



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Rosália Maria Fortes Nascimento

Sob Orientação da Professora Elisabete Nunes

LISBOA, Março de 2013

RESUMO

O presente relatório é o culminar de um longo percurso de estágio integrado no Curso de Mestrado de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Os Módulos de estágio foram realizados em contextos distintos, nomeadamente em recursos da comunidade, Cuidados de Saúde Primários, Serviço de Urgência Pediátrica e Neonatologia.

O tema transversal ao percurso foi o da Promoção da Saúde na criança com Diabetes, contudo foi sofrendo adaptações conforme as necessidades dos diferentes contextos. A escolha do tema resultou de um conjunto de fatores, nomeadamente interesses pessoais e dos diagnósticos de situação realizados. Ao longo dos anos a definição e problemática da promoção da saúde tem sido discutida por várias Entidades, verificando-se a sua pertinência para os ganhos em saúde. Por outro lado tem-se verificado a nível mundial, um aumento significativo da Diabetes na infância, especialmente do tipo 2. Este aumento da Diabetes está associado aos fatores hereditários, à crescente urbanização, hábitos e estilos de vida pouco saudáveis. O EESIP tem um papel fundamental de intervenção nesta problemática de saúde pública, devendo desenvolver estratégias que promovam a saúde, prevenindo o aparecimento da doença ou evitando o desenvolvimento de complicações associadas.

Neste sentido foram delineados objetivos e desenvolvidas atividades neste âmbito, visando a promoção da saúde infantil, tais como sessões de educação para a saúde, folhetos informativos e formação de pares. Contribuindo desta forma para uma melhor gestão da doença, do controlo da Hemoglobina Glicosada (HbA_{1c}) e para a prevenção das complicações tardias da diabetes e por conseguinte mais ganhos em saúde.

O estágio teve como base teórica o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, complementado com o modelo conceptual dos cuidados centrados na criança, que encara a díade criança/família como o centro das intervenções. O modelo de parceria de cuidados de Casey, que realça a importância dos pais enquanto parceiros na prestação de cuidados à criança, e é uma das principais estratégias para alcançar um nível máximo do estado de saúde pessoal.

A metodologia de trabalho utilizada incorporou uma constante análise reflexiva e crítica sobre o exercício profissional, a evidência científica e as situações vivenciadas ao longo dos estágios, permitindo ao longo do percurso identificar problemas e tomar decisões, implementando intervenções direcionadas e com aplicabilidade nos diferentes contextos.

Desta forma, concluiu que os objetivos definidos e atividades desenvolvidas foram pertinentes e alcançados, contribuindo para a aquisição de competências especializadas e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e família.

Palavras-chave: Criança/adolescente com Diabetes, Enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica, promoção da saúde, educação para a saúde e família.

ABSTRACT

This report is the culmination of a long journey of traineeship as part of the Master Course of Child Health and Pediatrics, of the Instituto de Ciências da Saúde held at the Universidade Católica Portuguesa.

The training modules were carried out in different contexts, particularly in community resources, Primary Health Care, Pediatric Emergency Room and Neonatology. The transversal theme of the route was the Health Promotion in Children with Diabetes; however it has suffered adjustments according to the needs of the different contexts. The choice of theme resulted from a combination of factors, including personal interests and state's diagnostics performed. Over the years, the definition and problematic of health promotion has been discussed by several entities, verifying their relevance to health gains. On the other hand, it has been observed a significant increase in childhood diabetes worldwide, especially type 2. This increase in diabetes is associated with hereditary factors, the increasing urbanization, habits and unhealthy lifestyles. The EESIP has a key role to intervene in this issue of public health, developing strategies to promote health by preventing the illness from appearing or preventing the development of associated complications.

In this sense, objectives were outlined and activities were developed, for the promotion of child health in this context, namely health education sessions, information leaflets and pair formation. Thus contributing to a better management of the disease, a better control of glycosylated hemoglobin (HbA_{1c}) and for the prevention of late complications of diabetes and therefore more health gains.

The internship had as base the theoretical model of Nola Pender's Health Promotion, complemented with the conceptual model of care focused on the child, who sees the dyad child/family as the center of the interventions. The partnership model of Casey's cares, which stresses the importance of parents as partners in providing care to the child, and is one of the main strategies to achieve a maximum level of personal health status.

The methodology used incorporated a constant thoughtful and critical analysis on the professional practice, the scientific evidence and the situations experienced throughout the internships, allowing, along path, to identify problems and make decisions, implementing targeted interventions with applicability in different contexts.

This way, I conclude that the defined objectives and activities developed were relevant and achieved, contributing to the acquisition of specialized skills and to improve the quality of care provided to the child and family.

Keywords: Child/adolescent with diabetes, Specialist Pediatric and child Health Nurse, health promotion, health education and family.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus por me ter ajudado a superar todos os obstáculos e dificuldades.

Um especial agradecimento à minha família pelo apoio e amor incondicional, principalmente à minha mãe sempre muito compreensiva.

Aos meus colegas do Serviço de Orł/Urologia do Hospital Dona Estefânia, que foram muito condescendentes relativamente ao meu cansaço e facilitaram as trocas de turno.

Às palavras amigas, de carinho, incentivo e de força dos meus amigos.

A todas as enfermeiras especialistas orientadoras de estágio pela sua disponibilidade.

Um Obrigado a todos os docentes do Curso, principalmente às Professoras Doutorãs Zaida Charepe, Margarida Lourenço e professora Elisabete Nunes.

E ainda a ti Paulo, por me aturares em todos os momentos altos e baixos do curso e da minha Vida.

“Finalmente sentia-o, o derradeiro sentimento de gratidão.

Trago comigo esse sentimento todos os dias.

A gratidão é uma dádiva especial.

[...] lembrem-se, quando disserem obrigado, sintam-se realmente gratos.

Eu sinto!”

(LOUISE L. HAY)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA – American Diabetes Association
ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
APDP- Associação Protetora de Diabéticos de Portugal
CAD- Cetoacidose Diabética
CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CHLC- Centro Hospitalar Lisboa Central
CHLN- Centro Hospitalar Lisboa Norte
CSP- Cuidados de Saúde Primários
DM- Diabetes Mellitus
EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
HDE- Hospital Dona Estefânia
HbA_{1c} – Hemoglobina Glicosada
HSM- Hospital Santa Maria
IDF - International Diabetes Federation
ISPAD – International Society Pediatric and Adolescent Diabetes
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RN- Recém-nascido
RSL- Revisão sistemática da Literatura
SUP- Serviço de Urgência Pediátrica
UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO – World Health Organization

AM - Aleitamento Materno

ed. - Edição

Enf. - Enfermeira

Consult.- Consultado

trad. –Tradução

[S.d.] - Sem data

[S.l.] -“*sine loco*”

CEE- Consulta Externa de Endocrinologia

p. – Página

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - VALORES RECOMENDADOS DE HBA _{1c} DE ACORDO COM A IDADE	23
TABELA 2 - PICOS	27
TABELA 3 - RESUMO DOS RESULTADOS OBTIDOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	28

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	17
1. CAPÍTULO 1.....	21
1.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1.1. <i>Diabetes: definição, epidemiologia, tratamento</i>	21
1.1.2. <i>Promoção da saúde</i>	24
1.2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	26
1.2.1. <i>Metodologia</i>	26
1.2.2. <i>Discussão dos Resultados</i>	29
2. CAPÍTULO 2 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	35
2.1. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	35
3. CAPÍTULO 3 - DESCRIÇÃO E REFLEXÃO SOBRE OS OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS	41
3.1. MODULO I - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	41
3.1.1. <i>Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal</i>	41
3.1.2. <i>Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados das Mónicas</i>	44
3.2. MODULO II - INTERNAMENTO PEDIÁTRICO	53
3.3. MODULO III - URGÊNCIA PEDIÁTRICA E NEONATOLOGIA.....	55
3.3.1. <i>Serviço de Urgência de Hospital Dona Estefânia</i>	55
3.3.2. <i>Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria</i>	64
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
5. BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS.....	81
ANEXO I - <i>Sessão de educação para a saúde: hábitos de alimentação saudáveis dirigida aos pais de crianças dos 2 aos 5 anos</i>	83
ANEXO II - <i>Folheto informativo: Alimentação saudável e exercício físico: prevenindo doenças na infância</i>	109
ANEXO III - <i>Padrão documental: Uma abordagem preventiva da Diabetes tipo 2 na criança</i>	113
ANEXO IV - <i>Questionário aplicado aos enfermeiros do SUP</i>	135
ANEXO V - <i>Análise dos resultados do Questionário</i>	139
ANEXO VI - <i>Procedimento sectorial de articulação entre o SUP e a consulta Externa de Endocrinologia</i>	145
ANEXO VII - <i>Formação em Serviço: Bombas Infusoras de Insulina</i>	157
ANEXO VIII - <i>Questionário aplicado às mães da UCIN</i>	187
ANEXO IX - <i>Sessão de Educação para a Saúde: As mães que cuidam...cuidados a ter com a alimentação</i>	191
ANEXO X - <i>Folheto Informativo: Alimentação das mães que amamentam e fatores que influenciam a produção de Leite Materno</i>	215

“Os cuidados de enfermagem são assim compostos de múltiplas ações[...], uma imensidão de «pequenas coisas» que dão possibilidade de manifestar uma «grande atenção» ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares [...] A atenção a essas pequenas coisas revela a preocupação do profissional com o outro, na sua existência. É sem dúvida a partir da valorização da utilidade social de todas essas «pequenas coisas» que constituem os cuidados de enfermagem e as qualidades profissionais exigidas para lhes dar vida [...] e dão contributo essencial para a saúde dos indivíduos”

HESBEEN,p47

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório de Estágio surge no âmbito do curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Pretendo com a sua elaboração, refletir o percurso formativo efetuado no decurso dos diferentes Módulos de Estágio, desenvolvidos em três contextos muito distintos entre si.

Para cada módulo de estágio foi desenvolvido um projeto de intervenção relacionado com o tema escolhido e de acordo com as necessidades identificadas nos diferentes contextos.

O tema escolhido é transversal a todo o estágio foi “a promoção da saúde na criança/adolescente com diabetes”.

A pertinência do tema da promoção da saúde surge no âmbito das competências do Enfermeiro especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), o qual *“promove a adaptação da criança/jovem e família á doença crónica [...] procura sistematicamente oportunidades de trabalhar com a família crianças/jovens no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde”* (OE, 2010). Neste sentido, a abordagem da temática da promoção da saúde na Diabetes infantil, visa proporcionar a estas crianças/jovens uma oportunidade de desenvolvimento e crescimento saudável, prevenindo complicações futuras da sua doença. Desta forma, o EESIP tenta contrariar as lacunas identificadas pela DGS, quando nos diz que *“as atividades de promoção da saúde, como ações de prevenção primária e secundária, nem sempre ocupam lugar de primazia no contexto geral da prestação de cuidados de saúde”* (DGS, 2004:101).

A temática da diabetes na infância suscitou-me desde sempre grande interesse, pelo que não poderia ficar indiferente neste relatório, alvo do meu investimento. A razão principal prende-se com o facto de ter um irmão adolescente com diabetes desde os 9 anos e eu ter acompanhado todo este processo ao longo do seu desenvolvimento.

Como EESIP temos uma enorme responsabilidade no cuidar destas crianças/família, quer a nível da promoção de saúde, como de prevenção de complicações, contribuindo para o seu saudável crescimento e desenvolvimento.

Deste modo, o desenvolvimento de competências neste âmbito da Saúde Infantil e Pediátrica parece-me fulcral para responder adequadamente e com cuidados especializados às crianças e famílias abrangidos pela minha intervenção no meu contexto de trabalho.

Ao longo dos estágios tornou-se evidente a necessidade de enquadrar e integrar o modelo de Parceria de cuidados de Anne CASEY subjacente à prestação de cuidados. Este modelo sustenta que a *“qualidade de vida da criança é fundamental, depende também e muito do estabelecimento de uma relação significativa e forte com a família”* (Ferreira e Costa, sd: 53), compreendendo-se que é imprescindível integrar os pais no seio dos cuidados. A parceria de cuidados é um processo dinâmico que requer participação ativa, partilha de poder e conhecimentos entre o enfermeiro e os pais. Este trabalho de parceria surge como promotor na otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime do papel parental (Casey, 1993). Nos cuidados centrados na criança, os pais/família também são alvos de intervenção,

sendo elementos fulcrais para o EESIP. Desempenha um papel importante no desenvolvimento e crescimento da criança, pelo que se torna crucial intervir junto deles, despertando o sentido de responsabilidade e sensibilidade para os riscos associados às doenças na infância.

Os enfermeiros são os profissionais que se encontram melhor preparados para ser o elemento promotor do sucesso da aproximação pais/bebe, envolvendo-os nos cuidados ao seu filho. Devem, conjuntamente, desenvolver ações complementares visando o bem-estar e saúde da criança/adolescente.

A realização da unidade curricular Estágio, que deu corpo ao presente relatório, decorreu em 2 módulos. O Módulo I iniciou-se de 23 a 26 de Abril de 2012 com um breve período de observação dos Recursos da Comunidade, realizado na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) e posteriormente de 27 de Abril a 21 de Junho no contexto de Cuidados de Saúde Primários na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados das Mónicas.

Relativamente ao Módulo II, referente ao contexto de Internamento Pediátrico, foi-me atribuída creditação, de acordo com o Regulamento dos Mestrados de Natureza profissional, sustentado pela Instituição.

Por último, o Módulo III foi realizado em dois momentos, um no contexto do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE- Hospital Dona Estefânia, decorrendo de 20 de Setembro a 12 de Outubro, e outro no Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE- Hospital Santa Maria, realizado no período de 15 de Outubro a 10 de Novembro de 2012.

A escolha dos locais de estágio relacionou-se por um lado com as minhas preferências pessoais e por outro com as disponibilidades e protocolos da UCP com as instituições de saúde.

A escolha da UCSP das Mónicas foi baseada na sua localização e fácil acessibilidade, bem como pelo facto de ser uma Unidade recente com uma equipa jovem e com uma EESIP que, apesar de ter ingressado recentemente nesta equipa, é muito experiente, tornando-se uma mais-valia para o desenvolvimento das atividades e para a minha aprendizagem. No módulo III optei pelo SUP do HDE, por ser o Hospital onde exerço atividade e por ser uma boa oportunidade para desenvolver o meu projeto na área da Diabetes. A opção pelo serviço de Neonatologia do HSM, prende-se com o facto de ser uma referência a nível nacional e de ter tido previamente boas referências do local e da equipa multidisciplinar, revelando-se um fator fundamental para o meu crescimento pessoal e profissional.

Tendo em conta os aspetos acima referidos, propus como objetivos deste relatório:

- Descrever e fundamentar as atividades desenvolvidas ao longo dos três estágios realizados;
- Descrever as competências de Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica desenvolvidas ao longo dos estágios;
- Refletir sobre o percurso de aprendizagem efetuado.

A metodologia utilizada para a elaboração do relatório foi uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), utilizado para o enquadramento do tema escolhido, complementado por uma metodologia descritiva, analítica, crítica e reflexiva, baseada numa pesquisa bibliográfica, evidência científica, entrevistas informais aos Enfermeiros Especialistas Orientadores e restante equipa multidisciplinar, bem como através da observação participativa e partilha de conhecimentos e experiências.

Assim, no capítulo inicial propus-me a justificar a opção do tema e a sua pertinência para a atualidade, fazendo a sua contextualização com base numa RSL e conceptualização teórica salientando a Teórica, Nola Pender, que sustentou todo este percurso; seguidamente um capítulo onde apresento os contextos de estágio, e descrevo e analiso as atividades e intervenções desenvolvidas e respetiva justificação, e quais as competências de EESIP adquiridas. Por último, na conclusão apresento o impacto deste percurso na minha formação pessoal e profissional, as dificuldades e limitações sentidas e a sua implicação na minha prática.

1. CAPITULO 1

1.1. Enquadramento teórico

O enquadramento teórico do fenómeno em estudo agrega um conjunto de conceitos indispensáveis para compreender a problemática, que merecem ser aprofundados.

1.1.1. Diabetes: definição, epidemiologia, tratamento

A Diabetes Mellitus (DM) define-se como uma doença crónica do grupo das doenças metabólicas, caracterizada por uma hiperglicemia, resultante de um defeito na secreção de insulina pelo pâncreas ou na sua ação no organismo, ou relacionada com ambas as causas. Esta hiperglicemia persistente, originada por perturbações no metabolismo dos hidratos de carbono, das proteínas e dos lipídios, vai contribuir para que a longo prazo se desenvolvam alterações patológicas e complicações, nomeadamente a retinopatia (com potencial perda de visão), nefropatia (que pode causar falência renal), neuropatia dos sistemas periférico autónomo e perturbações circulatórias, que podem levar à morbilidade e mortalidade (Shaw, 2007; ADA 2012; ISPAD, 1995; 2000).

A DM classifica-se em quatro tipos: DM tipo 1, DM tipo 2, Diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes.

A DM1 resulta de uma destruição das células- β do pâncreas, produtoras de insulina, pelo sistema de defesa do organismo, originando uma diminuição ou ausência da produção de insulina. A velocidade de destruição das células é variável de pessoa para pessoa. As causas da DM1 ainda não são conhecidas, mas geralmente a causa é autoimune, caracterizada por múltiplas predisposições genéticas e presença de anticorpos (Boavida [et. al.], 2011; ADA, 2012.). Pensa-se ainda que resultem da alteração e combinação de fatores genéticos e ambientais (WHO, 2011a).

A DM2 é caracterizada por uma produção insuficiente de insulina ou pela incapacidade do organismo em utilizá-la eficazmente. O seu aumento prende-se com a crescente urbanização, rápidas mudanças culturais, sociais e alterações nos hábitos de vida, principalmente alimentares e na atividade física (Boavida [et al.], 2011). Podemos enumerar como fatores de risco para o desenvolvimento precoce da DM2: a hipertensão arterial; crianças com peso igual ou superior a quatro quilogramas à nascença; mães com diabetes gestacional; crianças não amamentadas; sinais de resistência à insulina; presença de *Acanthosis nigricans* (associado à hiperinsulinémia); história familiar de Diabetes; crianças com problemas no pâncreas ou com doenças endócrinas (Wong, 1999). Verifica-se que há um risco acrescido de DM2 nos rapazes afroamericanos, hispânicos, nativos americanos e das ilhas do Pacífico, e nas minorias étnicas com desvantagem socioeconómica por apresentarem mais riscos biológicos e ambientais (Schub e Caple, 2007; ADA, 2012).

Durante o período gestacional se detetarmos pela primeira vez alguma anomalia no metabolismo da glicose que origine uma hiperglicemia, estamos perante o diagnóstico de

diabetes gestacional. A classificação definida como Outros tipos específicos de diabetes, são a forma menos comum de apresentação da DM, mas é neles que a anomalia subjacente ou o processo patológico podem ser identificados de uma forma relativamente específica. Resulta de vários fatores, nomeadamente defeitos genéticos nas células B e na ação da insulina, endocrinopatias, medicamentos ou químicos que induzam à diabetes, infeções, doenças exócrinas de pâncreas, formas incomuns de diabetes imunomediada e outras síndromes genéticas (ADA, 2012).

A evidência diz-nos que esta epidemia do séc. XXI tem vindo a crescer na população. De acordo com a WHO (2011a) estima-se que cerca de 350 milhões de pessoas tenham esta doença e que em todo o mundo, seja a causa de morte de cerca de 1,26 milhões de pessoas, ou seja 2,2% da população mundial. Em Portugal, só “em 2010 foram detetados 623 novos casos de Diabetes por cada 100 000 habitantes” (Boavida [et al.], 2011:13).

Os tipos mais comuns de Diabetes na infância são a DM1 e DM2, sendo pertinente a sua abordagem mais pormenorizada. De acordo com o Relatório Anual do Observatório da Diabetes (Boavida, [et al.], 2011), relativamente ao ano de 2010, cerca de 0,1% da população entre os 0-19 anos tem Diabetes tipo 1, verificando-se 18 novos casos por cada 100 000 jovens na faixa etária dos 0-14anos e igualmente dos 0-19 anos.

Afeta geralmente as crianças e jovens, e apesar de ser o tipo menos frequente, a sua incidência tem vindo a aumentar em todo o mundo, representando cerca de 10% dos casos de diabetes. Apesar deste facto, a evidência mostra-nos que nos últimos 20 anos, houve um aumento significativo da DM 2 nas crianças e adolescentes (resultante da existência de insulinopénia e de algum grau de insulinorresistência) (DGS,2011 e Manna, 2007).

A DM2 é em alguns países o tipo de diabetes mais comum na infância (Lissauer e Clayden,2007). Este incremento acompanha proporcionalmente a prevalência de obesidade infantil e a fraca atividade física, resultando no aumento da resistência à ação da insulina relacionada com o excesso de peso (Manna, 2007;WHO,2012). De acordo com Lissauer e Clayden (2007) está também relacionado com as variações raciais e ambientais.

Os sintomas associados ao aparecimento desta patologia na infância são poliúria, polidipsia, visão turva, perda rápida de peso, associado a glicosúria e cetonúria (ISPAD, 2011).

De acordo com os dados da International Diabetes Federation (IDF) (2009), apesar de não existir uma cura para a diabetes, existe um tratamento eficaz, que implica o acesso a aconselhamento médico e a adoção de estilos de vida saudáveis, no sentido de minimizar o risco de desenvolvimento das complicações associadas.

O tratamento da diabetes assenta principalmente na educação dos indivíduos sobre a sua patologia (causas, evolução e complicações), vigilância e autocontrolo, dieta saudável (baixo consumo de gorduras e hidratos de carbono saturados), exercício físico (regular e controlado), terapêutica oral ou insulinoterapia e rastreios (Serrabulho e Matos,2007). Todo este tratamento vai provocar um conjunto de alterações no estilo de vida da criança e família.

Alcançar um ótimo controlo metabólico requer uma autogestão e gestão familiar ao longo da vida, envolvendo as alterações de dosagem de insulina, monitorização contínua de glicemia, a regulação da dieta e de exercício. As questões psicológicas e sociais inerentes à gestão da DM, também afetam o controlo metabólico (Savage, [et al.],2010).

A avaliação do controlo glicémico permite avaliar o comportamento dos doentes relativamente à gestão da sua doença e prevenir o aparecimento de complicações tardias. Realizando-se através da avaliação periódica da HbA_{1c}. Esta consiste num teste utilizado para avaliar a percentagem de hemoglobina que tem moléculas de glicose associado a si. Reflete o valor médio de glicemia durante os últimos 2-3 meses, correspondente ao tempo de vida destes glóbulos vermelhos (Hanas,2007). O valor da HbA_{1c} é assim um parâmetro utilizado como instrumento de monitorização da terapêutica, levando ao seu ajuste caso o valor não estiver dentro dos objetivos preconizados para cada criança/adolescente (como podemos observar na tabela 1).

A criança terá um bom controlo glicémico se mantiver dentro dos valores preconizados.

Tabela 1 - Valores recomendados de HbA_{1c} de acordo com a idade

Valores HbA _{1c} com a idade	Glicémia Antes das refeições	Glicémia Antes de dormir	Valor HbA _{1c}
Toddlers e pré-escolares (0-6 anos)	100-180 mg/dl	110-200 mg/dl	< 8.5%
Idade Escolar (6-12 anos)	90-180 mg/dl	100-180 mg/dl	< 8%
Adolescentes e jovens adultos (13-19 anos)	90-130 mg/dl	90-150 mg/dl	< 7,5%

(Adaptado de ADA, 2012 -Plasma blood glucose and A_{1c} goals for type 1 diabetes by age-group)

A reação da criança a uma doença crónica irá depender do seu desenvolvimento, temperamento, mecanismos de enfrentamento e das reações dos membros da família. (Hockenberry, 2006). A sua vivência influenciará o processo de desenvolvimento da criança/adolescente, levando a mudanças a nível da saúde, da própria vida e no ambiente familiar, podendo mesmo levar a uma reorganização da economia familiar (Barros, 2003).

A adesão à terapêutica nem sempre é um processo fácil e rápido. Várias são as etapas pela qual a criança/adolescente e família passam quando é diagnosticada uma doença crónica, nomeadamente: choque inicial, (apresentam diferentes formas de reagir, com angustia, incertezas, entre outras formas),negação (face à realidade desagradável e não previsível), revolta (ao estar doente é sentido como uma injustiça, podendo levar á agressividade, culpabilização pessoal e dos outros), negociação (tentativa de manipulação face ao tratamento), tristeza e ou/depressão e por fim a aceitação (Serrabulho e Boavida,2007; Wong, 1999).

Concomitantemente a todo este processo de aceitação e adaptação, a criança terá de manter o tratamento definido para poder sobreviver e viver sem complicações. Uma criança/adolescente com DM que apresente um mau controlo metabólico, contribui para a existência de repercussões no seu desenvolvimento, como hipoglicemias recorrentes e hiperglicemias crónicas, resultantes em internamentos sucessivos. Para além de constituir uma

das principais causas de morte, o seu nível de morbilidade também é grande, por um lado, as suas complicações causam nas crianças com DM e seus familiares sofrimento e por outro acarretam enormes custos económicos para o país (Boavida [et.al.], 2011).

Enquanto profissionais de saúde e cuidadores, temos que facilitar toda esta adaptação, para que a criança/adolescente e família mantenham um estado de saúde estável, evitando as complicações, já descritas, inerentes a esta doença. Desenvolver programas promotores de uma alimentação saudável e da prática de atividade física, são instrumentos decisivos para alcançar os objetivos de desenvolvimento (WHO, 2004). A promoção da saúde surge assim como estratégia neste sentido.

1.1.2. *Promoção da saúde*

Na Conferência de Alma-Mata, a saúde é entendida como o *“estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial”* (1978:1), mobilizando os vários recursos de sectores para além da Saúde, nomeadamente sociais e económicos. Neste sentido importa desenvolver estratégias que visem promover este estado de bem-estar das populações.

A definição de *Promoção da Saúde* tem sofrido várias apreciações e discussões ao longo dos anos. Contudo, a definição mais utilizada foi adotada na carta de Ottawa em 1986 que define promoção de saúde como:

“o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (WHO, 1986:1)

Tem como finalidade contribuir para as “[...] populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la” (Czeresnia e Freitas, 2003:11).

Na enfermagem, a promoção da saúde é regulamentada pela OE, através do Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem (REPE), onde define promoção de saúde como o processo de *“orientar, supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação de saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias”*(alínea c, artigo 5, DL nº 161/96 de 4 de setembro).

Ainda na Lei de bases da Saúde, podemos ler que a *“promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado”*. Está incluído nos direitos dos utentes do SNS o usufruto de cuidados que visem a promoção da saúde e prevenção da doença, através de cuidados primários ou diferenciados. (alínea a, nº1 base II Lei 48/90 de 24 de agosto 1990).

Segundo a DGS (2005b), proteger e promover a saúde das populações ao longo da vida é uma das metas das políticas de saúde 21 para a união europeia. O desenvolvimento

saudável dos jovens é fundamental, sendo que a sua promoção integral e o potenciamento da sua autodeterminação em saúde são políticas prioritárias da saúde dos jovens (DGS, 2005b)

Para Buss (2000) o conceito de promoção de saúde está associado a medidas preventivas sobre o ambiente físico e estilos de vida, bem como a alguns valores, tais como a qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, parceria, entre outros.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) dá indicações concretas sobre a valorização de uma política de cuidados de saúde orientados para a promoção e proteção da saúde, dando ênfase às estratégias de educação para a saúde (DGS, 2004). A promoção traduz-se numa combinação de iniciativas educativas, políticas e organizacionais. Este processo propõe uma articulação de saberes técnicos e mobilização de recursos comunitários, públicos e privados, direcionados para a sua resolução. Pressupõe uma responsabilização multisectorial, contemplando estratégias do estado, da comunidade, individuais, do sistema de saúde e parceiros.

Estes factos estão também evidenciados na Carta de Ottawa (1986). Pode-se assim, sintetizar a promoção da saúde em cinco áreas de atuação: Estabelecer políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis à saúde; desenvolver as competências pessoais; reforçar a ação comunitária e por último reorientar os Serviços de Saúde. Apesar de sabermos que *“estas ações são interdependentes, somente o conjunto de políticas públicas voltadas para a saúde estabelecerá o ambiente necessário para que as outras quatro ações mencionadas sejam possíveis”* (1986:1).

É fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra as doenças crónicas e incapacidades (WHO, 1986). Nesta carta considerou-se ainda como primeira prioridade em Cuidados de Saúde Primários (CSP) a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, privilegiando a informação e a Educação para a saúde (Carvalho e Carvalho, 2006). Este último conceito diz respeito à *“[...] oportunidade de aprendizagem criada conscientemente, que pressupõe uma forma de comunicação destinada a melhorar a alfabetização sanitária incluindo a melhoria dos conhecimentos da população relativamente à saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais que conduzem à saúde individual e da comunidade”* (WHO, 1998:4). É um instrumento da promoção da saúde, constituindo um recurso determinante para os profissionais de saúde nos diferentes contextos das suas práticas clínicas. A educação para a saúde não é um processo fácil, é duradouro e pressupõe disponibilidade e força de vontade, pois ao longo do mesmo irão haver vários obstáculos para ultrapassar.

Os programas de apoio e educação desenvolvidos devem ser culturalmente sensíveis, devendo incorporar a cultura e os conhecimentos inerentes à comunidade. Os profissionais de saúde devem respeitar a cultura, normas, crenças e valores da comunidade, neste caso da criança/família, e não inculcar as suas próprias ideologias. (Shubain e Tobin, 2010). Não importa impor comportamentos ou estilos de vida, pois estes não terão êxito, em contrapartida verifica-

se alguma resistência às mudanças comportamentais condicionadas pelas crenças, atitudes, valores e pelos contextos onde as crianças/famílias se inserem. Assim, compreende-se que as intervenções de educação para a saúde devem ter lugar em vários contextos, nomeadamente na escola, no trabalho e nas organizações comunitárias. Devem resultar da combinação de esforços dos organismos educacionais, profissionais de saúde e de solidariedade social.

A temática da diabetes juvenil assume grande importância para a saúde pública, na medida em que acarreta um conjunto de preocupações relacionadas com a morbilidade e mortalidade associados. Assim pretende-se travar o seu avanço através de rigorosas medidas de intervenção e prevenção.

O EESIP não pode nem deve ficar indiferente a esta realidade. Como elemento de referência na equipa de saúde, assume por excelência um papel de educador para a saúde, fundamental na orientação e acompanhamento das crianças/família. Na saúde infantil, o alvo das intervenções do enfermeiro como educador para a saúde, é a criança, devendo o primeiro direccionar todas as suas ações educacionais não apenas para esta mas também para a sua família, uma vez que funcionam como um todo integrado. Educar para a saúde pressupõe que o enfermeiro conheça as necessidades da criança e família, o seu nível de desenvolvimento, as capacidades cognitivas e o seu meio envolvente (Swift,2009).O EESIP deve promover uma parceria com os pais na prestação de cuidados e desta forma torná-los participantes ativos na educação e no processo de desenvolvimento dos seus filhos.

1.2.Revisão Sistemática da Literatura

Após o que foi referido anteriormente, com o objetivo de descrever estudos empíricos sobre as intervenções de enfermagem na promoção da saúde perante uma criança/adolescente com diabetes, visando o melhor controlo glicémico, manutenção do bem-estar e evicção de complicações futuras inerentes a esta patologia, e conseqüentemente proporcionar maior qualidade de vida e baixos custos em saúde, formulou-se a seguinte questão: ***Quais as estratégias ou intervenções do EESIP na promoção da saúde da criança/ adolescente com Diabetes?***

1.2.1. Metodologia

Para dar resposta à questão colocada realizei uma Revisão sistemática da Literatura (RSL), que se define como “[...]uma síntese concisa da melhor evidência disponível, que aborda questões clínicas cuidadosamente elaboradas [...] as RS utilizam métodos rigorosos e explícitos para identificar, criticar, e sintetizar estudos relevantes, procurando agregar e examinar toda a evidência da melhor qualidade respeitante à pergunta colocada” (Marques [et al.],2008:172). Uma RSL possibilita um resumo de evidências relativamente a determinadas estratégias de intervenção estabelecendo a importância das suas implicações para a prática clínica. Para a elaboração de uma RSL é necessária a construção de uma questão de

investigação que oriente o estudo e seja o ponto de partida para toda e qualquer investigação. A elaboração da questão de investigação e a definição de critérios de inclusão e exclusão dos estudos primários foi baseada no método *PI[C]JOS* (tabela 2). Após a definição da questão de partida, anteriormente mencionada, foi necessário selecionar os descritores, validados na base MESH, que foram fundamentais para a condução e delimitação da pesquisa nas seguintes bases de dados eletrónicas: PubMed, Medline, CINAHL e B-on. Foi realizada ainda pesquisa manual na Biblioteca da Universidade Católica de Lisboa, utilizado o motor de busca *Google Scholar* e consideradas as referências bibliográficas dos artigos consultados.

Tabela 2 - PICOS

		Descritores
(P) participantes	Crianças/adolescente com Diabetes	
(I) Intervenção	Estratégia de enfermagem para promoção de saúde	Child* OR Adolescent OR Youth* OR Teen* OR Infant AND Diabetes OR Diabetes Mellitus AND Parents OR Family AND ("health promotion" OR "Nursing health promotion" OR "nursing program" OR "nursing intervention" OR "nursing strategy" OR "health education" OR "nursing Education") AND nurse*
(O) Resultados	Melhor controlo glicémico, redução HbA1c e qualidade de vida, diminuição de custos em saúde	
(S) Tipo de estudo	Qualitativo ou quantitativo	

Os critérios definidos para a inclusão dos artigos foram: estudos empíricos de natureza qualitativa ou quantitativa, publicados entre o ano de 2005 e 2012, com resultados referentes às intervenções de enfermagem na promoção da saúde da criança com Diabetes e cujos participantes fossem crianças com diabetes. Excluí estudos cujos resultados não se relacionavam com intervenções de enfermagem para promoção da saúde, estudos publicados em línguas que não o Português e Inglês, textos não completos disponíveis nas bases de dados e em que os participantes tivessem idade superior a 18 anos.

Após a avaliação crítica e seleção dos estudos segundo os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, realizei a síntese da informação e interpretação dos resultados obtidos e reconheci a sua implicação na prática.

Da pesquisa efetuada, inicialmente foram encontrados n=184 artigos. Após a leitura dos *abstract* verificou-se que nem todos apresentavam concordância com os critérios de inclusão relativamente à população definida, pelo que vários artigos foram removidos da pesquisa, ficando com um total de n=33. Após leitura integral dos mesmos verificou-se que dos resultados obtidos apenas n=6 correspondiam totalmente aos critérios de inclusão, dos quais n=4 foram encontrados na PubMED, n=1 na Medline e n=1 na B-on.

Na tabela 3 são apresentados os resultados mais relevantes da pesquisa efetuada, ordenados por uma sequência cronológica crescente.

