desnutrição ou excesso de peso para onde referencia a criança? (Assinale com uma cruz a resposta)

- Para o Enfermeiro do Centro de Saúde
- Para o Médico de Família
- Conversa com os pais
- Não faço nada

17. Quando uma criança na escolinha está com diarreia o que costuma fazer?

(Assinale com uma cruz a resposta)

- Preparo soro caseiro
- Preparo soro de reidratação oral (SRO)
- Chamo o encarregado de educação
- Não faço nada

18. Para uma alimentação saudável, equilibrada e de baixo custo é importante:

(Assinale com uma cruz a resposta)

Identificar os principais alimentos disponíveis na comunidade e seu valor nutritivo

Conhecer os alimentos preferidos da região e os tabus relacionados com a alimentação.

Não há alimentação saudável a baixo custo

Não sei responder

19. Como se avalia o estado nutricional da criança em idade pré-escolar?

(Assinale com uma cruz a resposta)

Pela avaliação do peso da criança

Pela avaliação do peso e da altura

Pela avaliação do peso e altura e outros dados

Não preciso saber esses dados

Não sei responder

Muito obrigada!

FORMULÁRIO AVALIAÇÃO DA GESTÃO COMUNITÁRIA E PARENTAL

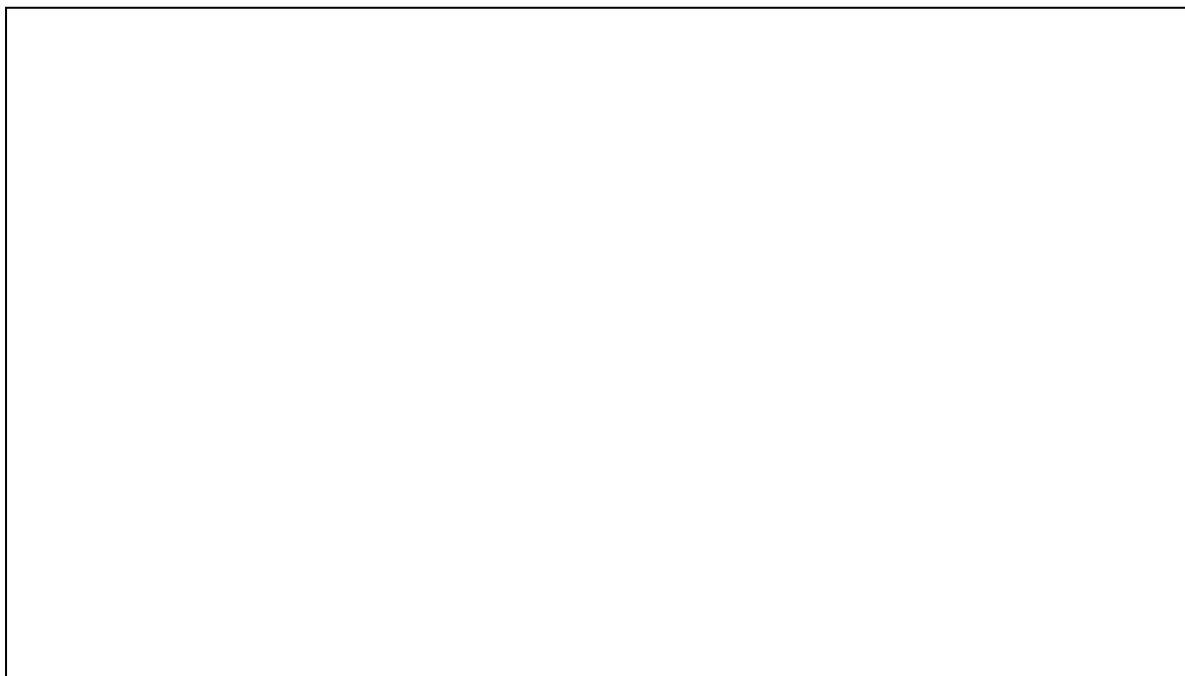
Código da Escola _____

Código da Família _____

Caracterização socioeconómica

Idade do encarregado de educação: _____

Genograma



Escala de Graffar adaptada- Score e classificação da família: _____

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	<ul style="list-style-type: none"> - Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado. - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__
3	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia. 	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º.8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Avaliação do papel parental e hábitos alimentares:

1. Quantas refeições diárias faz a família habitualmente? (Assinale com uma cruz a resposta)
 1 a 2 refeições 3 a 4 refeições
 5 ou mais refeições

2. Alimentos que a família consome diariamente: (Assinale com uma cruz a resposta)
 Amendoim, óleo Arroz, batata, mandioca, pão
 Feijão, ervilha, grão Leite, iogurte, manteiga
 Verduras e legumes Frutas

3. Qual a proveniência da água que a família costuma beber? (Assinale com uma cruz a resposta)
 Rede pública Poço ou furo
 Engarrafada Outra

4. A água que usam para beber é tratada? Como? (Assinale com uma cruz a resposta)
 Aplicação de “*Certeza*” Fervida
 Usa filtro Outra _____

5. Na hora da refeição a mãe costuma controlar o que seu filho come? (Assinale com uma cruz a resposta)
 Permite que o seu filho escolha quando e o que comer
 Adota postura democrática e negocia com o seu filho sobre o que deve comer e suas vantagens
 Obriga a comer tudo até terminar
 É indiferente, quando a criança sentir fome há-de pedir
 Outra. Qual? _____

6. Que princípio considera fundamental para alimentação saudável da(s) crianças(s) (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s))
- Incluir alimentos variados e nas proporções indicadas.
 - Dar preferências às frutas e legumes porque é o que menos gostam
 - Dar preferência aos laticínios
 - Incluir todos os alimentos mas dando preferência aos laticínios
 - Não sei
7. O(s) seu (os) filho(s) comem sopa diariamente? (Assinale com uma cruz a resposta)
- Sim Não
 - Não sei
8. Quantos copos de água o(s) seu(s) filho(s) costumam beber diariamente? (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s))
- 1 a 3 copos 4 a 6 copos
 - 7 ou mais copos Não sei
9. Quantos copos de sumo o(s) seu(s) filho(s) costumam beber diariamente? (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s))
- 1 a 3 copos 4 a 6 copos
 - 7 ou mais copos Não sei
10. Tipo de sumo costumam beber o(s) seu(s) filho(s)? (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s))
- Sumos naturais Sumos 100% fruta
 - Refresco Refrigerante
11. Quantas porções de fruta são recomendadas no consumo diário das crianças do pré-escolar? (Assinale com uma cruz a resposta)
- Nenhuma 1 a 2
 - No mínimo 3 Não sei

18. Onde costuma obter informação sobre alimentação saudável para as crianças? (Assinale com uma cruz a resposta)

Meios de comunicação Conversas com amigas(os)

Centro de Saúde Escolinha

Outra. Qual _____

19. As crianças com menos de 5 anos costumam receber suplemento de vitamina a? (Assinale com uma cruz a resposta)

Sim Não

Não sei

19.1. Se Sim, indique onde: _____

20. É importante o uso de sal iodado na alimentação da criança? (Assinale com uma cruz a resposta)

Sim Não

Não sei

21. A família costuma avaliar e acompanhar o peso das crianças com menos de 5 anos anualmente? (Assinale com uma cruz a resposta)

1 vez por ano 2 a 3 vezes por ano

Nunca

22. As suas crianças têm vacinas atualizadas? (Assinale com uma cruz a resposta)

Sim Não

Não sei

23. Quando uma criança está com diarreia o que costuma fazer? (Assinale com uma cruz a resposta)

- Uso soro caseiro
- Uso soro de reidratação oral (SRO)
- Vou ao Centro de Saúde/ Hospital
- Outro. Qual

24. As principais causas de desnutrição em crianças com menos de 5 anos são? (Assinale com uma cruz a resposta)

- Doenças infecciosas e parasitárias
- Má alimentação
- Falta de conhecimentos
- Não sei

25. A família tem canteiro de verdura no quintal? (Assinale com uma cruz a resposta)

- Sim Não
- Não sei

26. Como identifica que a sua criança está bem nutrida? (Assinale com uma cruz a resposta)

- Pelo peso Pelo peso e altura
- Pelo peso e altura e outros dados Não sei

Muito obrigada!

FORMULÁRIO AVALIAÇÃO ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANAS

Código da Escola _____

Código da criança _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Perímetro braquial (PB): _____

Perímetro da prega cutânea tricípital (PCT): _____

Área de gordura braquial (AGB): _____ score z: _____

Área muscular braquial (AMB): _____ score z: _____

Peso corporal: _____

Altura: _____

IMC: _____

Percentil de IMC: _____

APÊNDICE II - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação
no Projeto

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

ETAPA: AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

Exmo Senhor/a: Este documento tem toda a informação que precisa saber para decidir se pretende participar no nosso trabalho de investigação. Caso queira mais esclarecimento estaremos ao dispor pelos contactos que constam no final do documento. Se aceitar, assine por favor o documento.

Título do estudo: Empoderamento Comunitário e a promoção da saúde infantil na comunidade Associação Centro Dia [] Maputo/Moçambique

Enquadramento: O projeto de investigação: Empoderamento Comunitário e a promoção da saúde infantil na comunidade Associação Centro Dia [] Maputo/Moçambique, integra-se no projeto MAIEC do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa e tem como investigador responsável o Doutor Pedro Melo. É ainda desenvolvido no contexto do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, pela estudante Isabel Sousa e sob orientação do Doutor Pedro Melo e da Doutora Matilde Mabui Dimande.

Explicação do estudo: Nesta etapa do nosso estudo, temos como objetivo medir o nível de empoderamento comunitário da comunidade Associação Centro Dia [] relacionado com a problemática da Promoção da Saúde Infantil. Para responder a este objetivo, pretendemos aplicar a tradução portuguesa da *Empowerment Assessment Rated Scale*, desenvolvida por Laverack (1999) e que permite identificar a perceção dos membros desta comunidade face a nove domínios do empoderamento comunitário (a participação, a liderança, as estruturas organizativas, a avaliação dos problemas, a mobilização dos recursos, a capacidade para questionar, as ligações a outras pessoas e organizações, o papel dos agentes externos e a capacidade de gestão do programa/projeto).

Qual será o seu papel neste estudo:

A sua participação no estudo, implica que, participe no mínimo numa reunião e no máximo duas reuniões, com os profissionais de educação, os encarregados de educação, os gestores da [] os profissionais de saúde que têm parceria com a comunidade, com a duração máxima de 2 horas. Nesta reunião será desenvolvida uma discussão sobre os conceitos e as perceções dos participantes face ao que consideram ser o nível de empoderamento da sua comunidade para a resolução da problemática da melhoria do estado nutricional das crianças (com a aplicação de uma escala que tem várias afirmações sobre cada domínio do empoderamento, que lhe será explicadas na reunião) e a determinação de estratégias para o melhorar. Para facilitar o tratamento dos dados, serão registados os depoimentos com recurso a um investigador colaborador, que os escreverá num caderno de notas.

Condições e Direitos:

A investigação não oferece nenhum dano ao(s) à(s) participante(s) e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos(às) mesmos(as). Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da investigação e dos seus objetivos. Se, no decorrer do procedimento, o/a participante vier a manifestar sua vontade de interromper a sua participação, o investigador atenderá a sua vontade, garantindo ao participante o direito de abandono da mesma sem prejuízo para si.

Este estudo foi submetido ao parecer da comissão de ética do Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa e teve parecer favorável.

O material recolhido não poderá ser objeto de comercialização e/ou divulgação que possa prejudicar os (as) entrevistados (as) ou o seu local de trabalho. Os dados recolhidos serão guardados durante três anos pelo investigador, sendo destruídos após este prazo.

É compromisso deste investigador manter os (as) participantes informados (as), caso pretendam, sobre o desenvolvimento da investigação e, ao final de sua realização, de lhes comunicar os resultados e partilhar os documentos produzidos ao longo da mesma.

Confidencialidade e anonimato:

Durante o processo em curso, e mesmo na redação do artigo em relação aos resultados, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação do(s) a (as) participantes da investigação.

Grato pela atenção e disponibilidade para colaborar no nosso estudo:

A investigadora deste projeto: Enf. Isabel Sousa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa| Contacto Tlm: +351964809891 | Endereço eletrónico: isabel.mbn@hotmail.com

O investigador responsável: Doutor Pedro Melo, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa | Contacto Tlm: +351916725122 | Endereço eletrónico: pmelo@porto.ucp.pt

Assinatura/s:
.....

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:
Assinatura:..... Data: /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

ETAPA: AVALIAÇÃO DA GESTÃO COMUNITÁRIA E DO PAPEL PARENTAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS CRIANÇAS

Exmo Senhor/a: Este documento tem toda a informação que precisa saber para decidir se pretende participar no nosso trabalho de investigação. Caso queira mais esclarecimento estaremos ao dispor pelos contactos que constam no final do documento. Se aceitar, assine por favor o documento.

Título do estudo: Empoderamento Comunitário e a promoção da saúde infantil na comunidade Associação
Maputo/Moçambique

Enquadramento: O projeto de investigação: Empoderamento Comunitário e a promoção da saúde infantil na comunidade Associação
 Maputo/Moçambique, é um projeto em curso a partir da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, desenvolvido no contexto do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, pela Enfermeira Isabel Sousa, sob orientação do Doutor Pedro Melo (da UCP) e da Doutora Matilde Mabui Dimande. (do ISCISA). Nesta etapa do nosso estudo, pretendendo saber como está preparada a Associação para melhorar o estado nutricional das crianças que frequentam as suas escolas, bem como estão preparadas as famílias para este mesmo aspeto. Para responder a estes objetivos, pretendemos aplicar um formulário, através de entrevistas que serão desenvolvidas pela Enf. Isabel Sousa, na hora e local que for mais conveniente ao participante.

Qual o seu papel neste estudo:

A sua participação no estudo, implica que disponibilize 15 a 30 minutos do seu tempo para que lhe seja feita uma entrevista/consulta, podendo haver necessidade de uma segunda entrevista. Nesta entrevista ser-lhe-ão feitas algumas questões sobre alguns dados como a sua opinião, conhecimentos e comportamentos associados ao estado nutricional (alimentação e desenvolvimento) das crianças, de acordo com o papel que desempenha na ACDMPM (no caso de ser colaborador ou parceiro das escolas) ou como encarregado de educação das crianças.

Condições e Direitos:

A investigação não oferece nenhum dano ao(s) à(s) participante(s) e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos(às) mesmos(as).

Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da investigação e dos seus objetivos.

Se, no decorrer do procedimento, o/a participante vier a manifestar sua vontade de interromper a sua participação, o investigador atenderá a sua vontade, garantindo ao participante o direito de abandono da mesma sem prejuízo para si.

O material recolhido não poderá ser objeto de comercialização e/ou divulgação que possa prejudicar os (as) entrevistados (as) ou o seu local de trabalho. Os dados recolhidos serão guardados durante três anos pelo investigador, sendo destruídos após este prazo.

É compromisso deste investigador manter os (as) participantes informados (as), caso pretendam, sobre o desenvolvimento da investigação e, ao final de sua realização, de lhes comunicar os resultados e partilhar os documentos produzidos ao longo da mesma.

Este estudo foi submetido ao parecer da comissão de ética do Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa e teve parecer favorável.

Confidencialidade e anonimato:

Durante o processo em curso, e mesmo na redação do artigo em relação aos resultados, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação do(s) a (as) participantes da investigação.

Grato pela atenção e disponibilidade para colaborar no nosso estudo:

A investigadora deste projeto: Enf. Isabel Sousa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa | Contacto Tlm: +351964809891 | Endereço eletrónico: isabel.mbn@hotmail.com

O investigador responsável: Doutor Pedro Melo, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa | Contacto Tlm: +351916725122 | Endereço eletrónico: pmelo@porto.ucp.pt

Assinatura/s:
.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:
Assinatura: Data: /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

ETAPA: AVALIAÇÃO DA GESTÃO COMUNITÁRIA E DO PAPEL PROFISSIONAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS CRIANÇAS

Exmo Senhor/a: Este documento tem toda a informação que precisa saber para decidir se pretende participar no nosso trabalho de investigação. Caso queira mais esclarecimento estaremos ao dispor pelos contactos que constam no final do documento. Se aceitar, assine por favor o documento.

Título do estudo: Empoderamento Comunitário e a promoção da saúde infantil na comunidade Associação
Maputo/Moçambique.