Tabela 3 - Resumo dos resultados obtidos da Revisão sistemática da Literatura

Fonte Tipo de estudo	Participantes	Objetivo	Intervenções	Resultados
FARO [et al.], 2005 Estudo descritivo	27 Estudantes com diabetes: 15 afro-americanos, 7 Hispânicos, 5 raça branca e 2 de outras etnias	Aumentar os conhecimentos das enfermeiras de saúde escolar sobre o tratamento da criança com Diabetes; Promover uma ótima gestão da diabetes em estudantes de alto risco, incidindo na autoeficácia Comparar a evolução antes e depois da intervenção	Visitas às escolas pela enfermeira pediátrica de um centro de seguimento da criança com Diabetes, organizadas com os professores, enfermeiras de saúde escolar e alunos. Incluíam: rever os valores de glicemia avaliados na escola e em casa e discussão com alunos mais velhos desses valores, ensino focalizado na compreensão da doença visando aumentar habilidades e <i>coping</i> e ensino sobre alimentação saudável, e escolhas alimentares	A eficácia da intervenção avaliada com base em 3 fatores: destacando-se a autoeficácia dos alunos na gestão da doença; Estatisticamente não houve diferenças significativas, entre a pré e pós-intervenção, em relação a este item e no controlo glicémico. Contudo, verificou-se um aumento na monitorização glicémica em casa e na escola. A pareceria entre as escolas e centros de acompanhamento de diabéticos foi positiva, contribuindo para aumentar o conhecimento e confiança das enfermeiras de saúde escolar sobre a diabetes.
AGUILAR [et al.] 2011 Estudo longitudinal, analítico e observacional	37 Crianças entre os 9 e 16 anos, com diabetes, diagnosticado há mais de 1 ano e cujo valor de HbA1c fosse >7%	Informar as crianças/adolescentes com DM sobre a importância de um equilíbrio entre a dieta e os hábitos alimentares no controlo da doença; realizar intervenções educacionais que visem reduzir os níveis de HbA1c; consciencializar da importância de uma boa dieta e hábitos de exercício físico no controlo da HbA1c; avaliar os benefícios do uso do dispositivo One Touch UltraSmart System.	Realização de 7 sessões mensais de educação para a saúde, subordinadas ao tema de uma alimentação saudável e prática de exercício físico, como medidas importantes para o controlo metabólico da doença. Avaliação final dos conhecimentos adquiridos Avaliação dos hábitos alimentares e de atividade física durante as sessões, através da aplicação de um questionário aos pais.	Todas as crianças que seguiram a dieta e o exercício físico recomendado reduziram os níveis de HbA1c. Em 30 crianças os valores de HbA1c diminuíram numa média 1,44 %, reduzindo para < 7% Em 7 crianças não houve alterações; e uma apresentou um ligeiro aumento do valor, verificando-se que esta não terminou o estudo. Uso do One Touch UltraSmart System, serviu para guardar os dados do estudo e permitiu avaliar a evolução no controlo glicémico.
CHANEY [et al.] 2011 Estudo exploratório descritivo	21 Adolescentes entre 13-19 anos e com diabetes diagnosticada há mais de 1 ano. Acompanhados em 3 diferentes Hospitais da Irlanda do Norte	Compreender as crenças dos adolescentes sobre a necessidade de um programa de educação para a diabetes estruturado, como devem estar organizados e quais os tópicos mais importantes a serem abordados;	Realização de entrevistas em grupo com questões sobre as necessidades educativas, métodos de apresentação das sessões, o tempo necessário para a realização das mesmas, e formas de suporte após a intervenção	Para os adolescentes os programas de educação estruturados servem para reduzir o medo e ansiedade, Devem ter curta duração, com componente prática, serem relevantes para a vida diária e focar nos aspetos positivos e não no que não podem fazer. Realização de follow-up pós intervenção é muito importante e uma forma de oferecer segurança, orientação e apoio. Apesar de perceberem a importância, a maioria não quer envolver os pais no programa.
QAYYUM [et al.] 2011 Estudo Quasi-	60 Crianças paquistanesas com média de idade 9,9 anos com DM tipo 1	Avaliar o efeito da educação para a autogestão da diabetes no controle glicémico	Questionário e entrevista para recolha de dados sobre história familiar e da doença. Programa com base nas <i>guidelines</i> do	Apenas 50 crianças completaram o estudo. Verificou-se uma redução nos valores de HbA1c, uma diferença de 1,17% na

experimental		(HbA1c). De abril a setembro de 2009	ISPAD, orientado por uma equipe multidisciplinar: consistiu em 2 sessões de educação para autogestão (uso de power point e apoio de livros e folhetos ilustrados) para educar as crianças sobre informações gerais da doença: tratamento, correção de hipo e hiperglicemia, atividade física e alimentação	avaliação entre a pré e pós intervenção
ENGELKE [et al.] 2011 Estudo descritivo	86 Crianças com Diabetes	Descrever os cuidados prestados à criança com DM pelas enfermeiras escolares utilizando o método de gestão de casos e qual a relação deste com a qualidade de vida; Identificar as diferenças nos cuidados com base na carga de trabalho da enfermeira e na idade da criança; saber qual o papel da enfermeira numa situação de emergência;	Definiram 6 grupos de objetivos individuais: ambiente escolar seguro, sucesso acadêmico, autocuidado, gestão de sintomas, relação familiar e com pares. Realizaram intervenções em 5 categorias: cuidados diretos; educação e aconselhamento; educação nas famílias, pares, professores e outros funcionários da escola, e de coordenação dos cuidados de saúde – encaminhamento para os CSP. Por fim intervenções baseadas num programa de gestão de casos;	A enfermeira de saúde escolar é fulcral para promover a saúde e o sucesso acadêmico das crianças. Promove um ambiente seguro nas escolas, criando planos de ação individuais de emergência e saúde e treino de funcionários da escola. Os programas de gestão de casos, através da educação e aconselhamento, foram positivos para a melhoria a qualidade de vida do adolescente, na sua capacidade de comunicar com os profissionais.
MOSTAFA [et al.] 2011 Estudo Quasi experimental	243 Adolescentes (n=121 grupo experimental e n=122 grupo de controlo)	Avaliar a qualidade de vida e controlo glicémico nos adolescentes com DM1 Investigar o impacto de um programa educacional	Aplicação (aos 2 grupos de estudo) 1 questionário de recolha de dados. Ao grupo experimental, uma Sessão de educação mensal de 120min cada, durante 4 meses sobre: complicações, monitorização da glicemia, dieta, exercício físico e cuidados aos pés. Uso de componente prática nas sessões: discussão em grupo, mutuo suporte, aconselhamento, demonstração e recurso a posters	O efeito positivo da intervenção educativa, foi apoiada pelo efeito entre os grupos no conhecimento total, a adesão total, autoeficácia, contributo da família. e valores de HbA1c

1.2.2. Discussão dos Resultados

Todos os artigos analisados apresentam algumas limitações nos estudos, relacionadas com as amostras reduzidas da população em estudo, inexistência de grupos de controlo e a não conclusão dos estudos por parte de alguns participantes, condicionando os resultados obtidos.

Durante a pesquisa foram encontrados alguns estudos, que apesar de não preencherem os critérios de inclusão definidos, o seu contributo para esta discussão é relevante, pelo que serão aqui abordados.

A educação para a saúde constitui-se como uma boa estratégia para utilizar no cuidado à criança/adolescente com Diabetes. É uma medida terapêutica que visa habilitar os doentes na adaptação à doença no contexto social. O uso de sessões de educação para a saúde foi uma constante nas intervenções encontradas. Podemos constatar que de uma forma geral as sessões de educação descritas, apresentam temáticas comuns, relacionadas com o próprio tratamento da DM, que requer a monitorização da glicemia, o seguimento de uma dieta saudável e prática regular de exercício físico, bem como esquemas de medicação e/ou insulino-terapia. No estudo realizado por Aguilar [et al.] (2011), os objetivos de intervenção eram a redução dos níveis de HbA_{1c}, a consciencialização dos adolescentes e familiares da influência e importância da dieta saudável e da prática de exercício físico no controlo dos níveis da HbA_{1c}. Para a sua concretização, estes autores utilizaram como estratégias a realização de sete sessões mensais de educação para a saúde. Estas sessões incidiram numa sequência de ensinamentos, nomeadamente informação sobre hábitos saudáveis e exercício físico personalizados e sua importância para a doença, elaboração de um plano dietético individualizado, informação sobre o impacto negativo do álcool, como controlar hipo e hiperglicemias e por último a avaliação dos conhecimentos adquiridos. Mostafa [et al.] (2011) utilizam 4 sessões de educação sobre as complicações da doença, medicação e avaliação da glicemia, alimentação e exercício físico e Qayyum [et al.] (2010) focalizaram-se na autogestão, no sentido de educar as crianças sobre informações gerais da sua doença, como o tratamento, correção de hipoglicemias e hiperglicemia, atividade física e alimentação. No estudo de Faro [et al.] (2005), por sua vez, os temas abordados nas sessões remetem para a alimentação saudável e escolhas alimentares.

Relativamente ao contributo das intervenções realizadas sobre o controlo glicémico e consequentemente da diabetes, com base na avaliação da HbA_{1c}, é mencionado em três dos estudos uma redução nos níveis: indo desde uma redução pouco significativa (Mostafa [et al.], 2011), até valores de 1,17% e 1,44% (Qayyum [et al.], 2010; Aguilar [et al.], 2011). Há ainda referência num estudo que não foi possível a determinação da HbA_{1c}, uma vez que as enfermeiras não tiveram acesso a esses dados, sendo impeditivo de concluir qual o impacto das suas intervenções no controlo da diabetes (Engelke [et al.], 2011). Na intervenção escolar mencionada em Faro [et al.] (2005), a eficácia da intervenção foi avaliada com base em 3 fatores: autoeficácia dos alunos; perceção dos pais relativamente às experiências relacionadas com a diabetes, as escolas e sua satisfação; e perceção dos cuidadores sobre a situação de cada aluno e família. Contudo, estatisticamente não houve diferenças significativas, entre a pré e pós-intervenção, em relação a estes itens e no controlo glicémico. Porém verificou-se um aumento na monitorização glicémica em casa e na escola.

Tal como Aguilar [et al.] (2010), propõe no seu estudo o desenvolvimento de programas educativos para os estudantes, no sentido de compreenderem os hábitos de alimentação saudáveis e o seu impacto nos níveis de glicemia. Nestas intervenções foram utilizados meios interativos. A utilização de programas interativos e práticos são essenciais para manter as crianças e adolescentes interessados (Chaney [et al.], 2011; Faro [et al.], 2005; Mostafa [et al.]

2011). Encontramos nos diferentes artigos várias formas de abordar os temas das sessões. Qayyum [et al.] (2011) no seu estudo recorre ao uso de jogos, modelos de alimentos, histórias, adequados às faixas etárias, *power point*, livros e folhetos ilustrados para promover a autogestão. Por outro lado, Mostafa [et al.] (2011) abordam a discussão em grupo para aumentar as capacidades dos alunos na identificação os seus problemas e respetivas soluções, o suporte mútuo, aconselhamento, demonstração de técnicas de administração e recurso a posters informativos sobre a doença. E Chaney [et al.] (2011) no seu estudo referem o uso de telemóvel, envio de mensagem de texto com informações e lembretes telefónicos, como facilitador da comunicação do adolescente com os profissionais de saúde e por outro lado para manter a informação importante registada, evitando esquecimentos. O recurso a fantoches, uso de tecnologia e participação em encontros promovidos por associações de diabetes ou experiências em acampamentos educacionais também podem ter ótimo resultado, uma vez que são iniciativas atrativas e criativas (Leite (et al.), 2008). Segundo Qayyum [et al.] (2011) os programas interativos permitem a partilha de opiniões, a expressão de preocupações, melhoria comunicacional e relacional com os pares. Quanto aos profissionais de saúde, os mesmos autores referem que estes programas promovem a sua compreensão relativamente aos comportamentos adotados pelas crianças/adolescentes e familiares participantes.

No sentido de dar corpo e apresentar a estrutura destes programas educativas, Chaney [et al.] (2011) valorizando também a componente educativa como intervenção na criança/adolescente com DM, focaram-se em compreender a perspetiva dos adolescentes, relativamente à estrutura adequada e a importância que estes programas devem ter. Fazem referência à adolescência como período de grandes mudanças nos estilos de vida, que pode agravar perante um diagnóstico de diabetes, é por isso um período chave para implementar programas de educação. Uma falha na implementação poderá resultar num mau controlo metabólico e pobre qualidade de vida. A perceção dos adolescentes, veiculada no estudo de Chaney [et al.] vai de encontro com o preconizado por Aguilar [et al.] (2011) e Faro [et al.] (2005) relativamente à necessidade da existência de programas de educação estruturados no tratamento da criança/adolescente com Diabetes. Estes autores ainda referem que estes programas devem ter curta duração, com componente prática, ser relevante para a vida diária e focalizando-se nos aspetos positivos (Chaney [et al.], 2011). Os adolescentes referem a importância de lhes ser proporcionado a aquisição de competências para lidarem e resolverem alguns problemas que enfrentam (Chaney [et al.], 2011). Que vai de encontro ao estudo de Faro [et al.], 2005), relativamente à importância da aquisição de competências através da estratégia problema-solução e às diretrizes do ISPAD (2009).

Faro [et al.] (2005) e Engelke [et al.] (2011) salientam no seu estudo a importância da enfermeira de saúde escolar, como elemento fundamental nos cuidados às crianças com diabetes, apresentando-se como elemento promotor da saúde e do sucesso escolar nas crianças com DM. Engelke [et al.], 2011, dizem-nos que através das suas intervenções, estas

enfermeiras promoveram um ambiente seguro nas escolas, criando planos de ação individuais de emergência e saúde e treino de funcionários da escola. Os programas desenhados para a gestão de casos, através da educação e aconselhamento do adolescente, foram positivos para a melhoria a qualidade de vida. De acordo com um estudo encontrado durante a pesquisa, relacionado com a análise das percepções de 110 enfermeiras, relativamente às barreiras e suportes para a gestão da diabetes durante e após as atividades escolares, os resultados remetem-nos mais uma vez, para a necessidade do adolescente com DM ter mais apoio escolar. Este apoio pode ser facilitado pela educação dos funcionários da escola; melhor comunicação entre jovens, pais, enfermeiros, professores e médicos, e mais comunicação de adolescentes com as pessoas sobre o que eles precisam para autogerir da melhor forma a sua doença na escola (Nabors [et al.], 2005). Compreende-se assim, que todos os locais que atendem as crianças, como escolas e creches, sendo onde elas passam a maior parte do dia, devem ter profissionais com conhecimentos sobre a doença. As enfermeiras de saúde escolar têm um papel relevante em promover ações que visem aumentar não só o seu conhecimento, mas de todos os funcionários da escola em relação ao tratamento e necessidades que estas crianças têm (Faro [et al.],2005; Engelke [et al.], 2011). Facultar formação aos professores e outros funcionários para prestarem cuidados diretos á criança, relativamente às situações de emergência, supervisionar o autocuidado, promover mecanismos de apoio à criança e família, são algumas das estratégias utilizadas, e com resultado positivo, na melhoria da qualidade de vida. Por isso importa englobar os funcionários das escolas como elementos da equipa multidisciplinar que cuida da criança com diabetes.

Uma parceria entre enfermeiras pediátricas dos Centros de acompanhamento das crianças com Diabetes (PNP) com as enfermeiras de saúde escolar mostrou ser uma medida positiva e eficaz para o tratamento das crianças com diabetes (Faro [et al.], 2005). Como resultado da sua participação no programa, as enfermeiras de saúde escolar aumentaram os seus níveis de conhecimentos e confiança relativamente à diabetes, nos cuidados diretos às crianças, no uso de tecnologias, conhecimentos sobre a ação da insulina, escolhas alimentares, técnicas de motivação e comunicação com os estudantes com Diabetes. Tal como é referido pelo ISPAD (2009), as equipas multidisciplinares devem conter entre muitos elementos, uma enfermeira especialista nesta área, que deve estar em constante aprofundamento de competências no âmbito da educação da diabetes (ISPAD,2009).

Para avaliar a eficácia das intervenções, os estudos analisados, incidem principalmente os seus resultados nas taxas de adesão aos planos individualizados, respostas a situações de emergência, adesão a uma dieta saudável e à prática de exercício físico regular, aumento do autocuidado e autogestão da doença. Este fato vai de encontro aos 7 critérios de avaliação comportamental da eficácia de um programa educacional, sugeridas pela *American Association of Diabetes Educators* (AADE) como parâmetro de qualidade, e são eles a prática de atividade física regular, mudança no hábito alimentar, boa adaptação psicossocial, adesão ao esquema posológico da medicação, auto monitorização adequada da glicemia capilar, redução do risco

de complicações crônicas (melhora no controle glicêmico), capacidade do indivíduo de corrigir corretamente as hipo e hiperglicemias (Leite [et al.],2008).

De uma forma geral, concluiu-se que as intervenções educativas descritas contribuíram significativamente para a melhoria nos hábitos alimentares e para a prática de exercício físico regular, apresentando resultados na saúde e nos valores de HbA_{1c}. Apesar de tudo, alguns estudos sugerem que as intervenções psicológicas e de terapia familiar têm mais resultados na melhoria dos valores de HbA_{1c} e qualidade de vida que as intervenções educativas por si só (Savage [et al.], 2010). Este último facto é defendido pelo ISPAD (2009), que refere maior eficácia na combinação de intervenções educacionais, psicológicas e psicoterapeutas nas crianças e adolescentes, pois aumentam o conhecimento, competências de *coping*, autoeficácia e a autogestão, sendo mais eficazes quando integrados na rotina de cuidados e envolvendo os pais.

Os programas têm de ser planeados cuidadosamente, com objetivos e intervenções definidas, e englobando não só as crianças ou adolescentes com DM mas também a sua família. O envolvimento dos pais nestas atividades é extremamente importante, pois vai aumentar os seus conhecimentos sobre a doença e sua gestão, o suporte e apoio que podem dar aos seus filhos. Os adolescentes, apesar de compreenderem essa pertinência, sentem que os pais condicionam a sua independência, gerando alguns conflitos (Chaney [et al.],2011).

1.2.3 - Considerações finais

Há diversos artigos publicados sobre a efetividade da educação em diabetes, porém os estudos são heterogéneos quanto aos tipos de intervenção para a especificidade das populações, não existindo um programa universal de educação em diabetes que possa ser padronizado e reconhecido como eficaz em todo o mundo (Leite [et al.], 2008).

As intervenções de enfermagem promotoras de saúde na criança/adolescente com DM englobam estratégias de educação para a saúde. Não existe um programa universal standard, todavia as estratégias educativas devem ser adequadas a cada criança ou adolescente e visar o aumento das competências das crianças/adolescentes no controlo da sua doença, potenciar a autoeficácia e autogestão e resolução de problemas inerentes. Também devem facultar informação sobre os benefícios da adesão a uma dieta saudável e prática regular de exercício físico, aumentar os conhecimentos e competências dos pais e profissionais das escolas, criar espaço para os adolescentes expressarem as suas opiniões e preocupações, para apresentarem resultados nos valores de HbA_{1c}, e conseqüentemente um melhor controlo glicémico e qualidade de vida. As enfermeiras pediátricas com intervenção escolar, enquanto profissionais de saúde, assumem um papel importante neste âmbito.

2. CAPITULO 2 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A teoria de enfermagem é uma articulação sistemática e coerente de posições capazes de dirigir e focalizar, simultaneamente, a investigação e a prática. Pretende, tal como outros domínios do conhecimento, identificar, descrever e explicar a gama de fenómenos de interesse da disciplina.

2.1. Modelo de Promoção da Saúde

O modelo de promoção de saúde proposto por Nola Pender desenvolvido em 1982, revisto em 1996 e 2011, serviu como base teórica para a construção dos objetivos e atividades desenvolvidas ao longo dos vários módulos do estágio.

De acordo com a Teórica o conceito de promoção de saúde passou de um objetivo para um processo que facilita a concretização de determinado objetivo, no sentido de promover a proteção da saúde e um nível elevado de bem-estar. Este modelo não se limita a explicar os comportamentos de prevenção da doença, mas sim identificar quais os comportamentos que as pessoas podem adotar para melhorar a saúde, estendendo-se ao longo da vida.

As fontes teóricas em que Pender baseou a sua teoria assentam na perspetiva da enfermagem holística, psicologia social e a teoria da Aprendizagem Social de Bandura. O seu modelo foi testado relativamente à sua capacidade de predição para a promoção da saúde, do exercício, práticas de nutrição, entre outros, tendo obtido resultados positivos (Sakraida, 2004).

Segundo a autora o processo de promoção de saúde engloba três vertentes: a educação para a saúde, a prevenção de doenças e a proteção da saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Este modelo é uma tentativa de compreender a multidimensionalidade das pessoas em interação com o seu ambiente interpessoal e físico. Defende que a pessoa tem um conjunto de características e experiências únicas que vão condicionar as suas ações. O objetivo principal deste modelo é promover comportamentos saudáveis, resultando numa melhoria na saúde, na capacidade funcional e numa maior qualidade de vida de toda a população.

Em complementaridade com o seu modelo, a autora desenvolveu dois instrumentos de avaliação, o primeiro designado "*Health promotion lifestyle Profile II*", com o objetivo de medir os estilos de vida promotores de saúde dos indivíduos e o segundo, "*Exercise Benefits/Barriers Scale*", para medir os fatores cognitivos e perceptivos dos benefícios e das barreiras percebidas ao exercício (Sakraida, 2004). Ambos servem de apoio para a prática de enfermagem, funcionando como ótimos instrumentos de avaliação.

Apresenta-se ainda como um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial, de interação do indivíduo com o ambiente onde está inserido. Pretende identificar quais os fatores que motivam os indivíduos a adotarem comportamentos direcionados para a saúde, identificando quais os que vão influenciar esses mesmos comportamentos.

A promoção da saúde é o processo de capacitar os indivíduos, grupos, famílias e comunidades para se tornarem ativos, controlarem os determinantes dos seus

comportamentos de saúde e tomar medidas visando o bem-estar. Contrariamente à prevenção da doença que é motivada pelo medo e ansiedade, a motivação subjacente ao comportamento de promoção da saúde é o desejo de aumentar o bem-estar e potencializar a saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Para melhor compreender a dinâmica deste modelo, seguidamente, apresento a definição dos quatro conceitos metaparadigmáticos enunciados pela Teórica:

A Pessoa é um organismo biofísio-social, único e possui um conjunto de características e experiências específicas que vão condicionar e afetar as suas ações subsequentes. Estas características interagem com o ambiente havendo transformação mútua. O ambiente é o contexto cultural e psicológico envolvente, onde a vida se desenrola e que pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo e facilitador de adoção de comportamentos de saúde. Por um lado a pessoa é moldada pelo ambiente, mas por outro procura criar um ambiente no qual o seu potencial humano se possa expressar totalmente

A relação pessoa/ambiente é recíproca, ambos influenciam-se mutuamente. Este padrão interativo é essencial para que haja mudança de comportamento, São por isso agentes ativos do seu próprio comportamento. Para Pender, as pessoas comprometem-se a adotar comportamentos, dos quais advêm benefícios subsequentes e que sejam valorizados pelo próprio. São as características individuais e as experiências de vida que moldam os seus comportamentos (Sakraida, 2004).

A saúde, neste contexto, visa aumentar o nível de bem-estar e pode ser modificado por meio de ações de enfermagem. É o resultado desejado do comportamento de promoção para a saúde, resultando desta forma uma melhoria da saúde, capacidade funcional e melhor qualidade de vida em todas as fases do desenvolvimento. Mantém um estado de harmonia e equilíbrio com o ambiente. A Saúde depende de vários fatores, tais como: Características demográficas, biológicas, influências interpessoais, fatores situacionais e comportamentais.

A Doença é considerada como pequenos eventos de curta ou longa duração que podem dificultar ou facilitar a busca contínua pela saúde (*Ibidem*, 2004)

A enfermagem em colaboração com o indivíduo, família e comunidade procura criar as condições favoráveis para o atingir de um perfeito nível de bem-estar e saúde. Incentiva-os a serem ativos, a controlarem os determinantes dos seus comportamentos de saúde e tomarem medidas para aumentar o seu bem-estar. Estes profissionais de saúde fazem parte do seu ambiente interpessoal, logo vão exercendo influências na pessoa ao longo a sua vida.

Pender (1982; 2011) defende que a promoção de saúde tem uma influência multifatorial, nomeadamente pelas características e experiências individuais, os benefícios e barreiras percebidas, a autoeficácia percebida, o afeto associado ao comportamento, as influências interpessoais e situacionais, o compromisso com um plano de ação e as exigências de competição.

O referencial teórico mencionado engloba três componentes subdivididas em variáveis, que são preponderantes para avaliar os comportamentos que levam à promoção da saúde:

- **Características e experiências individuais:**

Compreende o **comportamento anterior**, que se refere a comportamentos similares ao passado, com efeito sobre a probabilidade de ter um comportamento de promoção de saúde, e os **fatores pessoais**, nos quais englobamos os biológicos e fisiológicos (características como a idade, gênero, IMC...), sócio culturais (cultura, raça, estatuto socioeconômico) e psicológicos (estado de saúde percebido, a personalidade). Estas duas variáveis condicionam as ações de saúde subsequentes

- **Cognições e afetações do comportamento:**

Compreende **os benefícios da ação percebidos**, ou seja, percepção das consequências positivas ou reforço da realização de um comportamento de saúde; **barreiras percebidas à ação**, percepção dos obstáculos, e os custos pessoais de realização de um comportamento de saúde; **autoeficácia percebida**, julgamento pessoal sobre a capacidade para organizar e executar ações ou um determinado comportamento e que influencia as barreiras percebidas; **Atividade relacionada com a apresentação**, ou seja sentimentos e emoções positivas ou negativas que ocorrem antes, durante e depois de um comportamento de saúde; **sentimentos em relação ao comportamento**, que refletem uma reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável, ou seja, sentimentos negativos ou positivos que ocorrem antes, durante e após o comportamento e que influenciam a autoeficácia percebida; as **influências interpessoais**, o comportamento pode ser influenciada pelos conhecimentos relativos aos comportamentos dos outros, como, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais e as **influências situacionais**, percepção de uma dada situação ou contexto de vida ou o meio ambiente que pode facilitar ou dificultar o comportamento.

- **Resultado do comportamento:**

Abrange o **compromisso com um plano de ação**, ou seja, a intenção de realizar uma conduta de saúde, incluindo a identificação de uma estratégia específica para ter sucesso, isto é, as intervenções de enfermagem; **exigências imediatas e preferências**, as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, contrariamente às preferências pessoais que exercem um alto controle sob as ações de mudança de comportamento; **comportamento de promoção da saúde**, o resultado final da implementação do Modelo de Promoção da Saúde, é o momento da tomada de decisão e preparação para a ação (Sakraida, 2004; Pender [et al.] 2011).

Ao longo da leitura do presente relatório podemos constatar que as atividades e intervenções de enfermagem desenvolvidas centraram-se na promoção de comportamentos de vida saudáveis e prevenção de doenças e/ou complicações associadas.

As atividades desenvolvidas no módulo I e III tiveram como ponto de partida a educação para a saúde, definida por Pender fulcral no processo de promoção de saúde.

Os resultados esperados das atividades desenvolvidas no Módulo I visaram os comportamentos de promoção de saúde, nomeadamente a consciencialização dos pais para incutirem nos filhos comportamentos e hábitos de vida saudáveis, como uma dieta saudável e a prática regular de exercício físico. Foi dado ênfase ao papel preponderante e ativo que os pais e crianças devem ter nesta busca de comportamentos de saúde, e a importância do papel parental em todo este processo.

No módulo III, no âmbito da urgência pediátrica, este modelo serviu como base para dar a conhecer à equipa de enfermagem em que medida as características e experiências individuais dos adolescentes e os seus comportamentos anteriores influenciam os seus comportamentos de saúde, nomeadamente na adesão à terapêutica da Diabetes, permitindo compreender quais os fatores associados para posterior intervenção. Este modelo ao defender que os comportamentos anteriores e as características hereditárias ou adquiridas vão influenciar as crenças e a promulgação de comportamento de promoção da saúde de cada um, pressupõe que seja realizada uma abordagem holística ao adolescente/família. Foi neste sentido, e tendo em conta os fatores pessoais de cada indivíduo, que as atividades deste estágio foram pensadas e desenvolvidas. É necessário um conhecimento global do adolescente, de forma a identificar os fatores que influenciam a sua não adesão à terapêutica, para posteriormente poder trabalhá-los.

No contexto da Neonatologia, compreendemos que existe um conjunto de especificidades do serviço, ou seja várias influências situacionais, que por vezes funcionam como barreiras/obstáculos à amamentação, tais como a situação clínica e a imaturidade dos prematuros, o que poderá restringir um compromisso para a ação, bem como influenciar a participação em comportamentos de saúde. Contudo, abordar a temática de uma alimentação saudável das mães, como medida para promover o crescimento e desenvolvimento saudável do RN, sustentou-se nos pressupostos deste Modelo teórico, que nos dizem que quando emoções e sentimentos positivos estão relacionados com determinado comportamento, aumenta a probabilidade de compromisso para a ação. Assim, sabendo que este seu comportamento tem efeitos benéficos para o seu filho, a probabilidade de assumir o compromisso e executar determinado comportamento será maior.

Só com a realização de uma completa e detalhada colheita de dados será possível identificar corretamente os problemas, planejar e implementar as intervenções adequadas às necessidades e características de cada criança/família. Estas intervenções passam fundamentalmente por educar, ensinar, instruir e treinar. Devem ir de encontro aos objetivos que pretendemos atingir e com os quais a pessoa se deverá também comprometer, para que deste modo aumentem os benefícios percebidos, diminuam as barreiras percebidas ou dificuldades antecipadas pela pessoa para aderir, melhore a autoeficácia percebida e se

otimizem as influências interpessoais e situacionais criando condições favoráveis à adesão a determinado comportamentos de saúde.

Partindo da premissa de que as famílias, os pares e profissionais de saúde são importantes fontes de influências interpessoais, que podem contribuir para aumentar ou diminuir a realização de comportamento de saúde, pressupõe-se que, os enfermeiros enquanto influenciadores interpessoais, encorajem estas crianças e famílias para a mudança ativa de comportamentos, enaltecendo as competências ou a autoeficácia dos mesmos, no sentido de aumentar a probabilidade de existir um compromisso para a ação, diminuindo a percepção dos obstáculos de determinado comportamento.

Os cuidadores devem ter em consideração a complexidade da promoção da saúde e focar-se em 6 dimensões: Individual, familiar, comunitária, socioeconómica, cultural e ambiental (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Conclui-se, que as intervenções de enfermagem para promoção da saúde devem adotar comportamentos saudáveis, não só enaltecendo os benefícios dos mesmos, como também promovendo a consciência, a reavaliação interior e a autoeficácia (*Ibidem*, 2011).

3. CAPITULO 3 - DESCRIÇÃO E REFLEXÃO SOBRE OS OBJETIVOS, ATIVIDADE E COMPETÊNCIAS

“O que faz o acessório da prática do cuidar são os vários meios, mais ou menos específicos, de um grupo de profissionais que servem de suporte à ação de cuidar. Esses meios são de naturezas diversas e variadas e dependem tanto de aspectos científicos, educativos, organizacionais [...]”

HESBEEN (1997:66)

Neste capítulo pretendo caracterizar sucintamente os locais de estágios, quais os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas, justificando a sua pertinência para os diferentes contextos e para a prática dos cuidados de enfermagem.

Os objetivos transversais e que serviram de ponto de partida para os diferentes módulos foram:

- **Desenvolver competências no âmbito do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica, para a prestação de cuidados de enfermagem de complexidade à criança/família em diferentes contextos;**
- **Contribuir para o desenvolvimento e crescimento saudável da criança/adolescente através de estratégias de promoção da saúde;**

3.1. Modulo I - Cuidados de Saúde Primários

Este módulo teve a duração de 180 horas, das quais 20h foram realizadas na APDP e as restantes na USCP das Mónicas.

3.1.1. Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

Solicitei a realização deste estágio de observação nesta associação, uma vez que tenho um interesse pessoal muito marcado nesta área e por ser uma experiência enriquecedora para o desenvolvimento do relatório.

Delineei para este período alguns objetivos nomeadamente:

- Compreender a dinâmica e funcionamento da Associação;
- Identificar a importância da APDP como recurso da Comunidade;
- Observar a intervenção do EE na consulta da criança e Jovem com Diabetes.

3.1.1.1. Caracterização da APDP

A APDP foi fundada em 1926 por Ernesto Roma, licenciado em Medicina na Escola Médica de Lisboa. Este jovem médico estagiou muito pelo mundo, e foi num desses estágios em 1922, realizado em Boston que testemunhou a "revolução da insulina", descoberta por Banting e Best. Trouxe para Portugal este conhecimento, instituindo a insulino terapia.

No dia 13 de Maio de 1926, Ernesto Roma impressionado com os excelentes resultados da insulino terapia e revoltado com o número de mortes das pessoas pobres que

tinham Diabetes, criou a primeira Associação diabética do mundo - "Associação Protetora dos Diabéticos Pobres", com o intuito de dar resposta a esta necessidade. Foi em 1973 que passou a chamar-se Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal uma vez que não só prestava assistência às pessoas pobres com Diabetes, como também a todas as pessoas com Diabetes do tipo 1 que procurassem os cuidados médicos na Instituição. Atualmente é uma instituição de saúde moderna e de referência e uma Clínica prestadora de cuidados médicos integrados e diferenciados ao doente com Diabetes, estando simultaneamente direcionada para a defesa dos direitos das pessoas com Diabetes, de todas as faixas etárias e para a sua correta integração na sociedade (APDP, [S.d]).

Desde cedo que a Associação mantém o seu principal objetivo de educação da pessoa com Diabetes, e para tal tem vindo a desenvolver um papel importante em três vertentes: educacional, assistencial e social.

Atualmente a instituição está maior fisicamente e oferece um vasto conjunto de recursos à comunidade. Tem o edifício antigo onde encontramos os escritórios da administração, um laboratório de patologia clínica e de endocrinologia, um museu, centro de formação e de investigação e um refeitório para os funcionários. No edifício novo encontramos vários gabinetes de consulta médica, de enfermagem, nutrição e psicologia. Apoiando a consulta da diabetes existem ainda vários departamentos como: Departamento de oftalmologia, cardiologia, urologia e departamento de podologia. Desde 2007 que têm uma Unidade de Diálise e bloco operatório para oftalmologia. Contam também com uma farmácia social, biblioteca e ginásio.

Existe ainda outro edifício perto da associação onde funciona a Escola da Diabetes, que promove cursos para vários profissionais, doentes e familiares.

O crescimento da Associação incide principalmente no âmbito da pedagogia e da prevenção. Vários são os projetos que mantém, por ex. os campos de férias (desde 1998) como atividade integrante e fundamental na educação terapêutica, proporcionando o desenvolvimento de competências, tais como a autogestão, autoconfiança e autoestima. Está ainda a desenvolver outros projetos como o "*Núcleo de jovens da APDP*" formado por jovens com DM1 que promovem várias atividades na comunidade no sentido de promover a sensibilização para esta doença.

A Associação oferece ainda várias atividades diretamente na comunidade: tais como as intervenções nas escolas, o plano anual de formação, a celebração de dias específicos (por exemplo Dia dos pais), os cursos de culinária, entre outras. Estas iniciativas resultam da articulação da equipa multidisciplinar, nomeadamente enfermeiros, médicos, psicóloga e nutricionistas, colaborando com os próprios doentes e famílias.

A área de formação para profissionais, doentes e famílias é sem dúvida uma grande intervenção desta Associação, pois permite capacitá-los de competências. No caso dos profissionais é dada formação para intervirem da melhor forma na promoção da saúde e

prevenção de complicações nos doentes/famílias e, para que estes, consigam uma gestão adequada da doença e adotem estilos de vida saudáveis.

Durante o estágio tive oportunidade de percorrer os vários locais, nomeadamente no programa de acolhimento das pessoas com diabetes, que chegam à Instituição pela primeira vez ou que há mais de um ano não têm contacto com a mesma. Este programa, que abrange pessoas com diabetes do Tipo 1 e Tipo 2, envolve grupos de mais ou menos 15 pessoas, que passam por um sistema de rotatividade entre várias valências. Primeiramente passam por uma sessão de Boas vindas e esclarecimento de dúvidas aos utentes, dinamizada por uma enfermeira, que pretende dar a conhecer brevemente a história da APDP. Neste espaço são realizadas as apresentações e é criada uma dinâmica para colocação de questões e partilha entre os participantes. Posteriormente passam para a consulta de rastreio do pé. Esta consulta é também realizada por uma enfermeira, que executa os exames aos pés e faz o rastreio dos hábitos de autocuidado aos mesmos, promovendo educação para a saúde neste sentido. Outros exames são ainda realizados para controlo da diabetes nomeadamente: oftalmologia, avaliação de A1c, TA e peso. Por último, e não menos importante, têm uma sessão sobre a importância da alimentação para o tratamento da diabetes, que é realizada por uma dietista ou nutricionista.

O meu estágio incidiu maioritariamente no piso 6, onde encontramos a área da diabetes especializada nas crianças e jovens. Atualmente a funcionar com dois enfermeiros, dos quais um é Especialista, uma auxiliar, médicos e nutricionistas. Também existe uma psicóloga que dá apoio a este piso. As consultas funcionam de 2ª a 6ª feira de manhã e à tarde, distribuídas pelos diferentes médicos.

Tanto no programa de acolhimento como na consulta da diabetes para crianças e jovens, constatei, através da observação da intervenção dos enfermeiros, um elevado conhecimento técnico e teórico e as numerosas competências que possuem nesta área, que permitem a fluidez, estruturação e flexibilidade das sessões e consultas.

3.1.1.2. Reflexão sobre o papel do Enfermeiro Especialista

Durante o estágio fui bem recebida por toda a equipa, que me proporcionou a oportunidade de assistir às diferentes consultas no piso 6 e, permitindo uma melhor compreensão da articulação, dinâmica e o papel desta equipa multidisciplinar na intervenção às crianças e jovens com diabetes e suas famílias.

A importância da prevenção de complicações é de facto muito importante na diabetes, para que as pessoas possam ter uma boa qualidade de vida e por conseguinte viver mais tempo. A complexidade do papel do enfermeiro especialista centra-se principalmente na educação para a saúde, que é sem dúvida o foco das suas intervenções, na medida em que mobiliza um vasto conjunto de conhecimentos e articula-os com as diferentes necessidades encontradas em cada caso.

Para uma melhor gestão da diabetes pelo próprio doente, a APDP preconiza que cada pessoa tenha um médico e um enfermeiro de referência, proporcionando um melhor

relacionamento, relação de ajuda e confiança, e permitindo um maior sucesso na concretização dos objetivos terapêuticos e na abordagem sistemática do utente.

A responsabilização mútua e a negociação com as crianças e jovens é outra das estratégias mais importantes adotadas por estes enfermeiros e que tem vindo a resultar no melhor controlo da diabetes.