Enquadramento: O projeto de investigação: Empoderamento Comunitário e a promoção da saúde infantil na comunidade Associação
 Maputo/Moçambique, é um projeto em curso a partir da Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, desenvolvido no contexto do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, pela Enfermeira Isabel Sousa, sob orientação do Doutor Pedro Melo (da UCP) e da Doutora Matilde Mabui Dimande. (do ISCISA). Nesta etapa do nosso estudo, pretendendo saber como está preparada a
 para melhorar o estado nutricional das crianças que frequentam as suas escolas, bem como estão preparadas as famílias para este mesmo aspeto. Para responder a estes objetivos, pretendemos aplicar um formulário, através de entrevistas que serão desenvolvidas pela Enf. Isabel Sousa, na hora e local que for mais conveniente ao participante.

Qual o seu papel neste estudo:

A sua participação no estudo, implica que disponibilize 15 a 30 minutos do seu tempo para que lhe seja feita uma entrevista/consulta, podendo haver necessidade de uma segunda entrevista. Nesta entrevista ser-lhe-ão feitas algumas questões sobre alguns dados como a sua opinião, conhecimentos e comportamentos associados ao estado nutricional (alimentação e desenvolvimento) das crianças, de acordo com o papel que desempenha na ACDMPM (no caso de ser colaborador ou parceiro das escolas) ou como encarregado de educação das crianças.

Condições e Direitos:

A investigação não oferece nenhum dano ao(s) à(s) participante(s) e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos(às) mesmos(as).

Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da investigação e dos seus objetivos.

Se, no decorrer do procedimento, o/a participante vier a manifestar sua vontade de interromper a sua participação, o investigador atenderá a sua vontade, garantindo ao participante o direito de abandono da mesma sem prejuízo para si.

O material recolhido não poderá ser objeto de comercialização e/ou divulgação que possa prejudicar os (as) entrevistados (as) ou o seu local de trabalho. Os dados recolhidos serão guardados durante três anos pelo investigador, sendo destruídos após este prazo.

É compromisso deste investigador manter os (as) participantes informados (as), caso pretendam, sobre o desenvolvimento da investigação e, ao final de sua realização, de lhes comunicar os resultados e partilhar os documentos produzidos ao longo da mesma.

Este estudo foi submetido ao parecer da comissão de ética do Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa e teve parecer favorável.

Confidencialidade e anonimato:

Durante o processo em curso, e mesmo na redação do artigo em relação aos resultados, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação do(s) a (as) participantes da investigação.

Grato pela atenção e disponibilidade para colaborar no nosso estudo:

A investigadora deste projeto: Enf. Isabel Sousa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa | Contacto Tlm: +351964809891 | Endereço eletrónico: isabel.mbn@hotmail.com

O investigador responsável: Doutor Pedro Melo, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa | Contacto Tlm: +351916725122 | Endereço eletrónico: pmelo@porto.ucp.pt

Assinatura/s:
.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:
Assinatura: Data: /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

ETAPA: AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS

(PARA SER ASSINADO PELOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO)

Exmo Senhor/a: Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, pode fazer as questões que entender necessárias. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Empoderamento Comunitário e a promoção da saúde infantil na comunidade Associação
Maputo/Moçambique

Enquadramento: O projeto de investigação: Empoderamento Comunitário e a promoção da saúde infantil na comunidade
 Maputo/Moçambique, integra-se no projeto MAIEC do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa e tem como investigador responsável o Doutor Pedro Melo. É ainda desenvolvido no contexto do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, pela estudante Isabel Sousa e sob orientação do Doutor Pedro Melo e da Doutora Matilde Mabui Dimande.

Nesta etapa do nosso estudo, temos como objetivo diagnosticar o estado nutricional e o desenvolvimento infantil das crianças da Associação
.

Qual o meu papel e o das crianças neste estudo:

Ao autorizar o desenvolvimento deste estudo com a criança pela qual é responsável, saiba que desenvolveremos uma avaliação que não implica procedimentos invasivos nem causadores de dano ou dor às crianças., são procedimentos muito simples que passamos a explicar:

Utilizaremos para avaliação do estado nutricional parâmetros antropométricos (dados medidos de forma simples nas crianças):

Perímetro braquial (PB)- Mediremos com uma fita métrica a parte superior do braço da criança;

Prega cutânea tricípital (PCT) – Mediremos com um material próprio (adipómetro) a dobra na parte de trás do braço da criança.

Com estes dados calcularemos alguns resultados que nos ajudam a identificar o estado nutricional da criança, como a área de gordura braquial (AGB) e área muscular braquial (AMB) e os respetivos escores z.

Também pesaremos a criança numa balança e mediremos a sua altura, para calcular o Índice de Massa Corporal (IMC). Este valor ajuda a perceber se a criança tem um peso e uma altura equilibrados para a idade, através de um gráfico que nos ajuda a perceber o percentil em que se encontra a criança.

Condições e Direitos:

A investigação não oferece nenhum dano às crianças e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos encarregados de educação.

Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da investigação e dos seus objetivos, quer às crianças quer aos seus encarregados de educação.

Se, no decorrer do procedimento, a criança vier a manifestar sua vontade de interromper a sua participação, o investigador atenderá a sua vontade, garantindo-lhe o direito de não ser avaliada, sem prejuízo para si.

Este estudo foi submetido ao parecer da comissão de ética do Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa e teve parecer favorável.

Confidencialidade e anonimato:

Durante o processo em curso, e mesmo na redação do artigo em relação aos resultados, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação dos participantes na investigação.

Grato pela atenção e disponibilidade para colaborar no nosso estudo:

A investigadora deste projeto: Enf. Isabel Sousa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa| Contacto Tlm: +351964809891 | Endereço eletrónico: isabel.mbn@hotmail.com

O investigador responsável: Doutor Pedro Melo, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa | Contacto Tlm: +351916725122 | Endereço eletrónico: pmelo@porto.ucp.pt

Assinatura/s:
.....

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:
Assinatura: Data: ... /... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

APÊNDICE III - Diagnóstico Gestão Comunitária Comprometida

Identificação dos Problemas

Tavares (1990) define problema em saúde como o “*estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade*”. Ao passo que uma necessidade “*exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir. Representa o necessário para remediar o problema identificado*”.

Pela análise dos formulários emergiram os subdiagnósticos descritos na Tabela 1 que passamos a apresentar.

Tabela 1 - Lista dos subdiagnósticos

Dimensão de Diagnóstico	Sub-diagnóstico
Liderança Comunitária Comprometida	<p>Papel Parental:</p> <p>Dimensão Cognitiva</p> <p>Conhecimento sobre alimentação saudável não demonstrado em 56%</p> <p>Conhecimento sobre recursos da comunidade para procura de apoio informativo sobre alimentação não demonstrado em 85%</p> <p>Conhecimento sobre o uso de sal iodado na alimentação não demonstrado em 29%</p> <p>Conhecimento sobre cuidados a ter com a criança com alterações gastrointestinais não demonstrado em 68%</p> <p>Conhecimento sobre principais causas de desnutrição nas crianças não demonstrado em 32%</p> <p>Conhecimento sobre avaliação do estado nutricional das crianças não demonstrado em 77%</p> <p>Dimensão comportamental:</p> <p>Comportamento de adesão ao número de refeições adequado não demonstrado em 100%</p> <p>Comportamento de adesão aos alimentos de qualidade adequada não demonstrado em 85%</p> <p>Comportamento de adesão ao tratamento da água não demonstrado em 62%</p> <p>Comportamento de adesão ao apoio ao educando durante a refeição não demonstrado em 44%</p> <p>Comportamento de adesão ao consumo diário de sopa pelas crianças não demonstrado em 94%%</p>

	<p>Comportamento de adesão à ingestão hídrica adequada pelas crianças não demonstrado: quantidade de água diária não adequada em 82%</p> <p>Comportamento de adesão ao controlo do consumo de gorduras e sal (salgadinhos) não demonstrado em 21%</p> <p>Comportamento de adesão ao consumo de fruta (porção diária) não adequado em 97%</p> <p>Comportamento de adesão ao suplemento de vitamina A em crianças com menos de 5 anos não demonstrado em 35%</p> <p>Comportamentos de adesão a sessões informativas sobre alimentação não demonstrado em 82%</p> <p>Comportamento de adesão à plantação de canteiros em casa não demonstrado em 80%</p> <p>Comportamento de procura de saúde (vigilância do peso nas crianças com menos de 5 anos) não demonstrado em 15%</p> <p>Comportamentos de procura de saúde (adesão à vacinação) não demonstrada em 9%</p> <p>Comportamento de adesão ao controlo do consumo de doces pelas crianças não adequado em 79%</p>
	<p>Papel Profissional:</p> <p>Dimensão cognitiva:</p> <p>Conhecimento dos educadores sobre os conteúdos do PNSE não demonstrado em 57%</p> <p>Conhecimento dos educadores sobre a relação entre o desenvolvimento de competências de promoção da autoestima e autonomia das crianças e prevenção de riscos não demonstrado em 14%</p> <p>Conhecimento dos educadores sobre ingestão hídrica adequada nas crianças do pré-escolar não demonstrado em 41%</p> <p>Conhecimento dos educadores sobre alimentação adequada das crianças do pré-escolar (quantidades) não demonstrado em 27%</p> <p>Conhecimento dos educadores sobre alimentação saudável (qualidade dos alimentos) não demonstrado em 29%</p> <p>Conhecimento dos educadores sobre porções de fruta adequadas para as crianças não demonstrado em 94%</p> <p>Conhecimento dos educadores sobre suplementação com vitamina A nas crianças com menos de 5 anos não demonstrado em 29%</p> <p>Conhecimento dos educadores sobre sinais e sintomas de défice de iodo nas crianças em idade pré-escolar não demonstrado em 92%</p> <p>Conhecimento dos educadores sobre recursos para obter</p>

	<p>informação sobre segurança alimentar não demonstrado em 78%</p> <p>Conhecimento sobre principais causas de desnutrição nas crianças não demonstrado em 16% dos educadores</p> <p>Conhecimento sobre sinais e sintomas de desnutrição nas crianças não demonstrado em 25% dos educadores</p> <p>Conhecimento sobre recursos de saúde para encaminhamento das crianças desnutridas não demonstrado em 27% dos educadores</p> <p>Conhecimento sobre cuidados a ter com as crianças com diarreia não demonstrado em 71% dos educadores</p> <p>Conhecimento sobre uma alimentação saudável, equilibrada e de baixo custo não demonstrado em 31% dos educadores</p> <p>Conhecimento sobre avaliação do estado nutricional das crianças não demonstrado em 92% dos educadores</p> <p>Dimensão comportamental:</p> <p>Comportamento de adesão ao controlo de consumo de doces não demonstrado em 70% dos educadores</p> <p>Comportamento de adesão da escola ao consumo diário de sopa não demonstrado em 27%</p> <p>Comportamento de adesão da escola ao tratamento da água não demonstrado em 14%</p>
<p>Participação Comunitária comprometida</p>	<p>Inexistência de estruturas organizativas para a promoção de saúde e alimentação saudável nas crianças, na perceção de 100% dos membros da comunidade avaliados</p> <p>Inexistência de parcerias relacionadas com a promoção da saúde e alimentação saudável das crianças, na perceção de 100% dos membros da comunidade avaliados</p> <p>Inexistência de veículo de comunicação promoção da saúde e alimentação saudável das crianças, na perceção de 100% dos membros da comunidade avaliados</p>
<p>Processo Comunitário Comprometido</p>	<p><i>Coping</i> comunitário comprometido (inexistência de experiências anteriores associados à problemática da saúde das crianças e alimentação perceciona da em 59% dos membros da comunidade.</p>

APÊNDICE IV - Guião Temático: Grupo Focal



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem com Especialização
em Enfermagem Comunitária

Guião Temático
Grupo Focal

Autora:

Aluna Maria Isabel Costa de Sousa

N. 396417012

Orientação:

Prof. Doutor Pedro Melo

Tutora:

Prof. Doutora Matilde Dimande

Maputo–outubro 2018

SUMÁRIO

1. QUESTÃO CENTRAL
2. AFIRMAÇÕES NA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO
COMUNITÁRIO
3. FOTOS

GUIÃO TEMÁTICO (a partir da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário adaptada à problemática em análise no projeto).

Em relação à Saúde Infantil e Alimentação das crianças, considera que a instituição:

Nível de Empoderamento Comunitário

Domínio	1	2	3	4	5
Participação Comunitária	Nem todos os membros e grupos da instituição estão a participar em reuniões sobre a saúde infantil e alimentação	Os membros da comunidade participam nas reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	Os membros da comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação.	Os membros da comunidade estão envolvidos nas decisões no planeamento e implementação. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	Tem sido mantida a participação na tomada de decisões. Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
Capacidade de avaliação do problema	A comunidade não realiza qualquer avaliação de problemas relacionados com a saúde infantil e alimentação.	A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação.	A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolveu a participação de todos os sectores da comunidade.	A comunidade identificou problemas, soluções e ações. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	A comunidade continua a avaliar e é a “dona” dos problemas, soluções e ações.
Liderança Local	Algumas organizações comunitárias sem um líder relacionado com a saúde infantil e alimentação.	Existem líderes para todas as organizações comunitárias. Algumas organizações não funcionam sob a liderança dos seus líderes.	As organizações comunitárias funcionam sob liderança. Algumas organizações não têm suporte de líderes externos à comunidade.	Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte das suas organizações. Os líderes necessitam de treino de competências.	Os líderes têm iniciativa total. Organizações em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos.

Estruturas organizacionais	A comunidade não tem estruturas organizativas tais como conselhos/comissões relacionados com a saúde infantil e alimentação.	As organizações foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.	Mais do que uma organização ativa. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.	Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras dentro da comunidade.	As organizações estão ativamente envolvidas dentro e fora da comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.
Mobilização de recursos	Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade para melhorar a saúde infantil e alimentação	Apenas as pessoas ricas e influentes mobilizam os recursos criados pela comunidade. Os membros da comunidade são criados para providenciar recursos.	A comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	Os recursos criados são usados para atividades fora da comunidade. Existe discussão pela comunidade sobre a sua distribuição, mas não são distribuídos com justiça.	Criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa.
Ligações a outros	Nenhuma	A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido.	A comunidade acordou ligações mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade.	Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo.	As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para a comunidade.

<p>Capacidade para “questionar porquê”</p>	<p>Não são realizadas discussões em grupo para questionar os assuntos da comunidade relacionados com a saúde infantil e alimentação.</p>	<p>São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da comunidade e para desafiar o conhecimento adquirido.</p>	<p>Grupo criado para ouvir os assuntos da comunidade. Este tem a capacidade para refletir nos assuntos, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.</p>	<p>Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, testar-se e analisar. Alguma experiência em testar soluções.</p>	<p>Os grupos da comunidade têm a capacidade para autoanalisar e desenvolver esforços ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.</p>
<p>Gestão do programa</p>	<p>Por agente</p>	<p>Por agente em discussão com a comunidade.</p>	<p>Pela comunidade supervisionada pelo agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Papeis e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.</p>	<p>Pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença da comunidade.</p>	<p>Gestão da comunidade independente do agente. A gestão é responsável.</p>

Relação com agentes externos	Agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas.	Os agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em representação para produzir resultados.	Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente é mutuamente acordado.	A Comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte.	Os agentes facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.
-------------------------------------	---	---	---	--	---



3

³ “Autorizada a cedência de imagem”

APÊNDICE V - Avaliação do Status Nutricional

Caracterização da amostra:

		Fi	Fri
SEXO	Masculino	107	47,1
	Feminino	120	52,9
	Total	227	100,0

A amostra de crianças no que se refere à sua distribuição por sexo, corresponde a 52,9% do sexo feminino e 47,1% do sexo masculino.

		IDADE (meses)
N	Válido	227
	Omisso	0
Mínimo		23,00
Máximo		69,00

Em relação à idade, a idade máxima corresponde a 69 meses e a idade mínima a 23 meses, distribuídos da seguinte forma por intervalos de idade.

		Fi	Fri
IDADE (meses)	<24 meses	4	1.7
	25-36 meses	28	12.4
	37-48 meses	54	23.7
	49-60 meses	83	36.6
	>60 meses	58	25.6
	Total	227	100,0

A maior parte das crianças avaliadas tinha idade compreendida entre os 49 e 60 meses (4 e 5 anos), correspondendo a 36,6% da amostra, seguida de crianças com mais de 60 meses (5 anos), 25,6% das crianças e entre os 37 e 48 meses (3 e 4 anos), com 23,7%. Crianças com menos de 36 meses (3 anos) correspondem a 23,7% da amostra, havendo uma menor percentagem (1,7%) de crianças com menos de 24 meses (2 anos) de idade.