As competências comunicacionais são de extrema importância na medida em que permitem diagnosticar outras necessidades que estas crianças e jovens/ famílias possam apresentar e que não se relacionam com a doença crónica propriamente dita, podendo dar suporte e encaminhar para os recursos adequados (Serrabulho e Boavida, 2007).

Na APDP há um grande investimento na educação para a saúde, na aquisição de hábitos de alimentação saudáveis e na importância do exercício físico para o controlo da diabetes. Vários estudos realizados pela APDP dão visibilidade e evidenciam o sucesso do trabalho desenvolvido dentro e fora da instituição.

A minha passagem por esta Associação foi sem dúvida benéfica e uma experiência muito gratificante, no sentido em que me proporcionou conhecer esta Instituição e a dinâmica do seu funcionamento. E apesar do período limitado de tempo do estágio, pude, através da minha observação, presenciar e identificar alguns dos vários recursos que oferecem às pessoas e famílias com diabetes, em vários domínios, fora do contexto hospitalar. Isto contribuiu para a aquisição de competências como: *“reflecte na e sobre a prática de forma crítica”, e “mantém de forma continua e autónoma o seu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional”*(UCP, 2012).

3.1.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados das Mónicas

3.1.2.1. Caracterização da UCSP

O Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Grande Lisboa II - Lisboa Oriental compreende o centro de saúde da Graça, que abrange 12 freguesias do distrito de Lisboa, nomeadamente: Castelo, Graça, Madalena, São Nicolau, Santo Estêvão, São Miguel, Socorro, São Vicente de Fora, São Paulo, São Cristóvão e São Lourenço e Sé.

Na freguesia da Graça encontra-se ainda duas unidades de saúde: UCSP das Mónicas e UCSP e de São Nicolau.

As UCSP são unidades funcionais de prestação de cuidados personalizados à população nelas inscritas. Visam garantir a “prestação de cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e globalidade dos mesmos” (Sousa, 2010;12). Tendo em conta que o estágio decorreu na extensão das Mónicas, torna-se pertinente abordar alguns aspetos e refletir sobre esta unidade. Esta Unidade localiza-se na zona central da Graça. A população inscrita é heterogénea, quer a nível socioeconómico como cultural, oriunda de vários continentes nomeadamente Ásia, América do sul e Europa. Segundo o Programa Local de Habitação de Lisboa, o número total de residentes na área de influência da UCSP é de 6960 habitantes, sendo que a faixa etária dos 65 aos 69 é a predominante. O número de crianças

residente varia: dos 0 aos 4 anos são 200 crianças, dos 5 aos 9 são 189, dos 10 aos 14 anos são 208 e dos 15 aos 19 anos inclusive são 297 (Câmara Municipal de Lisboa, 2012).

O edifício sofreu obras há 2 anos e reabriu com novas instalações em Março de 2011. Divide-se em dois pisos: no r/c encontramos a sala de tratamentos, de injetáveis, sala de espera, WC dos utentes e espaço do segurança. No 1º andar encontramos a secretaria, sala de espera comum (adultos e crianças), gabinetes de consulta médica e gabinete de enfermagem de saúde da Mulher e de saúde infantil concomitante com a sala de vacinação. Tem ainda uma sala de reuniões que serve também como biblioteca, WC dos funcionários e uma copa.

A equipa de enfermagem é constituída por 7 enfermeiros dois dos quais especialistas, uma em Saúde comunitária e a minha enfermeira orientadora, com a especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica. Dois dos enfermeiros são responsáveis pelos cuidados continuados, e os restantes, em sistema semanal de rotatividade, desenvolvem atividades na saúde infantil/vacinação, saúde materna/planeamento familiar, tratamentos e injetáveis. Atualmente, esta Unidade de Saúde não tem projetos desenvolvidos nem programa de saúde escolar em vigor, relacionado com as mudanças organizacionais internas.

3.1.2.2. Objetivos e atividades desenvolvidas

Os objetivos delineados para este estágio resultaram de uma combinação de fatores.

Durante as duas semanas de observação e de reuniões informais com a Enfª Orientadora, e tendo em conta as necessidades da UCSP, identifiquei a necessidade de abordar a promoção da saúde dando ênfase à adesão aos estilos de vida saudáveis, nomeadamente hábitos alimentares e de atividade física, como uma medida preventiva para o aparecimento de doenças na infância, como a Diabetes, que tem vindo a crescer substancialmente em todo o mundo. Pensa-se que este facto está diretamente relacionado com a atividade física e os hábitos alimentares (António, 2010 e Shubair; Tobin, 2010). Atualmente, a evidência diz-nos que a DM, principalmente do tipo 2 “(...)representa uma proporção considerável de casos de diabetes recém-diagnosticados na população pediátrica(...)”, e que este aumento acompanha proporcionalmente a prevalência de obesidade na infância (Manna, 2007).

Estudos realizados pela DGS (2005) evidenciam que a prevalência da pré-obesidade e obesidade associados à mortalidade e morbilidade, também tem vindo a aumentar em Portugal, tornando-se necessário atuar precocemente na sua prevenção, contribuindo para a diminuição do aparecimento de doenças crónicas, sendo as mais prevalentes as cardiovasculares, cancro e diabetes.

As alterações dos estilos de vida podem levar ao excesso de peso ou obesidade, tornando-se pertinente abordar esta temática e desenvolver atividades no sentido da promoção de hábitos de vida saudáveis.

De acordo com Shubair e Tobin (2010), é importante desenvolver um conjunto de estratégias orientadoras e específicas para prevenir a DM2 e para saber lidar com esta doença.

É crucial focarmo-nos nos fatores de risco da diabetes, identificando quais é que são modificáveis, e assim, implementar com sucesso estratégias de promoção da saúde e programas de intervenção.

Por conseguinte defini como objetivos os seguintes:

➤ **Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família no âmbito da consulta de saúde infantil;**

Ao longo do estágio foram proporcionados vários momentos de aprendizagem e troca de experiências com a Enfermeira orientadora e restante equipa de enfermagem, através de reuniões informais.

Durante o estágio acompanhei maioritariamente a EESIP nas consultas de saúde infantil. Contudo tendo em conta a dinâmica da USCP, estive também com outros enfermeiros. Inicialmente adotei uma postura de observação, para compreender e refletir sobre o papel do especialista neste contexto. Posteriormente, no decorrer do ensino clínico, comecei a ter um papel mais ativo e interventivo nesta consulta.

As consultas de saúde infantil são marcadas de acordo com o preconizado pelo Programa-tipo de atuação instituído pela DGS (2005,b). A primeira consulta e as restantes são marcadas concomitantemente com a consulta médica, todavia as enfermeiras têm flexibilidade para gerir as marcações das consultas de enfermagem conforme as necessidades encontradas. Nesta Unidade, as consultas de enfermagem de saúde infantil, organizam-se por forma a abranger as crianças dos 0 aos 3 anos. As restantes são avaliadas em consulta médica com colaboração da enfermagem, apenas se solicitado.

Realizei várias consultas de saúde infantil nas diferentes faixas etárias, avaliando o seu desenvolvimento através do *Teste de Avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan*, adotado pela UCSP. Esta avaliação também teve por base as diretrizes do programa-tipo de atuação. Identifiquei as necessidades da criança e da família e desenvolvi intervenções nesse sentido.

Ainda, de acordo com as orientações da DGS, relativamente aos objetivos da consulta de saúde infantil, intervimos na promoção da saúde oral, do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV), na prevenção dos perigos da exposição solar, na prevenção de acidentes e de problemas psicoafectivos. Por outro lado, para estimular a opção de comportamentos saudáveis, realizei individualmente educação para a saúde sobre hábitos alimentares saudáveis e incentivo à prática de exercício físico.

Outras atividades desenvolvidas remetem-nos para os recém-nascidos, nomeadamente o teste de diagnóstico precoce (teste do pezinho), proporcionando ensinamentos aos pais sobre os objetivos, procedimento e quais as estratégias de controlo da dor no bebé durante o mesmo. Relativamente à temática da dor, a valorização da dor como 5º sinal vital, assume extrema importância na pediatria, nos vários procedimentos dolorosos e invasivos que executamos diariamente. Numa tentativa de minimizar essa dor e promover o conforto na criança é importante adotar medidas preventivas ou de alívio da dor. Durante a vacinação

infantil, proporcionei estratégias não farmacológicas para alívio da dor, como a distração, colaboração dos pais ou pessoa significativa, promoção da amamentação ou o uso da chucha com sucrose durante os procedimentos, utilização do objeto significativo para conforto ou o brinquedo lúdico para explicação do procedimento. O uso do brinquedo lúdico com fim terapêutico assume um papel importante na prestação de cuidados à criança/adolescente, apresentando vários benefícios, tais como a minimização do medo, *stress* e ansiedade da criança e pais face aos procedimentos invasivos, promoção do bem-estar, do desenvolvimento e da socialização da criança, facilitação da interação e compreensão dos sentimentos da criança por parte dos profissionais, entre outros (Maia, Ribeiro e Borba, 2008).

Ainda relativamente à promoção da saúde, individualmente nas consultas e conforme as necessidades identificadas, foram realizados ensinamentos sobre os benefícios e a importância do Leite Materno e da Amamentação, sobre as técnicas e posicionamentos mais adequados para amamentar e posteriormente a avaliação da eficácia dos ensinamentos efetuados, através da observação dos vários momentos proporcionados para esta prática durante a consulta.

Como já referi anteriormente, fisicamente a sala de saúde infantil dividia-se com a vacinação, pelo que as consultas eram alternadas com a vacinação. A vacinação abrange a globalidade da população inscrita, proporcionando a possibilidade de contactar com crianças e adolescentes com as quais não tive oportunidade de intervir nas consultas. Assim, consegui por um lado identificar os comportamentos de saúde e estilos de vida adotados e intervir no sentido de educar para a mudança de comportamentos, associados aos hábitos saudáveis, fazendo sempre referência ao aumento das doenças crónicas na infância.

Ao longo das consultas de saúde infantil, identifiquei que os hábitos alimentares e de exercício físico quer da criança como da família não eram os mais saudáveis, bem como o desconhecimento dos pais sobre a sua implicação nas doenças crónicas, pelo que se tornou pertinente desenvolver outro objetivo:

➤ **Promover, junto dos pais, a adesão da criança a uma alimentação saudável e à prática de exercício físico, para prevenção da diabetes tipo 2.**

Para além de abordar este tema nas consultas de saúde infantil, e tendo em conta que a faixa etária circunscrita na consulta de enfermagem é limitada, houve a necessidade de desenvolver outras atividades descritas seguidamente.

Realização de uma sessão de educação para a saúde sobre hábitos de alimentação saudável, dirigida aos pais das crianças dos 2 aos 5 anos; (ANEXO I)

Ao longo da história, os hábitos alimentares têm sido um dos fatores ambientais que mais afetam a saúde e que são condicionados desde os primeiros anos de vida. Durante o primeiro ano de vida dá-se a introdução de novos alimentos para diversificar a alimentação do bebé. É importante que esta seja realizada gradualmente e fracionada pois haverá consequências futuras se esta diversificação alimentar for incorreta.

A aquisição das práticas alimentares saudáveis na infância é determinante na saúde das crianças e, posteriormente, na sua saúde enquanto adultos. Segundo Candeias [et al.] (2005:5) a alimentação:

“assegura a sobrevivência do ser humano; fornece energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo; contribui para a manutenção do nosso estado de saúde físico e mental; desempenha um papel fundamental na prevenção de certas doenças (exemplo: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipos de cancro, etc.) e contribui para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes.”

Durante a infância, a criança vai aprendendo comportamentos alimentares, que vão ser influenciados quer pela família, quer por todo o contexto sociocultural onde as refeições ocorrem, que por sua vez são determinantes no processo de formação dos hábitos alimentares da criança (Aparício, 2010:283). Estes hábitos estão intrinsecamente relacionados com as diferenças culturais, crenças, religião, comportamento, atitudes e com a disponibilidade dos alimentos (Wong,1999). Compreende-se assim a pertinência de que a adoção de hábitos alimentares saudáveis na infância.

A opção de abordar esta faixa etária não surgiu ao acaso. De acordo com vários estudos realizados na idade escolar, verifica-se um aumento significativo na Europa, das taxas de obesidade nesta faixa etária e que em Portugal, nas crianças dos 7 aos 9 anos de idade, a prevalência da pré-obesidade e da obesidade, é de cerca de 31,56% e em idade pré-escolar cerca de 24% das crianças têm excesso de peso (DGS, 2005a; 2007). Outros estudos revelam ainda que as crianças dos 2 aos 6 anos ingerem uma grande percentagem de alimentos com elevado teor de gorduras totais e saturadas, mais do que é recomendado e, que em contrapartida, ingerem poucas fibras, frutos e vegetais. Relativamente ao exercício físico, verifica-se que nesta faixa etária as crianças são muito sedentárias (Stanhope e Lancaster, 2011).

As crianças nesta idade são muito influenciadas pelo meio envolvente. Alguns estudos realizados pela DGS (2007) e por Hasting [et al.] (2003) evidenciam que a publicidade e os efeitos do *marketing* afetam as escolhas alimentares e os comportamentos das crianças. A publicidade infantil de alimentos é atualmente um fenómeno global e é um dos fatores de maior impacto no estilo de vida e nos hábitos alimentares, especialmente das crianças (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011), uma vez que ainda não têm a capacidade de discernir entre publicidade e programação televisiva a elas dirigida.

Tendo em conta todos estes factos e as características do crescimento e desenvolvimento infantil, é “(...)lógico considerar que a alimentação, durante os primeiros cinco anos de vida, requer cuidados específicos, nomeadamente em qualidade, quantidade, frequência e até consistência” (Aparício, 2010:286).

Por outro lado, com a crescente urbanização, em detrimento das casas no campo, passou-se a viver nas cidades, em apartamentos, acomodando-se ao estilo de vida moderno. O progresso tecnológico também tem um papel importante nestas mudanças de comportamentos na infância. O desenvolvimento tecnológico nos últimos 40-50 anos permitiu o aparecimento de uma série de equipamentos (escadas rolantes, eletrodomésticos, elevadores,

computadores, entre outros) que nos facilitam a vida diária. As crianças que antigamente passavam a maior parte do tempo a brincar na rua, a correr, pular, saltar, passam mais tempo em casa, a jogar computador e vídeo jogos em detrimento de atividades ao ar livre, passando para um estado mais sedentário e passivo (Dias, Maciel e Sablich, 2007).

Atividade física é indispensável para o crescimento. Consiste em qualquer tipo de atividade física que beneficia a saúde e a capacidade funcional do nosso corpo sem provocar danos. Promove a manutenção de um peso corporal saudável equilibrando a ingestão de energia, isto é, os alimentos consumidos, com o gasto de energia (exercício). As vantagens do exercício físico são inúmeras, a nível físico, psicológico e social; melhora a qualidade de vida a circulação sanguínea; o bem-estar e a autoestima; proporciona momentos de prazer e satisfação pessoal; combate problemas de ação da insulina; controla o peso; ajuda na formação e manutenção saudável dos ossos saudáveis, músculos e articulações e ajuda na coordenação neuromuscular (WHO, 2011). Outro benefício relaciona-se com a prevenção do risco do aparecimento de doenças cardiovasculares, osteoporose, depressão e outras doenças crónicas, nas quais incluímos a DM, pelo que se torna importante a estimulação à sua realização (DGS, 2012). Iniciar exercício físico precocemente, isto é na infância, vai contribuir para prevenir a prevalência do sedentarismo e conseqüentemente o aparecimento das doenças já mencionadas anteriormente (Ortega, De la Cruz- Sanches, Martinez- Santos, 2010).

O papel ativo da família na alimentação e na educação alimentar e prática de exercício físico das crianças e jovens é portanto imprescindível. Uma intervenção adequada nesta fase é importante, pois para as crianças desta idade, que aprendem maioritariamente por imitação, os seus pais são como modelos a seguir. Por esse motivo nesta fase as regras e a disciplina são indispensáveis, pois proporcionam linhas orientadoras para aprenderem comportamentos aceitáveis. Todavia, muitos dos pais não dispõem dos conhecimentos necessários para uma adequada seleção alimentar e para intervir a nível educativo nesta área.

Existe um conjunto de características que as crianças *toddler* e em idade pré-escolar apresentam e que os pais devem ter em consideração, no sentido de diminuir a sua ansiedade e preocupações, nomeadamente as seguintes: têm um crescimento mais lento; apesar da elevada atividade física as necessidades calóricas diminuem comparativamente ao primeiro ano de vida e adolescência; e têm uma diminuição do apetite e desinteresse pela comida (Wong, 1999). Só conhecendo estas características, conseguem perceber as estratégias a adotar perante a presença de maus hábitos alimentares e de inatividade física.

Perante o facto de que os hábitos de vida não saudáveis e o sedentarismo são fatores de risco da DM2 que podem ser modificados, e tal como se tem verificado em estudos realizados com adultos, é urgente intervir, desenvolvendo estratégias que vão de encontro a estes, para que se possa prevenir ou retardar o início desta doença. Todavia, apesar de ainda não existirem muitos estudos nesta temática realizados na área da pediatria, de acordo com a American Diabetes Association (ADA) as mesmas estratégias de redução de risco

preconizadas para o adulto, são também apropriadas para a infância, desde que promovam um desenvolvimento e crescimento adequados (Maahs e Daniels,2007).

A infância é um período chave para intervenções que promovam a saúde, pois as mudanças comportamentais para uma alimentação saudável e atividade física vão contribuir a longo prazo para estilos de vida mais saudáveis (Nascimento do Ó,2011).

O programa-tipo de atuação na saúde infantil e juvenil da DGS (2005b), obedece algumas metas, das quais destaco a:

“[...] Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental. [...] Detecção precoce e encaminhamento de situações passíveis de correção e que possam afetar negativamente a saúde da criança [...]”.

Entende-se o papel determinante do EESIP como agente de mudança, que deve facilitar a adesão a estilos de vida saudáveis, ajudando a consciencializar as pessoas do que não está correto, motivando-as a experimentar novos desafios, atitudes e comportamentos (BOLANDER, 1998). Por outro lado ainda estimula ao desenvolvimento de competências da criança e dos pais, que são corresponsáveis no processo de promoção de saúde.

A realização da sessão de educação para a saúde foi de encontro a estes factos, sendo por isso direcionada aos pais/família. Neste sentido, o objetivo da sessão foi de sensibilizar os pais para estes problemas atuais de saúde pública e incutir neles comportamentos e hábitos de vida que possam travá-los, nomeadamente ao nível da promoção de uma alimentação saudável na criança e da prática de exercício físico regular.

Teve como objetivos específicos: *Descrever a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis; Identificar comportamentos a adotar para uma alimentação saudável e exercício físico adequada às crianças dos 2 aos 5 anos e Estimular o envolvimento da criança e família nas tomadas de decisão e autorresponsabilização pelos hábitos alimentares e pela prática de exercício físico.*

Esta sessão de educação para a saúde direcionada aos pais foi a primeira a ser realizada na UCSP, havendo posteriormente grande abertura por parte da direção em utilizar mais vezes as instalações da Unidade para estas iniciativas, com a condicionante de não poderem ser convocados muitos pais ao mesmo tempo. Por este motivo, foram convocados 10 pais: durante as consultas e confirmados por contacto telefónico. Na sua maioria foram convidados após verbalizarem necessidades de informações relativamente a esta temática, e outros foram selecionados de acordo com o diagnóstico de necessidades realizado pelas enfermeiras do serviço e atendendo as suas disponibilidades.

A taxa de adesão à sessão foi de 40%, sendo que estavam presentes 3 mães dos 10 pais confirmados e a Enfermeira Orientadora de estágio.

A sessão foi muito dinâmica, as mães foram intervindo durante a sessão, colocando dúvidas e verbalizando interesse pelo tema, proporcionando uma partilha de experiências. Constatou-se através da avaliação, que os objetivos da mesma foram atingidos. Toda a

bibliografia utilizada, bem como os dispositivos ficaram disponíveis para a equipa de enfermagem, no sentido de continuarem este trabalho de educação e sensibilizações aos pais.

Elaboração de um Folheto informativo (ANEXO II)

Para concretizar este objetivo foi ainda elaborado um folheto informativo para os pais, relacionado com a adoção de comportamentos saudáveis, como estratégia para prevenir o aparecimento de doenças na infância, como a obesidade e DM2. Foi intitulado de *Alimentação saudável e exercício físico: prevenindo doenças na infância*.

Este folheto foi elaborado com o propósito de informar os pais sobre uma alimentação saudável na infância, após 1 ano de idade, aquando de uma maior diversificação alimentar. Surgiu assim, para complementar a sessão de educação para a saúde, acima mencionada.

O folheto é de leitura simples e linguagem objetiva, para mais fácil perceção da mensagem. A sua realização foi fundamentada por pesquisa bibliográfica, particularmente nas diretrizes da DGS, OMS e da Associação Portuguesa de Nutricionistas. O seu conteúdo inclui tabelas das necessidades diárias dos nutrientes a ingerir pela criança, consoante a idade; a constituição e breve explicação da nova Roda dos Alimentos, conselhos aos pais sobre alimentação saudável e por último as vantagens do exercício físico e alguns exemplos. É complementado por contactos pertinentes.

O folheto foi distribuído no final da sessão de educação, bem como implementado como instrumento complementar das consultas de saúde infantil, sendo aí distribuído, no sentido de abranger e sensibilizar um maior número de pais.

Ainda para este módulo de estágio foi definido outro objetivo específico:

➤ **Contribuir para a otimização dos cuidados prestados à criança/família em Cuidados de Saúde primários, no âmbito da prevenção da diabetes;**

Como atividade elaboração de um padrão documental, orientador da consulta de enfermagem de saúde infantil, numa abordagem preventiva da Diabetes tipo 2 na criança; (ANEXO III)

É pertinente reforçar a importância atribuída ao papel do enfermeiro como promotor de um adequado desenvolvimento para a criança. Desta forma torna-se imprescindível a observação e avaliação de todo o processo de desenvolvimento, com vista à identificação de fatores de risco que podem comprometê-lo.

Os cuidados de saúde estão em constante evolução ao longo dos tempos, traduzindo-se na necessidade inevitável de ter disponíveis sistemas de informação, que funcionem como instrumentos promotores de uma utilização da informação centrada e direcionada para a qualidade e otimização dos processos de gestão (Pereira, 2009).

Desce cedo que os registos de enfermagem assumem uma grande importância na nossa prática, na medida em que a *“documentação efetuada demonstre as repercussões positivas ou negativas dos cuidados de enfermagem sobre o estado de saúde do indivíduo”*,

neste sentido a criação de sistemas de informação em enfermagem (SIE) *“formalizam e dão visibilidade à tomada de decisão em Enfermagem”* (Cunha e Mota, 2007:1).

Na UCSP das Mónicas todos os registos de enfermagem são realizados no programa informativo SAPE (Sistema e Apoio à Prática de Enfermagem), que é um SIE em suporte eletrónico. O seu objetivo é informatizar os registos, de modo a permitir a comunicação e partilha de informação entre as várias instituições. Para que esta comunicação tivesse o mesmo significado para todos, verificou-se a necessidade de optar por uma classificação comum.

A CIPE ® é a classificação de enfermagem com maior utilização nos SIE, em Portugal. Foi desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), visando uniformizar conceitos e categorizar diagnósticos de Enfermagem, intervenções e resultados, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros (OE,2008).

A inclusão da CIPE® no modelo de dados desenvolvido para a descrição dos cuidados, *“para além de representar um passo importante na formalização do conhecimento próprio utilizado nas práticas, concorre para a necessária partilha de códigos e significados essenciais na geração de sínteses informativas capazes de promover a gestão da informação”* (Pereira,2009:59). Assim torna-se imprescindível compreender a linguagem CIPE e incorporá-la nos nossos cuidados.

Inicialmente, durante as consultas de saúde infantil e em reuniões informais e individuais com os elementos da equipa de enfermagem, constatei que este sistema de registo foi implementado recentemente na Unidade, pelo que as enfermeiras ainda se encontravam em fase de adaptação, principalmente à linguagem CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Houve a necessidade de, conjuntamente, explorar o programa e definir algumas das intervenções mais direcionadas à saúde infantil, no sentido de uniformizar os registos das consultas, uma vez que muitos focos eram levantados por defeito, sem necessidade para aquela criança ou família.

Deste conjunto de factos surge a elaboração de um padrão documental, funcionando como guia orientador da consulta de enfermagem de saúde infantil, numa tentativa de padronizar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros da UCSP no âmbito da promoção de uma alimentação saudável e prática de exercício físico, como medidas preventivas e /ou de diagnóstico de fatores que podem contribuir para o aparecimento da DM2 na infância.

Este guia orientador foi estruturado de acordo com a linguagem padronizada e utilizada pela UCSP, no programa informático SAPE, ou seja, segundo a CIPE® versão beta 2. Teve ainda por base o *Core de Focos* definido no Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) para o centro de Saúde, como *a adesão à vacinação; amamentação; desenvolvimento infantil, excesso de peso, parentalidade e uso de contraceptivos* (OE, 2007), e a análise e levantamento dos focos parametrizados nesta UCSP. O guia resulta da interação entre o conjunto de diagnósticos que advieram da análise dos fatores de risco para a DM2 e as respetivas intervenções que visam dar resposta.

Os focos levantados foram discutidos com a enfermeira orientadora e informal e individualmente com os elementos da equipa de enfermagem. No final do estágio, foi deixado o documento e o suporte informático do mesmo na UCSP, para que posteriormente possa haver discussão em equipa e com a direção, no sentido de melhoria do documento e implementação no respetivo sistema informático.

O desenvolvimento desta atividade permitiu que aprofundasse conhecimentos sobre a CIPE®, SAPE e SIE, e contribuiu para a sensibilização da equipa de enfermagem, relativamente aos fatores de risco da Diabetes, promovendo o adequado levantamento dos diagnósticos direcionados àquela criança e família em particular, proporcionando assim a individualização e melhoria da qualidade de cuidados prestados.

...Refletindo

Todas as atividades desenvolvidas visaram a promoção da saúde, focando-me nos fatores de risco de desenvolvimento da DM2. Após a identificação dos fatores de risco modificáveis, implementei estratégias de promoção da saúde e de intervenção. Esta ideia é corroborada por Shubair e Tobin (2010), quando nos salientam a importância de desenvolver um conjunto de estratégias orientadoras e específicas para prevenir a DM2 e para saber lidar com esta doença. Os autores ainda fazem alusão à existência de vários estudos que indicam que os programas de intervenção na comunidade direcionados para a diabetes têm sido bem sucedidos, relativamente ao aumento do conhecimento da doença, na mudança positiva dos padrões alimentares, na consciencialização sobre escolhas alimentares saudáveis e outros comportamentos de saúde. Estes resultados refletem a pertinência do desenvolvimento das minhas atividades de promoção de saúde na diabetes.

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Com o término deste módulo, referente aos CSP, ressalvo a obtenção de várias competências do EESIP como descritas pela OE (2010), especialmente: *Implementa e gere em parceria um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; Diagnostica precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; promove a adaptação da criança/jovem e família à deficiência/incapacidade; Promove o crescimento e desenvolvimento infantil; e também comunica com os pais e profissionais de forma apropriada tendo em conta as crenças e cultura de cada um.* Desenvolvi ainda uma metodologia de trabalho eficaz de assistência à criança e família.

3.2. Modulo II - Internamento Pediátrico

Como já foi mencionado anteriormente, neste Módulo de estágio obtive creditação. A sua aquisição decorreu de um conjunto de fatores, nomeadamente as competências adquiridas

ao longo do meu percurso de 5 anos enquanto profissional num serviço de internamento de pediatria.

A experiência é vista como *“um processo ativo de refinamento e alteração de teorias, noções e ideias pré-concebidas quando confrontadas com situações concretas”* (Sakraida, 2004:194). A prática desempenha um papel fundamental para a aquisição de experiências técnicas e humanas, de conhecimentos específicos e saberes científicos, resultantes da interação constante com o nosso público-alvo, neste caso as crianças e suas famílias. Tal como Benner refere *“a prática, é em si mesma, um modo de se obter conhecimento”* (2001:12).

O objetivo da formação inicial e contínua *“consiste em contribuir para o desenvolvimento de uma «pessoa enfermeira» cujo perfil é determinado tanto por conhecimentos como por aptidões e qualidade humanas”* (Hesbeen, 1997:119). Neste sentido considero que fui privilegiada para os diferentes módulos de estágio, na medida em que ia munida de várias competências, nomeadamente a nível ético-legal, respeitando os princípios que regulam a profissão de enfermagem; na gestão de cuidados, compreendendo todo o processo de cuidados de enfermagem; comunicação, utilizando técnicas apropriadas e adequadas ao público-alvo; na relação, com a equipa multidisciplinar, criança/família, respeitando as suas crenças, culturas e individualidades; supervisão no exercício profissional, através da orientação de alunos e na formação em serviço, todas resultantes da minha formação pessoal e profissional. Estas competências facilitaram por um lado a minha integração nos diferentes locais e por outro a mobilização e articulação constante destas mesmas competências, previamente adquiridas, para os restantes Módulos e vice-versa.

Ao longo da minha atividade profissional aprofundi vários conhecimentos não só específicos da minha área de intervenção, mas de todo um conjunto de áreas de conhecimento relacionadas, contribuindo para o aprofundamento de conhecimentos da minha área de especialização.

Sempre demonstrei capacidade de trabalhar adequadamente em equipa, pelo que desde 2010 exerço funções de chefe de equipa. De entre muitas atividades inerentes a esta função, lidero os elementos, quer na gestão de cuidados como na gestão de conflitos, promovo o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

A minha metodologia de trabalho na assistência à criança e família tem-se revelado eficaz, pelo que as atividades desenvolvidas em contexto laboral, têm contribuído para o desenvolvimento de iniciativa e espírito crítico na interpretação de problemas e sobre o exercício profissional, através da reflexão sobre as práticas desempenhadas. É este *“Saber fazer adquirido através da experiência”*, que *“permite por em causa as noções e expectativas preconcebidas em relação a determinada situação”* (Benner, 2001:29). Acima de tudo, esta reflexão contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional e para definir e orientar o meu papel enquanto enfermeira que desempenha funções em Pediatria.

A temática da promoção da saúde abordada ao longo dos diferentes módulos é inerente aos cuidados de enfermagem, pelo que é importante desenvolver várias intervenções neste âmbito. Na minha conduta profissional, tal como é referido pela OE nos Padrões de

qualidade (2001), procuro maximizar o bem-estar da criança/família garantindo cuidados promotores das suas capacidades e potenciais de saúde, contribuo para a adaptação aos problemas de saúde e para a prevenção de complicações inerentes à sua condição de saúde. Envolvendo os pais nos cuidados desenvolvo a minha atividade em prol do modelo de parceria de cuidados, reconhecendo a sua importância no cuidar da criança hospitalizada.

Atualmente, no meu local de trabalho, pertenço a um grupo que está a desenvolver trabalho junto das crianças submetidas a cirurgia de hipospadias, no sentido de promover uma boa adaptação à alta. Recentemente as altas são mais precoces e as crianças vão para casa com sonda vesical e penso peniano, o que acarreta alguns cuidados especiais, com os quais os pais, por vezes, ainda não estão muito confortáveis ou aptos a executar. Os objetivos deste grupo são identificar as necessidades dos pais, no sentido de lhes dar competências para cuidarem adequadamente dos seus filhos, promover comportamentos adequados, minimizando o risco de complicações e por conseguinte, o reinternamento.

A troca de experiências foi enriquecedora para o meu processo de formação e aprendizagem. Esta mobilização de conhecimentos permitiu gerir e interpretar adequadamente a informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e da vida. Neste sentido, a análise e reflexão crítica das atividades e o aprofundamento de conhecimentos desenvolvidos ao longo do estágio, são uma mais-valia para a nossa prática diária, fundamental na melhoria da qualidade dos cuidados prestados às crianças e suas famílias.

3.3. Modulo III - Urgência Pediátrica e Neonatologia

3.3.1. Serviço de Urgência de Hospital Dona Estefânia

A primeira parte deste módulo de estágio decorreu do período de 20 de Setembro a 12 de Outubro de 2012 e foi realizado no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do CHLC- Hospital Dona Estefânia.

3.3.1.1. Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica

O SUP divide-se em Urgência Médica e Cirúrgica, que apesar de funcionarem em espaços distintos, admitem a mesma equipa de enfermagem.

Este serviço recebe crianças desde o 0 aos 17anos e 356 dias, referenciados da saúde 24, dos bombeiros, do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) ou por opção da família.

As patologias que mais frequentes levam à admissão são: do foro respiratório, incluindo bronquiolites, asma, pneumonias, meningite e aspiração de corpo estranho; convulsões, diabetes inaugural, drepanocitose, fraturas e apendicite aguda.

Fisicamente o SUP do lado da medicina é constituído por duas salas de esperas (uma da admissão e outra para lactentes com menos de 5 meses de idade), sala de triagem com três postos, reanimação, tratamentos, aerossóis, sala de observações (SO), quatro gabinetes médicos e um gabinete de enfermagem. No lado da cirurgia encontramos uma sala de espera, uma sala de tratamentos/microcirurgia e também quatro gabinetes: Ortopedia/traumatologia,

Otorrinolaringologia, Cirurgia e Pedopsiquiatria. Complementando estes espaços existem a zona de sujos, Wc e sala de pausa.

A equipa do SUP é multidisciplinar e formada por 32 enfermeiros, dos quais alguns são Especialistas de Saúde Infantil e Pediátrica e um Especialista em Enfermagem de Reabilitação, médicos especialistas, assistentes operacionais, administrativos e segurança. Sendo ainda esta equipa reforçada por outros profissionais de saúde que não se encontram permanentemente neste espaço físico.

O método de prestação de cuidados de enfermagem adotado no SUP é o enfermeiro responsável, baseando-se no modelo de Nancy Roper, adotado pelo Hospital. Em cada turno os elementos são distribuídos e responsáveis pelos diferentes sectores disponíveis. Todavia, nos turnos mais complicados e de grande afluência populacional, a equipa reorganiza-se e os elementos ajudam-se mutuamente nos postos mais prioritários. A formação em serviço tem um papel importante no SUP. Os elementos desta equipa estão envolvidos na dinamização de vários projetos de serviço e a nível hospitalar.

3.3.1.2. *Objetivos e atividades desenvolvidas*

Previamente ao início do estágio houve uma reunião informal com o enfermeiro chefe do SUP onde se solicitou informação sobre as necessidades do serviço relacionadas com o tema da DM1. Devido à existência de um grupo Dinamizador da Diabetes, solicitou-me que contactasse alguns dos seus membros numa tentativa de ter a perceção de quais os projetos e planos em curso. Os objetivos deste grupo prendem-se com a atualização constante dos conhecimentos da equipa sobre as novas *guidelines* relativamente a esta temática, bem como a uniformização dos procedimentos nos cuidados às crianças/famílias com diabetes, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Após algumas reuniões informais com este grupo, verificou-se algum interesse na abordagem do tema da Diabetes na Adolescência, havendo a necessidade de compreender as atuais necessidades da equipa de enfermagem nesta temática. Neste sentido, realizei um questionário, como instrumento de trabalho para recolha de informação junto da equipa de enfermagem. Este foi fundamental para compreender os principais fatores que levam os adolescentes com DM1 a recorrer à urgência, quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na abordagem a estes e em que medida podemos atuar para melhorar a nossa intervenção juntos destes adolescentes e famílias. Por outro lado, tornou-se pertinente identificar as necessidades de formação da equipa relativamente à temática da diabetes, tentando não incidir em temas já abordados pelo Grupo Dinamizador da Diabetes ou sem interesse para a equipa do SUP.

A aplicação do questionário à equipa de enfermagem decorreu de 25/10/2012 a 27/10/2012, tendo obtido uma amostra de 17 enfermeiros, correspondendo a cerca de 54,8% de respostas. (ANEXO IV)

Posteriormente à análise dos resultados do questionário e tendo em conta as limitações e contingências impostas pelo contexto, delineei dois objetivos específicos para o estágio:

- **Promover a articulação entre o SUP e a Consulta Externa de Endocrinologia (CEE), em situação de admissão à urgência de adolescente com DM1 descompensada, visando a melhoria dos cuidados prestados;**
- **Promover a formação em serviço visando a aquisição de competência no âmbito das novas tecnologias no tratamento da DM1;**

Resultando da análise do questionário e das reuniões informais com os enfermeiros da equipa do SUP, constatei que frequentemente são admitidos no serviço, adolescentes com DM1 descompensados, por não adesão à terapêutica (por fatores inerentes à Instituição não tive acesso aos dados estatísticos correspondentes), e que os enfermeiros apresentam algumas dificuldades durante a sua intervenção junto do adolescente, tornando-se pertinente a exploração desta temática.

Por outro lado, e uma vez referido pela equipa como uma necessidade, este questionário, também serviu para diagnosticar as dificuldades dos enfermeiros, na intervenção junto do adolescente com DM1 admitido no serviço de Urgência por descompensação da sua doença.

Após a análise do seu conteúdo (ANEXO V) constatou-se que as dificuldades mais sentidas pelos enfermeiros no tratamento destes adolescentes dizem respeito à falta de uma articulação com a consulta externa de endocrinologia. Concluiu-se que a equipa (n=17) reconhece a importância de existir um protocolo de articulação entre o SUP e o enfermeiro de referência da CEE, que permite a continuidade de cuidados (n=7), um conhecimento global da situação de saúde/doença do adolescente (n=2), envolvimento interdisciplinar e interserviços (n=1), para atualizar o plano terapêutico (n=1), facilitar a adesão à terapêutica (n=2) e para promover a melhoria e uniformização dos cuidados prestados à criança ou adolescente/família com DM1 (n=3), resultando assim como atividade:

Elaboração de um procedimento sectorial de articulação entre o SUP e a Consulta Externa de Endocrinologia (CEE). (ANEXO VI) utilizando o *layout* aprovado pelo HDE

Desde cedo que o aparecimento de uma doença crónica como a DM1, representa para o adolescente uma fonte de preocupação e de angústia, resultando rapidamente em alterações comportamentais, cognitivas e afetivas, que se manifestam negativamente em si e nos que os rodeiam. Constitui-se como um choque psicológico e uma situação de crise familiar (Serrabulho e Boavida, 2007). Para além de experimentarem as mudanças biológicas e os impulsos próprios da adolescência, são ainda confrontados com outras perturbações pela presença da patologia (Almeida, 2003).

A adaptação à doença é um processo contínuo e dinâmico. Várias são as fases que o adolescente tem de enfrentar e ultrapassar para se adaptar: negação, revolta, negociação,

depressão e aceitação. Estas poderão ser de maior equilíbrio, a aceitação, e outras de maior ansiedade, como a revolta ou depressão, relacionando-se com as suas características individuais (Serrabulho e Boavida, 2007).

Como já foi referido, os aspetos mais importantes do tratamento da diabetes baseiam-se na insulinoaterapia, numa alimentação equilibrada e fracionada, na autovigilância e autocontrolo, exercício físico. Estas alterações na vida diária do adolescente traduzem-se na adesão aos planos de tratamento instituídos, na aquisição de competências para o auto cuidado, na aprendizagem do manuseamento de materiais e de produtos; na gestão do *stress* associado à doença e na gestão das alterações emocionais implicadas.

Contudo, várias são as pesquisas que nos demonstram que os adolescentes são o grupo etário com maior dificuldade na adesão ao tratamento e no bom controlo metabólico. Entende-se por adesão *“como ação auto-iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos”* (ICN, 2005,p.81) ou seja, é a medida em que o comportamento da pessoa tem de ser concordante com as orientações facultadas pelo prestador de cuidados (OE, 2009).

De acordo com o ICN, na Europa apenas 28% dos doentes com diabetes, conseguem atingir um controlo ótimo de glicemia, resultante da fraca adesão à terapêutica. A não-adesão vai provocar alterações físicas e psicológicas nas pessoas, redução da qualidade de vida, aumento da probabilidade de resistência aos fármacos e leva a que haja um desperdício dos recursos de cuidados de saúde, devido aos sucessivos reinternamentos e realização de exames complementares de diagnóstico.

As complicações a longo prazo resultantes de um constante mau controlo metabólico e má adesão terapêutica manifestam-se principalmente através de perturbações cardiovasculares, renais e visuais. Este tipo de morbilidade pode repercutir-se na qualidade de vida do adolescente e representa um problema de saúde pública importante (Almeida,2003). Tal como nos diz Almeida *apud* La Greca, (1990), Woolfsdorf, (1999) *“O controlo da diabetes na adolescência é mais difícil, do que ao longo da infância ou na vida adulta, devido a fatores fisiológicos mas também a fatores psicológicos”* (p. 93).

Isto prende-se com algumas condicionantes, tais como as alterações hormonais durante a puberdade, desenvolvimento físico e psicológico acelerado, alterações no padrão alimentar, padrões variáveis de exercício, alterações comportamentais e tratamento dependente dos pais (Serrabulho e Boavida, 2007). É nesta fase que ocorre uma progressiva autonomia da tutela parental e a sua substituição pela autonomia individual e independência no grupo de pares, o que origina o afastamento das normas familiares de referência e a procura da sua identidade em grupo de normas e valores alternativos (Almeida, 2003).

Nos adolescentes, as atitudes de negligência ou de revolta perante o tratamento evidenciam-se com o não cumprimento da medicação ou o uso inadequado do material, como a prática de registos fraudulentos. O adolescente com doença crónica terá de manter algum grau de dependência, quer dos pais como dos técnicos de saúde, para o controlo da sua condição. Contudo, a rotina dos tratamentos é vista pelo adolescente como algo que lhe é

imposto pelos pais ou profissionais, chocando com a sua necessidade de autonomia e independência (*Ibidem*, 2003).

A capacidade de participar na autogestão da DM varia de acordo com as suas capacidades cognitivas, desenvolvimento e maturação emocional. No entanto, o envolvimento dos pais é importante em todas as etapas da infância e até na adolescência.

A não adesão ao tratamento de doenças crónicas apresenta etiologia multifatorial. Os fatores relacionados com a adesão à terapêutica dividem-se em fatores internos, tais como a componente biológica (como o tipo de patologia, a sua gravidade e outros), os valores, crenças, atitudes, motivações, responsabilidade, autodisciplina e outras características de personalidade; e os fatores externos que se referem ao suporte familiar, dos amigos e prestadores de cuidados de saúde, o próprio sistema de saúde e a doença e suas especificidades (*Ibidem*, 2003). Estes resultados são corroborados e complementados pelo ICN que define como fatores que influenciam a adesão o baixo estatuto socioeconómico, crenças culturais acerca da doença e tratamento, analfabetismo e baixo nível educacional, as características da doença e relacionados com a terapêutica, desemprego e custos da medicação (OE, 2009).

Ainda a WHO (2003) agrupa os fatores em cinco diferentes grupos: fatores sociais, económicos e culturais, fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde, fatores relacionados com a doença de base e co morbilidade, fatores relacionados com o tratamento e fatores relacionados com a pessoa doente (DIAS [et al.], 2011).

Todos estes factos vão de encontro aos resultados do questionário, em que idade (n=6), aceitação pelos pares (n=5), contexto psicossocial e económico (n=5), suporte familiar (n=2) e a negação da doença (n=3), as alterações da autoimagem e autoestima (n=3) e os estilos de vida (n=2), destacando ainda as alterações durante a adolescência e a má gestão de tempo, são referidos pelos enfermeiros do SUP como os mais importantes para a não adesão.

O conjunto destes fatores contribui para o aumento da recorrência ao serviço de urgência por descompensação da doença podendo levar a situações mais graves como a Cetoacidose diabética (CAD). Caracterizada por um défice de insulina sérica e aumento das hormonas contra regulatórias, (cortisol, glucagon e catecolaminas), que vão acelerar o catabolismo da glicose pelo fígado e músculos resultando numa hiperglicemia e produção de corpos cetónicos (ISPAD, 2011). São estes níveis elevados de cetonas que vão provocar alterações do pH do sangue e consequentemente podem levar ao coma e morte (ADA, 2013).

A cetoacidose é a causa mais frequente de hospitalizações e de morte. Este facto é evidenciado no Relatório Anual do Observatório da Diabetes de 2011, que nos diz que as causas mais frequentes de internamento por descompensação/complicações da DM são a Cetoacidose, a hiperosmolaridade, o coma diabético, manifestações renais, entre outras. De acordo com a DGS, verifica-se num estudo em Portugal que o número de reinternamentos por descompensação ou complicações da DM aumentou de 14% em 2009 para 17% em 2010 (Boavida [et al.], 2011). Estima-se que cerca de 50% das hospitalizações podiam ser evitadas

se existisse um melhor tratamento em ambulatório e melhor adesão ao autocuidado (Fritsch [et al.], 2011).

Para que haja um melhor controlo da doença e mais qualidade de vida é muito importante que a adesão à terapêutica seja bem-sucedida. No tratamento da diabetes é importante que a criança/adolescente e família consigam gerir o seu tratamento.

Uma boa adesão terapêutica é um dos meios fundamentais para que o adolescente e família vivam a doença da melhor forma e evitem ou retardem o aparecimento de complicações. Boa adesão favorece a *“efectividade das intervenções, promove a saúde e melhora a qualidade de vida e a esperança de vida dos doentes”*(OE, 2009:34). Por conseguinte, compreende-se a relevância de atuar precocemente nesta situação, evitando que o adolescente constantemente descompense a sua doença por este motivo.

O enfermeiro do SUP assume um papel crucial durante a admissão do adolescente à urgência por uma DM descompensada relacionada com uma má adesão ao tratamento. A colheita de dados é uma fase preponderante para identificar quais os fatores que contribuíram para a sua admissão, no sentido de desenvolver um plano terapêutico com estratégias para restabelecer e promover a saúde do adolescente e consequentemente prevenir as complicações associadas à descompensação.

A promoção da saúde é sem dúvida uma competência do enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e pediátrica em contexto da urgência, pelo que torna-se imprescindível a mobilização de todos os recursos possíveis para evitar a morbilidade ou mortalidade resultante da não adesão do adolescente ao tratamento da diabetes. Para evitar complicações associadas ao mau controlo metabólico da DM1, é necessário perceber quais os fatores que contribuem para esta causa e por outro lado desenvolver estratégias para ultrapassá-los.

A articulação entre o SUP e a consulta de endocrinologia, onde é realizado o seguimento destes doentes, surge como uma mais-valia neste processo, na medida em que permite uma partilha de conhecimentos e informação que, por sua vez, vão proporcionar uma melhoria nos cuidados prestados ao adolescente/ família que recorra ao serviço de urgência por descompensação da DM1, neste caso em particular, por não adesão à terapêutica. Foi após esta reflexão crítica que resultou o procedimento sectorial.

Para que a articulação se estabeleça de uma forma efetiva, contínua e dinâmica é necessário que o processo de comunicação entre os diversos níveis de cuidados de saúde esteja bem estruturado, com os circuitos de informação bem definidos e utilizando uma linguagem comum (Ferreira, 2007). Assim, após contacto com a equipa de enfermagem da CEE, verificou-se que é uma necessidade partilhada pelas equipas, pois demonstrou o seu interesse e disponibilidade para esta articulação, visando a agilização do processo de internamento do adolescente e a contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos mesmos.

Uma vez que esta equipa, tem maior conhecimento dos antecedentes pessoais do adolescente, da sua história passada e atual quer da doença como de saúde, conhece os seus

hábitos de vida diários, conhece a família, e acima de tudo já desenvolveu uma relação terapêutica, que é um fator importante na facilitação da adesão terapêutica do adolescente, torna-se imprescindível o seu envolvimento no tratamento do adolescente descompensado. O conhecimento global do adolescente, quer a nível individual, social, físico, psicológico e familiar é uma fonte de informação imprescindível para a elaboração de um plano terapêutico.

Para informar sobre os resultados do questionário de diagnóstico de situação aplicado e dar a conhecer o procedimento de articulação do SUP com a Consulta externa de Endocrinologia, realizou-se uma sessão com a equipa, proporcionando um momento de discussão e ideias sobre a melhor forma de implementação. Durante a discussão, os elementos deram sugestões de melhoria da folha de articulação, numa tentativa de aplicar a todas as crianças bem como relativamente à sistematização dos itens a preencher. Uma vez que a formação não abrangeu os 100% da equipa, o Enfermeiro Chefe do Serviço sugeriu abordar o assunto posteriormente ao estágio, numa reunião de serviço, para aprovação e consequente implementação.

Para intervir junto do adolescente com DM1 que não adere à terapêutica estipulada é necessário combinar várias estratégias educativas e comportamentais, o que vai ao encontro dos objetivos deste procedimento sectorial de articulação entre serviços.

A atividade seguinte resultou da análise do questionário sobre as necessidades de formação dos enfermeiros em determinados temas, nomeadamente: no tratamento da Diabetes, Entrevista ao adolescente, Cetoacidose Diabética, Dias de doença do diabético, entre outras.

Conhecendo a importância da formação e investigação para a configuração e consolidação do exercício profissional, houve a necessidade de promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros nesta área. Todavia, tendo em conta a curta duração do estágio e o atual aumento da afluência de crianças no SUP, e consequentemente menos disponibilidade por parte da equipa, dos vários temas identificados, selecionei o mais mencionado pelos enfermeiros como o mais prioritário e realizei:

Sessão de formação em serviço, intitulada de: *Bombas infusoras de insulina: no tratamento da DM tipo1 na criança (ANEXO VI).*

A sessão teve como finalidade informar a equipa de enfermagem sobre a técnica de Infusão subcutânea contínua de insulina (Bombas perfusoras de insulina), e das implicações para a nossa prática.

O tratamento através da utilização de Infusão Subcutânea Contínua Insulina (ISCI) foi introduzida na década de 70 e atualmente apresenta uma simplificação, otimização e generalização na prática clínica. É a forma mais fisiológica de administração de insulina, simulando o funcionamento do pâncreas. Permite regular facilmente as doses de insulina administradas por hora, ajustadas às suas necessidades individuais. Atualmente estes dispositivos são de pequenas dimensões, leves e facilmente transportáveis (Balsa, 2010).

O *Despacho do Secretário de Estado da Saúde de 13-11-2007*, determina a disponibilização de bomba de perfusão subcutânea de insulina, como método terapêutico intensivo para as pessoas com DM tipo 1, beneficiários do Serviço Nacional de Saúde ou Subsistema de Saúde, sem qualquer encargo para os mesmos (DGS, 2008). Desta forma, prevê-se que aumente o número de utentes a utilizar este método de tratamento, podendo o profissional de saúde enfrentar situações inesperadas, como por exemplo, uma admissão na urgência de criança descompensada por mau uso da bomba infusora, ou a preferência dos pais de uma criança em situação de internamento, pelo uso da sua bomba recusando voltar ao esquema intensivo de insulina. Torna-se por isso crucial, que os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, se mantenham atualizados das novas tecnologias.

O HDE faz parte deste programa do governo e, recentemente, a CEE iniciou o programa de introdução de Bombas no tratamento da criança com DM1. Contudo, por falta de verbas, este programa está atualmente estagnado. É evidente que não é por esta razão que se torna desnecessário ou facultativo o aprofundamento do nosso conhecimento nesta área. Os profissionais de saúde devem estar atentos e procurar informação disponibilizada no âmbito desta temática, pois poderemos deparar-nos com crianças/ adolescentes que utilizem este método de tratamento e importa estar informado sobre os cuidados a ter e quais as implicações que tem na gestão da sua doença.

Os desenvolvimentos tecnológicos recentes, especificamente o da bomba de insulina e a monitorização contínua de glicose oferecem a esperança de alcançar com segurança um bom controlo glicémico nas crianças. Uma das vantagens do uso destas tecnologias, relaciona-se com a maior facilidade de controlar as rápidas variações dos níveis de glicemia nas crianças, protegendo-as de desenvolver complicações tardias ou imediatas como a hipoglicemia grave (ADA, 2013).

Existem outras vantagens como: a individualização do tratamento, as crianças fazem menos injeções do que utilizando o esquema intensivo, maior flexibilidade na gestão da administração de insulina de acordo com o que é ingerido, precisão na dosagem, prevenção de complicações, menos hipoglicemia, melhor controlo na escola e nos dias de doença, armazenamento de informação.

Várias pesquisas e estudos têm evidenciado que é seguro e eficaz utilizar este método de tratamento na pediatria, verificando-se uma redução da HbA1c e das crises de hipoglicemia (Carchidi [et al.],2011;Plotnick [et al.] 2003; Nimri [et al.],2006).

Contudo, existem alguns critérios definidos para poder usufruir deste tratamento com sucesso: primeiro que tudo devem estar motivados e despertos para as novas tecnologias, dispostos a monitorizar frequentemente a glicemia capilar, aprender a contagem de hidratos de carbono, gerir com habilidade a administração de insulina, possuir habilidades de resolução de problemas, ter um acompanhamento constante quer dos pais como da equipa de saúde. Em caso de crianças mais pequenas, os pais têm de estar motivados e ter conhecimentos e competências adequadas para gerir o tratamento (Carchidi [et al.],2011)

Durante o estágio, contactei com uma adolescente com antecedentes de Fibrose Quística e DM1, admitida no SU por infeção respiratória, que utiliza uma bomba infusora de insulina como tratamento. Foi interessante compreender a forma como esta utiliza o dispositivo e reforçar alguns ensinamentos relativamente aos cuidados a ter nos dias em que está doente e em que há variações dos valores de glicemia. Foi também um episódio importante de partilhar na formação em serviço com alguns elementos da equipa.

A realização desta formação foi de encontro às sugestões apresentadas por Carchidi [et al.] (2011) no que concerne ao que os enfermeiros devem saber relativamente a esta temática das novas tecnologias no tratamento da Diabetes, como: Compreender as vantagens de tecnologias atualmente disponíveis em termos de otimização do controle glicémico e melhorar a qualidade de vida dos doentes; conhecer as desvantagens associadas ao uso destes dispositivos, e ajudar os doentes / famílias na definição de expectativas realistas e na minimização das complicações; e obter maior participação no desenvolvimento de políticas e procedimentos institucionais relacionadas com o uso de bombas e sensores em ambiente hospitalar.

A equipa de enfermagem avaliou esta formação como muito pertinente, pelo que foi disponibilizada bibliografia e alguns contactos de laboratórios, para posterior complementaridade da informação.

A integração na equipa multidisciplinar foi gradual e facilitada pelo facto de trabalhar no mesmo Hospital e conhecer já alguns dos profissionais.

Durante a minha passagem pela urgência, tive oportunidade de passar pelos diferentes sectores de trabalho, promovendo variadas oportunidades de aprendizagem e de intervenção. Colaborei na prestação de cuidados às crianças em Sala de tratamento, SO e realizei internamentos nos serviços. Aprendi a trabalhar no sistema informático (HCIS®), onde são realizados todos os registos, quer de enfermagem como médicos. Tive oportunidade de estar várias vezes na Triagem, que se traduz num dos momentos mais importantes da prestação de cuidados, pois é muito importante o nosso olhar crítico sobre aquela determinada criança/família e situação inesperada, para poder planear, desenvolver e encaminhar de forma mais adequada.

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Com o desenvolvimento destas atividades adquiri competências como: *Implementa e gere em parceria um plano de saúde promotor da capacidade de gerir o regime e da reinserção da criança/jovem; Faz o Diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; promove a adaptação à criança/jovem e família à doença crónica; promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde; Promove o crescimento e desenvolvimento infantil e comunica com a criança e família de forma*

apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. Promove a formação em serviço, e colabora na integração de novos profissionais através da documentação facultada.

3.3.2. Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria

3.3.2.1. Caracterização do Serviço de Neonatologia

O estágio do Módulo III, relativo aos cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), realizou-se no serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE- Hospital de Santa Maria, de 15 de Outubro a 10 de Novembro de 2012.

O Serviço de Neonatologia tem 22 vagas, é constituído por 3 sectores (Cuidados Intensivos, Cuidados Intermédios e Sala de Pré-Saída) e recebe bebés de outras Unidades Hospitalares, inclusive das ilhas.

De uma forma geral, neste serviço prestam-se cuidados a bebés prematuros ou doentes sobretudo nas especialidades de cirurgia, urologia, neurocirurgia, cardiologia, neurologia, doenças metabólicas e nefrologia. É também uma Unidade de referência a nível nacional para o tratamento de recém-nascidos por hipotermia induzida.

Os objetivos do serviço, na área de enfermagem são a prestação de cuidados ao Recém-nascido pré-termo e doente; promoção dos cuidados centrados no desenvolvimento do bebé e da Família; promoção do aleitamento materno e promoção de boas práticas relativas ao controlo da dor.

Os bebés internados no sector dos Cuidados Intensivos encontram-se mais instáveis, na sua maioria ventilados e com necessidades de cuidados especializados e de grande complexidade. No sector dos Intermédios, encontramos bebés mais estáveis, ainda com necessidade de alguns cuidados complexos, tais como dependência de oxigénio e com pouca autonomia e tolerância alimentar. Pretende-se que o bebé ganhe essa autonomia e que os pais adquiram competências nos cuidados aos seus filhos, nomeadamente, banho, alimentação e no alívio da dor e conforto do RN, iniciando-se assim a preparação para a alta. Na Sala da Pré-Saída estão os bebés que, pela aquisição de autonomia e de estabilidade a nível de saúde, estão aptos a terem alta. É neste sector que são reforçados os ensinamentos aos pais e validada a informação para a alta.

A equipa multidisciplinar funciona 24h por dia e é composta de médicos especialistas, enfermeiros especialistas e enfermeiros e assistentes operacionais. É também complementada por outros profissionais e técnicos de saúde. A equipa de enfermagem é composta pela enfermeira Chefe, uma enfermeira coordenadora de apoio à gestão e responsável pela visita domiciliária e por 36 enfermeiros, distribuídos por 6 equipas, cada uma com um chefe de equipa especialista.

Em cada turno, a distribuição dos elementos é da seguinte forma: 3 para os cuidados intensivos, 2 para os cuidados intermédios e 1 na sala da pré-saída, estando ao encargo de cada equipa, a gestão de rotatividade dos mesmos. O método de trabalho é o individual.

Este serviço promove ainda a humanização dos cuidados prestados, fomentando a participação dos pais nos mesmos, designando um enfermeiro de referência por RN admitido, que funciona como facilitador na aquisição de competências parentais, proporcionando o apoio psicológico aos pais, esclarecimento de dúvidas e a quem os pais podem recorrer sempre que necessário.

3.3.2.2. *Objetivos e atividades desenvolvidas*

A UCIN apresenta um conjunto de especificidades inerentes às patologias associadas ao RN prematuro, que dificultam a amamentação precoce. Associado a esta ideia, de acordo com (WHO, UNICEF (2008), ainda podem existir algumas condições especiais em que as mães não podem amamentar, tais como, perante diagnóstico de galactosémia, fenilcetonúria e leucínose no bebé, se a mãe tiver HIV, HTLV-1 ou se estiver a fazer quimioterapia. Estando temporariamente impedidas nos casos de presença de herpes e abcesso mamário, se estiverem medicadas com psicotrópicos, sedativos, antiepiléticos, opiáceos, ou se tiverem contacto com substâncias tóxicas, como álcool e drogas. Por outro lado, existem situações em que a amamentação exclusiva não é suficiente e necessita de ser complementada, especialmente perante RN com menos de 32 semanas de idade gestacional, com risco de hipoglicemia. Estas situações contribuem, muitas vezes, para que as mães, por falta de motivação e estimulação, deixem de produzir leite suficiente ou mesmo para que abandonem a ideia de amamentar.

Apesar destes factos, sabendo os benefícios que a amamentação e aleitamento materno assumem no saudável crescimento e desenvolvimento do RN, este serviço promove a amamentação, visando a alimentação precoce do prematuro através do aleitamento materno. Em 2012, esta unidade sofreu uma auditoria para o processo de Creditação, na adesão à Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, caracterizada como uma ação mundial, idealizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que, com base nos resultados da investigação científica sobre benefícios do aleitamento materno, visa promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno e a prevenção do desmame precoce (Seika e Ribeiro da Luz, 2010). Durante todo este processo, foram realizadas várias normas e procedimentos relacionados com a temática da Amamentação e leite Materno.

A equipa de enfermagem apresenta um programa de formação anual que para além da formação em serviço, contempla sessões de educação para a saúde direcionadas aos pais.

De acordo com a enfermeira orientadora, este projeto de formação encontra-se ainda pouco desenvolvido, por motivos inerentes à falta de disponibilidade dos elementos da equipa. Deste modo, aproveitando o trabalho iniciado pelas anteriores colegas da especialidade, houve a necessidade de dar continuidade a este programa de formação do serviço e, assim seleccionar de entre as temáticas programadas, quais as mais prioritárias. Uma vez constatado que no âmbito da temática da amamentação, existiam temas não abordados, foi-me solicitado a sua complementaridade.

Neste sentido, para melhor compreender as necessidades e dúvidas das mães dos prematuros internados no serviço de Neonatologia relativamente à temática da Amamentação e aleitamento materno, foi-lhes aplicado um questionário entre os dias 20 e 21 de Outubro (ANEXO VIII). De acordo com a análise do mesmo, num total de n=8 respostas, constatei que a maioria (n=6) refere que as suas dúvidas estão relacionadas com os cuidados a ter na alimentação da mãe enquanto amamenta. O tema acima referido pelas mães como uma necessidade atual, vai de encontro ao já mencionado plano de formação do serviço de Neonatologia.

Para dar resposta a esta problemática delineei o seguinte objetivo:

➤ **Promover o crescimento e desenvolvimento saudável do RN através dos cuidados que a mãe deve ter com alimentação durante a amamentação.**

Para concretizar este objetivo, realizei uma *sessão de educação para a saúde* intitulada de “As mães que cuidam...cuidados a ter com a alimentação”, (ANEXO IX) desenvolvida de acordo com o diagnóstico das necessidades identificadas. Esta sessão abordou os cuidados que a mãe deve ter na alimentação e estilos de vida durante a amamentação e os fatores que influenciam a produção de leite materno. A divulgação da sessão foi realizada pela afixação de um cartaz informativo e reforçada a sua importância junto dos pais durante os turnos.

Os benefícios do aleitamento materno são inúmeros quer para a mãe como para o bebé. Destaca-se o facto de proporcionarem um adequado e saudável crescimento e desenvolvimento da criança, conferir-lhe proteção contra as infeções e na prevenção de doenças tardias como a obesidade, doenças cardiovasculares e Diabetes (Balabam e Silva, 2004).

Existe uma vasta bibliografia no âmbito da alimentação que as mães devem ter durante o período de gestação. Contudo após o nascimento do bebé, as mães não têm tanta informação nesse sentido e têm algumas dúvidas sobre a alimentação a adotar.

A alimentação da mãe influencia a constituição do leite materno pelo que durante o período de amamentação, a mãe deve ter uma alimentação saudável. Culturalmente existem mitos, opiniões e crenças divergentes relacionadas com a alimentação a ter durante a lactação, mas poucos são os estudos científicos realizados nesta área e que nos trazem resultados.

Todavia, existe algum consenso nesta temática, no que concerne à não existência de alimentos proibidos durante este período, mas sim de certos alimentos, que quando ingeridos pela mãe, passam para do leite materno e podem provocar reações no bebé, tais como cólicas, irritação, agitação, reações cutâneas, alterações no padrão de sono, nas fezes, entre outras (Alto comissariado da Saúde, 2008) Compreende-se assim, a necessidade de evitar ou reduzir a frequência de consumo destes alimentos, tendo sempre em consideração a resposta individual de cada bebé. Ainda relativamente às dúvidas maternas, tornou-se fundamental esclarecer quais os fatores que condicionam o processo de lactação. Os aspetos que dificultam a produção de leite são as dietas desequilibradas, desidratação materna, ingestão de álcool e

tabaco e a não extração de leite materno manual ou com dispositivos. Por outro lado os aspetos que facilitam a produção de leite prendem-se com o próprio ato de amamentar, condicionado pela frequência, duração e intensidade da sucção pelo bebé; a alimentação materna saudável, o equilíbrio repouso/atividade física da mãe e a realização do *Kangaroo care* (método de canguru) (*idem*). Neste sentido é importante estimular as mães a realizarem estas últimas medidas, pois assim poderemos garantir a alimentação saudável do RN por muito mais tempo.

A informação disponibilizada por vezes é contraditória, pelo que realizei uma pesquisa bibliográfica, recorrendo a várias fontes, no sentido de esclarecer corretamente estas mães.

A mãe que amamenta deve sempre pensar nas suas necessidades e nas necessidades do bebé. Por este motivo é tão importante que estejam esclarecidas e despertas para esta questão, compreendendo que as suas ações, relativamente à alimentação e alguns hábitos de vida adotados, vão influenciar o desenvolvimento do seu filho. Tendo em conta esta reflexão, torna-se crucial fomentar a promoção do leite materno. É importante educá-las no sentido de adotarem uma alimentação saudável e períodos de descanso, para assim promoverem saúde e prevenirem as doenças nos seus filhos.

Estiveram presentes nesta sessão seis mães, um pai e duas enfermeiras, sendo que uma era a Orientadora de estágio. E como se pode verificar no anexo IX, a avaliação da sessão foi muito positiva e satisfatória.

Outra atividade desenvolvida para dar resposta a este objetivo, foi a elaboração de um Folheto informativo, (ANEXO X) partindo da reflexão acima realizada, face às questões colocadas pelos pais sobre a temática da Amamentação e Aleitamento Materno e da síntese da informação pertinente referida na ação de educação para a saúde. O seu objetivo foi a sensibilização das mães e profissionais de saúde sobre a relevância dos hábitos alimentares da mãe na produção de leite materno e conseqüentemente a influência que estes vão exercer nos bebés. Este folheto foi aprovado pela Chefe da UCIN e implementado como documentação do serviço, sendo distribuído pela equipa de enfermagem sempre que se justificar pertinente.

A pertinência de ambas as atividades desenvolvidas remete-nos para a continuidade da implementação do projeto regulado pela Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés, no sentido da promoção do aleitamento materno.

Outro objetivo específico levantado foi:

➤ **Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem ao RN e família em contexto de UCIN;**

O RN prematuro é um ser muito frágil e imaturo. A instabilidade eminente da sua situação de saúde é preocupante e requer do enfermeiro várias competências não só técnicas, como também humanas para gerir toda esta situação. A observação e reflexão crítica sobre a atuação do EESIP e restante equipa de enfermagem, revelaram ser uma estratégia eficaz para

a aquisição de competências neste contexto. A minha integração na equipa foi gradual e positiva, permitindo que a minha participação nos cuidados fosse evoluindo de forma gradual. Rapidamente comecei a planear e a prestar cuidados ao RN e família, diagnosticando as suas necessidades de forma a intervir eficazmente.

Neste contexto a relação de parceria de cuidados com os pais assume extrema importância. Envolver os pais na prestação de cuidados, planear conjuntamente os cuidados, negociando quais os cuidados que cada um deve prestar ou qual a melhor altura para os realizar, são estratégias que vão contribuir para a qualidade dos cuidados ao RN. Por outro lado facilitam a vinculação dos pais com os filhos e estimulam o papel parental.

Tanto na ala dos intermédios como dos cuidados intensivos tive oportunidade de prestar cuidados diretos aos RN. Avaliar, diagnosticar, planear e intervir junto deles e dos seus pais. Desenvolvi como atividades estimular à participação dos pais nos cuidados ao RN, visando a aquisição de autonomia. A parceria de cuidados desenvolveu-se no âmbito da alimentação, nos cuidados de higiene, conforto e da massagem infantil. Abordei o tema da segurança infantil adequado a esta faixa etária, no sentido de sensibilizar os pais para os riscos. Realizei ainda ensinamentos sobre a boa pega, posição do bebé durante a amamentação, cuidados que a mãe deve ter com os mamilos e com a sua alimentação, sobre a técnica de extração de leite materno e sua conservação.

Esta unidade promove ainda o método canguru como técnica promotora de saúde no RN. Este método consiste no contacto pele-a-pele precoce, contínuo e prolongado do bebé com a mãe. Ferreira [et al.] (2012) apresentam-nos no seu estudo as inúmeras vantagens nomeadamente na vinculação, alívio da dor, melhoria dos sinais vitais, aleitamento materno, aumento de peso e redução da mortalidade e morbilidade. Tendo em conta este facto, e sendo uma intervenção autónoma de enfermagem, cabe-nos a nós continuar a proporcionar estes momentos, contribuindo em larga escala para a qualidade dos cuidados à criança e família.

Perante esta situação de fragilidade, relacionada com a instabilidade de saúde dos seus filhos, são muitas as vezes que os pais se sentem sem forças nem esperança para continuar a lutar e a acreditar. Sentem-se perdidos e sozinhos e cabe ao EESIP, compreender concretamente quais as suas necessidades e promover a adaptação destes pais à situação, através do suporte emocional, apoio psicológico e estratégias promotoras de esperança (OE, 2010).

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Concluído este módulo, referente à Neonatologia, ressalvo a obtenção de várias competências do EESIP, tais como: *Diagnostica precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; Responde às doenças raras com cuidados de*

enfermagem apropriados; promove a adaptação da criança/jovem e família à deficiência/incapacidade; Promove a vinculação de forma sistemática no caso do RN doente ou com necessidades especiais; Tal como nos outros estágios; Implementa e gere em parceria um plano de saúde promotor, neste caso da parentalidade; Promove o crescimento e desenvolvimento infantil; e também comunica com os pais e profissionais de forma apropriada tendo em conta as crenças e cultura de cada um. Demonstra ainda capacidade de reagir perante situações complexas e imprevistas e desenvolver uma metodologia eficaz na assistência ao RN.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

UM OLHAR SOBRE O PERCURSO

O percurso de aprendizagem que termina com a elaboração deste relatório foi longo e acompanhado de muito trabalho e reflexão sobre a prática, pois, tal como Freire referia *“a prática precisa da teoria como a teoria precisa da prática”* (1997:84). Na verdade, a dotação de competências pré-concebidas e de um vasto conhecimento especializado na área da saúde infantil e pediátrica, resultante da minha atividade profissional, não só promoveu a facilidade de integração nos contextos como também permitiu uma articulação e mobilização constante de conhecimentos da minha prática profissional para os campos de estágio e vice-versa.

Após a conclusão deste relatório, creio ter atingido os objetivos traçados para o mesmo. Ainda que nem sempre seja fácil pôr em evidência as atividades que realizamos, contextualizando e fundamentando as mesmas de forma adequada, penso que com a leitura do presente relatório é possível compreender o seu sentido.

As atividades desenvolvidas em contexto de CSP permitiram-me atuar precocemente no diagnóstico de fatores de risco, hábitos e comportamentos adotados pela criança/família que podem ameaçar o seu adequado desenvolvimento e crescimento e posteriormente intervir, atuando ao nível da prevenção de potenciais problemas, como a DM2, e minimizando o impacto destes mesmos comportamentos. Importa salientar que o facto de não existir na UCSP onde realizei o estágio, um acompanhamento nas consultas de saúde infantil, das crianças de todas as faixas etárias, constituiu-se como um problema. O papel do EESIP torna-se assim incompleto, pois a sua intervenção não abrange toda a sua população alvo, descorando o papel privilegiado de avaliação, deteção de problemas e promoção da saúde, que constitui as consultas de saúde infantil.

Ao nível do SUP as iniciativas desenvolvidas visaram a capacitação dos doentes e famílias para uma melhor e eficaz adesão ao tratamento da sua doença, DM1, promovendo neste sentido uma articulação e colaboração entre os demais profissionais e serviços que prestam cuidados de qualidade a estas crianças e famílias. Por último no âmbito da neonatologia, a abordagem à promoção da saúde, recaiu sobre os hábitos alimentares da mãe que amamenta, que têm repercussões no desenvolvimento e crescimento do RN.

Tal como é enunciado pela OE (2010), é da competência do EESIP *“utilizar estratégias motivadoras para a criança/jovem e família na assunção dos seus papéis em saúde”* e proporcionar *“conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais à criança/família facilitando o desenvolvimento de competências na gestão da saúde/doença”*, por este motivo considero extremamente relevante as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios. Todas estas visaram abordar a promoção da saúde na criança /adolescente e família, tendo em conta as suas características pessoais, seus comportamentos de saúde e a sua interação com o meio ambiente.

A aquisição e desenvolvimento das competências no âmbito EESIP descritas ao longo do relatório, foi gradual e crucial para o meu crescimento não só enquanto profissional mas também como pessoa.

Inúmeras foram as aprendizagens ao longo deste percurso académico, potenciadas pelas enfermeiras especialistas orientadoras, os próprios contextos de estágio, o trabalho individual de reflexão, a pesquisa baseada na evidência e pela interação constante com o público-alvo, ou seja com as crianças e famílias recetoras dos nossos cuidados.

Demonstrei capacidade de aplicar conhecimentos, compreender e de resolver problemas em situações não familiares, nos diferentes contextos multidisciplinares, no âmbito da minha área de especialização.

Ao longo dos módulos procurei manter de forma contínua e autónoma, o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional. A reflexão, análise crítica e fundamentada sobre o exercício profissional e o papel do EESIP proporcionaram a minha compreensão relativamente as implicações e responsabilidades éticas e sociais e relevância das atividades realizadas, na prática, nomeadamente na melhoria da qualidade de vida das crianças e suas famílias e na busca de comportamentos promotores de saúde e bem-estar.

O EESIP é um elemento fundamental na promoção da saúde, deve reunir todos os recursos possíveis, mobilizar conhecimentos e desenvolver estratégias eficazes promotoras de saúde e bem-estar, visando a redução dos custos na saúde e melhoria da qualidade de vida das criança/adolescentes e suas família.

Ao longo do percurso efetuado surgiram também algumas dificuldades e limitações, especialmente inerentes aos contextos e relacionadas com a insuficiência de recursos humanos e com o tempo disponível para concretizar os objetivos e implementar as atividades predefinidas, sendo inevitável uma gestão assertiva do tempo. Este desafio foi ultrapassado com sucesso, constituindo-se como mais ganho na minha aprendizagem.