Avaliação do Status Nutricional

Considerando as curvas de referência previstas para a avaliação do desenvolvimento infantil em Moçambique (República de Moçambique, 2015), analisámos nas crianças com menos de 5 anos de idade as curvas referentes aos Desvio-Padrão face à relação peso-altura.

Tabela 1 - Resumo de processamento de casos avaliados em relação ao DP- Peso-Altura

	Válido		Casos Omisso		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
DP PA Mz	165	72,7%	62	27,3%	227	100,0%

A percentagem da amostra correspondente a crianças com menos de 5 anos e por isso avaliada na curva de referência relativa ao Desvio-Padrão peso-altura corresponde a 72,7% da amostra de crianças avaliadas.

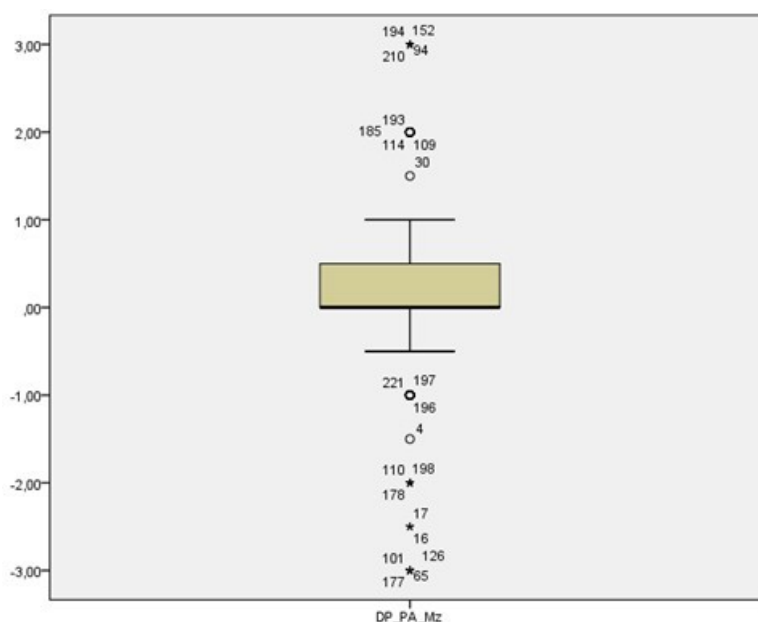
		Fi	Fri
DP peso-altura	-3,00	5	3,0
	-2,00 a -1,00	26	15,1
	-,99 e 0,01	4	2,4
	0,00	84	50,9
	0,01 a 0,99	10	6,1
	1,00 a 2,00	31	18,8
	3,00	5	3,0
	Total	165	100,0

De acordo com as curvas de referência para o Desvio Padrão da relação peso-altura, nas crianças com menos de 5 anos de idade, identificaram-se **3% das crianças com um status ponderal diminuído em grau muito elevado (-3)**, **15,2% das crianças com um status ponderal diminuído em grau elevado (entre -2 e -1)** e 2,4 % com um status ponderal diminuído em grau reduzido (entre -0,99 e 0,01). Dentro da média na relação peso-altura, identificou-se 50,9% da amostra e por isso a maior parte das crianças. com um status ponderal aumentado em grau reduzido (entre 0,01 e 0,99)

identificou-se 6,1% das crianças. **Com um status ponderal aumentado em grau elevado (entre 1 e 2) identificaram-se 18, 8% das crianças e com status ponderal aumentado em grau muito elevado (3) identificou-se 3% das crianças.**

Apresentamos a distribuição das crianças com menos de 5 anos, no que se refere ao desvio padrão peso-altura no gráfico 1:

Gráfico 1 - Diagrama de extremos e quartis da avaliação do Desvio-Padrão Peso-Altura nas crianças com menos de 5 anos



Pode observar-se no gráfico 1 que há um equilíbrio nos casos distribuídos pelos extremos, indicando um nº de casos idêntico de crianças com menos de 5 anos com uma relação peso-altura nas curvas de referência para Moçambique, diminuída e aumentada.

Nas crianças com mais de 5 anos, avaliamos as curvas de referência para o Desvio-Padrão do Índice de Massa Muscular (IMC), indicados para Moçambique (República de Moçambique, 2015)

Tabela 2 - Resumo de processamento de casos em relação ao DP-IMC

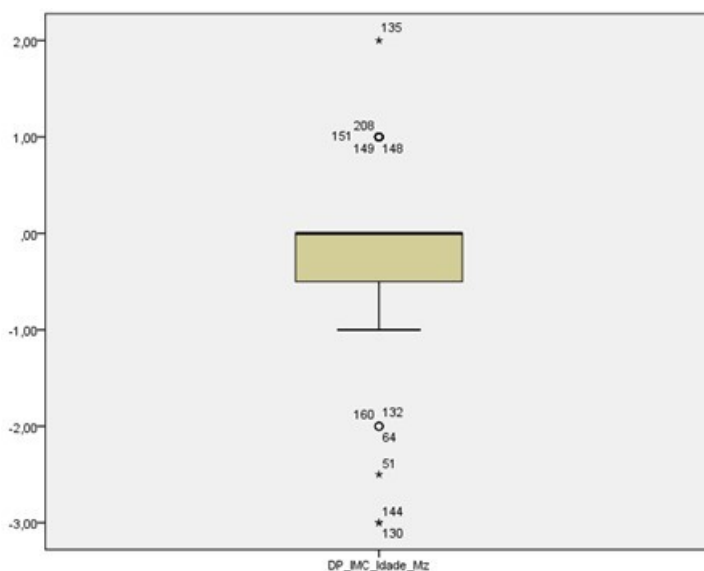
	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	Fi	Fi	i	Fri	Fi	Fri
DP IMC Idade Mz	62	27,3%	165	72,7%	227	100,0%

As crianças com mais de 5 anos avaliadas em relação do DP IMC correspondem a 27,3% da amostra total de crianças.

		Fi	Fri
DP_IMC_Idade	-3,00	2	3,2
	-2,00 a -1,00	11	17,7
	-,99 a -0,01	3	5
	0,00	34	54,8
	1,00	11	17,7
	2,00	1	1,6
	Total	62	100,0

Da análise dos dados relativos ao DP IMC para a idade, das curvas de referência para Moçambique, das crianças com mais de 5 anos de idade da amostra estudada, emerge que a maior parte das crianças (54,8%) se encontra dentro da média para a idade. Em relação àquelas que apresentam sinais de diminuição no status ponderal, 3,2% tem um IMC diminuído em grau muito elevado face à média (DP=-3), 17,7% com um IMC diminuído em grau elevado (DP entre -2 e -1) e 5% encontra-se com um IMC diminuído em grau reduzido (DP 0,99 a -0,01). No contexto do status ponderal aumentado, encontramos 17,7% com IMC aumentado em grau moderado (DP=1) e 1,6% em grau elevado (DP=2).

Gráfico 2 - Diagrama de extremos e quartis da avaliação do Desvio-Padrão e IMC para a idade nas crianças maiores 5 anos



Na observação gráfica dos extremos e quartis no que se refere à distribuição dos casos relacionados com o DP de IMC para a idade (gráfico 2), verifica-se uma ligeira distribuição maior de casos situados num status ponderal diminuído.

Para aprofundar a avaliação do Status Nutricional, com medidas mais específicas propostas pelos autores Mascarenhas, Zemel&Stallings (1998) e por Frisancho (1993, 1981), calculamos a Área Muscular Braquial (AMB) e Área de Gordura Braquial (AGB) e calculamos os respetivos Scores Z, assim como os Scores Z do Perímetro Braquial (PB) e da Prega Cutânea Tricipital (PCT). A partir dos scores Z da AMB e da AGB calculamos ainda o score Z composto que nos permite ter uma avaliação agregada de ambos os scores z.

Avaliamos em todas as medidas a amostra de 227 crianças conforme consta na tabela 3.

Tabela 3 - Amostra avaliada para os diferentes scores Z

		ZAMB_cm	ZAGB_cm	Z_composite	ZPB_cm	ZPCT_mm
N	Válido	227	227	227	227	227
	Omisso	0	0	0	0	0

No que se refere à distribuição percentual dos scores Z identificados para as diferentes medidas antropométricas analisadas apresentam-se na tabela 4 os resultados:

Tabela 4 - Distribuição dos scores Z da AMB, AGB, PB e PCT e Z-compostor

Intervalos scores Z	ZAMB		ZAGB		ZPB		ZPCT		Z_Composite	
	i	Fri	Fi	Fri	Fi	Fri	Fi	Fri	Fi	Fri
-3,00 a -2,00		0,4	1	0,4	2	0,8	3	1,3	0	0
-2,00 a -1,00	35	15,2	27	11,7	35	15,2	27	11,7	23	10,7
-,99 a -0,01	84	37,9	100	45,1	72	31,7	95	42,4	92	40,6
= 0,00		0	0	0	0	0	0	0	3	1,3
0,00 a 1,00	68	29,7	71	31,2	83	36,4	77	33,9	88	38,7
1,00 a 2,00	31	13,5	22	9,2	29	12,7	17	7,3	18	7,5
2,00 a 3,00		3,3	4	1,6	5	2,1	5	2,1	2	0,8
>3,00		0	2	0,8	1	0,4	3	1,3	1	0,4
Total	227	100,0	227	100,0	227	100,0	227	100,0	227	100,0

Analisando as médias dos scores Z da Área Muscular Braquial, da Área de Gordura Braquial, do Perímetro Braquial e da Prega Cutânea Tricipital identifica-se que:

- Uma média de 0,7% das crianças se encontra com um Status Nutricional diminuído em grau muito elevado (entre -3 e -2);
- Uma média de 13,45% das crianças se encontra com um Status Nutricional diminuído em grau elevado (entre -2 e -1);
- Uma média de 39,28% das crianças se encontra num status nutricional diminuído em grau reduzido (entre -0,99 e -0,01);
- Nenhuma criança se encontra dentro da média do status nutricional.
- Uma média de 32,8% das crianças encontra-se com um status nutricional elevado em grau reduzido (entre 0 e 1);
- Uma média de 10,68% das crianças encontra-se com um status nutricional elevado em grau moderado (entre 1 e 2);
- Uma média de 2,28% das crianças encontra-se com um status nutricional elevado em grau elevado (entre 2 e 3)
- Uma média de 0,63% das crianças encontra-se com um status nutricional elevado em grau muito elevado (maior que 3).

Desta análise **realça-se que em média 14,15% se encontra muito abaixo da média no Status Nutricional** (abaixo de -1).

No total de crianças com status nutricional reduzido (abaixo de 0) encontramos um valor médio de 53.43% das crianças, o que nos indica que **mais de metade das crianças se encontra subnutrida.**

Em relação às crianças acima dos parâmetros ponderais médios, identificamos uma média de 2,91% com score z acima de 1.

Encontram-se com um status nutricional aumentado em termos gerais, 46,57% das crianças (acima de 0).

O Score Z composto confirma que da análise de todos os parâmetros em estudo, mais de metade das crianças se encontra com um Status Nutricional diminuído (51,3%).

10,7% das crianças tem um Status Nutricional diminuído em grau elevado (score z inferior a -1).

40% das crianças encontra-se próxima da média, com score z entre 0 e 1.

7,5% encontra-se com um status nutricional aumentado em grau moderado (score z entre 1 e 2);

1,2% encontra-se com um status nutricional aumentado acima do grau elevado (score z superior a 2).

Destaca-se assim a predominância do Status Nutricional comprometido por diminuição acentuada face à média das crianças (acima dos 10%) e que a maior parte das crianças avaliadas se encontra desnutrida.

APÊNDICE VI - Priorização dos Problemas

PRIORIZAÇÃO

Faremos uma análise das prioridades considerando os critérios da Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade. Teremos como referência as definições propostas por Pereira (2007): A magnitude diz respeito à dimensão e importância do problema. A transcendência é a medida de relevância social, do reconhecimento que determinada população dá a um evento, do desejo da comunidade de resolver o problema. Esta é normalmente bastante influenciada também pela gravidade dos eventos. A vulnerabilidade está relacionada com a permeabilidade à intervenção, a condição de modificação do processo conforme a capacidade científica e técnica de intervenção.

Atribuimos uma pontuação (entre 0 e 3), definindo os seguintes critérios:

Magnitude:	Transcendência	Vulnerabilidade
De 0 a 50% - 0	A intervenção no problema não influencia a melhoria dos outros problemas- 0	A resolução do problema não depende da nossa intervenção – 0
De 50 % a 65%- 1	A intervenção no problema influencia pouco a melhoria dos outros problemas- 1	A resolução do problema depende pouco da nossa intervenção – 1
De 65% a 75%- 2	A intervenção no problema influencia a melhoria dos outros problemas- 2	A resolução do problema depende da nossa intervenção – 2
Acima de 75%- 3	A intervenção no problema influencia muito a melhoria dos outros problemas- 3	A resolução do problema depende muito da nossa intervenção – 3

Gestão Comunitária e Papel Profissional Comprometido

PROBLEMA	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	TOTAL
Comportamento de adesão ao número de refeições adequado não demonstrado em 100% EE	3	1	2	6
Comportamento de adesão aos alimentos de qualidade adequada não demonstrado em 85 % EE	3	1	2	6
Comportamento de adesão ao tratamento da água não demonstrado em 62% EE	1	0	2	3
Comportamento de adesão ao apoio ao educando durante a refeição não demonstrado em 44% EE	0	1	2	3
Comportamento de adesão ao consumo diário de sopa pelas crianças não demonstrado em 94% EE	3	2	2	7
Comportamento de adesão à ingestão hídrica adequada pelas crianças não demonstrado: quantidade de água diária não adequada em 82% EE	3	2	2	7
Comportamento de adesão à ingestão hídrica adequada pelas crianças não demonstrado: - Consumo de refrigerantes/refrescos em 60% EE	1	1	2	4

Comportamento de adesão ao consumo adequado de fruta (porções diárias) não adequado em 97% EE	3	2	2	7
Comportamento de adesão ao controlo do consumo de doces pelas crianças não adequado em 79% EE	3	1	2	6
Comportamento de adesão ao controlo do consumo de gorduras e sal (salgadinhos) não demonstrado em 21% EE	0	2	2	4
Comportamento de adesão ao suplemento de vit A em crianças com menos de 5 anos não demonstrado em 35% EE	0	1	2	3
Comportamentos de adesão a sessões informativas sobre alimentação não demonstrado em 82% EE	3	2	2	7
Comportamento de adesão à plantação de canteiros em casa não demonstrado em 80% EE	3	2	2	7
Comportamento de procura de saúde (vigilância do peso nas crianças com menos de 5 anos) não demonstrado em 15% EE	0	2	2	4
Comportamentos de procura de saúde (adesão à vacinação) não demonstrada em 9% EE	0	1	2	3

Conhecimento sobre alimentação saudável (qualidade dos alimentos) não demonstrado em 98 % EE	3	2	3	8
Conhecimento sobre recursos da comunidade para procura de apoio informativo sobre alimentação não demonstrado em 85% EE	3	2	3	8
Conhecimento sobre o uso de sal iodado na alimentação não demonstrado em 29% EE.	0	1	3	4
Conhecimento sobre cuidados a ter com a criança com alterações gastrointestinais não demonstrado em 77% EE	3	1	3	7
Conhecimento sobre principais causas de desnutrição nas crianças não demonstrado em 32% EE	0	1	3	4
Conhecimento sobre avaliação do estado nutricional das crianças não demonstrado em 77% EE	3	1	3	7

Lista dos problemas prioritários no contexto do Papel Parental (com pontuação \geq

6)

- 1- Conhecimento sobre alimentação saudável (qualidade dos alimentos) não demonstrado em 98 % EE;
- 2- Conhecimento sobre recursos da comunidade para procura de apoio informativo sobre alimentação não demonstrado em 85% EE;
- 3- Comportamento de adesão à ingestão hídrica adequada pelas crianças não demonstrado: quantidade de água diária não adequada em 82% EE;

- 4- Comportamento de adesão ao número de refeições adequado não demonstrado em 100% EE;
- 5- Conhecimento sobre cuidados a ter com a criança com alterações gastrointestinais não demonstrado em 77% EE;
- 6- Conhecimento sobre avaliação do estado nutricional das crianças não demonstrado em 77% EE;
- 7- Comportamento de adesão aos alimentos de qualidade adequada não demonstrado em 85 % EE;
- 8- Comportamento de adesão ao consumo diário de sopa pelas crianças não demonstrado em 94% EE;
- 9- Comportamento de adesão ao controlo do consumo de doces pelas crianças não adequado em 79% EE.