Considero pertinente a continuidade do trabalho realizado, dando visibilidade à pertinência da promoção da saúde nas diferentes áreas de intervenção do EESIP. Seria também uma mais-valia, o investimento em trabalhos de investigação no âmbito das intervenções de promoção de Saúde na criança/adolescente com Diabetes, contribuindo para a otimização dos cuidados prestados.

Esta experiência foi bastante enriquecedora e positiva, contribuindo para que ocorresse em mim um crescimento pessoal e profissional que teve, indubitavelmente impacto na pessoa e enfermeira que sou hoje, diferente da que era há um ano e meio atrás, antes de iniciar esta longa e gratificante caminhada.

5. BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - *Recomendações sobre a promoção de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças*. Edição Brasileira Anvisa: OMS. 2011

AGUILAR , Maria J [et al] - A nursing educational intervention helped by One Touch UltraSmart™ improves monitoring and glycated haemoglobin levels in type 1 diabetic children. *A Journal of Clinical Nursing*. [em linha]. 21 (2011), p1024-1032. [Consult. 1 Fev.2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22221300>

ALMEIDA, Paulo – *Impacto dos Fatores Psicológicos Associados à Adesão Terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em Adolescentes com Diabetes tipo 1*. Braga: Psicologia da Universidade do Minho. Instituto da educação de Psicologia, 2003. Dissertação de Doutoramento no Minho, na especialidade de Psicologia Clínica. Disponível em http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10577/1/Tese_Doutoramento_Paulo_Almeida.pdf

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE - *Amamentar: O sítio do Aleitamento Materno para cidadãos e profissionais de saúde*. [em linha] [S.l], 2008. [Consult. 2012-05-21] Disponível em <http://www.amamentar.net/Inicio/tabid/154/Default.aspx>

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - Ketoacidosis (DKA). [em linha]. 2013. [Consult 16 Ags 2012]. Disponível em <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/parents-and-kids/planet-d/new-to-diabetes/ketoacidosis.html> 2013

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - *Living with Diabetes: Insulin pumps*. [em linha] 2013 [Consult. 10 Jan 2012]. Disponível em <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/treatment-and-care/medication/insulin/insulin-pumps.html>

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. [em linha]. 35:1 (2012). p11-63. [consult. 10 Jan.2013] Disponível em http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S11.extract

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION- Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 35: supplement 1.(2012),p 64-71

ANTÓNIO, Patricia. - A Psicologia e a doença crónica: Intervenção em grupo na Diabetes Mellitus. *Psicologia. Saúde & doenças*. [em linha] 11:1 (2010).p15-27. [Consult. 15 set.2012]. Disponível em

http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862010000100002&script=sci_arttext

APARÍCIO, Graça – Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. Instituto Politécnico de Viseu. [em linha] (2010). [Consult. 30 Abr.2012]. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/309>. ISSN 1647-662X

AZEVEDO, Carlos A. M.; AZEVEDO, Ana G. – *Metodologia Científica: Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos*. 9ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. 180 p. ISBN 978-972-54-0212-2.

AZEVEDO, Carlos A. M.; AZEVEDO, Ana G. de – *Metodologia Científica: Contributos Práticos Para a Elaboração De Trabalhos Académicos*. 9ª ed. Revista. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. p178. ISBN 978-972-54-0212-2

BALABAM L, Geni; SILVA, Giselia A.P. - Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. *Jornal de Pediatria*. [em linha] 80:1 (2004). [Consult. 2 Nov 2012]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572004000100004&script=sci_abstract&lng=pt

BALSA, Ana M. - *Estudo da terapêutica com bombas infusoras subcutâneas contínuas de insulina nos diabéticos do Hospital São João*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010. Mestrado Integrado em Medicina pelo professor Dr. Celestino Neves.

BARROS, Luísa – *Psicologia Pediátrica: Perspetiva Desenvolvimentista*. 2ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. 220p. ISBN 972-796-081-2

BENNER, Patrícia - *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na Prática clinica de Enfermagem edição comemorativa*. Coimbra: Quarteto editora, 2001, p. 29. ISBN 972-8535-97-X

BOAVIDA, José Manuel [et al.] - *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: Factos e números 2011*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia. 2011. ISBN: 978-989-96663-1-3

BOLANDER, Verolyn Rae - *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. 1ª Edição. Lisboa : Lusociência, 1998. ISBN: 972-96610-6-5

BUSS, Paulo M. – Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Colectiva*. Rio de Janeiro. ISSN 1413-8123. 5:1 (2000) p163-177.

CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA - *Programa Local de Habitação de Lisboa* [em linha].Lisboa:CML. [consult. 30 Abr. 2012]. Disponível em: <http://habitacao.cm-lisboa.pt/>

CANDEIAS, [et al.] - *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Lisboa: DGS, 2005. 31p ISBN: 972-675-141-1

CARCHIDI, C. [et al.] - New technologies in pediatric diabetes care. *MCN Am J Matern Child Nurs.*[em linha].36:1(2011).p:32-9. [Consult. 04 Set.2012]. Disponível em: http://www.nursingcenter.com/prodev/ce_article.asp?tid=1113627#P97

CARVALHO, Amancio; CARVALHO, Graca S.- *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4

CASEY, Anne – *Development and Use of Partnership Model of Nursing Care*. In GLASPER, E. A.; TUCHER, A. – *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari, 1993. 285p. ISBN 1871364914

CHANEY, David [et al.] Long Diabetes education: what do adolescents want?.*Journal of Clinical Nursing.*[em linha] 21(2011). p216–223. [Consult. 1 Fev. 2013]. Disponível em http://journals2.scholarsportal.info/details.xqy?uri=/09621067/v21i1-2/216_dewdaw.xml

CUNHA, Ana Patricia B.; MOTA, Liliana A. N. – *SISTEMA DE APOIO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM: Guia prático*. Loures: Lusociência, 2007.ISBN 978-972-8930-32-5

CZERESNIA, Dina ; FREITAS, Carlos M. (Orgs.) - *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 1ª ed. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.ISBN: 978-85-7541-183-4

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1978). [Consult. em 2012-05-30]. Disponível em WWW: <URL: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaoaude/Dec_Alma-Ata.htm>

DIAS, A. M. [et al.]. - Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*. [em linha]. 40 (2011). p 201-219. [Consult. 10 Jan. 2013]. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/12111/2/Ades%C3%A3o%20ao%20regime%20Terap%C3%AAutico.pdf>

DIAS, S.L.; MACIEL, T.R.C; SABLISH, Z. M – Diabetes tipo 2 na infância: Revisão da literatura. *ConScientiae Saude.*[em linha] 6:1(2007). p71-80. [Consult. 22 Maio 2012] Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=92960109>

DIREÇÃO –GERAL DA SAÚDE - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. I - Prioridades Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2004.90p. ISBN 972-675-109-8

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – CN nº17/DSCS/DGID de 04/08/08, Circular Normativa Gestão Integrada da Diabetes – *Elegibilidade dos doentes para tratamento através de perfusão subcutânea contínua de insulina*. Lisboa: DGS.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas: *Programa nacional de combate à obesidade*. Lisboa: DGS, 2005a. 24 p. ISBN 972-675-128-4.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Plataforma Contra a Obesidade*. [em linha]. [S.l.]: DGS, 2007. [Consult. 30 Abr. 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/conteudo.aspx?menuid=166&exmenuid=167&SelMenuId=166>>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Saúde Infantil e Juvenil – Programa-Tipo de Actuação*. (Orientações Técnicas 12). 2ª ed. Lisboa: DGS, 2005b. 48p. ISBN 972-675-084-9.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - NP nº 002/2011de 14/01/2011 Norma Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus .Lisboa: DGS

ENGELKE, M [et al] - School Nurses and children with diabetes: A descriptive study. *NC Medical Journal*. [em linha].72: (2011).p351-358. [Consult. 1 Fev.1013]. Disponível em <http://europepmc.org/abstract/MED/22416510>

FARO, Beverly [et al] - Improving students' Diabetes Management Through school- based diabetes care. *Journal of Peadiatric Health care*. [em linha]. 19(2005), p301-308.[Consult. 1 Fev. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16202838>

FERREIRA, Manuela; COSTA, Maria - Cuidar em parceria: subsidio para a vinculação pais/bebe pré termo. Viseu: Escola superior de Enfermagem de Viseu. [S.d]

FERREIRA, O.- *Continuidade dos Cuidados: uma prática em parceria. Estratégias de parceria entre o centro de referência em oncologia pediátrica do norte- IPO Porto_ e os cuidados de saúde primários- ARS Norte*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese elaborada no âmbito do Mestrado em Oncologia.

Ferreira, Ana Rita B. [et al] – *Método Mãe canguru: Amamentação do Recém-nascido prematuro e/ou baixo peso*. Ordem dos enfermeiros. [em linha]. (2012). [Consult. 1 Abr. 2013] Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Poster13.pdf>

FREIRE, Paulo – Ninguém Nasce Feito: é Experimentando-nos no Mundo que Nós nos Fazemos. In FREIRE, Paulo – *Política e Educação*. São Paulo: Editora Cortez, 1997. p.79-88.

FRITSCH, Maria [et al] - Predictors of diabetic ketoacidosis in children and adolescents with type 1 diabetes: Experience from a large multicentre database. *Pediatric Diabetes*. [em linha].12 (2011).p307–312. [Consult. 12 Out. 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21466644>

HANAS, Ragnar – *Diabetes tipo 1: em crianças, adolescentes e jovens adultos*. 3ª ed. Lisboa: LIDEL, 2007. ISBN: 978-972-757-459-9

HASTINGS, G [et al.]. Review of research on the effects of food promotion to children. *Centre for social marketing*. 2003.p 1-187.

HESBEEN, Walter- *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência, 1997. p.201. ISBN 972-8383-11-8

HOCKENBERRY [ey al.] – *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2001. 1303p. ISBN 13: 978-85-352-1918-0

ISPAD – *Global IDF/ISPAD Guideline for Diabetes in Childhood and Adolescence*. Brussels: International Diabetes Federation, 2011. 132p. ISBN 2-930229-72-1.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING - *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Versão 1.0. Geneva:ICN. 2005

LEITE, Silmara A. O. [et al.] - Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com diabetes melito tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab* [em linha].52:2 (2008), p 233-242. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000427302008000200010&script=sci_abstract&tlng=pt ISSN 0004-2730

LISSAUER, Tom; CLAYDEN, Graham - *Manual ilustrado de pediatria com dados e informações adaptados à realidade brasileira*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier editora, 2007.ISBN: 978-85-352-2886-1

MAAHS, D.M.; DANIELS, S.R.- A Pediatric Perspective: Adult problems in kids, new challenges in pediatric diabetes. *Pediatric Diabetes*. 8 (2007). p349–351

MAIA, Edmara BS; RIBEIRO, Circéa A e BORBA, Regina IH – Brinquedo terapêutico: benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial à criança e família. *Rev Gaúcha Enferm*. [em linha]. 29:1 (2008).p39-46 [Consult. 1 Abr 2013]. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/5262>

MANNA, Thais Della - Not every diabetic child has type 1 diabetes mellitus. *Jornal de Pediatria*. ISSN 0021-7557. 83:5 supl.0 (2007)

MARQUES, Joana [et al.] – Revisões sistemáticas: O que são e para que servem. *Revista portuguesa de estomatologia, medicina dentária e maxilofacial*. [em linha].49:3(2008). p171-178. [Consul. 10 Fev. 2013]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646289008701286>

MOSTAFA, A .Abolfotouh,[et al.]- Quality of life and glyceimic control in adolescents with type 1 diabetes and the impact of an education intervention. *Int J Gen Med*. [em linha]. 4 (2001). p141–152. [Consult. 30 Jan 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3068879/>

NABORS, Laura [et al.] - School Nurse Perceptions of Barriers and Supports for Children With Diabetes. *Journal of School Health*. [em linha].75:4(2005).p119-124. [Consult. 1 Fev.2013].Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1746-1561.2005.tb06655.x/abstract>

NASCIMENTO do Ó, D.M.- *Promoção da alimentação saudável e da actividade física em crianças do 3º ano do 1º ciclo do ensino Básico*. Lisboa: ESEL,2011. Tese [Mestrado de especialização em Enfermagem Comunitária]

NIMRI, Revital [et al.] - Insulin Pump Therapy in Youth With Type 1 Diabetes: A Retrospective Paired Study. *Pediatrics*. [em linha].117:6 (2006), p 2126 -2131. [Consult. 15 Jun. 2012].Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/117/6/2126.long>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Conselho internacional de enfermeiros, trad. CASTRO, Hermínia – Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a Adesão ao tratamento: Catálogo da Classificação para a Prática de Enfermagem. Coimbra: OE, 2009. ISBN 978-989-96021

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Resumo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central Dados da Saúde. 2007

ORTEGA, J.P; DE LA CRUZ-SANCHES, E.;MARTINEZ-SANTOS, R. - Health-related fitness in school children: compliance with physical activity recommendations and its relationship with body mass index and diet quality. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*. [em linha].60:4 (2010). [Consult. 30 Abr.2012]. Disponível em http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222010000400009

PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, Mary Ann- *Health promotion in Nusig Practice*. 6ªedição. New Jersey :Pearson Education, 2011. ISBN 978-0-13-509721-2

PEREIRA, Filipe Miguel Soares - *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, 430 p

PLOTNICK, L. [et al.] - Safety and Effectiveness of Insulin Pump Therapy in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*. [em linha] 26:4 (2003) p.1142-1146. [Consult. 15 Jun.2012]. Disponível em <http://care.diabetesjournals.org/content/26/4/1142.long>

PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)* – Decreto-Lei nº 161/96 de 4 Setembro D.R. I Série Parte A, 205 (1996/09/04) p. 2959-2962.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem* – Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro D.R. II Série Parte E 35 (2011/02/18) p. 8653-8655.

PORTUGAL. *Lei de Bases da Saúde* – Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. D.R. I Série, 195 (1990/08/24) p. 3452-3459.

QAYYUM, Ayesha Abdul [et al.] - Effects of Diabetes Self-Management Education on Glycaemic Control in Children With Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*. [em linha] 20:12(2010). p802-805. [Consult 1 Fev.2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21205545>

SAKRAIDA, Teresa J. – *Modelo de promoção da saúde*. In TOMEY, Ann M. e ALLIGOD, Martha R. – *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência. 2004, p.699-709. ISBN 972-8383-74-6.

SAVAGE, Eileen [et al.]- The science of intervention development for type 1 diabetes in childhood: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 66:12(2010). p2604–2619

SCHUB, T.; CAPLE, C.- Evidence-based: Diabetes Mellitus, Type 2: Prevention in Children and Adolescents. 2007

SEKYIA, Shigeru Ricardo; RIBEIRO da LUZ, Talita – Mudança organizacional: implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Ciência & Saúde Coletiva*. [em linha]. 15: Supl. 1(2010). p1263-1273. [Consult. 2 Nov 2012]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700035

SERRABULHO, Lurdes; BOAVIDA, Manuel- *A educação terapêutica na diabetes*. Lisboa: Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. 2007. 34p.

SERRABULHO, Lurdes; MATOS, Margarida G. – *Representações da saúde e os estilos de vida dos adolescentes com diabetes tipo 1*. Lisboa: Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal e Faculdade de Motricidade Humana. 2007.

SHAW, Jonathan - Epidemiology of childhood type 2 diabetes and obesity: Review Article. *Pediatric Diabetes*. [em linha] 8:(Suppl. 9): 7(2007). [Consult. 10 Jan.2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17991128> . ISSN 0149-5992

SHUBAIR, M M; TOBIN, P K- Type 2 diabetes in the First Nations population: a case example of clinical practice guidelines. *Rural and Remote Health* .[em linha] 10: 1505 (2010). [Consult. 10 Jan 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20958092>

SOUSA, Paula- Glossário de Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde. 2010. [Consult. 30 Abr.2012]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/2/aces.htm>

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. - *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ª ed. Lusodidacta: Loures, 2011. ISBN: 978-989-8075-29-1

SWIFT, Peter G - ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2009 Compendium: Diabetes education in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*. [em linha]. 10:12 (2009). 51–57. [Consult. 1 Fev. 2013]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-5448.2009.00570.x/pdf>

WHO; UNICEF – *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado*. Brasília: Editora Ministério da saúde. 2008

WONG, Donna L. – *Enfermagem Pediátrica : Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. 5ª ed. Brasil, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 321-353. ISBN: 85-277-0506-0

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Health Promotion Glossary*. [em linha]. Geneva: WHO. 2008. [Consult. 10 Dez.2012] Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Global strategy on diet, physical activity and health- Fifty-Seventh World health assembly*. FRANCE: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2004. ISBN 92 4 159222 2

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *The Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion*. 1986. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - What are the risks of diabetes in children?. [em linha]. Geneve: WHO, atualizado 2011b. [Consultado em Junho de 2012]. Disponível na internet: <http://www.who.int/features/qa/65/en/index.html>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Diabetes. [em linha]. 2011a [Consult. 10 Jun 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

ANEXOS

Anexo I

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

HÁBITOS DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, DIRIGIDA AOS PAIS DAS CRIANÇAS DOS 2 AOS 5 ANOS



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Relatório de Sessão de Educação



Elaborado por:
Rosália Nascimento
nº 192011048

Orientador Ensino clinico:
Enf^ª. Especialista Lina Faria

Docente orientador:
Prof.^a Dr.^a Zaida Charepe

Lisboa, junho 2012

Índice

1. Nota introdutória	2
2. Fundamentação Teórica	3
3. Plano de sessão	8
4. Avaliação da sessão	11
5. Referências bibliográficas	12
6. Anexos	
Anexo I- Diapositivos	
Anexo II- Folheto	
Anexo III- Grelha de avaliação	

1. Nota Introdutória

A alimentação é uma necessidade fundamental do ser humano. NUNES e BREDA (sd, p.7) dizem-nos que “O ato de comer, para além de satisfazer necessidades biológicas e energéticas inerentes ao bom funcionamento do nosso organismo, é também fonte de prazer, de socialização e de transmissão de cultura.”

Ao longo da história, os hábitos alimentares têm sido um dos fatores ambientais que mais afeta a saúde e que são condicionados desde os primeiros anos de vida.

Durante o primeiro ano de vida dá-se a introdução de novos alimentos para diversificar a alimentação do bebé. É importante que esta seja realizada gradualmente e fracionada pois haverá consequências se esta diversificação alimentar for incorreta, nomeadamente ao nível de uma introdução precoce: podendo levar ao aparecimento de intolerâncias alimentares, ao aumento do risco de alergias, perturbações do apetite e conduzir a excesso de peso/obesidade, ou por outro lado ao nível de uma introdução tardia: contribuindo para deficits no desenvolvimento físico e psíquico e atraso na aquisição de capacidade de mastigação, deglutição e gosto por novos sabores.

Compreende-se assim que a adoção de hábitos alimentares saudáveis na infância promovem um normal desenvolvimento e crescimento. Tendo em conta as características do crescimento e desenvolvimento infantil, descrito mais á frente, é “(...)lógico considerar que a alimentação, durante os primeiros cinco anos de vida, requer cuidados específicos, nomeadamente em qualidade, quantidade, frequência e até consistência” (APARICIO, 2010 p.286).

Está associada ao aparecimento de várias doenças como a obesidade, ou outras doenças crónicas como doenças cardiovasculares e diabetes (NUNES e BREDA, sd). Na Europa, estima-se que uma em cada cinco crianças tem excesso de peso e sabe-se agora que esta afeção está relacionada com problemas físicos e psicológicos na infância. De acordo com vários estudos realizados na idade escolar, verifica-se um aumento significativo na Europa, das taxas de obesidade nesta faixa etária e que em Portugal, nas crianças dos 7 aos 9 anos de idade, a prevalência da pré-obesidade e da obesidade, é de cerca de 31,56% (DGS, 2005).

Outro facto preocupante é o crescimento da Diabetes Mellitus tipo II (DM II) nos últimos 20 anos nas crianças. Atualmente, existe evidência de que a DM II “(...)representa uma proporção considerável de casos de diabetes recém-diagnosticados na população pediátrica(...)”, sendo que este aumento acompanha proporcionalmente a prevalência de obesidade na infância (MANNA, 2007). Isto deve-se a um aumento da resistência à ação da insulina relacionada com o aumento

excessivo de peso. De acordo com LISSAUER e CLAYDEN (2007) está também relacionado com as variações raciais e ambientais.

Estudos revelam que as crianças dos 2 aos 6 anos ingerem uma grande percentagem de alimentos com elevado teor de gordura total e saturada, mais do que é recomendado e em contrapartida, ingerem poucas fibras, frutos e vegetais. Relativamente ao exercício físico verifica-se que são muito sedentárias (STANHOPE, LANCASTER, 2011).

2. Fundamentação Teórica

2.1 Características das crianças dos 2 aos 5 anos

De acordo com o desenvolvimento infantil das crianças *toddlers* e em idade pré-escolar verificamos que estas não têm capacidade inata para escolher os alimentos em função do seu valor nutricional e energético, sendo que os seus hábitos alimentares são aprendidos através da experiência, da observação e da educação.

Segundo PAPALIA, OLDS e FELDMAN (2001), de acordo com a teoria de Piaget, a partir dos 2 anos a criança passa para o estágio pré – operacional, que se prolonga até aos 7 anos.

Durante estes anos, as crianças iniciam o longo processo para a independência. Grande parte dos dias do *toddler* são passados a ganhar controlo sobre si mesmo e a esforçar-se por controlar o ambiente que o rodeia. Ganhar autocontrolo inclui várias tarefas tais como o comer. À medida que vão cumprindo estas tarefas a sua autoconfiança evolui. Evolução esta que leva a um aumento da exploração sobre si mesmos, sobre o ambiente e conseqüentemente a novas experiências de aprendizagem.

A nível social é essencial que aos 3 anos a criança tenha experiências com crianças da mesma idade para assimilar padrões de comportamento. Permitindo, que comecem posteriormente a tomar iniciativas de transferir as experiências aprendidas para outras situações semelhantes.

Aprendem na sua grande maioria por imitação das atividades do adulto, que lhes servem de exemplo, sendo por isso que nesta fase as regras e a disciplina são imprescindíveis, pois proporcionam linhas orientadoras para aprenderem comportamentos aceitáveis

As crianças nesta idade são muito influenciadas pelo meio envolvente. Existem estudos realizados pela European Hearth Network em 2005 e por HASTING et al. (2003) que evidenciam que a publicidade e os efeitos do *marketing* afetam as escolhas alimentares e os comportamentos das crianças. A publicidade infantil de alimentos é

atualmente um fenómeno global e é um dos fatores de maior impacto no estilo de vida e nos hábitos alimentares, especialmente das crianças (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011), uma vez que ainda não têm a capacidade de discernir entre publicidade e programação televisiva a elas dirigida.

O progresso tecnológico também tem um papel importante nestas mudanças de comportamentos na infância. As crianças passam mais tempo a jogar computador e vídeo jogos em detrimento de atividades ao ar livre passando para um estado mais sedentário e passivo. As vantagens do exercício físico são inúmeras, nomeadamente na prevenção do risco do aparecimento de doenças crónicas, nos quais incluímos a DM, pelo que se torna importante a estimulação à sua realização (DGS, 2012). Iniciar exercício físico precocemente, isto é na infância, vai assim contribuir para prevenir a prevalência do sedentarismo e conseqüentemente o aparecimento das doenças já mencionadas anteriormente (ORTEGA, DE LA CRUZ-SANCHES, MARTINEZ-SANTOS, 2010).

2.2 Importância do papel dos pais

“A aprendizagem do comportamento alimentar inicia-se na infância, tendo a família e todo o contexto sociocultural onde as refeições ocorrem, um papel determinante no processo de formação dos hábitos alimentares da criança, tendo estes, grande probabilidade de prevalecerem na vida adulta “ (APARÍCIO, 2010, p.283), sendo por isso importante que saibam escolher os alimentos e a quantidade necessária adequada às necessidades de cada um.

O papel ativo da família na alimentação e na educação alimentar das crianças e jovens é portanto imprescindível. Uma intervenção adequada nesta fase é importante, pois as crianças aprendem por imitação, sendo os pais os seus modelos.

Todavia, muitos dos pais não dispõem dos conhecimentos necessários para uma adequada seleção alimentar e para intervir a nível educativo nesta área.

Perante situações de carência económica ou disfunções familiares, nem sempre há uma preocupação dos pais sobre esta temática, por um lado devido à existência de uma barreira à aquisição de bens alimentares e por outro lado devido à falta de conhecimento (NUNES e BREDÁ, sd).

Os fatores de motivação e de reforço da mudança para a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis devem ser diversificados, compreendendo uma vertente informativa, educativa e de suporte ambiental.

Por esse motivo compreende-se que não basta saber e estar motivado. É preciso que sejam oferecidas condições físicas, económicas, sociais e culturais de modo a facilitarem a adesão a novos comportamentos.

É importante adequar a informação fornecida aos pais ou cuidadores, para que se vejam resultados positivos da intervenção, pois diversas são as variáveis que podem condicionar estes resultados, nomeadamente fatores individuais, culturais, sociais e económicos.

A informação disponibilizada vai capacitar os pais e crianças a atingir níveis ótimos de saúde, prevenir problemas de saúde e identificar precocemente problemas para minimizar incapacidades. Vai permitir que tomem decisões fundamentadas, assumir responsabilidades pela sua saúde e lidar efetivamente com as alterações na sua saúde e estilo de vida (STANHOPE e LANCASTER, 2011).

2.3 Público-alvo

Pais de crianças dos 2 aos 5 anos.

Foram convocados 10 pais: alguns dos quais foram convidados após verbalizarem necessidades de informações relativamente a esta temática, e outros foram selecionados através do diagnóstico de necessidades realizado pelas enfermeiras do serviço, de acordo com as suas disponibilidades.

2.4 Conclusão

APARICIO (2010) e RODRIGUES, PEREIRA E BARROSO (2005) diz-nos que é fundamental intervir sobre os determinantes do estilo de vida, como a alimentação e exercício físico, para conseguirmos, a médio prazo, obter ganhos significativos na saúde, nomeadamente na redução da prevalência de doenças crónicas e dos custos económicos associados.

A educação para a saúde pretende incidir na mudança de padrões de comportamento para promover um melhor estado de saúde. A pessoa deve ser o principal responsável pela busca de comportamentos de saúde, e é por isso que, baseando-se numa perspetiva pedagógica, os enfermeiros e outros profissionais de saúde definem que educar para a saúde é uma das suas necessidades prioritárias, na medida em que funcionam como orientadores e mediadores dos fatores intervenientes neste processo, ajudando a promover e educar os outros a viver com saúde (RODRIGUES, PEREIRA E BARROSO, 2005).

Por tudo que já foi descrito acima, compreende-se a pertinência de incidir precocemente na educação alimentar das crianças. Surgindo assim, a necessidade de realizar a sessão de educação para a saúde dirigida aos pais, adequada à faixa etária dos 2 aos 5 anos.

A realização de um folheto informativo sobre esta temática serve para complementar e sistematizar a informação disponibilizada e facilitar a aprendizagem. Recorrendo a bibliografia variada, nomeadamente na Plataforma da obesidade da DGS e nas diretrizes da OMS.

3. Plano de sessão

Tema: Hábitos de vida saudáveis: alimentação e exercício físico previnem doenças

Destinatários: Pais de crianças dos 2 aos 5 anos

Duração: 1 hora

Objetivo geral:

- Promover hábitos de vida saudáveis nas crianças, através dos pais, como medida para prevenir doenças na infância;

Objetivos específicos:

- Descrever a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis;

- Identificar comportamentos a adotar para uma alimentação saudável e exercício físico adequada às crianças dos 2 aos 5 anos;

- Estimular o envolvimento da criança e família nas tomadas de decisão e autorresponsabilização pelos hábitos alimentares e pela prática de exercício físico;

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOLOGIA	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
<u>Introdução</u> Dinâmica de apresentação do grupo Apresentação de tema e objetivos Breve introdução ao tema	Método ativo Método expositivo	Data-show (apresentação em PowerPoint)	10 min
<u>Desenvolvimento</u> Importância dos comportamentos de vida saudáveis Conceito de diabetes, classificação, etiologia e fatores de risco diabetes tipo II Características do desenvolvimento da criança dos 2 aos 5 anos Hábitos alimentares: - roda dos alimentos - nutrientes - porções - necessidades energéticas das crianças - conselhos para os pais	Método expositivo e Método interrogativo (técnica de perguntas) Método expositivo Método ativo Método expositivo	Data-show (apresentação em PowerPoint) Variados alimentos divididos em porções	35 min

<p>Exercício físico</p> <ul style="list-style-type: none"> - vantagens - tipos de exercícios - conselhos aos pais 			
<p><u>Conclusão</u></p> <p>Síntese da sessão</p> <p>Período para questões e dúvidas</p> <p>Realização da avaliação</p>	<p>Método expositivo e interrogativo</p>	<p>Data-show(apresentação em PowerPoint)</p> <p>Folhetos informativos</p> <p>Folha de avaliação da sessão</p>	<p>12 min</p>

4. Avaliação da sessão

A taxa de adesão à sessão foi de 40%, sendo que estavam presentes 3 mães dos 10 pais confirmados e a orientadora de estágio.

A sessão teve início às 16h15, tendo havido tolerância de 15 minutos para a chegada de mais algum pai. O tempo estipulado para a sessão foi cumprido.

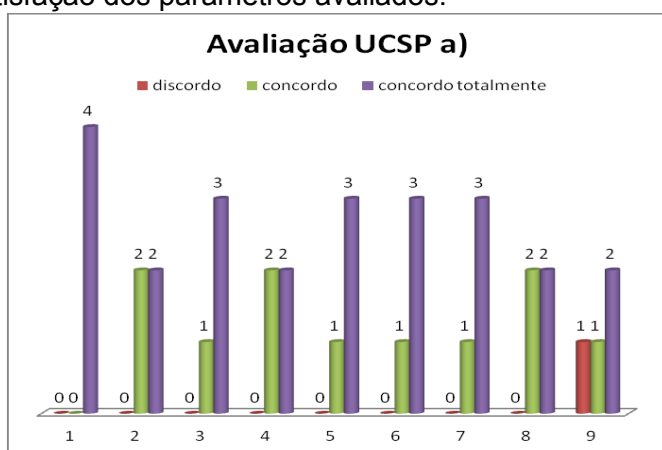
Durante a sessão as mães pareceram interessadas e atentas. As mães foram intervindo durante a sessão, colocando dúvidas e verbalizando interesse pelo tema, proporcionando uma partilha de experiências.

A avaliação escrita da sessão incidiu sobre dois parâmetros distintos: um relacionado com a apreciação global da sessão e o outro com a avaliação da formadora (ver anexo III).

Após a análise da avaliação da sessão realizada pela assistência, pode constatar que:

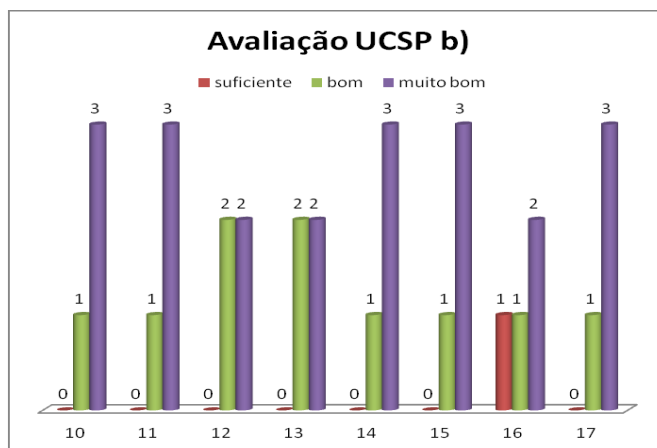
-Apreciação global da sessão:

No geral foi muito boa, variando entre o Concordo e Concordo Totalmente na satisfação dos parâmetros avaliados.



- Avaliação da formadora

Os parâmetros variaram entre o Bom e Muito Bom, havendo apenas um ponto insuficiente na gestão de tempo.



5. Referências bibliográficas

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA- **Recomendações sobre a promoção de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças**. 2011. Edição Brasileira Anvisa: Organização Mundial da Saúde
- APARÍCIO, Graça – Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. **Millenium - Revista do IPV**. Instituto Politécnico de Viseu: Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde. n.º 38 .Junho 2010
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) - Plataforma contra a obesidade. Disponível em: <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=191&menuid=195&exmenu=165>, consultado a maio de 2012
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de combate à Obesidade**. Divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. 2005. ISBN 972-675-128-4
- HASTINGS, Gerard [et al] - **REVIEW OF RESEARCH ON THE EFFECTS OF FOOD PROMOTION TO CHILDREN**. Centre for social marketing. 2003.pp 1-187.
- LISSAUER, Tom; CLAYDEN, Graham - **Manual ilustrado de pediatria com dados e informações adaptados à realidade brasileira**. 3ª edição Rio de Janeiro: Elsevier editora. 2007.ISBN: 978-85-352-2886-1
- MANNA, Thais Della - Not every diabetic child has type 1 diabetes mellitus. **Jornal de Pediatria**. Rio janeiro: Porto Alegre. ISSN 0021-7557.vol.83. n.5 supl.0.(nov. 2007)
- NUNES, Emília; BRENDA, João - **Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância**. Lisboa: Direcção geral da saúde. Sd. ISBN 972-9425-94-9
- ORTEGA, José Pino; DE LA CRUZ-SANCHES, Ernesto; MARTINEZ-SANTOS, Raúl -Health-related fitness in school children: compliance with physical activity recommendations and its relationship with body mass index and diet quality. **ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICION**. Spain: Universidad de Murcia. Vol. 60 N° 4. 2010

- PAPÁLIA, Diane E.; OLDS, Sally W.; FELDMAN, Ruth D., - **O mundo da Criança**. 8ª edição. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal. 2001. ISBN 972-773-069-8
- REDMAN, Barbara Klug – **A Prática de Educação para a Saúde**. 9ª edição. Loures: Lusociência.2003. ISBN: 972-8383-39-8
- RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa- **Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde**. Coimbra: FORMASAU. 2005. ISBN: 972-8485-52-2
- STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette - **Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população**. 7ª edição. Lusodidacta: loures 2011. ISBN: 978-989-8075-29-1

Anexos



**Hábitos de vida saudáveis:
*alimentação/exercício físico
 previnem doenças***

AESIP Rosália Nascimento
 14 de Junho, 2012

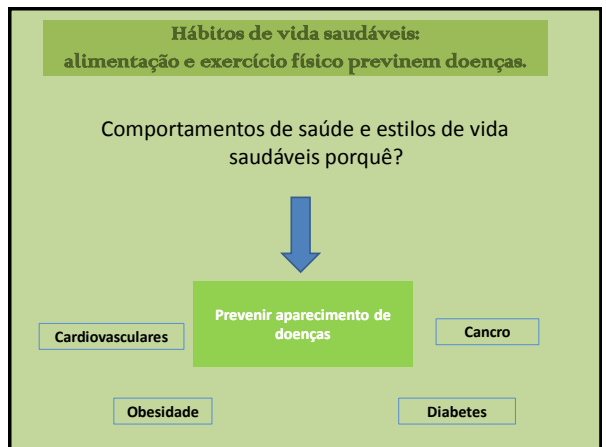
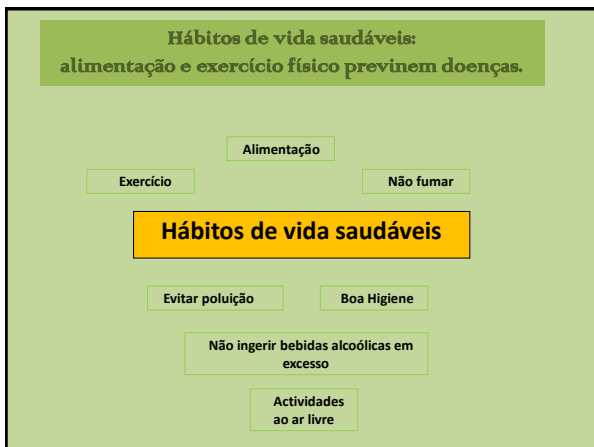
**Hábitos de vida saudáveis:
 alimentação e exercício físico previnem doenças.**

Objetivo geral:

- ❖ Promover hábitos de vida saudáveis nas crianças, através dos pais, como medida para prevenir doenças na infância;

Objetivos específicos:

- ❖ Descrever a importância da adopção de hábitos de vida saudáveis;
- ❖ Identificar comportamentos a adoptar para uma alimentação saudável e exercício físico adequada às crianças dos 2 aos 5 anos;
- ❖ Estimular o envolvimento da criança e família nas tomadas de decisão e autorresponsabilização pelos hábitos alimentares e pela prática de exercício físico;



**Hábitos de vida saudáveis:
 alimentação e exercício físico previnem doenças.**

O que é a Diabetes?
 Doença crónica que afecta a capacidade do organismo em utilizar o açúcar (glicose) do Sangue para a obtenção de energia, levando a um aumento da glicose que circula no sangue (hiperglicemia).