Gestão Comunitária e Papel Profissional Comprometido

PROBLEMA	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	TOTAL
Conhecimento dos educadores sobre os conteúdos do PNSE não demonstrado em 57%	1	2	3	6
Acesso a formação dos educadores sobre Saúde Escolar não demonstrado em 59%	1	2	3	6
Conhecimento dos educadores sobre a relação entre o desenvolvimento de competências de promoção da autoestima e autonomia das crianças e prevenção de riscos não demonstrado em 14%	0	1	3	4

Conhecimento dos educadores sobre alimentação adequada das crianças do pré-escolar em 14%	0	2	3	5
Conhecimento dos educadores sobre alimentação adequada das crianças do pré-escolar (quantidades) não demonstrado em 27%	0	2	3	5
Conhecimento dos educadores sobre alimentação saudável (qualidade dos alimentos) não demonstrado em 29%	0	2	3	5
Conhecimento dos educadores sobre ingestão hídrica adequada nas crianças não demonstrado em 41%	0	2	3	5
Conhecimento dos educadores sobre porções de fruta adequadas para as crianças não demonstrado em 94%	3	2	3	8
Conhecimento dos educadores sobre suplementação com vitamina A nas crianças com menos de 5 anos não demonstrado em 29%	0	1	3	4
Conhecimento dos educadores sobre sinais e sintomas de défice de iodo nas crianças em idade pré-escolar não demonstrado em 92%	3	2	3	8
Conhecimento dos educadores sobre recursos para obter informação sobre segurança alimentar não demonstrado em 78%	3	2	3	8

Conhecimento sobre principais causas de desnutrição nas crianças não demonstrado em 16% dos educadores	0	2	3	5
Conhecimento sobre sinais e sintomas de desnutrição nas crianças não demonstrado em 25% dos educadores	0	2	3	5
Conhecimento sobre recursos de saúde para encaminhamento das crianças desnutridas não demonstrado em 27% dos educadores	0	2	2	4
Conhecimento sobre cuidados a ter com as crianças com diarreia não demonstrado em 71% dos educadores	3	2	3	8
Conhecimento sobre uma alimentação saudável, equilibrada e de baixo custo não demonstrado em 31% dos educadores	0	2	3	5
Conhecimento sobre avaliação do estado nutricional das crianças não demonstrado em 92% dos educadores	3	3	3	9
Comportamento de adesão da escola ao tratamento da água não demonstrado em 14%	0	2	2	4
Comportamento de adesão da escola ao consumo diário de sopa não demonstrado em 27%	0	2	2	4
Comportamento de adesão ao controlo de consumo de doces não demonstrado em 70% dos educadores	3	1	2	6

Lista de Problemas Papel Profissional (pontuação ≥ 6):

- 1- Conhecimento sobre avaliação do estado nutricional das crianças não demonstrado em 92% dos educadores
- 2- Conhecimento sobre cuidados a ter com as crianças com diarreia não demonstrado em 71% dos educadores
- 3- Conhecimento dos educadores sobre recursos para obter informação sobre segurança alimentar não demonstrado em 78%
- 4- Conhecimento dos educadores sobre porções de fruta adequadas para as crianças não demonstrado em 94%
- 5- Conhecimento dos educadores sobre os conteúdos do PNSE não demonstrado em 57%
- 6- Acesso a formação dos educadores sobre Saúde Escolar não demonstrado em 59%
- 7- Comportamento de adesão ao controlo de consumo de doces não demonstrado em 70% dos educadores

APÊNDICE VII - Logotipo do Projeto M.E.S.A.



APÊNDICE VIII - Plano de Atividades para realização do Projeto M.E.S.A.

PLANO DE ATIVIDADES

O quê	Quem	Quando	Onde	Como	Conteúdo
Sessão de Educação para a saúde dirigida aos EE da escolinha	Mestranda Técnica de medicina Preventiva	27/11/18	Salão da Escola Primária	Plano de sessão	-Alimentação saudável (qualidade dos alimentos), -Recursos da comunidade, -Cuidados a ter com a criança com alterações GI, -Avaliação do estado nutricional das crianças.
Sessão de Educação para a saúde dirigida aos EE da escolinha	Mestranda	12/01/19	Escola Primária	Plano de sessão	- Horta na cidade - Avaliação adesão aos mapas
Sessão Educação para a Saúde dirigida aos educadores	Mestranda e Enfermeira Saúde Escolar/Saúde Publica	03/12/18 04/12/18 05/12/18	Jardim Infantil	Plano de sessão	- Alimentação Saudável Recursos da comunidade, -Cuidados a ter com a criança com alterações GI, -Avaliação do estado nutricional das crianças. Plano Nacional Saúde Escolar Horta Comunitária

Promover comportamento de adesão (controlo de doces na aula)	Educadores	05/02 a 05/3 de 2019	Em cada turma		
Criar uma comissão de educadores AMAIS	Mestranda Educadores EE Pároco	12/01/19	Jardim Infantil	Regulamento	
Elaborar livro de receitas	Mestranda Professores EE	12/01/19			
Criar página de facebook	Mestranda AMAIS			facebook.m.m/amais.mocambique/	
Elaborar pequenos vídeos	Comissão AMAIS				

APÊNDICE IX - Sessão de Educação Para a Saúde dirigida aos EE



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem com Especialização
em Enfermagem Comunitária

**Sessão Educação Para a Saúde
Encarregados de Educação**

Autora:

Aluna Maria Isabel Costa de Sousa
N. 396417012

Orientação:

Prof. Doutor Pedro Melo

Tutora

Prof. Doutora Matilde Dimande

Maputo
novembro 2018

SUMÁRIO

1. PLANO DE FORMAÇÃO
2. DIVULGAÇÃO/CONVITE DA FORMAÇÃO
3. DIAPOSITIVOS APRESENTADOS NA EPS
4. FOTOS

Plano de sessão para a educação em saúde com encarregados de educação

<p>Data : 27/11/ 2018 População alvo: Encarregados de Educação Hora: 14:30 -17:00 Local: <input type="text"/> Duração: 160 min Material: computador, projector, diapositivos, cadeiras, fotocópia dos cartões da criança, água, colheres, sal, e açúcar (demonstração), sopas, folhetos, mapas</p>				
	Atividades	Método	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e as partes constituintes da sessão Dinâmica de apresentação dos participantes	Expositivo	15 min	
Desenvolvimento	1. Alimentação Roda Alimentos Moçambique: A nossa alimentação Qualidade e quantidade dos alimentos Número de refeições Importância do consumo de sopa diária para as crianças Importância da ingestão da água Nº de porções de fruta Importância do controlo do consumo dos doces. Trabalho de grupo: elaboração de ementa semanal	Expositivo Interrogativo Interativo	35 min	Participação ativa dos Encarregados de Educação

	<p>2. Cuidados a ter nas crianças com diarreia Definição, Causas Sinais e sintomas Tratamento Prevenção Demonstração soro oral</p>	<p>Expositivo Interrogativo Interativo</p>	30 min	Participação ativa dos Encarregados de Educação
	<p>3. Cuidados de Saúde Primários – Participação da Técnica de Medicina Preventiva – Técnica Francisca Samuel Objetivos Princípios Áreas de intervenção e programas</p>	<p>Expositivo Interrogativo Interativo</p>	20 min	
	<p>4. Avaliação do estado nutricional da criança Medidas antropométricas Consulta da criança sadia Trabalho de grupo: manuseio do cartão da criança</p>	<p>Expositivo Interrogativo Interativo</p>	15 min	
	<p>5. Prova das sopas</p>		30 min	
Conclusão	<p>Resumo da sessão e apresentação dos mapas Entrega dos folhetos</p>	<p>Expositivo Interrogativo</p>	15 min	<p>Opinião geral dos Encarregados de Educação Teste de avaliação e compromisso</p>

Caro encarregado de educação _____

Baseado no Projeto **Mavalane Empoderada com Saúde na Alimentação** (M.E.S.A.), vimos por este meio convidá-lo(a) a participar nas seguintes atividades:

No dia **27 de Novembro, às 14 horas**, será realizada uma **sessão de educação para a saúde**, na , dirigida a todos encarregados de educação e pais das crianças subordinada ao tema: **Alimentação saudável e cuidados a ter com alterações gastrointestinais na criança**

E ainda participar de uma **prova de sabores**.

Todos estes momentos são momentos de aprendizagem conjunta acerca dos hábitos alimentares saudáveis, essenciais para a promoção de uma vida com mais saúde.

Apelamos para que esteja presente nesta atividade participando ativamente na educação da sua criança. A sua presença é muito importante.

Agradecemos desde já a sua preciosa colaboração.

Estamos Juntos pela Crianças

O diretor do Jardim Infantil

A enfermeira

Sumário

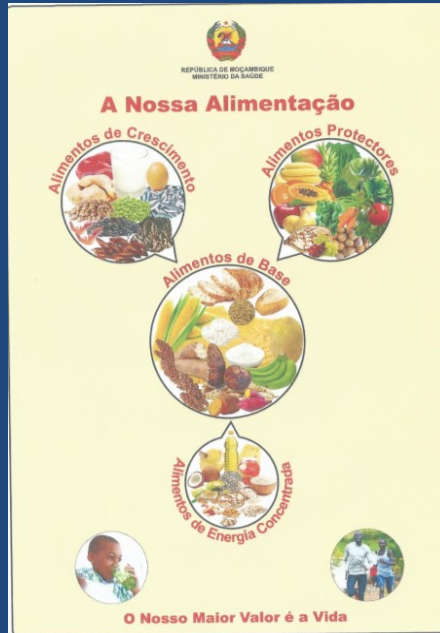
- Alimentação Saudável
- Avaliação Nutricional da criança
- Cuidados a ter com a diarreia
- O Centro de Saúde

2

Sabia que

- **Alimento**
Toda a substancia sólida ou líquida que ao entrar no organismo origina nutrientes e energia.
- **Nutriente**
São estruturas que compõem os alimentos e essenciais para o funcionamento do organismo .
- **Alimentação**
Processo pelo qual o organismo obtêm e assimila os alimentos necessários para manter as funções vitais (crescer, reprodução, trabalho, manter temperatura do corpo, etc).
- **Nutrição**
Ciência que estuda a relação entre os nutrientes, que são ingeridos durante a alimentação, e o seu efeito no organismo.

4



5

Tarefas dos alimentos



CONSTRUIR



PROTEGER



ENERGIA

6

Alimentos construtores



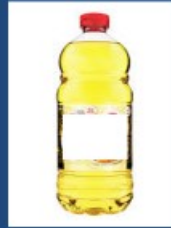
7

Alimentos de base ou energéticos



8

Alimentos de energia concentrada



9

Alimentos protetores



10

ÁGUA



12

Benefícios da água

- Bom funcionamento do organismo
- Limpeza do organismo
- Auxilia no transporte dos nutrientes para as células
- Previne prisão de ventre
- Regula a temperatura do corpo



Beber 6 a 8 copos de água por dia

13

Alimentação Saudável

- Alimentação equilibrada (quantidade e qualidade) e balanceada
- Variar os alimentos
- Dê preferência aos alimentos naturais e integrais
- Comer pouco sal, gorduras e açúcares
- Comer mais peixe e carne de aves
- Prefira alimentos feitos em casa
- Beba 6 a 8 copos de água por dia

14

Alimentação Saudável



15

Alimentação Saudável



16

Alimentação Saudável



17

Alimentação Saudável



18

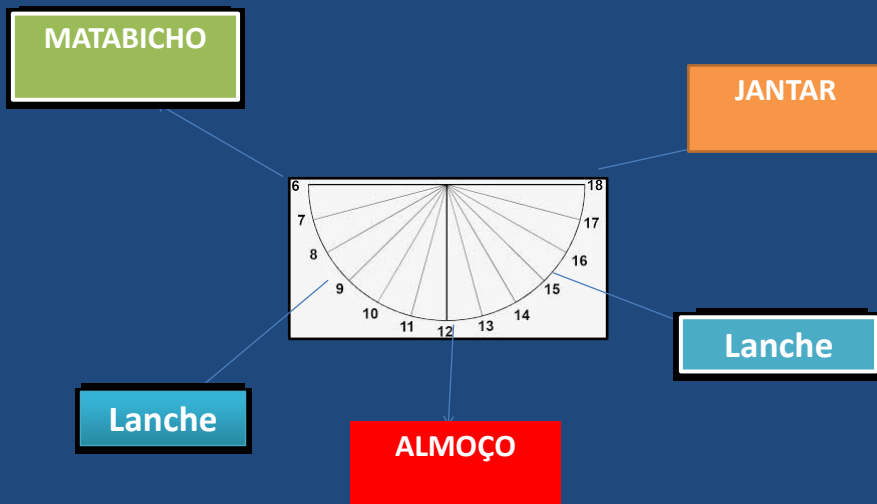
Alimentação Saudável



Quanto mais colorido mais rico o prato se torna

18

Relógio solar das refeições



20

Desequilíbrios



21

Rótulos dos produtos embalados

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS

ALIMENTOS por 100g

	GORDURA (Lipídios)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3,17-5g	entre 1,5-5g	entre 5-22,5g	entre 0,3-1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Mais informações consulte www.alimentacao Saudavel.dg.pt

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS

BEBIDAS por 100ml

	GORDURA (Lipídios)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 8,75g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
MÉDIO	entre 1,5-8,75g	entre 0,75-2,5g	entre 2,5-11,25g	entre 0,3-0,75g
BAIXO	1,5g ou menos	0,75g ou menos	2,5g ou menos	0,3g ou menos

Mais informações consulte www.alimentacao Saudavel.dg.pt

22

Trabalho de grupo

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL
Porção de 170g (1 unidade)

	Quantidade por porção	%VDI(*)
Valor energético	101 kcal = 424 kJ	5%
Carboidratos	15 g, dos quais:	5%
Açúcares ***	12 g	**
Proteínas	3,9 g	5%
Gorduras totais	2,7 g	5%
Gorduras saturadas	1,5 g	7%
Gorduras trans	não contém	**
Fibra alimentar	0 g	0%
Sódio	76 mg	3%
Cálcio	188 mg	19%
Zinco	2,6 mg	37%
Vitamina A	113 µg RE	19%
Vitamina D	0,94 µg	19%

Energéticos

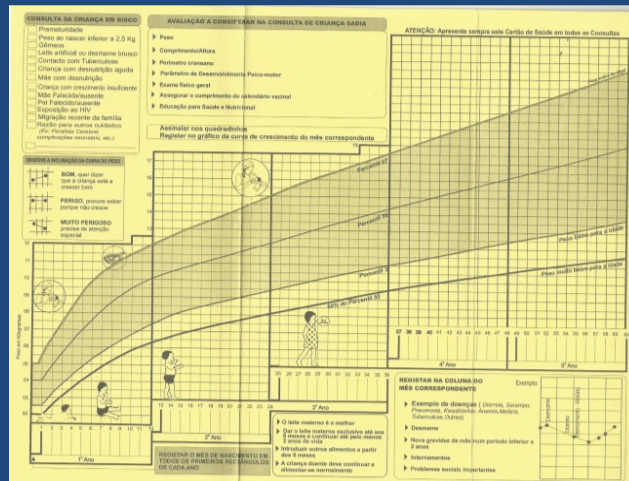
Construtores

Energia concentrada

Protetores

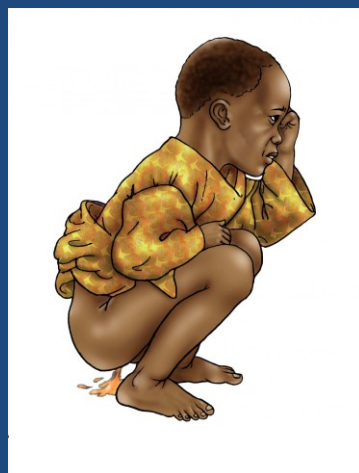
22

Avaliação Nutricional



24

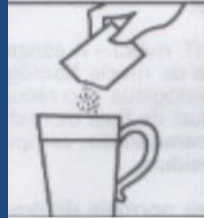
Diarreia



- ▶ É a eliminação de 3 ou mais dejeções líquidas e frequentes num dia.
- ▶ Falta de higiene e sujidade como:
 - Comida, água e utensílios contaminados,
 - mãos sujas,
 - presença de moscas e baratas, que levam a sujidade das fezes e do lixo para a comida.

25

Tratamento



26

Prevenção da diarreia



27

Prevenção da diarreia



28

Soro Oral Caseiro



29

Procurar Centro de Saúde se:

- Vômitos
- Febre
- Diarreia com mais 2 dias
- Não consegue beber líquidos
- Presença de sangue nas fezes



30

Centro Saúde

Oferecer cuidados de saúde primários (CSP) à população da área de abrangência e ainda intervém ao nível do meio ambiente.

Baseado em métodos e práticas cientificamente válidas e socialmente aceites.

Prestar cuidados a toda a população, desde o recém-nascido até ao idoso.



31

Centro de Saúde

- Participação da Técnica Francisca Samuel, Técnica de Medicina Preventiva, Centro de Saúde Mavalane



32

Prova de sopas



KANIMAMBO

33

Bibliografia

- Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição. Comissão de Alimentação Elementar. (1999). *Recomendações para a educação alimentar da população portuguesa*. Lisboa, Editorial do Ministério da Educação.
- Candeias V., Nunes, E.; Morais, C.; Cabral, Manuel e Silva, P. (2005). *Princípios para alimentação saudável*, Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Fulane, Jefra G.(2012). *Percursos das mães na procura de medicamentos para doenças em menores de cinco anos, num mercado farmacológico múltiplo na cidade de Xai-Xai, em Moçambique*. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento e Saúde Global). Disponível em <https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/4984/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Gefra%20Gustavo%20Fulane.pdf>
- Ismael, Carina. *Conceitos de nutrição: Definições, causas e consequências*, ANSA, Maputo, 2013.

34

Bibliografia

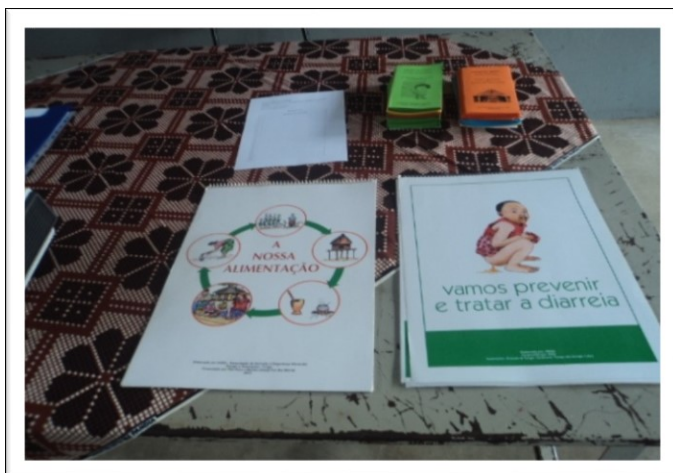
- Loureiro, I.; Miranda, N. (1993). *Manual de Educação para a Saúde em Alimentação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Loureiro, I; Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à ação*. Coimbra: Edições Almedina.
- Nunes, E., Brenda, J. (2003) Manual para Alimentação saudável em Jardins de Infância. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Ramos, Tamára. (2012) *Guia prático de alimentação e nutrição saudável*. Maputo: Alcances Editora.
- República de Moçambique. Ministério da Saúde (2014). *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019*. Maputo: MISAU.
- República Portuguesa. (2017). *Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- República de Moçambique. A nossa alimentação. Maputo: Ministério da Saúde.

35

Bibliografia

World Gastroenterology, Organisation Global Guideline (2012).- *Diarreia aguda em adultos e crianças: uma perspectiva mundial*, Disponível em <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-portuguese-2012.pdf>.

United Nations Children's Fund and World Health Organization, 'WHO/UNICEF Joint Statement. (2004): Clinical management of acute diarrhoea', UNICEF, New York, 2004. Disponível em <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-portuguese-2012.pdf>



4

⁴ “Autorizada a cedência de imagem”

APÊNDICE X- Mapa para avaliação de comportamentos (EE)

DIA DA SEMANA	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA	SÁBADO	DOMINGO
ÁGUA(pinte os copos que bebeu em cada dia)							
QUE REFEIÇÕES FIZ(coloque uma cruz em cada uma)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
O QUE COMI EM CADA DIA? (coloque uma cruz no que comeu)							
SOPA							
CARNE/PEIXE/OVO							
AMENDOIM/FEIJÃO O							
LEGUMES VERDURAS							
FRUTA							
MASSA/ARROZ/MILHO							
FRITOS							
GRELHADOS							
COZIDOS							
ESTUFADOS							
DOCES							

NOME DA CRIANÇA _____ PERÍODO DE ____ / ____ / ____

APÊNDICE XI - Folheto “Centro da Saúde ao Serviço da Comunidade”

5. Consulta da criança sadia e em risco

A consulta da criança sadia inicia-se no primeiro ano de vida. E deve seguir o seguinte calendário:

- 1º ano de vida

Primeira consulta, na primeira semana de vida do bebé e as consultas

subsequentes por ocasião da toma de vacina.

- 2º Ano de vida

Consultas de 3/3 meses

- Do 3º ao 5º Ano de vida

Consulta de 6/ 6 meses até fazer 5 anos.



O profissional de saúde:

-Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança;

-Realiza o exame físico completo;

-Faz ensinios sobre alimentação adequada para

a criança e outros assuntos de saúde;

-Administra vacinas, se necessário;

--Fazer rastreio e consulta de Criança de Risco;

-Dá recomendações sobre o planeamento familiar;



6. Segurança Alimentar e Saúde

É o direito de todas as pessoas, a ter acesso a uma alimentação saudável, em quantidade e qualidade e aceitável no contexto cultural, para satisfazer as necessidades e preferências alimentares (Associação de Nutrição e Segurança Alimentar).



A primeira opção para orientação, aconselhamento, tratamento e promoção da saúde é o Centro de Saúde mais próximo.

Não perca tempo a vida é preciosa!

RECORRA AO SEU CENTRO DE SAÚDE!

Horário de Funcionamento

Segunda a Sexta



7:30h às 15:30h

Isabel Sousa
ACDMPPM/UCP
Celular: 84 24 83 323

PROJETO MESA



Mavalane Empoderada com Saúde na Alimentação

Centro de Saúde
ao
serviço da comunidade



JUNTOS PELA SAÚDE DAS CRIANÇAS

1. O que é um Centro de Saúde?

São o lugar ideal para o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde.

São unidades localizadas tanto na região urbana como rural. (Diploma Ministerial, nº127/2002)



2. Para que serve?

Presta cuidados a toda a população, desde o recém-nascido até ao idoso e ainda cuidados ao ambiente. São cuidados de saúde próximos das pessoas, nos locais onde elas vivem.

3. O CSP oferece:

Educação para a Saúde/ Saúde Escolar

Plano alargado de vacinação (PAV)

Saúde materno infantil e planeamento familiar (SMI/PF)

Promoção do saneamento do meio e controlo da higiene do ambiente

Educação nutricional

Prevenção e controlo das principais doenças endémicas;

Diagnóstico e tratamento clínico de doenças correntes

Primeiros socorros e outros cuidados de urgência aos tratamentos mais vulgares;

Distribuição de medicamentos essenciais;

Referenciação e encaminhamento para níveis diferenciados, tais como unidade hospital e maternidade.



4. Princípios dos CSP

- Cobertura universal a toda população moçambicana com base nas suas necessidades
- Acessibilidade (aproximar o CSP à comunidade e famílias)
- Aceitabilidade (atendimento a toda população independentemente das suas condições)
- Qualidade (segurança, pontualidade no atendimento, eficácia e prestação de cuidados centrados no paciente)
- Equidade, justa distribuição dos benefícios,
- Ação Intersectorial para a saúde (envolvimento de outros ministérios, tais como, ministério da educação e da ação social)
- Envolvimento comunitário e familiar e auto-suficiência (envolvimento das famílias e comunidades na planificação e implementação dos CSP, com recursos, locais, nacionais ou outros)

APÊNDICE XII - Folheto “Cuidados a ter com a criança com diarreia”

5. Como podemos evitar a diarreia?

1. Amamentar o bebé até 6 meses exclusivamente

Bons cuidados de higiene pessoal:

- Lavar as mãos com água e sabão sempre antes de preparar e consumir os alimentos, após uso da latrina ou WC e depois de limpar o nariz,
- Manter as unhas curtas e limpas,
- Tomar banho diariamente e usar roupa limpa.

2.Higiene e conservação dos alimentos

- Beber somente água tratada, filtrada ou fervida,
- Beber bastante líquidos sobretudo nos dias de calor intenso calor,
- Lavar bem hortícolas e frutas cruas,
- Proteger bem alimentos e utensílios,
- Usar água limpa (vasilhame limpo e tapado),
- Não deixar os alimentos preparados por muito tempo, eles estragam-se,

3.Através de boa higiene e saneamento do meio

- Eliminar o lixo através de aterro sanitário ou queimando-o,
- Construção e boa utilização de latrinas e WC,
- Manter os depósitos de água sempre fechados e fazer limpeza regularmente.

6.Como preparar o soro Caseiro

Para um copo de água:

- Uma colher de sopa rasa de açúcar,
- 1 colher de chá rasa de sal iodado
- copo de água fervida

ou tratada.

Misture todos os

ingredientes e ofereça à criança 1 colher de sopa a cada 5 ou 10 minutos.



Preparação da Mistura

Num litro de água fervida colocar o conteúdo da saqueta. Misturar bem e beber.

Ao fim de 24horas o SRO que restar deve ser deitado fora e preparar nova “Mistura”.

7. Onde posso adquirir a “MISTURA”?

- Unidade Sanitária
- Farmácia

Isabel Sousa
ACDMPPM/UCP
Celular: 84 24 83 323

PROJETO MESA

*Mavalane Empoderada
com Saúde na Alimentação*

Cuidados a ter com a DIARREIA



JUNTOS PELA SAÚDE DAS
CRIANÇAS

1. O que é a Diarreia?



É a eliminação de 3 ou mais dejeções líquidas e frequentes num dia.

2. Como se pode apanhar diarreia?

Falta de higiene e sujidade como:

Comida, água e utensílios contaminados, mãos sujas, presença de moscas e baratas, que levam a sujidade das fezes e do lixo para a comida.



3. Perigos da diarreia

Desidratação (perda de água no corpo) e

Malnutrição (alimentação insuficiente e perda de peso)



4. Como podemos tratar a diarreia?

- Dar muitos líquidos

Água tratada

Chá fraco

Água de coco

Sopa

Água de arroz



- Alimentação

Alimentos bem cozidos,

Carnes brancas (peixes e aves)

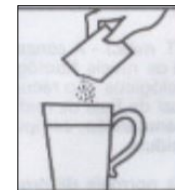
Dar banana,

Evitar alimentos gordurosos, fritos e crus.



- Dar solução oral reidratação (SRO) ou “MISTURA”

Crianças maiores de 2 anos precisam de 1/2 a 1 copo de SRO após cada dejeção.



IMPORTANTE

Se a diarreia estiver acompanhada por algum deste sintomas:

Vómitos,

Não consegue beber líquidos,

Febre,

Presença de sangue nas fezes,

Diarreia há 2 ou mais dias

**IR DE IMEDIATO À UNIDADE
SANITÁRIA**

APÊNDICE XIII - Sessão Educação para a Saúde dirigida aos EE



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem com
Especialização em Enfermagem Comunitária

**Sessão Educação Para a Saúde
Encarregados de Educação**

Autora:

Aluna Maria Isabel Costa de Sousa
N. 396417012

Orientação:

Prof. Doutor Pedro Melo

Tutora

Prof. Doutora Matilde Dimande

Maputo
janeiro 2019

SUMÁRIO

1. PLANO DE FORMAÇÃO
2. FOTOS

Plano de sessão para a educação em saúde com encarregados de educação

Data : 12/01/ 2019		População alvo: Encarregados de Educação		
Hora: 10:00 -11:30		Local: <input type="text"/>		
Duração: 90 min		Material: Cadeiras, mesa, teclado, microfones, folhetos		
	Atividades	Método	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e as partes constituintes da sessão Dinâmica de apresentação dos participantes	Expositivo	15 min	
Desenvolvimento	1. Teatro “Comer bem, viver melhor”	Dramatização	15min	Participação ativa dos Encarregados de Educação
	2. A horta na cidade Importância Passo para confeção de um canteiro Testemunho de uma mamã	Expositivo Interrogativo Interativo	20 min	
	3. Avaliação do desempenho (feedback dos mapas entregue na sessão anterior)	Interrogativo Interativo	30 min	
Conclusão	Resumo da sessão Entrega do folheto	Expositivo Interrogativo	15 min	Opinião geral dos Encarregados de Educação



5

⁵ “Autorizada a cedência de imagem”



6

⁶ “Autorizada a cedência de imagem”

APÊNDICE XIV - Peça Teatral “Comer Bem, Viver Melhor”

TEATRO

Comer bem, viver melhor

(uma família composta pelo casa e 3 filhos)

Criança: Mamã, fruta outra vez? (triste)

Mãe: - Tu sabes porque tens que comer tanta coisa saudável?

Criança: - Sim, os alimentos nutritivos dão-nos energia.

Mãe: Sim, minha filha, neles encontramos proteínas, verduras, gorduras, carboidratos, vitaminas, leguminosas, minerais, fibras e água.

Pai: Tudo o que nosso corpo necessita para crescer saudável.

Criança: Mamã e as proteínas, vamos achar aonde?

Mãe: As proteínas encontram-se nos alimentos de origem animal como: a carne de vaca, o frango, e no porco, nos peixes e ainda em algumas plantas como soja e feijões. As proteínas ajudam a crescer e fortalecer os músculos. E como eu gosto de te ver crescer, minha rainha.

Criança: Papá carbo-hidra-tos, é o quê? Come-se?

Pai: Mãe, são as massas, o pão, o arroz, a mandioca, que dão energia para correr, saltar e brincar que tanto gostas.

Música: **Eu vou comer laranjas e bananas...**

Criança: -Beatriz e tu não falas nada? Diz-me lá alguma coisa...

Beatriz: - Gorduras comer pouco, muito pouco, só fazem engordar e eu quero manter este meu corpinho de princesa. São elas a manteiga, o óleo e o azeite...

Gor-du-ras—Para quê?

Mãe: As gorduras fazem aquecer o corpo, estás a ver o elefante, ele não usa roupa por isso, precisa de muita gordura para se aquecer.

Pai: - É por isso, aqui em casa eu sempre digo para vossa mãe: - Vida, cuidado, não encher a comida com gordura nem sal, isso nos faz muito mal!!!

Música: **Comer é bom**

Beatriz: Há também o grupo do leite e seus derivados, iogurte e queijo, não podem ficar de lado.

Criança: Isso eu sei, beber um copo de leite todos os dias. Mas como anima!!!

Criança: Mamã agora fale de verduras, hortaliças e da sopinha que eu tanto gosto (humm)

Mãe: - Matapa, emboia, macofu, repolho, alface e tantas outras folhas verdes, tudo são verduras e são essenciais no nosso prato, no dia a dia. Elas nos fornecem vitaminas, fibras e sais minerais.

Pai: - As frutas também são essenciais, no dia a dia da criança e também dos jovens e adultos, 4 porções de fruta por dia são necessárias para manter uma vida saudável.

Criança: Frutas ou verduras? Quem é mais importante:

Música- Frutas e verdura, cada dia /Todos devemos comer

Para que possamos crescer/ com saúde e energia.

Criança: Mas se eu beber sumo não é a mesma coisa?

Pai: Não minha filha, as frutas são mais importantes que os sumos e sumos somente sumos naturais, todos os outros do tipo, refrescos e refrigerantes, estão carregados de açúcares, gases e corantes.

Criança: Mas Papá eu gosto tanto de refresco... se eu pudesse só bebia refresco...

Pai: - Também esses nossos manos que vendem nas barracas... um dia irei falar com o chefe do bairro. Deveria ser proibido vender este tipo de coisas perto das escolas. Há se eu mandasse neste país!

Mãe: Pai, e sem falar da televisão e ou outros meios de comunicação que estimulam a consumir...

Pai: - Vida, por mim, eu acabaria com a publicidade nas televisões. Estão a enganar os nossos filhos...

Beatriz: - Papá, mamã, mas como vocês estão cotas....