De acordo com os indicadores da OMS:
 Em 1985, a doença atingia 30 milhões de pessoas.
 Em 1995 aumentou para 135 milhões
 Em 2000 para 177 milhões.
 2025 → 333 milhões de pessoas



**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças.**

Diabetes tipo II - Factores de risco:

- ❖ Casos familiares de diabetes
- ❖ Obesos
- ❖ Tensão arterial alta (HTA) ou níveis elevados no sangue de colesterol
- ❖ As mulheres que tiveram diabetes na gravidez
- ❖ Crianças com peso à nascença igual ou superior a 4Kgs
- ❖ Doenças do pâncreas ou doenças endócrinas
- ❖ História de doença cardiovascular prévia
- ❖ Intolerância à glicose em jejum e diminuição da tolerância à glicose, prévias.
- ❖ Consumo de fármacos

(DGS, 2007)

**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças.**

Como prevenir a diabetes?

- Controlo rigoroso da glicemia, da tensão arterial
- Vigilância dos órgãos mais sensíveis, como os olhos (retina), rim, coração, nervos periféricos, entre outros
- **Bons hábitos alimentares**
- **Prática de exercício físico**
- Não fumar
- Cuidar da higiene e vigilância dos pés

(Portal da saúde, 2012)

**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças.**

Fatores que influenciam os comportamentos de saúde e estilos de vida:

- Individuais
- Familiares
- Socioculturais

**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças**

Características crianças dos 2 aos 5 anos

Peso - Aumentam 2 a 3 Kg /ano
Altura - Aumentam 6,5 a 7,5 cm/ano

- As necessidades calóricas diminuem apesar da elevada atividade
- O crescimento é mais lento
- Diminuição do apetite e desinteresse pela comida
- 2 anos - Egocentrismo e autonomia
- Birras
- Precisam de dormir 10 a 12h
- São muito ativas fisicamente
- Aprendem por imitação - aos 3 anos imita os adultos
- Pensamento mágico/fantasia- publicidade
- Aos 4 anos gosta de brincar em grupo
- Aos 5 anos é independente e gosta de fazer as coisas sozinho

**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças**

Estilos de vida saudáveis

Hábitos alimentares



Exercício físico

**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças.c**

Bons hábitos alimentares



O que comemos
Como comemos
A quantidade que comemos
Quando comemos
Porquê que comemos

**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças**

Nutrientes

São substâncias indispensáveis à vida, que fazem parte da composição dos alimentos. São os produtos obtidos através da transformação dos alimentos.

Dividem-se em:

Hidratos de carbono (Açúcares) - energia

Lípidos (gorduras) – Protegem do frio, reservas de energia e ajudam na absorção das vitaminas

Sais minerais- conservação e renovação dos tecidos (pele)

Vitaminas – crescimento e equilíbrio do organismo

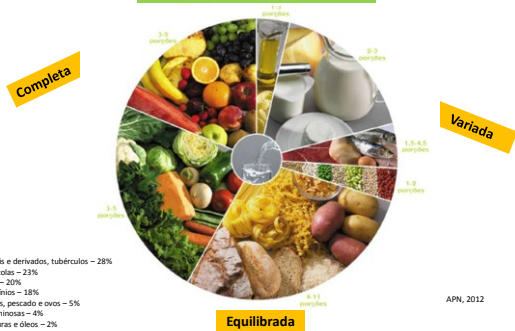
Proteínas – formação e crescimento dos músculos, ossos, pele e órgãos

Fibras- reduzem nível de colesterol e ajudam a nível intestinal

Água- transportar nutrientes, manter temperatura e maior parte do nosso corpo

**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças.**

Roda dos alimentos



**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças**

❖ **Cereais, derivados e tubérculos**

São alimentos ricos em hidratos de carbono, que originam o açúcar, que é a principal fonte de energia do nosso organismo.

Os alimentos deste grupo, sobretudo os cereais e derivados integrais, também são muito ricos em fibras alimentares, vitaminas e sais minerais (como o magnésio e o ferro)



→ cerca de 28% do total que devemos ingerir ao longo do dia, cerca de 4 a 11 porções por dia.

Fazem parte deste grupo alimentos como:

batata, pão, arroz, massa, cereais - aveia, milho, trigo, centeio.

**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças**

❖ **Hortalças e legumes**

São os alimentos ricos em vitaminas, minerais, água e fibra.

Contêm pequenas quantidades de hidratos de carbono e gordura, sendo fornecedores de proteínas.



→ Cerca de 23%, correspondendo a 3 a 5 porções diárias.
Na sopa, crus em saladas ou cozinhados das mais variadas formas.

Fazem parte deste grupo alimentos como:

abóbora, cenoura, alface, brócolos, alho-francês, couve coração, couve lombarda, couve-galega, tomate, cebola, alho ...

**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças**

❖ **Frutas**



As frutas dão-nos vitaminas, minerais, hidratos de carbonos simples

fibra e também são fontes importantes de água e antioxidantes.

→ Cerca de 20% da ingestão alimentar diária - 3 a 5 peças de fruta diariamente.
diversificar dentro do grupo e sempre que possível ingerir a fruta com a casca pois tem maior valor nutricional.

Fazem parte deste grupo, alimentos como:

maça, pêra, banana, laranja, tangerina, kiwi, mirtilo, morangos, cerejas, pêssego, ananás, melão, melancia...

**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças**

❖ **Gorduras e óleos**

São fontes de lípidos (gorduras) , e vitaminas (vitamina A e E), pelo que este grupo deverá contribuir com a menor percentagem para o dia total.

→ Apenas comer cerca de 2%, ou seja 1 a 3 porções



Fazem parte deste grupo:

azeite, óleo alimentar, nata, margarina, manteiga

Hábitos de vida saudáveis: alimentação e exercício físico previnem doenças

❖ Carne, peixe e ovos

Constituídos essencialmente por proteína e gordura:

- saturada no caso da carne vermelha e ovos;
- monoinsaturada no caso da carne branca;
- polinsaturada (ácidos gordos n-3) no caso do peixe.

São excelentes fontes de vitaminas do complexo B, ferro, zinco, fósforo e vitamina D.

➡ cerca de 5%, ou seja, 1,5 a 4,5 porções.



Fazem parte deste grupo:

carne, ovos, peixe

Hábitos de vida saudáveis: alimentação e exercício físico previnem doenças

❖ Leite e derivados

Estes alimentos são excelentes fontes de proteínas, minerais, vitaminas .

O único hidrato de carbono presente é a lactose.

➡ cerca de 18% ,isto é 2 a 3 porções.

atenção aos níveis de gordura e sal (há queijos que poderão conter cerca de 45% de gordura)



Fazem parte deste grupo:

Leite, iogurte e queijo.

Hábitos de vida saudáveis: alimentação e exercício físico previnem doenças

❖ Leguminosas

São boas fontes de hidratos de carbono e proteína, vitaminas (B1 e B2), ferro e cálcio, e fibras alimentares.

➡ cerca de 4%, correspondendo a 1 a 2 porções destes alimentos por dia.

Fazem parte deste grupo:

ervilhas, grão-de-bico, soja, feijão, lentilhas



Hábitos de vida saudáveis: alimentação e exercício físico previnem doenças

Tabela de porções

O que é uma porção?	Quantidade diária a ingerir
Cereais e derivados 1 pão (50g) 1 fatia fina de brioche (70g) 1 e 1/2 batata - tamanho médio (125g) 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g) 6 colheres - tipo Muesli - água e sal (35g) 2 colheres de sopa de arroz / massa crua (35g) 4 colheres de sopa de arroz / massa cozinhadas (110g)	4 a 11 porções
Hortícolas (legumes e hortícolas) 2 chávenas atmosféricas de hortícolas crua (180g) 1 chávena atmosférica de hortícolas cozinhadas (140g)	3 a 5 porções
Fruta 1 peça de fruta - tamanho médio (160g)	3 a 5 porções
Lactícos 1 chávena atmosférica de leite (250ml) 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g) 2 fatias finas de queijo (40g) 1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g) 1/2 requeijo - tamanho médio (100g)	2 a 3 porções
Carne, pescado e ovo Carne / pescado crua (30g) Carne / pescado cozinhada (25g) 1 ovo - tamanho médio (55g)	1,5 a 4,5 porções
Leguminosas 1 colher de sopa de leguminosas secas crua (ex: grão-de-bico, feijão, lentilha) (25g) 3 colheres de sopa de leguminosas frescas crua (ex: ervilhas, feijão) (80g) 3 colheres de sopa de leguminosas secas / frescas cozinhada (80g)	1 a 2 porções
Gorduras óleas 1 colher de sopa de azeite / óleo (10g) 1 colher de chá de manteiga (5g) 4 colheres de sopa de nata (100g) 1 colher de sobremesa de margarina / maionese (15g)	1 a 3 porções

Hábitos de vida saudáveis: alimentação e exercício físico previnem doenças

Necessidades energéticas da criança

Idade	Alimentos	Quantidade diária (porções)
3-6 anos	Pão e cereais	4-6 porções (1 porção = fatia de pão escuro ou uma chávena de cereais, 3 colheres de sopa de arroz)
	vegetais	4-5 porções (1 porção = 1 chávena de legumes cozidos ou 2 de cru)
	Fruta	4-5 porções (1 porção = 1 maçã, meia banana, 14 morangos...)
3-6 anos	Carne, peixe, semelhantes e alternativas	2 porções (1 porção = 1 ovo médio ou 30 gr de carne ou peixe cru)
	Leite e lactícos (baixo em gorduras)	2-3 porções (1 porção = 1 chávena 250 ml ou 20g queijo)
	Gorduras (azeite, óleo...)	1 porção = 1 colher de chá de azeite

Adaptado Plataforma contra a obesidade

Hábitos de vida saudáveis: alimentação e exercício físico previnem doenças

As porções de alimentos a ingerir depende de vários factores:

- O sexo
- A idade
- Estado fisiológico
- Actividade física
- entre outros

Uma regra fundamental da alimentação saudável é a variedade de alimentos, porque diferentes alimentos contribuem com diferentes nutrientes.

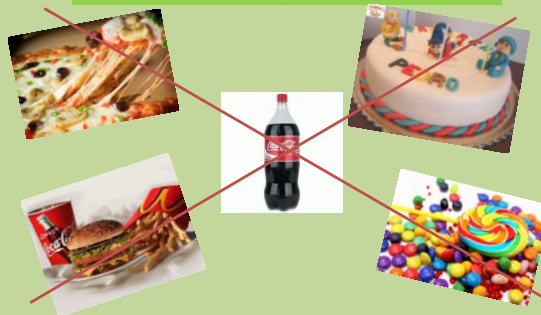
**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças**

Na idade pré-escolar para que haja aceitação de novos alimentos não basta vê-los, representa-los e cheira-los, é preciso prová-los mesmo que em pequena quantidade.

Perante um sabor novo, a aceitação do alimento ocorre somente após 12-15 apresentações.

**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças**

Alimentos proibidos ?



**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças**

Conselhos para os pais

- ✓ A família tem de ser envolvida neste processo de mudança de hábitos alimentares.
- ✓ As refeições devem ser em família
- ✓ Pedir colaboração da criança na seleção e preparação dos alimentos
- ✓ Ler sempre e interprete os rótulos quando vai às compras
- ✓ Não saltar refeições
- ✓ Tomar sempre o Pequeno-almoço - deve corresponder a cerca de 25% das calorias a ingerir diariamente, contendo um laticínio, uma porção de fruta e uma de cereais
- ✓ Refeições fracionadas e em pequena quantidade
- ✓ Variedade de alimentos ao gosto da criança
- ✓ Pratos coloridos
- ✓ Evitar usar alimentos como castigo ou recompensa

**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças**

Conselhos para os pais (cont.)

- ✓ Grelhar, assar, estufar, saltear em vez de fritar
- ✓ Usar azeite em moderação
- ✓ Usar gorduras polinsaturadas e monoinsaturadas: nozes, sementes, manteigas de frutos secos, gérmen de trigo e óleos vegetais.
- ✓ Limitar quantidades de leite, usando produtos lácteos menos gordos
- ✓ Optar por proteínas vegetais: feijão, ervilhas e cereais integrais, carne magra, aves e peixe
- ✓ Diminuir sal (substituir por ervas aromáticas, limão)
- ✓ Diminuir o consumo de açúcar e gorduras
- ✓ Aumentar Hidratos de carbonos de absorção lenta
- ✓ Aumentar a ingestão de frutos e vegetais coloridos: verdes, cor-de-laranja e citrinos

**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças**

Conselhos para os pais (cont.)

- ✓ Ingerir sopa de legumes antes das principais refeições
- ✓ Uma alimentação saudável deve incluir pelo menos 3 peças de fruta por dia
- ✓ Dar preferência ao peixe e carnes magras (ex: aves e coelho) e reduzir o consumo de carnes vermelhas e produtos de charcutaria.
- ✓ Ingerir peixe pelo menos 5 vezes por semana
- ✓ Optar por cereais completos como o pão escuro e os cereais integrais
- ✓ Fazer da fruta a sobremesa
- ✓ Consumir água em abundância ao longo de todo o dia assim como infusões de ervas ou tisanas sem açúcar

**Hábitos de vida saudáveis:
alimentação e exercício físico previnem doenças**

Exercício físico

O exercício físico ajuda a manter um peso corporal saudável equilibrando a ingestão de energia (alimentos consumidos) com o gasto de energia (exercício).

O desenvolvimento tecnológico nos últimos 40-50 anos permitiu o aparecimento de uma série de equipamentos (escadas rolantes, electrodomésticos, elevadores, computadores ...) que nos facilitam a vida diária.

Aumentam o nosso tempo disponível de lazer



Favoreceram fortemente a sedentarização e um menor gasto energético

Hábitos de vida saudáveis: alimentação e exercício físico previnem doenças

Sedentarismo vs Atividade física



Hábitos de vida saudáveis: alimentação e exercício físico previnem doenças

Atividade física moderada é qualquer tipo de atividade física que beneficia a saúde e a capacidade funcional do nosso corpo sem provocar danos.



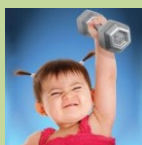
Influencia o ritmo cardíaco, o ritmo respiratório e aumenta o aquecimento muscular

- ✓ As crianças devem realizar atividades físicas variadas diariamente ou 2 a 3 vezes por semana, durante, pelo menos, 60 minutos
- ✓ A prática regular de atividade física moderada pode aumentar a esperança média de vida de um indivíduo em 3 a 5 anos.

Hábitos de vida saudáveis: alimentação e exercício físico previnem doenças

A actividade física :

- ❖ Melhora a qualidade de vida
- ❖ Benefícios a nível físico, psicológico e social
- ❖ Melhora bem-estar e a auto-estima
- ❖ Proporciona momentos de prazer e satisfação pessoal
- ❖ Combate problemas de ação da insulina
- ❖ Controla o peso
- ❖ Melhora circulação
- ❖ Ajuda a formar e a manter ossos saudáveis, músculos e articulações
- ❖ Ajuda na coordenação neuromuscular
- ❖ Reduz consideravelmente o risco de doenças cardiovasculares, diabetes tipo II e cancro.
- ❖ Reduz o risco de osteoporose e a depressão.



(OMS, 2011)

Hábitos de vida saudáveis: alimentação e exercício físico previnem doenças

Tipos de atividade física moderada:

- Caminhar a passo moderado ou acelerado
- Descer escadas
- Jogos tradicionais
- Andar de bicicleta ou patins
- Dançar
- Brincar ativamente
- Atividades de ar livre
- Nadar
- Praticar desportos recreativos
- Ginástica
- (...)



Hábitos de vida saudáveis: alimentação e exercício físico previnem doenças

Conselhos aos pais

- ✓ Não obrigar a criança, estimular
- ✓ Deixa-la escolher uma atividade ao seu gosto
- ✓ Crianças mais pequenas devem realizar atividades próprias da brincadeira
- ✓ Fomentar as atividades de grupo
- ✓ Não fomentar a competitividade
- ✓ Tornar o exercício um momento de prazer e bem-estar
- ✓ Promover actividades em família ao ar livre
- ✓ Exercício adequado ao desenvolvimento da coluna vertebral (ex. natação, basket)
- ✓ Evitar andar de carro, sempre que possível a pé

Hábitos de vida saudáveis: alimentação e exercício físico previnem doenças

...porque mais vale prevenir

do que remediar!



Referências bibliográficas

Fonte das imagens

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacao.com.br/na-alimentacao/>

<http://www.alimentacaosaudavel.org/>

<http://www.apn.org.br/>

www.dgs.pt; plataforma contra a obesidade

APARICIO, Graça – **Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância**. Instituto Politécnico de Viseu: Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde. 5d.

Instituto do consumidor - **Guia- Os Alimentos na Roda 2** edição Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, 2004. ISBN: 972-9715-20-X

HASTINGS, Gerard [et al] - **REVIEW OF RESEARCH ON THE EFFECTS OF FOOD PROMOTION TO CHILDREN**. Centre for social marketing, 2003. pp.1-187.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - **Recomendações sobre a promoção de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças**, 2011. Edição Brasileira Anvisa: Organização Mundial da Saúde

NUNES, Emília; BREDA, João - **Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância**. Lisboa: Direcção geral da saúde. 5d. ISBN 972-9425-94-9

O que é uma porção?	Quantidade diária a ingerir
<p>Cereais e derivados 1 pão (50g) 1 fatia fina de broa (70g) 1 e 1/2 batata - tamanho médio (125g) 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g) 6 bolachas - tipo Maria / água e sal (35g) 2 colheres de sopa de arroz / massa crus (35g) 4 colheres de sopa de arroz / massa cozinhados (110g)</p>	<p>4 a 11 porções</p>
<p>Hortícolas (leumes e hortalíça) 2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g) 1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados (140g)</p>	<p>3 a 5 porções</p>
<p>Fruta 1 peça de fruta - tamanho médio (160g)</p>	<p>3 a 5 porções</p>
<p>Lactíneos 1 chávena almoçadeira de leite (250ml) 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g) 2 fatias finas de queijo (40g) 1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g) 1/2 requeijão - tamanho médio (100g)</p>	<p>2 a 3 porções</p>
<p>Carne, pescado e ovo Carnes / pescado crus (30g) Carnes / pescado cozinhados (25g) 1 ovo - tamanho médio (55g)</p>	<p>1,5 a 4, 5 porções</p>
<p>Leguminosas 1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão de bico, feijão, lentilhas) (25g) 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, favas) (80g) 3 colheres de sopa de leguminosas secas / frescas cozinhadas (80g)</p>	<p>1 a 2 porções</p>
<p>Gorduras e óleos 1 colher de sopa de azeite / óleo (10g) 1 colher de chá de banha (10g) 4 colheres de sopa de nata (30ml) 1 colher de sobremesa de manteiga / margarina (15g)</p>	<p>1 a 3 porções</p>

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

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Data: _____

Uma vez terminada a sessão de educação e tendo em conta que a sua opinião é muito importante, é-lhe pedido que realize uma avaliação global da sessão, para tentar identificar os aspetos menos positivos, de modo a melhorá-los posteriormente em novas ações de educação para a saúde.

O questionário que se segue é anónimo. Agradeço a vossa disponibilidade no preenchimento do mesmo.

a) Responda a cada item colocando uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objetivos da formação foram atingidos.				
3. Considera a formação útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. Foram abordados todos os pontos que considera importantes.				
6. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
7. O modo de apresentação foi adequado para transmitir a mensagem.				
8. A duração da formação foi adequada.				
9. O horário da formação foi adequado.				

b) De acordo com a sua apreciação global, classifique a **formadora** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

FORMADORA	CLASSIFICAÇÃO
10. Conhecimento dos temas apresentados	
11. Facilidade na transmissão de conhecimentos	
12. Clareza na transmissão dos conhecimentos	
13. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	
14. Interação com o grupo	
15. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	
16. Gestão do tempo.	
17. Pontualidade.	

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade !!!

Cedido gentilmente e Adaptado do modelo utilizado pelo HDE

Anexo II

FOLHETO INFORMATIVO:

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E EXERCÍCIO FÍSICO: PREVENINDO DOENÇAS NA INFÂNCIA.



Vantagens do exercício físico

- Bem estar físico e psicológico e reduz o stress e ansiedade
- Promove o prazer e lazer
- Favorece o desenvolvimento da criança a nível psicológico, físico e social
- Ajuda a controlar o peso e a circulação
- Reduz o risco de doenças cardiovasculares, diabetes tipo II e cancro
- Ajuda a formar e a manter ossos saudáveis, músculos e articulações



<http://www.wimerboffura.com.br/exercicio-fisico-e->

- As crianças devem realizar atividades físicas variadas, cerca de 60 minutos, diariamente ou 3 vezes por semana
- Incentivar a passear a pé, andar de bicicleta, usar as escadas em vez do elevador. Não os deixe passar muito tempo a ver televisão e no computador.

A roda dos alimentos pretende ser:

Completa – Comer ao longo do dia alimentos de todos os grupos.

Variada – Variar nos alimentos do mesmo grupo.

Equilibrada – Respeitar as porções diárias recomendadas APN

O excesso de peso e a diminuição da actividade física são factores que podem contribuir para o aparecimento de doenças futuras nas crianças.

Mais vale prevenir, adoptando estilos de vida Saudáveis, do que remediar!



UCSP Mónicas- Graça

Contactos: 218806000
Travessa das Mónicas, n. 57 D

Alimentação saudável e exercício físico

Prevenindo doenças na Infância



<http://pt.dreamstime.com/foto-de-stock-a-criana-com-uma-melancia-image3052390>

Realizado por:
Rosália Nascimento

Orientada por:
EESIP Lina Silva Faria e professora
EESIP Zaida Charepe

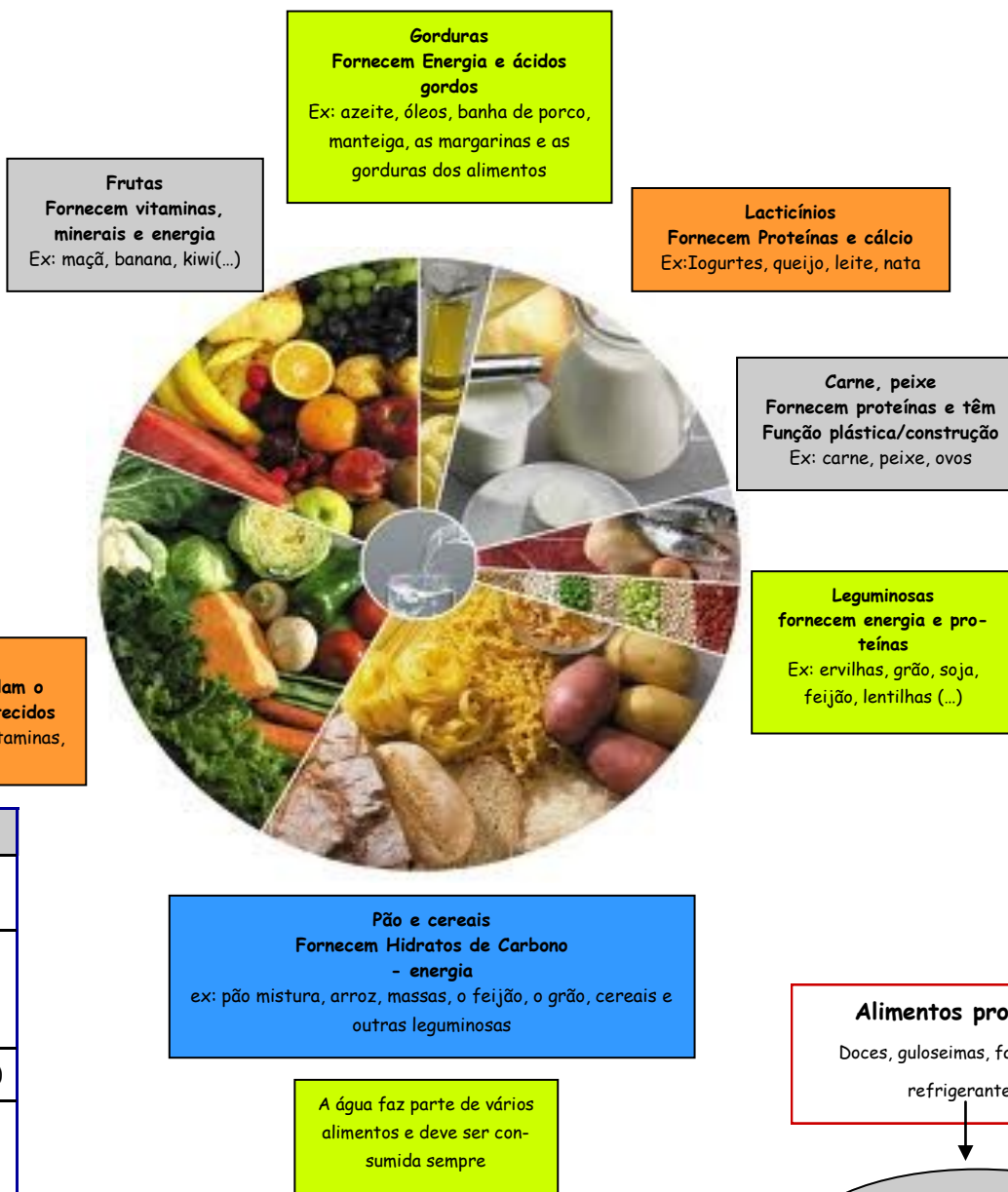
Tabela das necessidades diárias da criança

Idade	Alimentos	Quantidade diária (porções)
	Pão e cereais	4-6 porções (1 porção = fatia de pão escuro ou uma chávena)
	vegetais	4-5 porções (1 porção = 1 chávena de legumes cozidos ou 2 de cru)
3-6 anos	Fruta	4-5 porções (1 porção = 1 maçã, meia banana, 14 morangos...)
	Carne, peixe, semelhantes e alternativas	2 porções (1 porção = 1 ovo médio ou 30 gr de carne ou peixe crus)
	Leite e laticíneos (baixo em gorduras)	2-3 porções (1 porção = 1 chávena 250 ml ou 20g queijo)
	Gorduras (azeite, óleo...)	1 porção = 1 colher de chá de azeite

Legumes
Fornecem fibras. Regulam o intestina, e regeneram tecidos. Dão-nos fibras solúveis, vitaminas,

Idade	Alimentos	Quantidade diária (porções)
	Pão e cereais	4-6 porções (1 porção = 5 colheres de cereais, etc...)
	vegetais	4-5 porções (aproxim. 56-84gr; 1 porção = 1 chávena de legumes cozidos ou 2 de cru)
7-18 anos	Fruta	4-5 porções (1 porção = 1 pêsego...)
	Carne, peixe, semelhantes e alternativas	2 porções (aproxim. 42-160gr)
	Leite e laticíneos (baixo em gorduras)	2-3 porções (até aos 11 anos) 3-4 porções (após os 11 anos = 1 porção é 175 ml de leite; ou 45 g de queijo)

Roda dos alimentos



Informação de:

D65- Plataforma da obesidade, OMS e Associação Portuguesa dos nutricionistas (APN)

Conselhos aos pais sobre alimentação

- Tomar sempre o pequeno-almoço: deve ser completo e saudável (ex: 1 copo de leite meio-gordo, 1 peça de fruta e 1 pão escuro, 1 chávena de cereais).
- Fazer lanche a meio da manhã, optando pelo leite, iogurte, fruta e sandes.
- Não saltar refeições, nem ficar muitas horas sem comer;
- Aumentar o consumo de frutos, hortaliças, legumes e cereais.
- Iniciar sempre o almoço e o jantar com uma sopa rica em hortaliças e legumes.
- Utilizar o azeite em vez de gorduras saturadas como margarinas e óleos.
- Diminuir o consumo de sal, optar por ervas aromáticas e especiarias. Limitar a ingestão de alimentos salgados e molhos preparados.
- Grelhar, assar, saltear em vez de fritar.
- Fazer da fruta a sobremesa.
- Optar por proteínas vegetais: feijão, ervilhas e cereais integrais, carne magra, aves e peixe;
- Aumentar a ingestão de frutos e vegetais coloridos (verdes e cor de laranja), tornando os pratos coloridos e apetecíveis
- Pedir colaboração da criança na selecção e preparação dos alimentos

Alimentos proibidos

Doces, guloseimas, fast-food e refrigerantes

Só uma vez por semana ou em dias especiais
Festas e aniversários



Anexo III

PADRÃO DOCUMENTAL:

UMA ABORDAGEM PREVENTIVA DA DIABETES TIPO 2 NA CRIANÇA



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

PADRÃO DOCUMENTAL

*Guia Orientador para a prática de cuidados à criança/família em
Cuidados de Saúde primários para prevenção da diabetes*

Elaborado por:

Rosália Nascimento

nº 192011048

Orientador Ensino clinico:

Enf^ª. Especialista Lina Faria

Docente orientador:

Prof.^a Dr.^a Zaida Charepe

Lisboa, Junho 2012

ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

WHO – World Health Organization

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

GOBPE- Guia Orientador de Boas Práticas de enfermagem

HTA- Hipertensão arterial

DM 2- Diabetes Mellitus 2

SAPE- Sistema de Apoio para a prática de Enfermagem

OE- Ordem dos enfermeiros

ÍNDICE

Introdução 3

Fundamentação 4

Orientação para a prática profissional 8

Tabela de Diagnósticos e intervenções 11

Referências bibliográficas 16

Glossário 17

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde é definida na carta de OTAWA “como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (CZERESNIA, 2003, pág. 11). É sem dúvida uma temática muito importante na nossa prática. Intervir precocemente nos problemas de saúde pública da atualidade, como sendo a obesidade, diabetes, consumo de drogas, entre outras, torna-se uma prioridade dos cuidados de saúde primários.

No nosso dia a dia vários são os fatores de risco a que as nossas crianças estão expostos e que as tornam mais vulneráveis a ter problemas de saúde e por conseguinte a afetar o seu desenvolvimento. A consulta de saúde infantil é por si só um momento privilegiado para a identificação destes fatores e por conseguinte o ponto de partida para planeamento e intervenção direcionada aos problemas identificados.

Partindo de pesquisa bibliográfica e evidência científica de que a diabetes tipo II tem vindo a crescer nas crianças, a realização deste padrão documental tem como objetivo *otimizar os cuidados prestados à criança/família em Cuidados de Saúde primários para prevenção da diabetes*. Funcionando como guia orientador da consulta de enfermagem de saúde infantil, numa tentativa de padronizar as intervenções desenvolvidas pelas enfermeiras da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) no âmbito da promoção de uma alimentação saudável e prática de exercício físico, no sentido de prevenir e /ou diagnosticar fatores que podem contribuir para o aparecimento da diabetes infantil.

Este guia orientador foi elaborado de acordo com a linguagem padronizada utilizada pela UCSP, no programa informático SAPE (Sistema e Apoio à Prática de Enfermagem), que é segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão beta 2.

FUNDAMENTAÇÃO

Tal como nos diz Garrido e Boavida em 2003, citados por OE 2010 “(...) todas as crianças são expostas a riscos e oportunidades de desenvolvimento relacionados não só com a saúde física e mental mas também com o ambiente sociocultural onde nascem e crescem.” Tendo em conta que ao longo destes anos temos sofrido grandes alterações ambientais com o aumento da urbanização e da industrialização, vários são os fatores a que as crianças estão expostas e que vão influenciar a sua saúde. Segundo BOLANDER (1998), existem os fatores externos, que se prendem com o local onde se vive, a cultura a sociedade, o nível socioeconómico, e os fatores internos ao indivíduo como as atitudes, crenças e os comportamentos.

Para promover a saúde o enfermeiro deve focar a sua intervenção na pessoa e em todo o seu meio envolvente, no sentido de combater estes fatores de risco, determinantes para o aparecimento de doenças.

Para uma intervenção eficaz na promoção da saúde ao longo desenvolvimento infantil, é imprescindível ter conhecimentos sobre o desenvolvimento global da criança, de forma a poder intervir em momentos chave.

Através dos princípios gerais definidos pela OE (2010) no GOBPE, para a promoção do desenvolvimento da criança, tais como:

- 1- “Todas as crianças têm o direito a um desenvolvimento equilibrado e adequado
- 2- As crianças seguem padrões previsíveis, mas não lineares ou contínuos.
- 3- (...)
- 4- O desenvolvimento infantil é multidimensional
- 5- Existem fatores que influenciam o desenvolvimento infantil (biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais)
- 6- (...)
- 7- Os enfermeiros devem potenciar a relação pais/filho(...)
- 8- (...)
- 9- Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde para avaliação e promoção do desenvolvimento”,

constatamos que a consulta de saúde infantil em cuidados de saúde primários é um momento privilegiado de promoção de saúde. Os temas a abordar na consulta são um aspeto chave para o enfermeiro identificar problemas e fazer diagnósticos planeando intervenções. Pode intervir precocemente, detetando incorreções e comportamentos

inadequados de saúde, tendo oportunidade de corrigir o que está mal, numa perspectiva de promoção de saúde (DGS, 2005).

O programa-tipo de atuação na saúde infantil e juvenil da DGS (2005), obedece algumas metas, das quais destaco:

“(…) - Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.

- Detecção precoce e encaminhamento de situações passíveis de correção e que possam afetar negativamente a saúde da criança (…)”.

Sendo que um dos objetivos deste programa de saúde é estimular a adoção de comportamentos saudáveis, entre os quais, salienta-se os relacionados com: a nutrição (que deve ser adequada às diferentes idades e necessidades individuais, prevenindo comportamentos alimentares desequilibrados); e a prática regular de exercício físico, a vida ao ar livre e em ambientes despoluídos, faz com que este guia tenha especial importância para os enfermeiros, uma vez que como agentes de mudança, devem facilitar a adesão a estilos de vida saudáveis, ajudando a consciencializar as pessoas do que não está correto, motivando-as a experimentar novos desafios, atitudes e comportamentos (BOLANDER, 1998).

A criança durante a infância vai aprendendo comportamentos alimentares, que vão ser influenciados quer pela família como por todo o contexto sociocultural onde as refeições ocorrem, que por sua vez são determinantes no processo de formação dos hábitos alimentares da criança (APARÍCIO, 2010, p.283). Os hábitos alimentares estão intrinsecamente relacionados com as diferenças culturais, crenças, religião, comportamento e atitudes e com a disponibilidade dos alimentos (WONG, 1999). Atendendo à população da UCSP Mónicas, que abrange uma variedade de culturas e etnias, compreende-se a necessidade do enfermeiro em estar desperto para o fenómeno atual da multiculturalidade, no sentido de adequar o seu plano de promoção de saúde, às necessidades individuais de cada um.

Por outro lado, no processo de comportamentos de procura de saúde, os pais têm um papel preponderante, funcionando como parceiros nestes cuidados. São eles os principais responsáveis pela educação e desenvolvimento da criança, por isso devem

ser envolvidos em todo este processo de promoção da saúde. A informação disponibilizada vai capacitar os pais e crianças para atingirem níveis ótimos de saúde, prevenir problemas de saúde e identificar precocemente problemas para minimizar incapacidades. Vai permitir que tomem decisões fundamentadas, assumir responsabilidades pela sua saúde e lidar efetivamente com as alterações na sua saúde e estilo de vida (STANHOPE e LANCASTER, 2011).

A evidência diz-nos que a Diabetes Mellitus (DM) é uma epidemia do séc. XXI pois tem vindo a crescer na população. Há estudos que têm-nos mostrado que atualmente a diabetes tipo 2 tem aumentado nas crianças e adolescentes, sendo que até em alguns países é o tipo de diabetes mais comum na infância. Os fatores de risco são múltiplos, mas sabe-se que a obesidade e o sedentarismo são determinantes (WHO, 2011).

De acordo com a WHO (2004;2011) relacionar dietas saudáveis com o exercício físico constituem uma estratégia eficaz para travar o crescimento dos riscos de doenças, nomeadamente da DM e obesidade. Essas estratégias passam por:

a) Relacionadas com a Dieta

- Conseguir manter o controlo do peso
- Limitar o consumo gorduras e preferir as gorduras insaturadas em detrimento das saturadas, eliminando assim o consumo de ácidos trans
- Aumentar o consumo de fruta, vegetais e leguminosas, grãos integrais e nozes
- Limitar o consumo de açúcares livres e de sal e as suas fontes;

b) relacionadas com o exercício físico:

- Ser fisicamente ativo
- Variar em diferentes tipos e quantidades de atividade física para obter diferentes resultados de saúde
- Realizar pelo menos 30 minutos de atividade diária ou regular de intensidade moderada
- O treino de fortalecimento dos músculos pode ajudar a reduzir as quedas
- Pode ser necessária mais atividade física para controlar o peso

Em conclusão, importa evidenciar a importância atribuída ao papel do enfermeiro na promoção de um adequado desenvolvimento para a criança, pelo que se torna imprescindível a observação e avaliação de todo o processo de desenvolvimento da

mesma, com vista á identificação de fatores de risco que podem estar a comprometer este mesmo desenvolvimento.

Consequentemente, compreendemos como é preponderante intervir nestes agentes para prevenir o aparecimento da DM tipo 2 e o aumento da morbilidade e mortalidade associadas. Uma alimentação e estilos de vida saudáveis assumem um importante papel de defesa contra esta epidemia. (WHO, 2011)

Este guia orientador vai de encontro a este facto, na medida em que o seu objetivo principal é otimizar as competências do enfermeiro de diagnosticar e prescrever eficazmente (MARQUES, 2010).