Pai e mãe em coro: - Nós vos amamos muito, meus filhos e queremos que cresçam felizes, alegres, livres de doenças, por isso aqui em casa nossa alimentação é saudável.

João (filho mais velho): Escutem lá esta canção: **Não tomem refresco...**

Criança: Mas mamã e a água, a educadora falou que precisamos beber muita água.

Mãe: Beber bastante água, 6 a 8 copos por dia. Ela é muito importante para limpar, hidratar o nosso corpo e prevenir infecções.

Criança: Tudo isso, Mamã. Vou já beber água.

Pai: Nunca esquecer, toda a água de beber tem que ter tratada.

Criança: Mas a água está doente, papá?

Pai: -Filha como não sabemos da sua qualidade durante o trajeto desde o furo até à torneira, é preciso tratar a água.

João: Vocês não reparam que a mamã, todos os dias, ferve a água que bebemos? Lá na casa do meu amigo Wesley eles têm um filtro de água. É muito prático.

Papa e Mamã (em coro) Nós também estamos a pensar nisso.

Mãe: Há tive uma ideia... vou propor às minhas amigas, para o “stik”, do próximo ano, filtros de barro. (todos sorriem)

Criança: E agora eu preciso saber, e os docinhos, quando irão aparecer?

Beatriz: Só em dias especiais, e nunca comer demais.

Criança: Mamã e para o meu lanche de amanhã?

Mãe: Uma banana e 3 bolachas.

Criança: Fruta?! Eu amo fruta...hum

Música: **Eu vou comer**



7

⁷ “Autorizada a cedência de imagem”

APÊNDICE XV - Folheto “Horta na cidade”

7. Manutenção



- Regar uma vez ao dia
- Proteger do sol e ventos
- Controlar as pragas
- Controlar o capim
- Fazer rotação de culturas

8. Colheita



Colher quando a planta estiver na fase madura.

Vantagens de ter uma horta

- Alimentação saudável
Um caminho para alterar hábitos alimentares, comer mais legumes e vegetais. Possibilidade de ter sempre produtos frescos.
- Segurança alimentar
Saber o que está a comer, produzir sem produtos químicos
Legumes frescos, com maior sabor e qualidade.
- Educação Ambiental
Construção de hortas pedagógicas, hortas educativas e preservação do meio ambiente.
- Sentido de comunidade
Oportunidade de cooperação entre vizinhos, integração entre colegas e partilha entre famílias.

Isabel Sousa
ACDM/UCP
Celular: 84 24 83 323

PROJETO MESA

Mavalane Empoderada com Saúde na Alimentação

Horta na Cidade



“Cultivar a sua própria comida é como imprimir o seu próprio dinheiro.”

Ron Finley

Passo a passo para construção de um canteiro

1. Escolha do local

- Exposição Solar
- Os Ventos
- Possibilidade de água
- Estrutura da terra

2. Ferramentas

Enxada



Sacho

Ancinho

Regador

Nota: Canteiro pequeno pode fazer-se com as mãos.

3 Construir o canteiro

- Material reciclável (plásticos, latas,)
- Usar madeiras
- Usar ramos de árvores
- Usar criatividade



4. Matéria orgânica

- Areia
- Terra
- Composto orgânico

5. Montagem do canteiro

- 1º Colocar as pedras no fundo
- 2º Os paus em seguida e a
- 3º Terra misturada com composto



6.Sementeira e plantação

- Escolher as plantas,
- Combinar plantas alta e baixas,
- Plantar as mudas com espaço de 15 centímetros,
- Regar no final.

APÊNDICE XVI - Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos Educadores



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem com Especialização
em Enfermagem Comunitária

**Sessão Educação Para a Saúde
Profissionais de Educação**

Autora:

Aluna Maria Isabel Costa de Sousa

N. 396417012

Orientação:

Prof. Doutor Pedro Melo

Tutora

Prof. Doutora Matilde Dimande

Maputo

dezembro 2018

SUMÁRIO

1. PLANO DE FORMAÇÃO
2. DIVULGAÇÃO/CONVITE DA FORMAÇÃO
3. DIAPOSITIVOS APRESENTADOS NA EPS
4. FOTOS

Caro(a) Educador(a)

Baseado no Projeto **Mavalane Empoderada com Saúde na Alimentação** (MESA), vimos por este meio convidá-la a participar nas seguintes atividades:

Dia **3 de Dezembro, das 8-12 horas**, será realizada uma **sessão de educação para a saúde, no Jardim Infantil de Mavalane**, dirigida aos profissionais da subordinada ao tema: **Mavalane Empoderada com Saúde na Alimentação**.

Dia **5 de Dezembro**, Oficina de horta alimentar na escola e o Plano Nacional de Saúde Escolar.

Todos estes momentos são momentos de aprendizagem conjunta acerca dos hábitos alimentares saudáveis, essenciais para a promoção de uma vida com mais saúde.

Agradecemos desde já a sua preciosa colaboração.

Estamos Juntos pela Crianças

O diretor da Instituição

A enfermeira

Caro(a) _____

Baseado no Projeto **Mavalane Empoderada com Saúde na Alimentação** (MESA), vimos por este meio convidá-la a participar nas seguintes atividades:

Dia 4 de Dezembro, das 8-12 horas, será realizada uma **sessão de educação para a saúde, no Jardim Infantil de Mavalane**, dirigida aos profissionais da subordinada ao tema: **Mavalane Empoderada com Saúde na Alimentação**.

Dia 5 de Dezembro, Oficina de horta alimentar na escola e o Plano Nacional de Saúde Escolar.

Todos estes momentos são momentos de aprendizagem conjunta acerca dos hábitos alimentares saudáveis, essenciais para a promoção de uma vida com mais saúde.

Agradecemos desde já a sua preciosa colaboração.

Estamos Juntos pela Crianças

O diretor da Instituição

A enfermeira

Plano de sessão para a educação em saúde com profissionais de educação

<p>Data : 03/12/ 2018 População alvo: Educadores de Infância da Associação</p> <p>Hora: 08:00 -11:30 Local: <input type="text"/></p> <p>Duração: 180 min Material: computador, projector, diapositivos, cadeiras, fotocópia dos cartões da criança, água, colheres, sal e açúcar (demonstração), folhetos, mapas</p> <p>Intervalo: 10:00- 10:30</p>				
	Atividades	Método	Tempo	Avaliação
Introdução	<p>Apresentação dos objetivos e as partes constituintes da sessão</p> <p>Dinâmica de apresentação dos participantes</p>	Expositivo	15 min	
Desenvolvimento	<p>1. Alimentação</p> <p>Roda Alimentos Moçambique: A nossa alimentação</p> <p>Qualidade e quantidade dos alimentos</p> <p>Número de refeições</p> <p>Importância do consumo de sopa diária para as crianças</p> <p>Importância da ingestão da água</p> <p>Nº de porções de fruta</p> <p>Importância do controlo do consumo dos doces.</p> <p>Trabalho de grupo: elaboração de ementa semanal</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Interativo</p>	60 min	Participação ativa dos Educadores

	<p>2. Cuidados a ter nas crianças com diarreia Definição, Causas Sinais e sintomas Tratamento Prevenção Demonstração soro oral</p>	<p>Expositivo Interrogativo Interativo</p>	30 min	Participação ativa dos Educadores
	<p>3. Cuidados de Saúde Primários Definição Objetivos Princípios Áreas de intervenção e programas</p>	<p>Expositivo Interrogativo Interativo</p>	30 min	
	<p>4. Avaliação do estado nutricional da criança Medidas antropométricas Consulta da criança sadia Trabalho de grupo: manuseio do cartão da criança</p>	<p>Expositivo Interrogativo Interativo</p>	30 min	
Conclusão	<p>Resumo da sessão e apresentação dos mapas Entrega dos folhetos</p>	<p>Expositivo Interrogativo</p>	15 min	<p>Opinião geral dos Educadores Teste de avaliação e compromisso</p>

Plano de sessão para a educação em saúde com profissionais de educação (B)

Data : 04/12/ 2018

População alvo: Outros Educadores da Associação

Hora: 08:00-11:30h

Local: Jd

Duração: 180 min

Material: computador, projetor, diapositivos, fotocópia dos cartões da criança, água, colheres, sal, e açúcar (demonstração), folhetos

Intervalo: 10:00-10:30

	Atividades	Método	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e as partes constituintes da sessão Dinâmica de apresentação dos participantes	Expositivo	15 min	
Desenvolvimento	1. Alimentação Saudável Roda Alimentos Moçambique: A nossa alimentação Qualidade e quantidade dos alimentos Importância do consumo de sopa diária para as crianças Importância da ingestão da água Nº de porções de fruta Importância do controlo do consumo dos doces. Trabalho grupo: elaboração de ementa semanal	Expositivo Interrogativo	60 min	

	<p>2. Cuidados a ter com diarreia nas crianças</p> <p>Definição, Causas</p> <p>Sinais e sintomas</p> <p>Tratamento</p> <p>Prevenção</p> <p>Demonstração soro oral</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Interativo</p> <p>Demonstrativo</p>	30 min	Participação ativa dos Educadores
	<p>3. Cuidados de Saúde Primários</p> <p>Definição</p> <p>Objetivos</p> <p>Princípios</p> <p>Áreas de intervenção e programas</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>	30 min	
	<p>4. Avaliação do estado nutricional da criança</p> <p>Medidas antropométricas</p> <p>Consulta da criança sadia</p> <p>Trabalho de grupo: manuseio do cartão da criança</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Interativo</p>	30 min	
Conclusão	<p>Resumo da sessão</p> <p>Entrega dos folhetos</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>	15 min	Opinião geral dos Profissionais e compromisso Teste de avaliação

Plano de sessão para a educação em saúde com profissionais de educação

Data : 05/12/ 2018 População alvo: Educadores da Associação Hora: 08:00-11:30 Local: J <input type="text"/> Duração: 180 min Material: computador, projetor, diapositivos, terra, sementes/plantas, recipientes (reciclados), alfaia Intervalo: 10:00 - 10:30h				
	Atividades	Método	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e as partes constituintes da sessão Resumo das sessões anteriores	Expositivo	10 min	
Desenvolvimento	1. Programa Nacional de Saúde Escolar -Escolas promotoras de saúde -Componentes básicos para um programa de saúde escolar eficaz -Estratégias de promoção da saúde e prevenção de doença na comunidade escolar -Memorando de entendimento na área de Saúde Escolar -Saúde escolar e prevenção primária	Expositivo Interrogativo Interativo	60 min	Participação ativa dos Educadores
	2. Horta escolar -Construção de um canteiro: passo a passo -Trabalho prático: fazer um canteiro	Expositivo Interrogativo Demonstrativo	90 min	

Conclusão	Resumo da sessão Avaliação geral	Expositivo Interrogativo	20 min	Opinião geral dos Educadores, Teste de avaliação dos conhecimentos e compromisso
------------------	-------------------------------------	-----------------------------	--------	---

Avaliação antropométrica criança pré - escolar

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Avaliação nutricional da criança



Durante o período pré-escolar as crianças passam por uma mudança importante no seu padrão alimentar.

2

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Principais medidas

- Peso
- Altura
- IMC
- Perímetro Braquial
- Área da Prega Tricipital



3

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Avaliação nutricional da criança

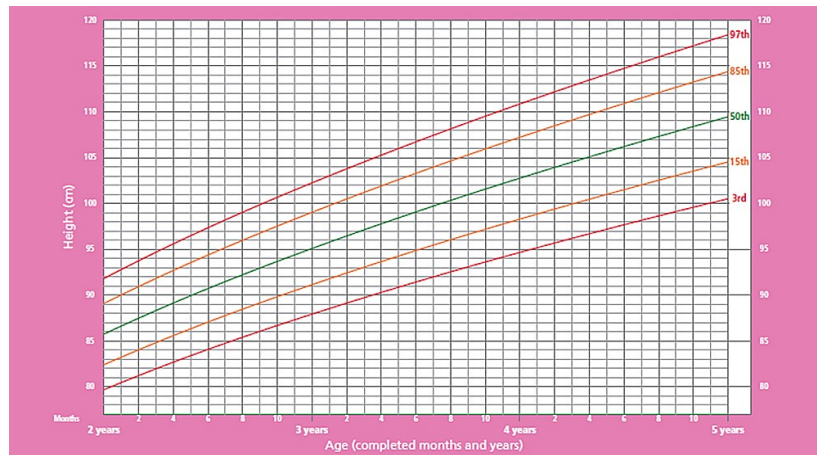


São medidas simples que permitem avaliar o estado nutricional de uma criança.

4

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Curvas de crescimento

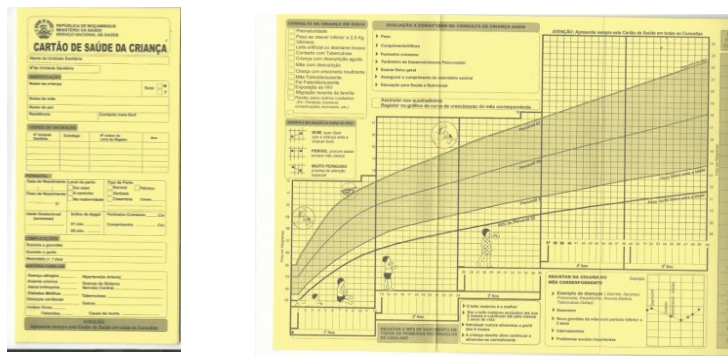


É necessário avaliar o peso, altura e idade da criança para determinar o seu estado nutricional.

5

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Cartão da Criança



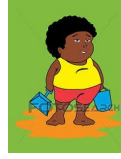
O cartão de saúde da criança é um documento muito importante para avaliação do seu crescimento.

6

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Classificação do estado nutricional

- Malnutrição por excesso



- Malnutrição por défice

- Desnutrição crónica (criança baixinha)
- Desnutrição aguda (magrinha)
- Desnutrição actual (baixo peso para idade)



7

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Deficiência em micronutrientes



8

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Consequências da malnutrição em Moçambique

- Má aprendizagem escolar
- Redução da produtividade
- Aumenta a possibilidade de infeções
- Aumenta a probabilidade de morte, sobretudo em crianças
 - Em Moçambique, a desnutrição é responsável por 36% das mortes em crianças menores de 5 anos



9

Isabel Sousa
03/12/18

Trabalho de Grupo



10

Isabel Sousa
03/12/18

Bibliografia

- Bagni, U., Luis, R., Veiga, G. (2012) Distorções no diagnóstico nutricional de crianças relacionadas ao uso de múltiplas curvas de crescimento em um país em desenvolvimento. (2012. *Revista paul. Pediatr.* Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Ministério da Saúde (2006), Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil de Moçambique, Maputo: Direcção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2015) Curvas de Crescimento para crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos de idade. Maputo: FANTA/ FHI,360/ USAID/ Moçambique.
- República de Moçambique. (2007). Estratégias de Segurança Alimentar e Nutricional 2007-2015. Maputo: Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional.
- WHO. (1995). Physical Status: The use and interpretation of and anthropometry. Geneva: WHO

Aimentação Saudável criança pré-escolar



Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Aimentar é ...



Hábito de comer bem de todos os alimentos e de forma equilibrada.

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Qualidade da alimentação infantil

- Qualidade dos alimentos



- Quantidade dos alimentos

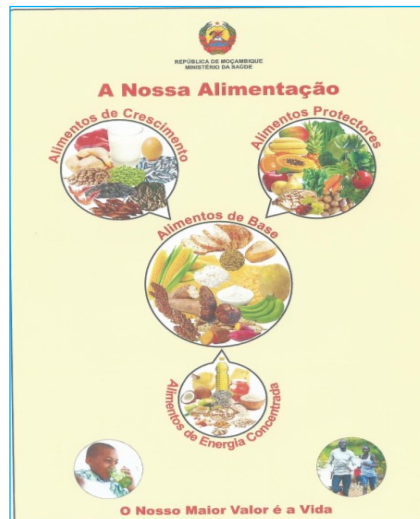


- Intervalos entre as refeições



Isabel Sousa
03/ 12/ 18

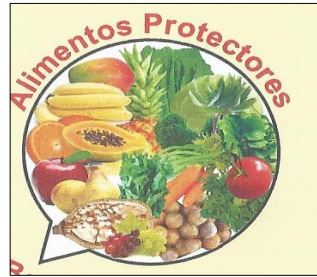
A Nossa Alimentação



Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Alimentos protetores

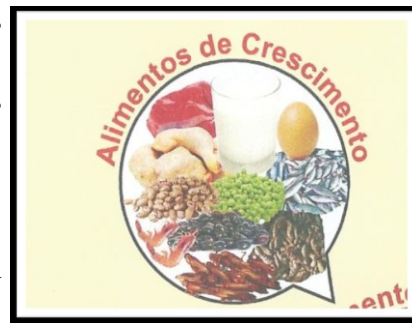
- Estes alimentos têm as vitaminas e minerais essenciais.
- Protegem-nos contra as doenças e também ajudam na regulação do intestino.
- Toda criança deve comer pelo menos 3 porções de fruta diária.



Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Alimentos construtores

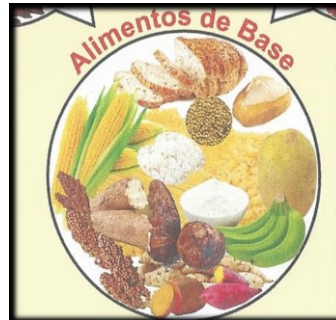
- Alimentos responsáveis pela construção, reparação e manutenção dos nossos tecidos (sangue, pele, músculo).
- São o grupo das proteínas. Há proteínas de origem animal como vegetal .



Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Alimentos de base ou energéticos

- São a base da alimentação e dão-nos a energia suficiente para a realização das nossas tarefas.
- Constituído pelos carboidratos, são a base da nossa refeição.



Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Alimentos de energia concentrada

- Dão-nos muita energia
- Devem ser consumidos em pequeníssimas quantidades e o consumo excessivo causa doenças.



Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Água



Beba água simples em abundância ao longo do dia, pelo menos 1,5 a 2 litros.
Chás e infusões sem açúcar são uma boa maneira de ingerir água.

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

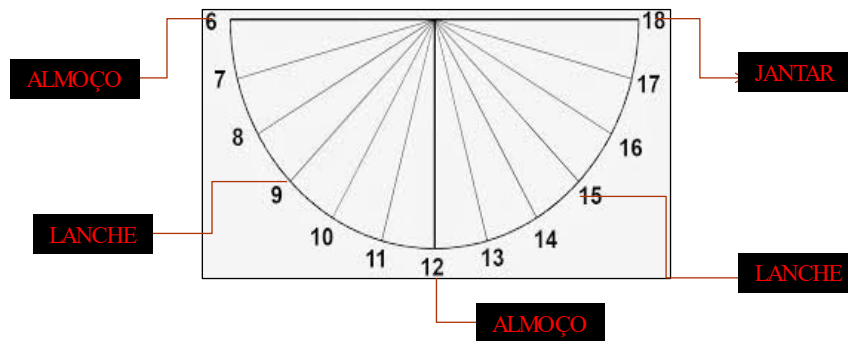
Exercício físico



A actividade física regular de pelo menos 30 minutos diários,
reduz o risco de doença cardiovascular, diabetes, cancro do
cólón e da mama.

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Distribuição das refeições



Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Alimentação desequilibrada



Açúcar em excesso coloca em risco a saúde dos dentes, está relacionado com obesidade e ainda aumenta o risco de doenças coronárias, diabetes Mellitus II e cancro.

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Alimentação desequilibrada



O Sal em excesso aumenta o risco de hipertensão arterial e doenças coronárias.

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Alimentação desequilibrada



A Gordura usada nestes alimentos aumenta os níveis de colesterol, provocando coágulos no sangue e aumenta o risco doenças coronárias.

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Alimentação Desequilibrada



A desnutrição caracteriza-se pela falta de alimentos e nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança. Esta pode ser aguda ou crónica.

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Características de uma alimentação saudável

- Barata
- Saborosa
- Variada
- Colorida
- Harmoniosa
- Segura



Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Kanimambo



Isabel Sousa
03/ 12/ 2018

Bibliografia

- Candeias, V., Nunes, E.; Morais, C.; Cabral, M. e Silva, Pedro. (2005). *Princípios para alimentação saudável*, Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Ismael, Carina (2013). *Conceitos de nutrição: Definições, causas e consequências*, ANSA. Maputo
- Loureiro I.; Miranda N.. *Manual de Educação para a Saúde em Alimentação*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Loureiro, I., Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde: Dos fundamentos à ação*. Coimbra: Edições Almedina.
- Ministério da Saúde. (2014). *Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019*. Maputo: MISAU.
- Nunes, E., Brenda, J. (2003) *Manual Para Alimentação Saudável em Jardins de Infância*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2014). *Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014-2019*. Maputo: MISAU.
- Ramos, Tamára. (2012) *Guia prático de alimentação e nutrição saudável*. Maputo: Alcances Editora.
- República de Moçambique. *A nossa alimentação*. Maputo: Ministério da Saúde.

Isabel Sousa
03/ 12/ 18

Bibliografia

Sítio

<https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/alimentacao.aspx>

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia-da-saude/>

<http://fao.org/world/Moçambique>

Isabel Sousa
03/12/18

Diarreia em criança pré-escolar

O que é a diarreia?



É a eliminação de 3 ou mais
dejecções líquidas e frequentes
num só dia.

Principais causas da diarreia

- **Falta de higiene e sujeira:**

- Comida



- Água contaminada



- Mãos sujas



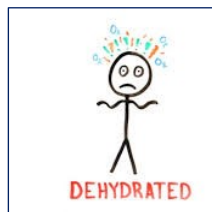
- Presença de Moscas e baratas

- Insuficiente saneamento



Perigos da diarreia

- Desidratação



Malnutrição



Tratamento da diarreia

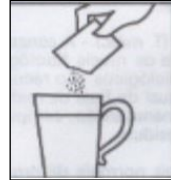
- Dar muitos líquidos



- Alimentação



- Dar solução Oral Reidratação (SRO)



- Dar “soro caseiro”



Tratamento

- Se diarreia acompanhada por:
 - Vômito
 - Não consegue beber líquidos
 - Febre
 - Presença de sangue nas fezes
 - Diarreia há mais de 2 dias



Demonstração “soro caseiro”



Prevenção da diarreia

- Amamentar bebé até 6 meses exclusivamente
- Bons hábitos de higiene pessoal
- Higiene da conservação dos alimentos
- Boa higiene e saneamento do meio
- Vacinação contra rotavírus



• Kanimambo



Bibliografia

Ramos, Tâmara. (2012) Guia prático de alimentação e nutrição saudável. Maputo: Alcances Editora.

World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. (2012) *Diarréia aguda em adultos e crianças: uma perspectiva mundial: EUA*: World Gastroenterology Organisation Foundation. Acedido em 20 de Novembro de 2018 e disponível em <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-portuguese-2012.pdf>

World health organization. (2005). The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva: WHO Press;

Costa, A , Silva, G. (2010). Indicação da terapia de reidratação oral no Setor de Emergência: decisão baseada na clínica? *Rev Paul Pediatr*: 28(02): 215-220.

Horta na Cidade



***“Cultivar a sua
própria comida é
como imprimir o seu
próprio dinheiro.”***

Ron Finley

Isabel Sousa 05/12/18

2

Vantagens de ter uma horta

- **Alimentação Saudável**
Um caminho para alterar hábitos alimentares, comer mais legumes e vegetais.
Possibilidade de ter sempre produtos frescos.
- **Segurança Alimentar**
Saber o que está a comer, produzir sem químicos nem herbicidas
- **Sabor dos Alimentos**
Legumes frescos, com maior sabor e qualidade .
- **Poupança**
Alimentos a baixo custo, é trazer o mercado para a porta de casa.
- **Desenvolvimento pessoal**
Ver as plantas crescerem, semear, cuidar, colher e partilhar, são lições que levamos da horta para a vida.

Isabel Sousa 05/12/18 3

Vantagens de ter uma horta

- **Tempo para Nós**
Relaxamento e descontração
- **Exercício**
Proporciona um exercício físico moderado, para contrariar uma vida sedentária
- **Melhoria do Ambiente**
Melhora a saúde do planeta
- **Educação Ambiental**
Construção de hortas pedagógicas
- **Sentido de Comunidade**
Oportunidade de cooperação entre vizinhos, interação entre colegas e partilha entre famílias.

Isabel Sousa 05/12/18 4

Como fazer uma horta

Construção passo a passo



Isabel Sousa 05/12/18 5

1º Escolha do local

- Elementos a considerar:
 - Exposição solar – hortas voltadas para o sol
 - Predominância dos vento – proteger a horta dos ventos fortes
 - Disponibilidade de água – hortas próximas de pontos de água ou de formas de acumulação de água
 - Estrutura da terra - terreno pouco inclinado e com terra fértil



Isabel Sousa 05/12/18 6

2º Ferramentas

- Para canteiros grandes:
 - Enxada - utilizada para cortar ervas e abrir sulcos
 - Regador - para irrigar a horta
 - Ancinho - para remexer a terra
 - Sacho - enxada menor que serve para abrir pequenas covas
 - Carrinho-de-mão - utilizado para transportar terra e outros elementos
- Para canteiros em vaso:
 - A maior parte do trabalhos são possíveis de fazer com as mãos



Isabel Sousa 05/12/18

7

3º Construir o canteiro

- O espaço onde vamos plantar comida deve ser grande e alto para conseguirmos ter suporte para as plantas.
- Para tal devemos
 - Usar a criatividade
 - Utilizar materiais recicláveis (garrafas de plástico, pneus, latas)
 - Utilizar madeiras
 - Ramos de árvores



Isabel Sousa 05/12/18

8

4º Matéria orgânica

- A terra usada para os canteiros deve conter: uma parte de composto orgânico e uma parte de areia (terra fofa e leve)
- Para tal devemos contruir um compostor (uma forma de transformar restos de comida em matéria orgânica)
 - Como fazer:
 - Uma caixa de madeira sem fundo, para o composto estar em contato com a terra,
 - Na primeira camada (junto à terra) colocar pequenos paus
 - segunda camada folhas,
 - Terceira camada restos de comida (comida não cozinhada)
 - Quarta camada folhas ou ervas secas,
 - Alternar as camadas 3 e 4 até encher a caixa,
 - Revolver uma vez por semana e manter o composto húmido,
 - Em 3 ou 4 meses temos composto para usar na horta (húmus).



Isabel Sousa 05/12/18 9

5º Montagem do canteiro

- Colocar as pedras no fundo
- De seguida alguns paus
- Colocar a terra misturada com composto



Isabel Sousa 05/12/18 10

6º Sementeiras e plantações

- Escolha das sementes e das plantas
 - Plantar espécies variadas de hortícolas
 - e legumes (hortas em policultura)
 - Combinar plantas altas com plantas mais baixas, que tenham diferentes ciclos de vida
- Plantar as mudas com um espaçamento de 15cm
- Irrigar a terra no final da plantação



Isabel Sousa 05/12/18

11

7º Manutenção da horta

- Rega uma vez ao dia
- Controle das ervas daninhas, com corte das ervas
- Controle de pragas e doenças
- Controle de predadores com redes e espantalhos
- Rotação de culturas



Isabel Sousa 05/12/18

12

8º Colheitas

- O momento da colheita é muito importante:
 - Perceber quando a planta está na fase adulta e colher sem perdas.



Isabel Sousa 05/12/18



13

Bibliografia

- República Portuguesa. (2017). *Guia para o produtor biológico*. Lisboa: Direção Geral de Agricultura e Desenvolvimento Rural.
- Thorez, J.P. (2011). *Guia de Agricultura Biológica*. (3ª edição). Colares: Editores Lda.
- Arter, Elisabeth. (1996). *Guia Prático de Horticultura*. Lisboa: Editora Presença
- Legan, Lúcia. (2009) *A escola sustentável: eco - alfabetização pelo ambiente*. (2ª edição). S. Paulo: Imprensa do Estado de São Paulo

APÊNDICE XVII - Mapa para avaliação do comportamento (Educadores)

APÊNDICE XVIII - Livro de receitas “Mbita”

Isabel Soares

Livro de Receitas

Mbita



Junho 2019

APÊNDICE XIX - Comissão “Amigos da Alimentação Infantil Saudável”

- Regulamento Interno Comissão Amigos Alimentação Infantil Saudável (AMAIS)
- Plano de Atividades da Comissão AMAIS

Capítulo I
Disposições gerais

Artigo 1
(Âmbito de aplicação)

1. O presente regulamento destina-se a orientação do funcionamento da Comissão de Monitores, da Associação
Situado no Bairro de Mavalane
KaMavota, cidade de Maputo.
2. Esta compreende as Escolinhas de
 e Jardim Infantil.
3. Poderão ser incluídas outras escolinhas e/ou Jardim Infantil da Associação

Artigo 2
(Finalidade)

O presente Regulamento interno visa:

1. Assegurar a divulgação e cumprimento das regras de funcionamento da Comissão dos Amigos Alimentação Infantil Saudável.

Capítulo II
Definição e Objetivos

Artigo 3
(Definição)

A Comissão de Educadores é um organismo da Associação
riado em 2019 cuja finalidade é promover a saúde
nutricional das crianças em idade pré-escolar e que pertencem à Associação Centro Dia
Mães da Paróquia de Mavalane.

Artigo 4
(Objetivos)

1. Orientar as famílias que têm educando nas escolinhas e que apresentem situação de malnutrição;
2. Acompanhar as crianças e suas famílias que apresentam situação de malnutrição;
3. Intensificar o diálogo entre o estabelecimento de ensino e a unidade de saúde, relativamente à saúde nutricional da criança;
4. Promover ações que visem a melhoria da saúde alimentar das crianças em idade pré-escolar;
5. Promover a Saúde Nutricional da Criança e prevenir a malnutrição na idade pré-escolar;
6. Capacitar educadores, encarregados de educação e outros profissionais em matéria de saúde na alimentação.

Capítulo III
Processo de admissão dos membros

Artigo 5
(Membros)

São condições para participação na comissão de educadores:

1. Ser presidente da Associação Centro de Dia ou seu representante.
2. Pároco da Paróquia Senhora da Aparecida de Mavalane ou seu representante.
3. Dois representantes de encarregados de Educação de uma das Escolinhas e/ou Jardim Infantil.
4. Dois representantes dos Educadores da Escolinha e/ou Jardim Infantil.
5. Representante da Saúde Escolar do Centro de Saúde de Mavalane.
6. Membro da comunidade Paroquial de Senhora da Aparecida de Mavalane.
7. Investigadora responsável do projeto MAIEC – Enfermeira Isabel Sousa.
8. Dois membros do setor da comunicação.
9. Outros membros indicados e aceites pela comissão em assembleia.

Artigo 6
(Responsabilidade de admissão)

1. Para admissão de um novo membro na comissão Amigos Alimentação Infantil Saudável, compete à direção da Comissão decidir.

Capítulo IV
Regras de funcionamento

Artigo 7
(Funcionamento)

1. A comissão deverá reunir-se uma vez por mês ordinariamente e em carácter extraordinário sempre que seja necessário.
2. Os encontros serão no Jardim Infantil
3. As reuniões acontecerão na primeira terça-feira de cada mês, se feriado, passará para a segunda terça-feira.

Artigo 8
(Direção, eleição e mandato)

1. A direção da Comissão é composta pelos seguintes membros:
 - a. Coordenador
 - b. Vice-coordenador
 - c. Secretário
 - d. Secretário Adjunto
 - e. Tesoureiro

Artigo 9
(Coordenador)

Compete ao coordenador as seguintes funções:

1. Coordenar todas as atividades da Comissão.
2. Promover o acolhimento e a participação efetiva de todos os membros.
3. Assegurar a elaboração do plano de atividades anual e o respetivo relatório.
4. Garantir o cumprimento dos objetivos específicos da Comissão.
5. Preparar as reuniões da Comissão.

6. Animar todos os membros da Comissão.
7. Representar a Comissão dos Amigos Alimentação Infantil Saudável em outros fóruns de parceria sempre que solicitado.

Artigo 10
(Vice-Coordenador)

Compete ao coordenador as seguintes funções:

1. Coordenar todas as atividades em colaboração com o coordenador.
2. Promover o acolhimento e a participação efetiva de todos os membros.
3. Assegurar a elaboração do plano de atividades anual e o respetivo relatório.
4. Garantir o cumprimento dos objetivos específicos da Comissão.
5. Presidir às reuniões na ausência do coordenador.
6. Animar todos os membros da Comissão.
7. Representar a Comissão de Educadores em outros fóruns de parceria sempre que solicitado.

Artigo 11
(Secretário)

Compete ao Secretário as seguintes funções:

1. Secretariar e fazer as atas das reuniões da Comissão.
2. Fazer comunicados/convites/ convocatórias.
3. Gerir informação da Comissão de Educadores.
4. Assumir a coordenação d reunião na ausência do vice-coordenador.
5. Representar o Coordenador na sua ausência.