Tendo em conta o que já foi mencionado anteriormente, compreende-se a necessidade de criar diagnósticos e intervenções de enfermagem, com base nos fatores de risco da diabetes na criança. Assim, uniformizando o conhecimento e a prática contribuímos para uma prestação de cuidados de maior qualidade à criança/família.

ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

Os diagnósticos levantados prendem-se com os fatores de risco associados à DM tipo 2, pelo que se torna importante definir quais os dados que nos permitem enunciar estes diagnósticos.

Diagnóstico de Risco de hipertensão arterial (HTA)

HTA é definida como TA sistólica ou diastólica superior ou igual ao percentil 95 para a idade e o sexo, em três ocasiões separadas (DGS, 2005)

O risco de HTA relaciona-se com Tensão Arterial elevada para a idade; história familiar de doença cardiovascular e de HTA; Padrão alimentar hipersalino e hiperlipídico; dislipidémias; obesidade; criança não amamentada (WONG, 1999).

Diagnóstico de Obesidade presente

Segundo a OMS “a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde” (SÉRGIO et al., 2005, pág.3) e define-se como: Percentil superior a 95; peso corporal superior a 20%, padrão alimentar disfuncional; ingestão excessiva de nutrientes em relação às exigências metabólicas; dieta rica em lípidos e hidratos de carbono simples; ausência ou diminuição do exercício físico, aumento proporcional do tecido subcutâneo (ICN, 2002).

Diagnóstico de Risco de Excesso de peso

De acordo com DGS (2005), estamos perante Excesso de peso quando o Percentil de desenvolvimento da criança entre o 85 e 95.

Define-se como: Aumento do peso habitualmente entre 10-20% do peso normal, padrão alimentar disfuncional, ingestão excessiva de nutrientes, alimentação em excesso e falta de exercício (ICN, 2002).

Diagnóstico de Risco de Diabetes

A DM está presente se a pessoa tiver uma glicemia ocasional de 200mg/dl ou superior com sintomas; ou se em jejum, em duas ocasiões separadas de curto espaço de tempo,

apresentar glicemia igual ou superior a 126 mg/dl ou se Hemoglobina glicosada A1c maior ou igual a 6,5% (DGS, 2011).

Apresentar Sintomas: poliúria, polidipsia, polifagia, fadiga, visão turva, prurido generalizado no corpo.

O risco relaciona-se com: Crianças com familiares diretos com diabetes; obesidade; tensão arterial elevada ou níveis elevados de colesterol no sangue; Crianças com peso igual ou superior a quatro quilogramas à nascença; crianças com problemas no pâncreas ou com doenças endócrinas (WONG, 1999).

Diagnóstico de Cozinhar não adequado

Confeção dos alimentos à base de fritos; não respeitar as três regras da roda dos alimentos: equilibrada, variada, completa; saltar refeições; não respeitar as porções diárias necessárias da criança; não respeitar regras de seleção e de preparação dos alimentos.

Diagnóstico de Ausência de Exercício/ Exercício deficiente

Falta atividade física; atividade física deficiente (menos de 2 vezes por semana).

Diagnóstico de Autoestima

Define-se como: Opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação (ICN, 2002).

Relacionado com imagens negativas de si mesmo, não aceitação; falta de motivação para iniciar novos desafios (BOLANDER, 1998)

Diagnóstico de aumento do Apetite

O Apetite define-se de acordo com o ICN (2002) como uma sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes ou de um tipo particular de alimentos.

Diagnóstico de papel parental alterado

FIGUEIREDO (2009) diz-nos que “O exercício do papel parental relaciona-se com as funções familiares. Algumas das funções primordiais da família, relacionadas com o crescimento e desenvolvimento das crianças são operadas pela interação entre estas e o sub-sistema parental. “

Define-se como a interação dos pais de acordo com as suas responsabilidades, desenvolvendo funções como educação e proteção dos filhos, promovendo um crescimento e desenvolvimento ótimo da criança que deles depende.

Importa ainda perceber

Qual a **via de transporte** da família, que se define como “sistema destinado à movimentação de pessoas e bens no solo, na água e no ar (...)” (ICN, 2002). Importa compreender como se desloca habitualmente a família, se têm carro próprio; se utilizam o carro para grandes ou pequenas distâncias;

Qual é o tipo de **edifício residencial** que têm. Define-se como “estrutura designada e construída para habitação ou lar humano, proporcionando ao ser humano abrigo, proteção e espaço” (ICN, 2002).

Importa perceber se é uma vivenda ou apartamento; se têm elevador ou escadas; se a residência é perto da escola ou creche; se têm jardim;

Foco	Diagnóstico	Intervenção de enfermagem	Resultados esperados
Hipertensão	Risco de hipertensão	Identificar fatores de risco da criança Monitorizar TA Avaliar história familiar de HTA Avaliar história familiar de doenças cardiovasculares Estimular os pais a adotar uma alimentação hiposalina Promover o encaminhamento para médico/especialidade	Ausência de Hipertensão
Cozinhar	Cozinhar não adequado	Ensinar sobre cuidados domésticos: cozinhar Ensinar os pais sobre preparação/seleção de alimentos Instruir os pais sobre cuidados a ter na seleção dos alimentos adequados à criança: legumes e vegetais, fruta, cereais, laticínios, gorduras, carne e peixe e água Ensinar sobre dieta mediterrânica e seus benefícios Adequar as técnicas de seleção e confeção de alimentos às diferenças culturais Planear refeições Ensinar aos pais sobre modos de confeção dos alimentos Ensinar aos pais como ler rótulos dos alimentos Determinar situação económica familiar Instruir sobre dietas mais económicas	Cozinhar adequado
Exercício	Ausência de exercício	Incentivar a criança a realizar atividades de lazer Apoiar iniciativa da criança na escolha da atividade física Ensinar sobre hábitos de exercício físico Instruir sobre vantagens do exercício físico Estimular os pais à prática de exercício físico Estimular as crianças à prática de exercício físico Promover hábitos de exercício físico Motivar os pais para a prática de exercício físico Motivar a criança para a prática de exercício físico	Exercício físico Adequado
	Exercício deficiente	Planear exercício físico Ensinar aos pais sobre exercício físico adequado ao desenvolvimento da criança Instruir os pais sobre o exercício físico adequado ao desenvolvimento da criança Educar os pais a gerir o tempo Motivar a criança para a manutenção contínua de prática de exercício físico Elogiar a escolha/gosto da criança para determinada atividade física	

		Promover a prática de atividades familiares ao ar livre	
Ingestão de alimentos	Ingestão alimentar não adequada	Vigiar ingestão dos alimentos pelas crianças Ensinar pais a vigiar ingestão dos alimentos pelas crianças Instruir os pais a fracionar as refeições Instruir pais sobre vantagens de fracionar refeições Ensinar pais sobre vantagens de pequeno almoço no desenvolvimento da criança	Ingestão alimentar adequada
	Ingestão alimentar alterada	Monitorizar crescimento estato-ponderal Monitorizar percentil de desenvolvimento Avaliar padrão alimentar da criança Ensinar os pais sobre relação alimentação e saúde Instruir pais sobre as porções diárias necessárias para a criança Ensinar sobre desenvolvimento infantil Ensinar pais sobre vantagens de pequeno almoço no desenvolvimento da criança	
Ingestão de líquidos	Ingestão de líquidos não adequada	Ensinar pais sobre vantagens da ingestão de líquidos Instruir pais sobre quais os líquidos adequados a ingerir Instruir pais sobre necessidades da criança em relação à ingestão de água Ensinar pais sobre malefícios de refrigerantes	Ingestão de líquidos adequada
Apetite	Apetite aumentado	Monitorizar crescimento estato-ponderal Monitorizar percentil de desenvolvimento Instruir os pais sobre fracionar dieta Instruir os pais sobre não deixar a criança mais de 3 horas sem comer Instruir pais sobre as porções diárias necessárias para a criança Ensinar pais sobre alimentos pouco saudáveis	Apetite sem alterações
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde comprometido	Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde durante o desenvolvimento infantil Elogiar sobre a aprendizagem de comportamentos saudáveis Elogiar procura de cuidados de saúde, quando adequado	Comportamento de procura de saúde eficaz
Força de	Força de	Encorajar os pais a motivar as crianças Facilitar a adesão a hábitos de vida saudáveis da família	Força de

vontade	vontade diminuída	Apoiar os pais Promover momentos para os pais exporem dúvidas e preocupações	vontade eficaz
Papel parental	Papel parental comprometido	Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil Elogiar decisões adequadas dos pais em relação à criança Apoiar os pais Promover momentos para os pais exporem dúvidas e preocupações	
Diabetes	Risco de diabetes tipo II	Identificar fatores de risco de desenvolver diabetes tipo II Avaliar glicemia capilar Avaliar TA Monitorizar percentil de desenvolvimento Avaliar padrão alimentar da criança Avaliar padrão de exercício físico da criança Motivar a criança/pais a adotar estilos de vida saudáveis: prática de exercício físico e alimentação equilibrada Elogiar os pais por fomentarem na criança hábitos de vida saudáveis	Ausência de Diabetes
Excesso de peso	Excesso de peso	Monitorizar crescimento estado-ponderal Determinar índice de massa corporal Pesar criança Avaliar padrão alimentar da criança Avaliar padrão de exercício físico da criança	Peso adequado
Obesidade	Risco de obesidade	Determinar índice de massa corporal Monitorizar peso, altura, perímetro abdominal da criança Identificar fatores que contribuem para a obesidade Identificar comportamentos alimentares compulsivos	Ausência de obesidade
	Obesidade presente	Identificar fatores que contribuem para a obesidade Identificar comportamentos alimentares compulsivos Determinar índice de massa corporal Monitorizar percentil de desenvolvimento Encorajar a adesão de regime dietético adequado Estimular os pais a aumentarem a oferta de alimentos obrigatórios para a criança Monitorizar TA Pesar a criança	

		<p>Avaliar volume das pregas cutâneas</p> <p>Instruir os pais sobre a lenta perda de peso</p> <p>Planear o exercício físico de acordo com as características da criança</p> <p>Motivar a criança e os pais para a prática de exercício físico</p> <p>Apoiar os pais</p>	
Padrão de exercício	Padrão de exercício não adequado	<p>Avaliar a prática de exercício físico da criança</p> <p>Planear exercício físico adequado á criança</p> <p>Ensinar os pais sobre exercício físico</p> <p>Estimular à realização de caminhadas em família</p> <p>Estimular à prática de atividades ao ar livre</p>	Padrão de exercício adequado
Padrão alimentar	Padrão alimentar não adequado	<p>Avaliar hábitos alimentares da criança</p> <p>Avaliar hábitos alimentares da família</p> <p>Ensinar pais sobre alimentação saudável</p> <p>Planear dieta adequada à criança</p> <p>Planear refeições</p>	Padrão alimentar adequado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APARÍCIO, Graça – **Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância**. Millenium - Revista do IPV. Instituto Politécnico de Viseu: Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde. n.º 38 .Junho 2010
- BOLANDER, Verolyn Era – **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. 3ª Edição. Lisboa: Lusodidacta editores. 1998. ISBN 972-96610- 6-5
- CLARKE, David [et al.] - Ideal partnerships . **Paediatric Nursing**. ISSN 0962 9513PN. vol. 20. nº5. Junho(2008).p3
- CZERESNIA, Dina - **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS**. Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. Julho de 2003
- DIRECÇÃO –GERAL DE SAÚDE (DGS) - **Norma: Diagnóstico e classificação da Diabetes mellitus**. nº 002/2011, Janeiro 2011
- DIRECÇÃO –GERAL DE SAÚDE (DGS) - **Saúde Infantil e Juvenil Programa-tipo de Actuação**. 2ª edição. Lisboa: DGS- Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. 2005. ISBN 972-675-084-9
- FIGUEIREDO, Maria Henriqueta - **Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar**. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem Porto:Universidade do Porto- Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar.2009
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP), Versão Beta 2**. Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002. ISBN: 972-98149-5-3
- STANHOPE, Márcia; LANCASTER, jeanette - **Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população**. 7ª edição. Lusodidacta: loures 2011. ISBN: 978-989-8075-29-1

- SÉRGIO, António [et al.] –DGS divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas programa nacional de combate à obesidade. Lisboa: DGS. 2005. 24p ISBN 972-675-128-4
- WONG, Donna L. – Enfermagem Pediátrica: elementos Essenciais à Intervenção Efectiva. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. 1999
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **Global strategy on diet, physical activity and health- Fifty-Seventh World health assembly.** FRANCE: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2004. ISBN 92 4 159222 2
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (WHO) – Diabetes [em linha]. Nº 312 (2011). [Consultado em Junho/2012]. Disponível na internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (WHO) - **What are the risks of diabetes in children?** [em linha]. Nov. (2011).[Consultado em Junho de 2012]. Disponível na internet: <http://www.who.int/features/qa/65/en/index.html>

GLOSSÁRIO

Apoiar	Assistir: Ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar o peso, a manter-se em posição e a aguentar
Assistir	Atender: Fazer parte do trabalho de alguém ou ajudar alguém nas suas funções naturais
Avaliar	Observar: Estimar as dimensões, qualidade ou significado de alguma coisa
Determinar	Ação: Encontrar ou estabelecer algo de modo preciso
Elogiar	Relacionar: Expressar aprovação ou admiração por alguém ou alguma coisa

Encorajar	Apoiar: Dar confiança ou esperança a alguém
Ensinar	Informar: Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde
Envolver	Comportamento Interativo: Ação de empenhamento e demonstração de interesse para com os outros indivíduos e vontade de ajudar os outros
Escutar	Comunicação: Fazer o esforço de ouvir o outro, ouvir atentamente o que os outros dizem, prestar atenção e responder a outros
Explicar	Informar: Tornar alguma coisa compreensível ou clara para alguém
Facilitar	Assistir: Tornar alguma coisa mais fácil para alguém
Identificar	Avaliar: Estabelecer sistematicamente a identidade de alguém ou de alguma coisa
Incentivar	Promover: Levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade
Informar	Ação: falar com alguém acerca de coisa a alguém
Instruir	Ensinar: Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa
Monitorizar	Vigiar: Observar alguém ou alguma coisa em ocasiões repetidas ou regulares
Motivar	Promover: levar a alguém a actuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma actividade
Negociar	Contratar: Conferenciar com alguém no sentido de conseguir um compromisso ou acordo
Pesar	Medir: certificar-se do peso de alguma coisa ou de alguém e expressá-lo em números
Planear	Coordenar: ponderar, ordenar e organizar previamente alguma coisa

Promover	Assistir: Ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa
Reforçar	Apoiar: Fortalecer alguma coisa ou alguém
Vigiar	Observar: manter o escrutínio de alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo

(Adaptado de CIPE/ ICNP ® versão Beta 2, 2002)

Anexo IV

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS DO SUP

Questionário

No âmbito do Estágio realizado no serviço de Urgência Pediátrica, inserido no Curso de Mestrado e Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, surgiu a necessidade de realizar um questionário como instrumento de trabalho para a recolha de informação junto dos profissionais de enfermagem, com o intuito de diagnosticar quais as necessidades dos mesmos, na intervenção junto de adolescentes com diabetes tipo I admitidos no serviço de Urgência por descompensação.

O presente questionário é constituído por 10 perguntas de resposta rápida. Destina-se a todos os enfermeiros a exercer funções no Serviço de Urgência.

Idade: ____

Sexo: Masculino ____ Feminino ____

Anos de serviço no SU: ____

1. Na sua percepção, com que frequência são admitidos no SU, doentes diabéticos descompensados por não adesão à terapêutica?

Nunca__ Raramente__ Frequentemente__ Sempre__

2. Tem conhecimento da existência de um protocolo de articulação entre o SU e enfermeiro de referência da consulta externa de endocrinologia aquando da admissão do adolescente no SU?

Sim__ Não__

3. Considera importante haver esta articulação? Porquê?

Sim__ Não__

4. Na admissão do adolescente diabético tem conhecimento do seu guia/esquema de tratamento?

Sim__ Não__

5. Na sua percepção acha importante envolver os pais no tratamento do adolescente diabético descompensado?

Sim__ Não__

6. Na sua prestação de cuidados ao adolescente diabético descompensado tem por hábito envolver os pais no tratamento?

Nunca__ Raramente__ Frequentemente__ Sempre__

7. Existe um plano de cuidados entre os membros da equipa de enfermagem para intervir junto dos adolescentes diabéticos descompensados?

Sim__ Não__

8. Diga duas dificuldades sentidas durante o tratamento do adolescente descompensado admitido no SU?

-

-

9. Diga dois factores que pense contribuir para a não adesão do adolescente diabético à terapêutica?

-

-

10. Das seguintes opções indique uma que gostasse de ser abordado numa formação?

Bombas de infusão de insulina___

Entrevista ao adolescente___

Cetoacidose diabética___

Hipoglicémia___

Dias de doença no diabético___

Outros _____

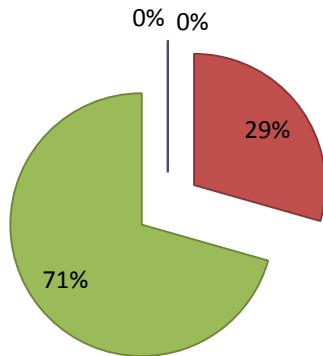
Obrigada pela colaboração!

ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO

Análise do Conteúdo do Questionário aplicado no SUP

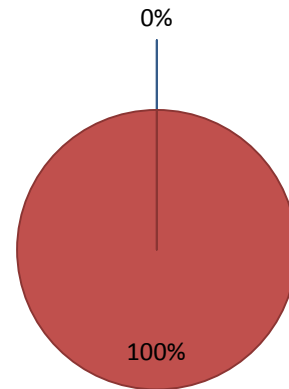
Pergunta 1

■ Nunca ■ Raramente
■ Frequentemente ■ Sempre



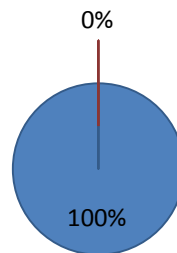
Pergunta 2

■ Sim ■ Não

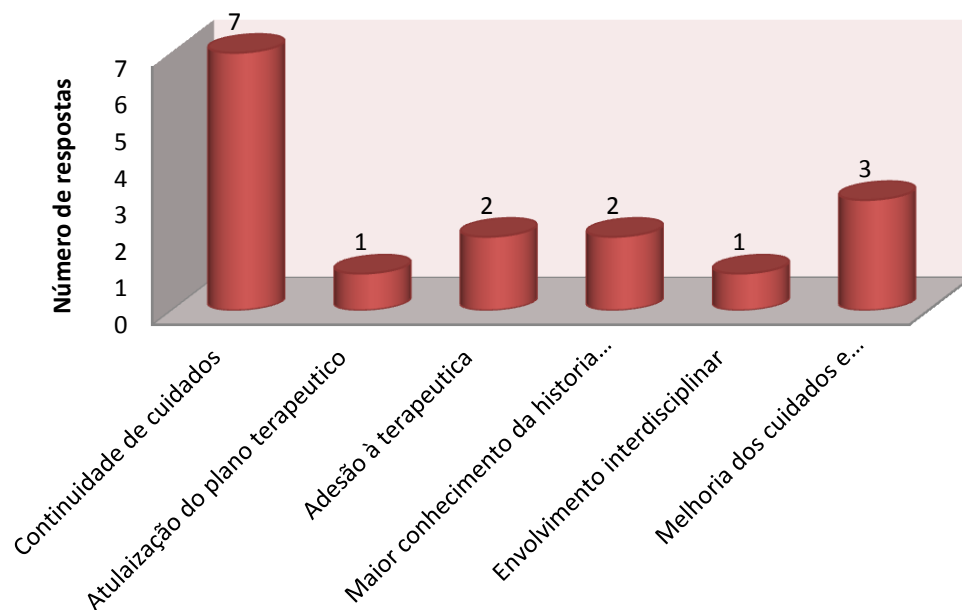


Pergunta 3

■ Sim ■ Não

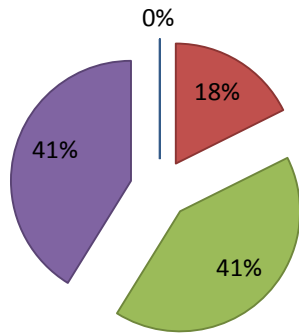


Pergunta 3: Porque acha importante a articulação?



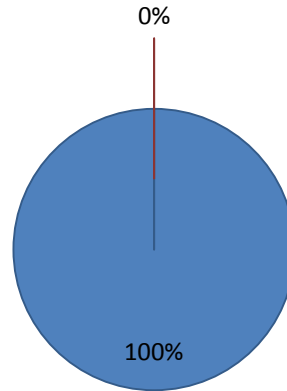
Pergunta 4

■ Nunca ■ Raramente
■ Frequentemente ■ Sempre



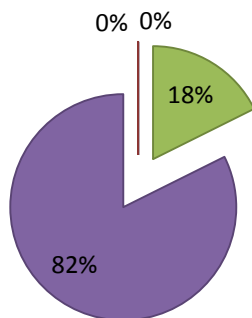
Pergunta 5

■ Sim ■ Não



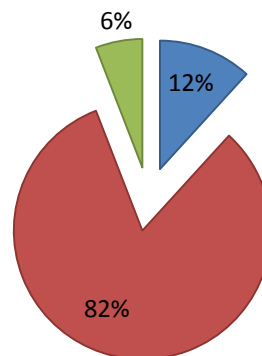
Pergunta 6

■ Nunca ■ Raramente
■ Frequentemente ■ Sempre

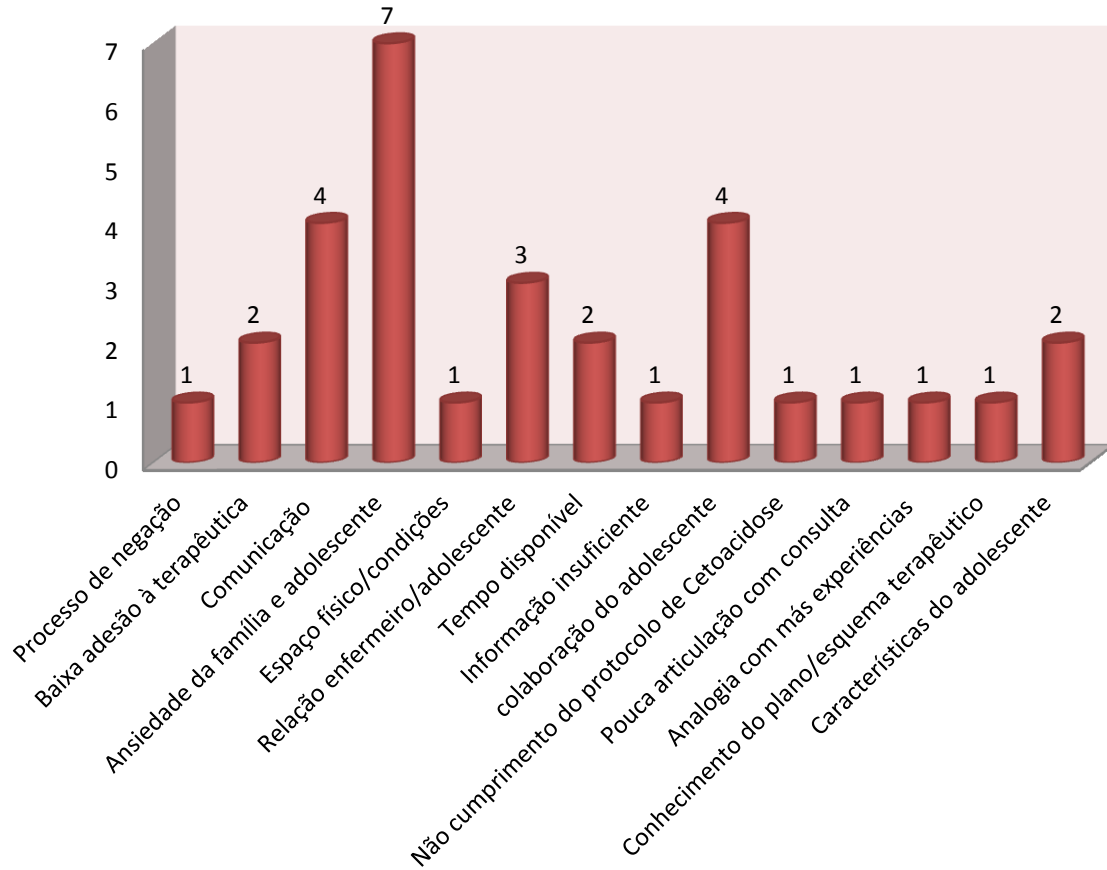


Pergunta 7

■ Sim ■ Não ■ Não Respondo

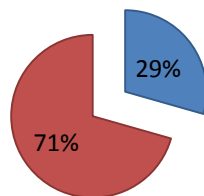


Pergunta 8: Diga 2 dificuldades sentidas durante o tratamento do adolescente descompensado admitido no SU

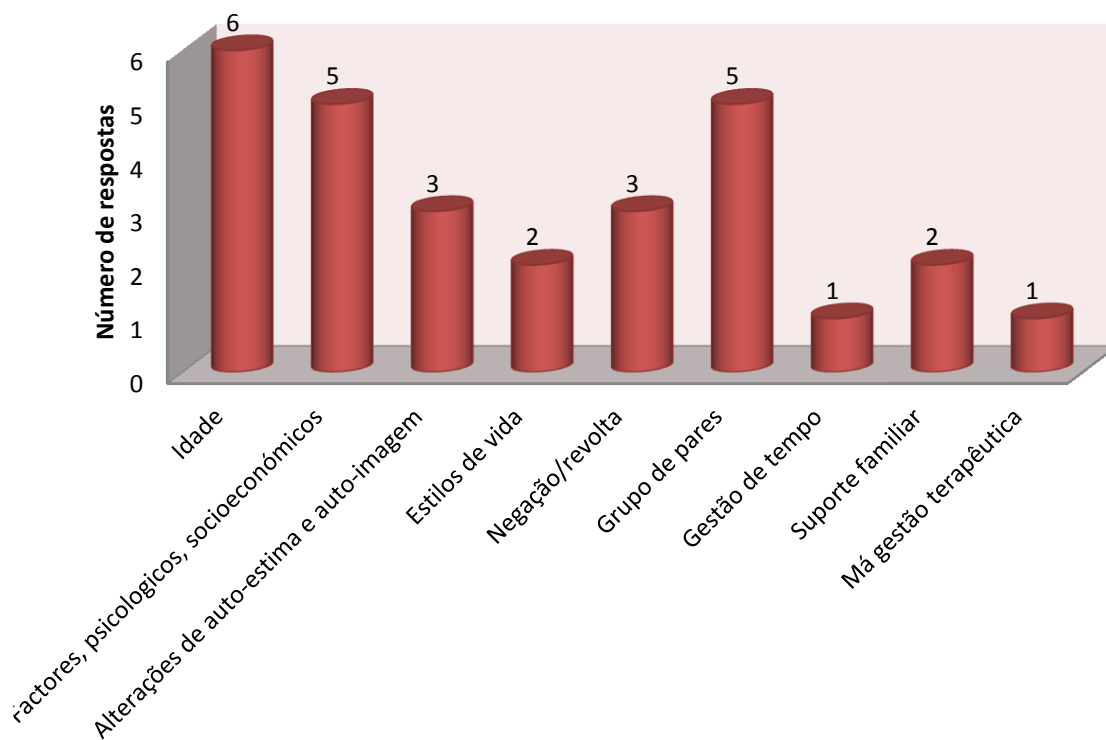


Sexo

■ Masculino ■ feminino

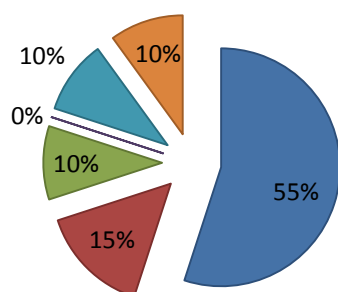


Pergunta 9: Diga dois factores que pense contribuir para a não adesão do adolescente com diabetes à terapêutica?




Pergunta 10

■ 1 opção ■ 2 opção ■ 3 opção ■ 4 opção ■ 5 opção ■ 6 opção



Anexo VI

*PROCEDIMENTO SECTORIAL DE ARTICULAÇÃO ENTRE O SUP E A CONSULTA EXTERNA DE
ENDOCRINOLOGIA*

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	ÁREA	
	PROCEDIMENTO Articulação entre Serviço de Urgência Pediátrica e Consulta Externa de endocrinologia	

PROVAÇÃO

1. OBJECTIVO

Este procedimento tem como objectivo estabelecer uma ligação entre as equipas de enfermagem do SUP e da Consulta externa de endocrinologia, visando melhorar os cuidados prestados ao adolescente e família com DM1 descompensados e reduzir o número de recorrências à urgência por este motivo.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os enfermeiros do SUP.

3. RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do Procedimento: Enf. Chefe e restantes elementos da Equipa de Enfermagem do SUP

3.2 Pela revisão do procedimento: Enf. Chefe e elementos da Equipa de Enfermagem nomeados


4. DEFINIÇÕES

Articulação - é o processo através do qual se estabelecem ligações entre serviços do mesmo Hospital, sectores profissionais, organizações de dois níveis de prestação de cuidados, reconhecendo a individualidade e a complementaridade de cada um com vista à obtenção de objectivos comuns

Adolescência - é um período de grandes transformações físicas, cognitivas, psicossociais e de inter-relações. Actualmente, é considerada um período de transição desenvolvimental, que vai marcar a passagem da infância para a idade adulta, em que os adolescentes sofrem uma maturação diversificada, constroem a sua identidade, os seus pontos de referência, escolhem o seu caminho profissional e projecto de vida.

ELABORAÇÃO	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	<u>Rosália Nascimento</u> <hr/> <hr/> <hr/>
VERIFICAÇÃO	
CQSD	<hr/>

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
		1/8

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL.EPE	Procedimento Sectorial ÁREA	COD.0000
	PROCEDIMENTO Articulação entre Serviço de Urgência Pediátrica e Consulta Externa de endocrinologia	

Adesão terapêutica - define-se como um processo activo, responsável, flexível e voluntário do doente, colaborando com a equipa de saúde, no sentido de ganhar autonomia no controlo da sua doença, através de um processo de negociação e responsabilidade partilhada, tendo em conta os interesses e as necessidades do doente.

Diabetes - é uma doença crónica caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue, a hiperglicemia, que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente para as necessidades orgânicas ou quando o organismo não consegue utilizar a insulina produzida, ou à combinação destes dois factos.

Diabetes Mellitus 1 - é caracterizada pela destruição irreversível das células beta, resultando num défice absoluto de produção de insulina pelo pâncreas.

5. SIGLAS E ABREVIATURAS


CEE- Consulta Externa de Endocrinologia
 DM1- Diabetes Mellitus 1
 DGS - Direção Geral da Saúde
 HDE- Hospital Dona Estefânia
 OE – Ordem dos Enfermeiros
 OMS – Organização Mundial de Saúde
 SO- Sala de observação
 SUP- Serviço de Urgências Pediátricas

6. REFERÊNCIAS

- BARROS, Luísa – **Psicologia Pediátrica – Perspetiva Desenvolvimentista**. 2ªedição. Lisboa: Climepsi Editores. novembro de 2003. 220p. ISBN 972-796-081-2
- DIRECÇÃO –GERAL DE SAÚDE - Circular normativa nº14/DGCG, 12/12/00: **Educação terapêutica na Diabetes Mellitus**.
- DIRECÇÃO –GERAL DE SAÚDE - **Norma: Diagnóstico e classificação da Diabetes mellitus**. nº 002/2011, Janeiro 2011
- FERREIRA, O.- **Continuidade dos Cuidados: uma prática em parceria. Estratégias de parceria entre o centro de referência em oncologia pediátrica do**

ELABORAÇÃO	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	Rosália Nascimento _____ _____ _____
VERIFICAÇÃO	
CQSD	_____

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		2/8

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial ÁREA	COD.0000
	PROCEDIMENTO Articulação entre Serviço de Urgência Pediátrica e Consulta Externa de endocrinologia	

norte- IPO Porto_ e os cuidados de saúde primários- ARS Norte. Tese elaborada no âmbito do Mestrado em Oncologia. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. 2007.

- LEI DE BASES DA SAÚDE (nº48/90 – Base XIII)

- MARCELLI, Daniel - **Infância e psicopatologia.** 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.** Série I. Nº 3.Vol. I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 134p. ISBN: 978-989-8444-00-4

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

- PAPÁLIA, Diane E., OLDS, Sally W., FELDMAN, Ruth D., - **O mundo da Criança.**8ªedição. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal. 2001.ISBN 972-773-069-8

- PINHEIRO, A., SARDO, D. & HENRIQUES, V. - Envolvimento dos enfermeiros na articulação de informação entre os cuidados e saúde primários e cuidados diferenciados- Um estudo na área de saúde materna e obstétrica. **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras.**2004.5, 41-42.


- SERRABULHO, Lurdes; Boavida, Manuel- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal- **A educação terapêutica na diabetes.** 2007. 34p.

- SERRABULHO, Lurdes; MATOS, Margarida G. - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal- **A saúde e os estilos de vida dos adolescentes com doabetes tipo 1.** 2007.

- WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION – Diabetes [em linha]. Nº 312 (2011). [Consultado em Junho/2012]. Disponível na internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

ELABORAÇÃO	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	<u>Rosália Nascimento</u> <hr/> <hr/> <hr/>
VERIFICAÇÃO	
CQSD	<hr/>

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		3/8


 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial ÁREA	COD.0000
	PROCEDIMENTO Articulação entre Serviço de Urgência Pediátrica e Consulta Externa de endocrinologia	

- WONG, Donna L.; WHALEY – **Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 5ª edição. Brasil, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999. 321-353p. ISBN: 85-277-0506-0 Disponível: <http://hdl.handle.net/10216/7176>.

- www.ispad.org

ELABORAÇÃO	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	Rosália Nascimento <hr/> <hr/> <hr/>
VERIFICAÇÃO	
CQSD	<hr/>

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		4/8

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	ÁREA	
	PROCEDIMENTO Articulação entre Serviço de Urgência Pediátrica e Consulta Externa de endocrinologia	

7. DESCRIÇÃO

A adolescência é um período da vida que exige ao indivíduo capacidade de adaptação às exigências sociais no momento em que está a sofrer transformações biológicas, cognitivas e psicológicas (ANASTÁCIO, 2010).

Na adolescência estas diferenças físicas assumem grande impacto na auto-estima destes adolescentes. É nesta fase de vida que se sentem mais preocupados em relação ao aspecto físico. Lidam com os conflitos sobre o que observam e o que visualizam como o ideal. A formação da imagem corporal é crucial na formação da identidade (a crise psicossocial da adolescência) e consiste numa interrelação de várias componentes, tais como: fisiológica (percepção das próprias características), psicológicas (valores e atitudes no sentido do corpo, capacidades e ideais) e social (perante os outros), que também sofre uma alteração importante (WONG, 1999).

A DM é uma doença crónica de grande impacto na saúde pública e que tem vindo a aumentar consideravelmente. Estima-se que do total de casos de DM existentes em Portugal, 90% são DM2 e 10% DM1, esta última ocorre essencialmente em crianças e adolescentes e é uma das mais frequentes doenças desta faixa etária (SERRABULHO e MATOS, 2007).

A doença crónica é prolongada e irreversível, sendo um acontecimento de vida stressante e/ou perturbador, que influenciará todo o processo de desenvolvimento da criança/adolescente, levando a mudanças a nível da saúde, da própria vida e no ambiente familiar, podendo mesmo levar a uma reorganização da economia familiar. (BARROS, 2003 e MARCELLI, 2005)

Desde cedo que o aparecimento de uma doença crónica como a DM1, representa para o adolescente uma fonte de preocupação e de angústia, resultando rapidamente em alterações comportamentais, cognitivas e afectivas, que se manifestam negativamente em si e nos que os rodeiam (ALMEIDA, 2000). Constitui-se como um choque psicológico e uma situação de crise familiar. (SERRABULHO, BOAVIDA, 2007)


A adaptação à doença é um processo contínuo e dinâmico. Várias são as fases que o adolescente tem de enfrentar e ultrapassar para se adaptar: negação, revolta, negociação, depressão e aceitação. Estas poderão ser de maior equilíbrio e aceitação e outras de maior ansiedade, revolta ou depressão, relacionando-se com as suas características individuais (SERRABULHO, BOAVIDA, 2007).

Os aspectos mais importantes do tratamento da diabetes baseiam-se na insulino-terapia, numa alimentação equilibrada e fraccionada, na autovigilância e autocontrolo, exercício físico.

Estas alterações na vida diária do adolescente traduzem-se na adesão aos planos de tratamento instituídos, na aquisição de competências para o auto cuidado, na aprendizagem do manuseamento de materiais e de produtos; na gestão do stress associado à doença e na gestão das alterações emocionais implicadas.