Artigo 12
(Secretário Adjunto)

Compete ao Secretário Adjunto as seguintes funções:

1. Secretariar e fazer as atas das reuniões da Comissão como colaboração com o Secretário.
2. Fazer comunicados/convites/ convocatórias.
3. Gerir informação da Comissão de Educadores.
4. Assumir a coordenação da reunião na ausência do secretário.
5. Representar o Coordenador na sua ausência do vice-coordenador.

Artigo 13
(Tesoureiro)

1. Gerir as compras para as atividades desenvolvidas.

Artigo 14
(Eleição dos corpos sociais)

1. A escolha dos corpos sociais será por voto livre entre os membros da comissão.
2. Em caso de empate, será escolhido o membro mais antigo na comissão.
3. Em todo o caso deve ser confirmado com o diretor geral da associação.

Artigo 15
(Mandato)

1. O período de mandato para cada corpo social será de 2 anos.

Capítulo V
Direitos, Deveres

Artigo 16
(Direitos dos membros)

1. Ser respeitado e escutado.
2. Dar a sua opinião.
3. Participar de todas as atividades promovidas pela comissão.

Artigo 17
(Deveres dos membros)

1. Cumprir as normas estipuladas pelo regulamento.
2. Guardar sigilo sobre os assuntos confidenciais.
3. Participar das reuniões.
4. Participar de todas as atividades promovidas pela comissão.

Artigo 18
(Direitos da Comissão)

1. Sem prejuízo das regras estabelecidas no presente Regulamento, a Comissão tem ainda os seguintes direitos:
 - a. A lealdade e respeito por parte da Associação
 -
 - b. Receber o apoio necessário para o cumprimento dos objetivos preconizados no presente regulamento.

Artigo 19
(Deveres da Comissão)

2. Sem prejuízo das regras estabelecidas no presente Regulamento, a Comissão tem ainda os seguintes deveres:
 - a. Desenvolver as suas atividades de forma a contribuir para o bem-estar da criança em idade pré-escolar;
 - b. Dar apoio às Escolinhas e Jardim Infantil em matéria de saúde escolar;
 - c. Elaborar relatório anual de atividades;
 - d. Elaborar um plano anual de atividades.

Capítulo VI
Disposições finais

Artigo 20
(Saída do membro)

A saída ou abandono de um membro da comissão far-se-á quando:

1. O membro deixar de ser educador ou encarregado de educação da escolinha ou jardim infantil.
2. Se não cumprir as normas estabelecidas no presente regulamento.
3. A pedido do próprio por circunstâncias pessoais.

Artigo 21
(Alterações ao Regulamento Interno)

A alteração ao regulamento far-se-á sempre que julgar necessário e sob a concordância dos membros.

Artigo 22
(Entrada em vigor)

1. O presente Regulamento foi aprovado em reunião da Comissão de Amigos Alimentação Infantil Saudável, aos 10 de Janeiro do ano de 2019 e entra em vigor em Fevereiro de 2019.
2. Aquando da admissão de um novo membro, este deverá tomar conhecimento sobre os dispositivos regulamentares.

Artigo 23
(Entrada em vigor)

1. O presente Regulamento entra em vigor após a sua aprovação em reunião da direção.

Maputo, 10 de Janeiro de 2019

O Diretor Geral

(Pe. Anastácio Jorge Martins da Rocha)

Planos de atividades AMAIS 2019

O que fazer?	Porquê fazer?	Onde fazer?	Quando fazer?	Quem vai fazer?
Palestras nas Escolinhas e Jardim Infantil	Aumentar o conhecimento dos Encarregados de Educação.	Nas escolinhas Jardim Infantil de Mavalane	3 palestras por escolinha (abertura do ano letivo, final do primeiro semestre e final do ano letivo)	AMAIS (coordenação)
Promover o teatro “comer bem, viver melhor” nas comunidades	Aumentar o conhecimento dos Encarregados de Educação.	Escolinhas Jardim Infantil Comunidades	1 peça em cada comunidade (agendar com diretores e animadores da comunidade)	AMAIS Grupo de Teatro (contatar Jovem Américo) Músicas: contatar Gabriel Cumbana (fornecer músicas gravadas)
Levantamento do número de crianças que frequentam as escolinhas em situação de malnutrição	Conhecer o número de crianças existentes nas escolinhas e JI em estado de malnutrição á chegada à Escolinha e JI.	Nas Escolinhas e Jardim Infantil (Solicitar às direções das escolinhas e JI)	Até primeira semana de março	AMAIS

Acompanhamento das famílias com crianças em estado de malnutrição	Reduzir o estado de malnutrição da criança. Visitar as famílias que têm crianças das escolinhas em estado de malnutrição.	Nas escolinhas e JI Nas famílias	Sempre seja necessário	AMAIIS Comissão de pais da escolinha alvo
Troca de experiências entre diretores acerca da alimentação saudável	Conhecer pontos fortes e fracos de cada direção escolar. Melhorar a qualidade das refeições. Ajustar quantidades fornecidas	Uma reunião com o público alvo no Jardim Infantil	Última semana de fevereiro (10 horas)	AMAIIS Diretores Escolinhase Jardim Infantil
Feira de gastronomia	Trocar experiência sobre pratos. Testar a palatibilidade. Interagir crianças e adultos.	1 Feira anual em cada escolinha por ocasião do 2º encontro de Educadores e EE	Escolinhas Jardim Infantil	AMAIIS Direção das Escolinhas Comissão de Pais
Envio de SMS para os voluntários AMAIS e Vídeos informativos	Estabelecer veículo de informação sobre alimentação saudável.	Residência Benildo Jesus	1 mensagem por semana	AMAIIS Benildo Jesus Dra Iolanda Isabel Sousa Voluntários de SMS

Atualização página <i>Facebook</i>	Estabelecer veículo de informação sobre alimentação saudável.	Residência Benildo Jesus	Um novo post a cada semana Atividades das Escolinhas	AMAIS Benildo Jesus Dra Iolanda Isabel Sousa
Criar <i>flashmobile</i>	Veículo de informação sobre alimentação saudável.	Num local a combinar (mercados)	Trimestral (15 Fevereiro)	Benildo Jesus Gabriel Cumabane AMAIS
Formação permanente do AMAIS	Aumentar conhecimento dos AMAIS Capacitar o AMAIS em matéria de saúde alimentar infantil	Jardim Infantil	1 por trimestre	AMAIS Isabel Sousa Convidar Assessor (Dra Iolanda, Dra Matilde, Dra Saquista, Técnica Francisca Samuel))
Espiritualidade	Dar sentido ao voluntariado Animar interiormente os AMAIS Proporcionar momento de oração	Jardim Infantil	Fevereiro (5/02/19) Junho Dezembro	AMAIS Assessores a convidar (Dra Matilde)
Lazer	Promover momento de convívio	Local a combinar	Novembro 2019	AMAIS ACDPM

APÊNDICE XX -Veículo de comunicação

- Textos para os vídeos
- Frases/mensagens

1. TUBÉRCULOS

Olá eu sou a Alice!

Estou aqui para vos contar uma história.

Ontem estava na machamba com a minha vovó e ela contou-me a história da família dos tubérculos.

Querem saber? Então, prestar muita atenção:

Tubérculos são alimentos. São as partes de algumas plantas que crescem debaixo da terra, onde reservam a sua energia.

Assim, podemos dizer que quando comemos tubérculos ficamos com muita energia para aprender e brincar.

E mais ainda, eles são ricos em amido (carboidratos), vitaminas, sais minerais e fibras.

Como exemplo temos: a batata reno, a batata doce, a mandioca, o inhame e a beterraba.

A batata-doce de polpa alaranjada é rica em vitamina A e até se pode fazer um delicioso sumo. Tal como a cenoura a batata doce faz a gente ficar com os olhos bem bonitos, com boa visão.

Os tubérculos podem ser consumidos em vez de xima, do arroz ou massa, como acompanhamento da refeição.

A minha avó também me disse que eles podem ser usados no mata-bicho ou lanche em vez de pão, bolos e bolachas. Podem ser às rodelas, aos palitos, ... de preferência cozidos e só de vez em quando podem ser fritos (sorrir), por causa da gordura.

É importante que os tubérculos façam parte do nosso dia-a-dia, para termos uma alimentação mais variada e crescermos fortes e saudáveis.

2. SOPA

Maria: Olá amigo, estás bem?

Jopela 2: Olá amiga. Sim estou, não sei do teu lado.

Maria: Sabes Jopela que a terra dá-nos muitas coisas boas, muitas folhas verdes e tubérculos; com eles faz-se a matapa, a *emboa* mas também a **SOPA**.

Jopela 2: S_O_P_A

Maria: Sim, a sopa é um alimento muito completo. Ela alimenta e sacia e não engorda. Todos os legumes e verduras são bem aproveitados, nenhum dos nutrientes se perde. A sopa é uma grande fonte de vitaminas e minerais.

Jopela: E a minha mamã também fala que a sopa é muito importante para a nossa saúde porque reforça as defesas do nosso corpo.

Maria: Verdade, amigo. Os médicos e enfermeiros aconselham que a criança tome sopa todos os dias.

Jopela 2: Sopa todos os dias, amiga?! (espanto)

Maria: Sim, como te falei além de ser muito nutritiva, a sopa também hidrata.

Jopela 2: Amiga, fala bem comigo. Como é que a sopa pode hidratar!?

Maria: Amigo, como a sopa leva uma grande quantidade de água, diz-se que é um alimento hidratante, tem muita água e permite que haja maior absorção dos alimentos.

Jopela: Começo a compreender...a sopa serve de prato principal ou entrada, é isso amiga?!

Maria: Sim é verdade e à noite uma sopinha é a refeição adequada para toda a família.

Jopela: Vou já falar com a mamã, para que ela prepare sopa todos os dias.

Maria: As sopas são fáceis e rápidas de preparar, são um alimento saudável, barato e muito nutritivo. É ideal para nos aquecer nos dias frios e hidratar nos dias quentes.

Jopela: Obrigada Maria, daqui em diante irei tomar sopa todos os dias

Jopela: Vamos lá? À nossa maneira....

Coro: Sopa um alimento muito nutritivo, uma boa aposta para as famílias moçambicanas.

3. CRIANÇA “ENGANADA COM DOCE”

Olá bom dia!

É verdade que toda a criança gosta de doce, eles são chocolates, bolos, rebuçados... são tantos!!!

Mas está na hora de informar nossos papás e nossas mamãs., que nós crianças mais do que doces preferimos a vossa companhia, a vossa presença.

Isso sim, nós crianças, apreciamos bastante.

O doce é agradável no início, mas quando comemos muito doce, o apetite para comer os alimentos que são necessários para o nosso crescimento (como a sopa, as verduras ...) diminui e até ficamos com menos vontade de brincar...

O doce não tem vitamina, não tem proteína nem minerais...**o doce só tem acurar!!!!**

Ninguém cresce porque come doce, apenas pode ficar mais gordo, e isso não anima; mas se você aceitar doce, escovar logo em seguida os dentinhos.

Agora a minha mãe e eu, fazemos gelinho lá em casa, com sumo de fruta natural. Gelinho de manga, de papaia, coco tudo já experimentamos...

Há um pormenor muito importante: fazemos gelinho com pouco açúcar, para não fazer tanto mal.

Vai um gelinho?! SERVIDO!?

4. ÁGUA

Hoje, estou aqui, para vos falar de um alimento muito diferente. Muitas pessoas nem a consideram como alimento.

Ela é bonita, transparente, existe em todos bairros e em muitas casas também. Encontra-se no mar, na terra, nas nuvens, nos tanques e ainda nas garrafas e copos. Ela combina com tudo: para lavagem das frutas e verduras, nos sumos, enfim, em todas as comidas. E digo mais, ela está dentro do nosso corpo. Sabem de quem eu falo? É claro, é a amiga ÁGUA

Nós precisamos beber este alimento muitas vezes durante o dia, para estarmos bem hidratados, beber água tanto os dias de muito calor, mas também nos dias de frio, quando não sentimos sede, mas o nosso corpo agradece que possamos beber 6 a 8 copos de água por dia. **Todos os dias, de segunda a domingo, de Janeiro a Dezembro... sempre**

A água é muito importante porque limpa o nosso corpo, ajuda no transporte dos nutrientes para as células, ajuda no bom funcionamento do organismo, regula a temperatura do corpo e até previne a prisão de ventre.

Agora é fundamental que a água para beber seja tratada. Pode ser, utilizando certeza, fervida ou filtrada ou ainda engarrafada, mas isso deixo para os papás.

Amigos, para termos a absoluta certeza que bebemos os 6 a 8 copos de água por dia precisamos de uma medida, que pode ser, uma garrafa ou o bebedor.

Beber água é pura alegria!

5. FRUTAS

Vamos lá falar de frutas

As frutas são bonitas, têm várias cores, vários sabores, tamanhos e ainda podem ser preparadas de várias maneiras.

As frutas são um grupo importante porque dão-nos muitas vitaminas e minerais, essenciais para o crescimento e além disso protegem o nosso corpo contra as infeções.

As frutas fazem parte do grupo dos alimentos protetores.

Há já sei, então, se comemos bastante, não adoecemos tanto e assim podemos brincar mais e estudar melhor.

Elas combinam com tudo, no matabicho cai bem, no almoço também. Nos lanches nem se fala, ... e já estava a esquecer do jantar, uma frutinha para a minha barriguinha.

Todos nós para vivermos bem precisamos de comer 3 a 4 frutas por dia. Agora no meu lanche eu levo fruta, laranja, manga, banana O que a mamã tiver lá em casa.

Os sumos naturais, também são bons mas devemos dar preferência às frutas, têm mais valor e são mais nutritivas. Ao preparar o sumo alguns dos nutrientes acabam se perdendo.

Todas as frutas têm seu doce natural, por isso, quando preparar o sumo jamais colocar açúcar.

As frutas são importantes e devem ser comidas por toda a gente, desde bebés até aos vovôs.

Frutas, devemos comer todo o dia, para crescermos com saúde e energia.

Frases para SMS

Evite comer açúcar e produtos açucarados e não adicione açúcar ao chá, sumo ou café...

Use preferencialmente o **SAL IODADO**, é benéfico para a saúde, e contribui com o bom crescimento e desenvolvimento da criança.

Beba água simples em abundância ao longo do dia. É aconselhável para a criança de 1 a 1,5 litros por dia. Já o adulto deve beber 2 a 3 litros de água diariamente.

Aumente o consumo de frutas. Faça da fruta, um amigo da criança. Prefira a fruta ao sumo, é mais nutritivo!

Reduza o consumo de gorduras. Diminua a quantidade de gordura usada para cozinhar e temperar, assim como os alimentos com elevado teor de gordura.

Tome o mata-bicho ao amanhecer, para começar o seu dia com força e energia.

Evite estar mais de 3 horas e meia sem comer. Faça 5 refeições diárias.


Ofereça uma fruta acompanhada de pão, bolacha maria, mandioca cozida ou batata doce cozida, para o lanche das crianças.

← → ↻ https://www.facebook.com/amais.mocambique/?modal=admin_todo_tour 🔍 ☆ ⋮

Aplicações Viaturas / Simulador Hip Hop Legends: T Gmail WhatsApp Web Planeta do Radio - I Milhares de peregrin Igreja Católica - ZEN Notícias da Igreja - C

f AMAIS Perfil Página inicial Criar Amigos Notificações Atividade Configurações

Página Caixa de Entr... Notificações Estatísticas Ferramentas... Centro de An... Definições Ajuda




AMAIS
@amais.mocambique

Página inicial

- Publicações
- Críticas
- Empregos
- Vídeos
- Fotos
- Eventos
- Sobre
- Comunidade
- Grupos
- Informações e anúncios


Alterar Capa



AMIGOS DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL


Gosto Seguir Partilhar ... + Adicionar botão

Criar publicação Directo Evento Oferta Emprego

 Escreve uma publicação...

Foto/vídeo 😊 A sentir-me... 📍 Visita ...




Publicações

 AMAIS actualizou a sua foto de capa. ...

Conheces pessoas que possam gostar da tua Página?

Ajuda mais pessoas a descobrir a tua Página ao convidar amigos para gostarem dela.

Procura amigos para convidares

	Jobo Saveca	Convidar
	Phyne Souza White	Convidar
	Nello Nairone	Convidar