Contudo, várias são as pesquisas que nos demonstram que os adolescentes são o grupo etário com maior dificuldade na adesão ao tratamento e no bom controlo metabólico.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		5/8

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	ÁREA	
	PROCEDIMENTO Articulação entre Serviço de Urgência Pediátrica e Consulta Externa de endocrinologia	

Isto prende-se com algumas condicionantes, tais como as alterações hormonais durante a puberdade, desenvolvimento físico e psicológico acelerado, alterações no padrão alimentar, padrões variáveis de exercício, alterações comportamentais e tratamento dependente dos pais (SERRABULHO e MATOS, 2007).

Também estudos realizados no Japão evidenciam que uma boa adesão terapêutica relaciona-se com a motivação e força de vontade dos adolescentes, apoio dos pais e equipa de saúde, uma atitude positiva, bem-estar social, psicológico e receio das complicações tardias. Verificou-se ainda que a menor adesão está associada aos adolescentes com comportamentos de consumo de álcool e tabaco, menos prática de exercício e hemoglobina glicosada mais elevada (SERRABULHO e MATOS, 2007).

Nos adolescentes, as atitudes de negligência ou de revolta perante o tratamento evidenciam-se com o não cumprimento da medicação ou o uso inadequado do material, como a prática de registos fraudulentos. A rotina dos tratamentos é vista pelo adolescente como algo que lhe é imposto pelos pais ou profissionais, chocando com a sua necessidade de independência.

O conjunto destes factores contribuem para o aumento da recorrência ao serviço de urgência por descompensação da doença podendo levar a situações mais graves como a Cetoacidose diabética (CAD). De acordo com a DGS, verifica-se num estudo em Portugal que o número de reinternamentos por descompensação ou complicações da DM aumentou de 145 em 2009 para 17% em 2010 (Observatório da diabetes, 2011).

O enfermeiro do SUP assume um papel crucial durante a admissão do adolescente à urgência por uma DM descompensada relacionada com uma má adesão ao tratamento. A colheita de dados é uma fase preponderante para identificar quais os factores que contribuíram para a admissão ao SUP, no sentido de desenvolver um plano terapêutico com estratégias para restabelecer e promover a saúde do adolescente e consequentemente prevenir as complicações associadas à descompensação.


Desde cedo que na consulta de endocrinologia do HDE as crianças/adolescentes com DM1 têm um programa de educação e tratamento associado, sendo acompanhados por uma equipa multidisciplinar constituída por endocrinologista, enfermeiro, dietista e/ou nutricionista, psicóloga e família.

Actualmente os doentes com DM1 são acompanhados por 4 equipas diferentes constituídas por médico e enfermeiro de referência:

- Dr^a Rosa/ Enfermeira Arminda;
- Dr^a Daniela/ Enf^a Célia;
- Dr^a Lurdes/ Enf^a Teresa;
- Dr^a Catarina/ Enf^a Anabela;

Uma vez que estas equipas, têm maior conhecimento dos antecedentes pessoais do adolescente, da sua história passada e actual quer da doença como de saúde, conhece os seus hábitos de vida diários, conhece a família, e acima de tudo já

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		6/8

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL.EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	ÁREA	
	PROCEDIMENTO Articulação entre Serviço de Urgência Pediátrica e Consulta Externa de endocrinologia	

desenvolveu uma relação terapêutica, que é um factor importante na facilitação da adesão terapêutica do adolescente, torna-se imprescindível o seu envolvimento no tratamento do adolescente descompensado.

Através da análise dos resultados de um questionário aplicado à equipa de Enfermagem do SUP do HDE, assume-se a importância de integrar nos cuidados prestados à criança/adolescente com DM1, que recorre à urgência por descompensação da doença, uma articulação com o enfermeiro de referência da CEE, indo assim de encontro ao referido anteriormente.

De acordo com os enfermeiros do SUP, esta articulação vai permitir:

- um envolvimento interdisciplinar e interserviços;
- aumentar os níveis de conhecimento do enfermeiro do SUP relativamente à história clínica e necessidades da criança/adolescente;
- promover a rapidez e agilização na análise dos dados do utente;
- melhorar e uniformizar os cuidados;
- melhorar a adesão à terapêutica;
- promover a continuidade dos cuidados e actualizar o plano terapêutico.

Por outro lado, o interesse nesta articulação também foi demonstrado pela equipa de enfermagem da CEE, no sentido de agilizar o processo de internamento do adolescente e na melhoria dos cuidados prestados aos mesmos.

Assim, define-se como objectivos desta articulação:

- Potenciar os recursos existentes a nível hospitalar
- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados
- Envolver a equipa multidisciplinar
- Reduzir o número de recorrências à urgência
- Promover a saúde da criança/ adolescente e família com DM1

Para que a articulação se estabeleça de uma forma efectiva, contínua e dinâmica é necessário que o processo de comunicação entre os diversos níveis de cuidados de saúde esteja bem estruturado, com os circuitos de informação bem definidos e utilizando uma linguagem comum. (FERREIRA, 2007)

Critérios de referência para a articulação com a CEE:


- Identificar todos os adolescentes com DM1 admitidos na urgências por descompensação da doença relacionada com não adesão à terapêutica ou mau controlo da doença.

Procedimento

- **Contacto telefónico**

O Enfermeiro escalado para o SO (que sempre que necessário deverá ser substituído por um elemento mais disponível) deverá realizar um contacto telefónico para o enfermeiro de referência da CEE com o objectivo de:

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		7/8

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial	COD.0000
	ÁREA	
	PROCEDIMENTO Articulação entre Serviço de Urgência Pediátrica e Consulta Externa de endocrinologia	

- Informar sobre a admissão do adolescente no SUP
- Identificar e registar os motivos de recorrência ao SUP e internamento em SO
- Recolher dados
- Solicitar informação pertinente que contribua para a melhoria dos cuidados prestados ao adolescente

-Registar nas “Acções de enfermagem” do sistema informático do SUP (H-Cis), o contacto telefónico realizado e o enfermeiro contactado.

Uma vez que o enfermeiro de referência nem sempre se encontra na CEE, torna-se relevante um registo escrito sobre esta admissão, sendo por isso criado um documento (Anexo 1) onde essa informação esteja discriminada e assim disponível para ser acedida posteriormente pelo enfermeiro de referência.

- **Preenchimento de carta de articulação: (Anexo 1)**

- Identificar com a etiqueta de identificação do adolescente (constando os dados pessoais: nome completo, data de nascimento, morada e telefone);
- Identificar e registar a data e o motivo de recorrência ao SUP;
- Registar o nome do acompanhante e grau de parentesco;
- Preencher a carta de articulação conforme solicitado;
- Registar a data e hora identificando o Enfermeiro que preencheu;
- Pedir aos Assistentes Técnicos a digitalização do documento de articulação para constar em anexo no processo de enfermagem do SUP;
- Colocar o respectivo documento impresso em envelope fechado para ser enviado à equipa de enfermagem da CEE;
- Registar nas “Acções de enfermagem” do sistema informático do SUP (H-Cis) que foi enviada carta de articulação.

- **Encaminhamento:**

- Ficar responsável pelo encaminhamento deste documento o enfermeiro do SO (ou substituto delegado), assumindo que segue protocolado como expediente no turno da manhã para a CEE.

8. ANEXOS

8.1. Impressos

Folha de articulação entre SUP e CEE do HDE.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		8/8



**CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA**
CENTRAL, EPE



**Articulação Do Serviço de Urgência
Pediátrica com Consulta Externa de
Endocrinologia**

Identificação do utente

Data de entrada: _____

Acompanhado por: _____

Motivo de entrada:

Tratamento em SO:

Colaboração do adolescente ou não:

Barreiras à colaboração:

Problemas identificados pelo enfermeiro

Encaminhamento/Sinalização

Identificação do enfermeiro

Anexo VII

*FORMAÇÃO EM SERVIÇO:
BOMBAS INFUSORAS DE INSULINA*



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Estágio Módulo III

Serviço de Urgência Pediátrica do CHLC- Hospital dona Estefânia

Promoção da Saúde do adolescente com Diabetes Mellitus 1 Descompensado por não adesão à terapêutica



Elaborado por:

Rosália Nascimento
nº 192011048

Orientador Ensino clinico:

Enf.ª ESIP Teresa Moura

Docente orientador:

Prof.ª Dr.ª Zaida Charepe

Lisboa, Outubro 2012

Siglas e abreviaturas

CEE- Consulta Externa de Endocrinologia

DM1- Diabetes Mellitus 1

DGS - Direção Geral da Saúde

ISCI- Infusão subcutânea contínua de insulina

HDE- Hospital Dona Estefânia

SO- Sala de observação

SUP- Serviço de Urgências Pediátricas

ÍNDICE

1. Nota introdutória	4
2. Parte I da formação	5
3. Parte II da formação	13
4. Plano de sessão	15
5. Avaliação da sessão	16
6. Referências bibliográficas	17
7. Anexos	
Diapositivos	
Grelha de avaliação	

1. NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da realização do Módulo III do Estágio do Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no CHLC - Hospital Dona Estefânia, realizei um questionário para diagnóstico de situação do contexto relacionado com o tema da Diabetes Mellitus 1 (DM1). O objectivo foi perceber quais os motivos de entrada dos adolescentes com DM1 descompensados, quais as dificuldades dos enfermeiros face a esta problemática e por último compreender se havendo uma articulação entre o Serviços Urgência Pediátrica (SUP) e a Consulta Externa de Endocrinologia (CEE) seria importante e uma mais valia para tentar minimizar estas dificuldades e promover a melhoria dos cuidados prestados ao adolescente/família com DM1.

Através deste questionário identifiquei as necessidades dos enfermeiros do SUP face a esta temática. Resultando assim, um procedimento sectorial de articulação entre o SUP e a CEE, bem como uma sessão de formação no serviço sobre o tema Bombas de insulina.

2. Parte I - formação

2.1 . Desenvolvimento do Adolescente

A Adolescência por excelência é um período de grandes transformações não só físicas, como cognitivas, psicossociais e de inter-relações. Actualmente, é considerada um período de transição desenvolvimental, que vai marcar a passagem da infância para a idade adulta, em que os adolescentes sofrem uma maturação diversificada, constroem a sua identidade, os seus pontos de referência, escolhem o seu caminho profissional e projecto de vida (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2001).

De acordo com FERREIRA e NELAS (2006) o seu início ocorre cerca dos 11/12 anos, sendo que termina quando o jovem consegue concretizar uma série de tarefas, que se expressam no plano intelectual, na socialização, na afectividade e na sexualidade.

Segundo as autoras dura cerca de uma década, iniciando-se com a puberdade.

A puberdade é definida como um processo de mudanças biológicas, onde ocorrem várias maturações físicas, complexas e longas e começam mesmo antes do nascimento.

De acordo com a teoria do desenvolvimento cognitivo humano de Piaget, os adolescentes atravessam o estágio das operações formais, onde enfrentam a fase mais elevada do desenvolvimento cognitivo, pois desenvolvem o pensamento abstracto e flexível, dando-lhes capacidade para manipular a informação adquirida e formular teorias e hipóteses através de um raciocínio hipotético-dedutivo.

Erik Erikson (SPRINTHALL e COLLINS, 2003) desenvolveu a sua teoria psicossocial do desenvolvimento onde enfatizava o desenvolvimento através da resolução de crise ou conflito dominante, ao longo de uma sequência de diferentes estádios. É na adolescência que se passa por uma crise de identidade *versus* confusão da identidade. A construção da identidade é um processo vital e saudável.

O crescimento repentino causa confusão, sentem-se estranhos levando à perda da segurança num corpo que era familiar. Existem discrepâncias entre aquilo que esperavam e o que é real. Comparam-se com os outros e fazem os seus próprios julgamentos. Nesta fase os defeitos vão ser ameaçadores para as imagens idealizadas (WONG, 1999).

Na adolescência estas diferenças físicas têm um grande impacto na auto-estima destes adolescentes. É nesta fase de vida que se sentem mais preocupados em relação ao aspecto físico. Lidam com os conflitos sobre o que observam e o que visualizam como o ideal. A formação da imagem corporal é crucial na formação da identidade (a crise psicossocial da adolescência) e consiste numa interrelação de várias componentes, tais como: fisiológica (percepção das próprias características), psicológicas (valores e atitudes no sentido do corpo, capacidades e ideais) e social (perante os outros), que também sofre uma alteração importante (WONG, 1999).

A adolescência é um período da vida que exige ao indivíduo capacidade de adaptação às exigências sociais no momento em que está a sofrer transformações biológicas, cognitivas e psicológicas (ANASTÁCIO, 2010).

2.2.O Adolescente e a Doença crónica

A doença crónica é prolongada e irreversível, sendo um acontecimento de vida stressante e/ou perturbador, que influenciará o processo de desenvolvimento da criança/adolescente, levando a mudanças a nível da saúde, da própria vida e no ambiente familiar, podendo mesmo levar a uma reorganização da economia familiar (BARROS, 2003 e MARCELLI, 2005).

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica de grande impacto na saúde pública e que tem vindo a aumentar consideravelmente. A DM1 caracteriza-se pela destruição das células do pâncreas e consequentemente alterações na produção de insulina. Estima-se que do total de casos de DM existentes em Portugal, 90% são DM2 e 10% DM1, esta última ocorre essencialmente em crianças e adolescentes e é uma das mais frequentes doenças desta faixa etária (SERRABULHO e MATOS, 2007).

Desde cedo que o aparecimento de uma doença crónica como a DM1, representa para o adolescente uma fonte de preocupação e de angústia, resultando rapidamente em alterações comportamentais, cognitivas e afectivas, que se manifestam negativamente em si e nos que os rodeiam (ALMEIDA, 2000). Constitui-se como um choque psicológico e uma situação de crise familiar (SERRABULHO e MATOS, 2007).

A adaptação à doença é um processo contínuo e dinâmico. Várias são as fases que têm de enfrentar e ultrapassar para se adaptar: negação, revolta, negociação, depressão e aceitação. Estas poderão ser de maior equilíbrio e aceitação e outras de maior ansiedade, revolta ou depressão, relacionando-se com as suas características individuais (SERRABULHO e MATOS, 2007).

2.3. Adesão à terapêutica

As alterações na vida diária do adolescente traduzem-se na adesão aos planos de tratamento instituídos; pela aquisição de competências para o auto cuidado, na aprendizagem do manuseamento de materiais e de produtos; na gestão do stress associado à doença e na gestão das alterações emocionais implicadas.

Os aspectos mais importantes do tratamento da diabetes baseiam-se na insulino-terapia, numa alimentação equilibrada e fraccionada, na autovigilância e autocontrolo, exercício físico. (SERRABULHO e MATOS, 2007)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, adesão terapêutica define-se como um processo de “envolvimento activo, responsável, flexível e voluntário do doente (...) que se traduz na autonomia que tem no controlo da sua doença, em colaboração com a equipa de saúde, com base num processo de negociação e responsabilidade partilhada, tendo em conta os interesses e as necessidades do doente” (SERRABULHO e MATOS, 2007, p.11).

Várias são as pesquisas que nos demonstram que os adolescentes são o grupo etário com maior dificuldade na adesão ao tratamento e no bom controlo metabólico.

Isto prende-se com algumas condicionantes, tais como as alterações hormonais durante a puberdade, desenvolvimento físico e psicológico acelerado, alterações no padrão alimentar, padrões variáveis de exercício, alterações comportamentais e tratamento dependente dos pais. (ISPAD, 1995; SERRABULHO e MATOS, 2007)

De acordo com o inquérito aplicado aos enfermeiros do SUP, os factores que contribuem para a não adesão à terapêutica pelo adolescente são:

- Idade
- Factores, psicológicos, socioeconómicos
- Alterações de auto-estima e auto-imagem
- Estilos de vida
- Negação/revolta
- Grupo de pares
- Gestão de tempo
- Suporte familiar
- Má gestão terapêutica

Estas conclusões são evidenciadas por estudo realizado no Japão em que se concluiu que uma boa adesão terapêutica relaciona-se com a motivação e força de vontade dos adolescentes, apoio dos pais e equipa de saúde, uma atitude positiva, bem-estar social, psicológico e receio das complicações tardias. Verificou-se ainda que a menor adesão está associada aos adolescentes com comportamentos de consumo de álcool e tabaco, menos prática de exercício e hemoglobina glicosada mais elevada.

Nos adolescentes, as atitudes de negligência ou de revolta perante o tratamento evidenciam-se com o não cumprimento da medicação ou o uso inadequado do material, com a prática de registos fraudulentos.

A rotina dos tratamentos é vista pelo adolescente como algo que lhe é imposto ou pelos pais ou profissionais, chocando com a sua necessidade de independência dos pais.

Factores que influenciam os comportamentos/estilo de vida dos adolescentes

- individuais (valores, crenças, auto-conceito, auto-imagem, auto-estima, motivação, resiliência...)
- socioculturais (família, escola, pares, Hobbies...)

(SERRABULHO e MATOS, 2007)

2.4. Papel do Enfermeiro

A Promoção da Saúde traduz um processo de habilitar as pessoas a aumentarem a sua capacidade de controlo sobre a sua saúde e de a melhorarem para alcançar um completo bem-estar físico, mental e social a nível individual e comunitário. De acordo com WHO (1986) a

Carta de Ottawa para a promoção da saúde de 1986, define promoção da saúde como *o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo* (BUSS, 2000).

Tem como meta melhorar a qualidade de vida da população, para que esta seja capaz de modificar comportamentos de risco e adotar comportamentos saudáveis.

A nossa função, enquanto profissionais de saúde é promover a sua saúde, para evitar complicações tardias e conseqüentemente diminuir o risco de morbidade e mortalidade associadas.

De acordo com o ISPAD citado por SERRABULHO e MATOS (2007), os objectivos preconizados pela Declaração de Saint Vincent para a melhoria dos cuidados, a prevenção, identificação e tratamento de complicações na criança e adolescente com diabetes são:

- Promoção do bem-estar físico e psíquico
- Crescimento e desenvolvimento normal
- Evitar hospitalizações prevenindo cetoacidose e hipoglicémias
- bom controlo metabólico
- Rastreios adequados para deteção de complicações
- Integração do diabético na escola, trabalho, na vida social, com jovens da mesma idade

Neste sentido, a equipa de saúde tem um papel crucial na educação do adolescente e da família sobre a sua situação de doença e formas de geri-la.

Nem sempre esta tarefa é fácil. Lidar com adolescentes requer competências específicas para poder contornar algumas adversidades. A equipa de enfermagem do SUP refere no inquérito algumas dificuldades sentidas durante a sua intervenção junto do adolescente com DM descompensado admitido no SU, das quais destaco:

- Processo de negação
- Baixa adesão à terapêutica
- Comunicação
- Ansiedade da família e adolescente
- Espaço físico/condições
- Relação enfermeiro/adolescente
- Tempo disponível
- Informação insuficiente
- colaboração do adolescente
- Não cumprimento do protocolo de Cetoacidose
- Pouca articulação com consulta
- Recusa do adolescente em ser ajudado
- Analogia com más experiências
- Conhecimento do plano/esquema terapêutico
- Características do adolescente

De acordo com vários autores, nomeadamente SERRABULHO e MATOS (2007) a comunicação entre o adolescente e a equipa e a relação terapêutica são aspectos favorecedores da adesão terapêutica. Bem como a existência de um serviço organizado e direccionado aos jovens, dando-lhes o papel principal em relação ao dos pais, potenciando o sentido de responsabilidade pela gestão da doença, negociando objectivos, estimulando a autonomia, dando reforços positivos e suporte escrito ou encaminhamento adequado.

Por outro lado podemos favorecer o processo de negociação partilhada, tendo em conta os interesses e necessidades do adolescente.

Os pais devem ser sempre envolvidos neste processo de cuidados ao adolescente com DM1, pois tal como defende CASEY, em 1993, no seu modelo de parceria de cuidados na área pediátrica, não há ninguém melhor do que os pais para prestar cuidados à criança, no sentido de proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento, protegendo e estimulando com amor. Segundo a autora a enfermagem pediátrica é descrita como uma negociação partilhada com a criança/família, estabelecendo com os pais/ família uma relação de confiança, respeitando a família nas suas competências, desejos e necessidades. Todos os enfermeiros inquiridos responderam ser muito importante envolver os pais no tratamento do adolescente com DM em situação de descompensação.

Apesar de ser uma tarefa por vezes difícil, pois o adolescente nem sempre aceita o apoio dos pais, esta relação exige dos profissionais disponibilidade e sensibilidade, devendo estes encarar todo o processo como um esforço compensatório no que diz respeito a uma maior humanização e melhoria dos cuidados.

2.5. Articulação

A articulação é o processo através do qual se estabelecem ligações entre serviços do mesmo Hospital, sectores profissionais, organizações de dois níveis de prestação de cuidados, reconhecendo a individualidade e a complementaridade de cada um com vista à obtenção de objectivos comuns (PINHEIRO, SARDO e HENRIQUE, 2004).

Para que a articulação se estabeleça de uma forma efectiva, contínua e dinâmica é necessário que o processo de comunicação entre os diversos níveis de cuidados de saúde esteja bem estruturado, com os circuitos de informação bem definidos e utilizando uma linguagem comum (FERREIRA, 2007).

A Lei de Bases da Saúde (nº48/90 – Base XIII) afirma:

«Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes».

O adolescente com DM1 tem um programa de educação associado, é seguido por uma equipa multidisciplinar que engloba endocrinologista, enfermeiro, dietista e/ou nutricionista, psicóloga e família.

Na consulta de endocrinologia do HDE, os doentes com DM estão divididos por 4 equipas diferentes, actualmente constituídas por médico e enfermeiro:

-Dr^a Rosa/ Enfermeira Arminda;

-Dr^a Daniela/ Enf^a Célia;

-Dr^a Lurdes/ Enf^a Teresa;

-Dr^a Catarina/ Enf^a Anabela

Durante uma admissão do adolescente à urgência por uma DM descompensada relacionada com uma má adesão ao tratamento, torna-se imprescindível o envolvimento desta equipa. Uma vez que esta tem maior conhecimento dos antecedentes pessoais do adolescente, da sua história passada e actual quer da doença como de saúde, conhece os seus hábitos de vida diários, conhece a família, e acima de tudo já desenvolveu uma relação terapêutica, que como já referi anteriormente, é um factor que contribuiu para facilitar a adesão terapêutica do adolescente.

Através da análise dos resultados do inquérito aplicado à equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital dona Estefânia, constatou-se que é importante integrar nos cuidados prestados à criança/adolescente com DM1, que recorre à urgência por descompensação da doença, uma articulação com o enfermeiro de referência da consulta externa de Endocrinologia, indo assim de encontro ao referido anteriormente.

De acordo com a análise, concluímos ainda que a equipa considera importante esta articulação, uma vez que permite um envolvimento interdisciplinar e interserviços, aumentar os níveis de conhecimento do enfermeiro do SUP relativamente à história clínica e necessidades da criança/adolescente, promover a rapidez e agilização na análise dos dados do utente, melhorar e uniformizar os cuidados, melhorar a adesão à terapêutica, promover a continuidade dos cuidados e actualizar o plano terapêutico.

O interesse nesta articulação também foi demonstrado pela equipa de enfermagem da consulta externa de endocrinologia, no sentido de agilizar o processo de internamento do adolescente e na melhoria dos cuidados aos mesmos.

De acordo com o que foi mencionado anteriormente, defini como objectivos desta articulação os seguintes:

- Potenciar os recursos existentes a nível hospitalar
- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados
- Envolver a equipa multidisciplinar
- Reduzir o número de recorrências à urgência
- Promover a saúde do adolescente e família com DM1

Para que a articulação se estabeleça de uma forma efectiva, contínua e dinâmica é necessário que o processo de comunicação entre os diversos níveis de cuidados de saúde esteja bem estruturado, com os circuitos de informação bem definidos e utilizando uma linguagem comum (FERREIRA, 2007).

Em reunião informal com a Orientadora de estágio, o enfermeiro chefe do SUP e com as enfermeiras da consulta externa de endocrinologia, constatei que a melhor forma de realizar esta articulação será utilizando os recursos tecnológicos que o HDE: o contacto telefónico, que é a forma mais rápida para otimizar a informação, no sentido de colheita de dados. E Posteriormente o preenchimento de uma carta de articulação remetida para a CEE (Anexo).

3. Parte II Formação

Após a análise do questionário relativamente às necessidades de formação da equipa de enfermagem do SUP verifica-se por ordem de preferência os seguintes temas:

- Bombas infusoras de insulina
- Cetoacidose diabética
- Entrevista ao Adolescente
- Tipos de insulina/esquemas inerentes
- Dias de doença da criança/adolescente com DM1

Neste âmbito, houve a necessidade de realizar uma sessão de formação à equipa relacionada com o tema Bombas de insulina no sentido proporcionar a aquisição de novos conhecimentos sobre esta nova forma de tratamento da DM1.

3.1. Infusão Subcutânea Continua Insulina

A utilização de Infusão Subcutânea Continua Insulina (ISCI) foi introduzida na década de 70 e actualmente apresenta uma simplificação, optimização e generalização na prática clínica. É a forma mais fisiológica de administração de insulina, simulando o funcionamento pâncreas.

As bombas são dispositivos electrónicos que possuem um reservatório de insulina de acção rápida que é difundida através de um catéter para o tecido celular subcutâneo do doente. Este último regula facilmente as doses de insulina administradas por hora, ajustadas às suas necessidades individuais. Actualmente estes dispositivos são de pequenas dimensões, leves e facilmente transportáveis. (BALSA, 2010)

Actualmente existem 3 laboratórios que comercializam estes dispositivos:

ROCHE – ACCU CHEK Spirit Combo

Medtronic – Paradigma VEO

PMH- Dana (No CHLC- Hospital Dona Estefânia as bombas disponibilizadas serão deste Laboratório)

A DGS considera que para se tornar elegível para tratamento por ISCI um diabético deve possuir motivação, prática de auto-monitorização da glicemia capilar, competência na sua utilização de forma satisfatória e deve preencher pelo menos um dos seguintes critérios:

- Mau controlo metabólico com esquema de insulinoterapia intensiva -HbA1C> 7%
- História de hipoglicémia sem sinais de alerta ou hipoglicémias graves e frequentes
- Acentuada variabilidade glicémica
- Planeamento de uma gravidez sem controlo metabólico
- Necessidades de flexibilidade no estilo de vida (turnos, viagens frequentes entre vários fusos horários)
- Necessidades muito baixas de insulina (<20mg/dl/dia)
- Na infância/adolescentes com pais e jovens motivados

- Fobia a agulhas
- Atletas de competição. (BALSA, 2010 e DGS: nº17/DSCS/DGID de 04/08/08)

Apesar de ser um método dispendioso, várias são as vantagens descritas com a ISCI: um controlo metabólico mais eficaz (com redução de 0,24% nos valores de A1c); maior flexibilidade do estilo de vida, necessidade de doses inferiores de insulina, perfil de absorção mais previsível e uma boa relação custo-benefício; diminui o risco de hipoglicemias e da Com os dispositivos mais frequência de cetoacidose, no entanto, quando esta ocorre, pode ser mais severa uma vez que é detectada mais tardiamente. (BALSA, 2010)

Através do Despacho do Secretário de Estado da Saúde de 13-11-2007, onde determina a disponibilização de bomba de perfusão subcutânea de insulina, como método de terapêutica intensiva para as pessoas com diabetes tipo 1, que sejam beneficiários do Serviço Nacional de Saúde ou subsistema de saúde, sem encargos para o utente, constatamos que irá aumentar o número de utentes a utilizar este método (DGS: nº17/DSCS/DGID de 04/08/08).

Contudo, apesar deste programa estar actualmente estagnado, torna-se importante os profissionais de saúde estarem atentos a este facto e procurarem informação disponibilizada no âmbito desta temática, pois poderemos deparar-nos com crianças/ adolescentes que utilizem este método e importa estar informado sobre os cuidados a ter e quais as implicações que tem na gestão da sua doença.

4. Conclusão

Para que haja um melhor controle da doença e qualidade de vida é muito importante que a adesão à terapêutica seja bem sucedida. No tratamento da diabetes é importante que a criança/adolescente e família consigam gerir o seu tratamento.

Uma boa adesão terapêutica é um dos meios fundamentais para que o adolescente e família vivam a doença da melhor forma e evitem ou retardem o aparecimento e complicações. Tendo em conta o que é na adolescência que surgem vários problemas relacionados com a não adesão à terapêutica, compreende-se a relevância de actuar precocemente nesta situação, evitando que o adolescente constantemente descompense a sua doença por não adesão à terapêutica.

A promoção da saúde é sem dúvida uma competência do enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e pediátrica, pelo que torna-se imprescindível a mobilização de todos os recursos possíveis para evitar a morbilidade ou mortalidade resultante da não adesão do adolescente ao tratamento da diabetes. Para evitar complicações associadas ao mau controle metabólico da DM1, é necessário perceber quais os factores que contribuem para esta causa e por outro lado desenvolver estratégias para ultrapassá-los.

A articulação entre os serviços torna-se uma mais valia neste processo, na medida em que permite uma partilha de conhecimentos e informação que vão proporcionar uma melhoria nos cuidados prestados ao adolescente/ família que recorra ao serviço de urgência por descompensação da DM1 por não adesão à terapêutica.

5. Plano de Sessão

Tema: Bombas de insulina- como tratamento da Diabetes Mellitus 1 da criança/adolescente

Destinatários: Enfermeiros do serviço de urgência pediátrico

Duração: 20min

Objectivos:

- Informar sobre os resultados do questionário de diagnóstico de situação aplicado
- Dar a conhecer o procedimento de articulação do SUP com a Consulta externa de Endocrinologia
- Informar a equipa de enfermagem sobre técnica de Infusão subcutânea continua de insulina - Bombas perfusoras de insulina

Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos didáticos	Tempo
Introdução - Apresentação dos temas - Apresentação dos objectivos	Método expositivo	Computador Apresentação em power point	2min
Desenvolvimento -Resultados do questionário aplicado -Procedimento de articulação entre SUP e Consulta Externa -Apresentação da folha Infusão subcutânea continua de insulina -O que é ISCI e benefícios -Constituição, Objectivo, Funcionamento -Vantagens e desvantagens -Locais de administração -Complicações -Programa educativo	Método expositivo e interrogativo	Computador Apresentação em power point	15min
Conclusão - Síntese - Período de esclarecimento de dúvidas -Avaliação	Método interrogativo e activo	Folha de avaliação	3 min

6. Avaliação da sessão

A taxa de adesão à sessão foi de 33,3%, sendo que estavam presentes 10 enfermeiros do SUP.

A sessão foi apresentada em dois momentos diferentes depois da passagem de turno, por conveniência do serviço. Ambas tiveram início às 16h10. Apesar de ter havido algumas variações no tempo da apresentação devido à participação e discussão gerada pela audiência, a gestão do tempo estipulada para a sessão foi cumprido.

Durante a sessão a audiência pareceu interessada e atenta. Após a apresentação da primeira parte da sessão, relacionada com o procedimento sectorial, houve discussão e argumentação dos intervenientes, no sentido de otimizar o procedimento. Durante a sessão, também colocaram algumas dúvidas. A avaliação escrita da sessão foi de acordo com a avaliação realizada pelo SUP (ANEXO III), incidindo sobre três parâmetros distintos: um relacionado com a apreciação do conteúdo, actuação do formador e estrutura/organização da formação.

Após a análise da avaliação da sessão realizada pela assistência, pude constatar que:

-Avaliação do conteúdo:

Foi bastante positiva, variando entre o Bom e Muito Bom. Todavia relativamente ao suporte bibliográfico fornecido e na partilha de experiências, houve apenas um ponto de avaliação no suficiente.

- Avaliação da formadora

No geral a avaliação foi no muito bom. Havendo algumas pequenas variações no Bom.

-Avaliação da estrutura/organização da formação

Os critérios de avaliação variaram entre o adequado e muito adequado. À excepção de um, todos os enfermeiros consideraram a duração do programa adequada,

Consideraram ainda que a formação, sendo um tema actual e pertinente foi útil e uma mais-valia para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados e promoveu a aquisição de novos conhecimentos.

7. Referências Bibliografia

- BALSÀ, Ana Margarida Morrão - **Estudo da terapêutica com bombas infusoras subcutâneas contínuas de insulina nos diabéticos do Hospital São João..** Mestrado integrado em Medicina. Universidade do Porto.2010

- BARROS, Luísa – **Psicologia Pediátrica – Perspetiva Desenvolvimentista.** 2ªedição. Lisboa: Climepsi Editores. novembro de 2003. 220p. ISBN 972-796-081-2

- BUSS, Paul M. - Promoção da saúde e qualidade de vida. In **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000.

- CASEY, Anne – **Development and Use of Partnership Model of Nursing Care.** In: GLASPER, E. A.; TUCHER, A. – *Advances in Child Health Nursing*, London, Scutari, 1993.

- DIRECÇÃO –GERAL DE SAÚDE - Circular normativa nº14/DGCG, 12/12/00: **Educação terapêutica na Diabetes Mellitus.**

- DIRECÇÃO –GERAL DE SAÚDE - **Norma: Diagnóstico e classificação da Diabetes mellitus.** nº 002/2011, Janeiro 2011

- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, **Circular Normativa nº 17/DSCS/DGID.** Gestão Integrada da Diabetes – Elegibilidade dos doentes para tratamento através de perfusão subcutânea contínua de insulina. 2008.

- FERREIRA, O.- **Continuidade dos Cuidados: uma prática em parceria. Estratégias de parceria entre o centro de referência em oncologia pediátrica do norte- IPO Porto_ e os cuidados de saúde primários- ARS Norte.** Tese elaborada no âmbito do Mestrado em Oncologia. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. 2007.

- <http://www.ispad.org/>

- LEI DE BASES DA SAÚDE (nº48/90 – Base XIII)

- MARCELLI, Daniel - **Infância e psicopatologia.** 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

- Relatório anual do Observatório da Diabetes – **Diabetes: factos e números.** 2011
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.** Série I. Nº 3.Vol. I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 134p. ISBN: 978-989-8444-00-4

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

- PAPÁLIA, Diane E., OLDS, Sally W., FELDMAN, Ruth D., - **O mundo da Criança**.8ªedição. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal. 2001.ISBN 972-773-069-8

- PINHEIRO, A., SARDO, D. & HENRIQUES, V. - Envolvimento dos enfermeiros na articulação de informação entre os cuidados e saúde primários e cuidados diferenciados- Um estudo na área de saúde materna e obstétrica. **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**.2004.5, 41-42.

- SERRABULHO, Lurdes; MATOS, Margarida G. - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal- **A saúde e os estilos de vida dos adolescentes com doabetes tipo 1**. 2007.

- SERRABULHO, Lurdes; BOAVIDA, Manuel- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal- **A educação terapêutica na diabetes**. 2007. 34p.

- WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION – Diabetes [em linha]. Nº 312 (2011). [Consultado em Junho/2012]. Disponível na internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

- WONG, Donna L.; WHALEY – **Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 5ª edição. Brasil, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999. 321-353p. ISBN: 85-277-0506-0
Disponível: <http://hdl.handle.net/10216/7176>.

- Imagem: <http://teendiariesonline.blogspot.pt/2010/04/drogas-na-adolescencia-nao-e-um.html>

ANEXOS


Bombas de insulina - como tratamento da DM1 da criança/adolescente

Data: 3 e 4 de Outubro de 2012

Local: Sala de Reuniões SUP **Duração:** 20 min (16:10-16:30)

Formador: Enf.ª Rosália (AESIP), sob orientação EESIP Teresa Moura

Destinatários: Enfermeiros do SUP



CURSO DE Mestrado em Enfermagem
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Formação em serviço

-Estágio Modulo III –
Serviço de Urgência Pediátrica do HDE

Formadora: AEESEP Rosália Nascimento
Orientação: EESIP Teresa Moura

Outubro 2012

Estágio Modulo III - Serviço de Urgência Pediátrica do HDE

Objectivos

- Informar sobre os resultados do questionário de diagnóstico de situação aplicado
- Dar a conhecer o projecto de articulação do SUP com a Consulta externa de Endocrinologia
- Informar a equipa de enfermagem sobre tecnica de Infusão subcutânea continua de insulina - Bombas perfusoras de insulina

Estágio Modulo III - Serviço de Urgência Pediátrica do HDE

Questionário

Amostragem:
Aplicado à equipa de enfermagem; decorreu de 25/10 a 27/10.
Perguntas fechadas e abertas

Resultados obtidos :
53% da amostra.
F- 37,5% , M – 15,5%
Idades entre os 24 e 34 anos
Anos a trabalhar na urgência a variar entre 1 e 12 anos

Objectivo :
Realizar o diagnóstico de situação sobre as necessidades de formação da equipa na temática da DM1 no adolescente

Estágio Modulo III - Serviço de Urgência Pediátrica do HDE

Resultados

➤ Factores que contribuem para a não adesão à terapêutica pelo adolescente

- Idade
- Factores, psicológicos, socioeconómicos
- Alterações de auto-estima e auto-imagem
- Estilos de vida
- Negação/revolta
- Grupo de pares
- Gestão de tempo
- Suporte familiar
- Má gestão terapêutica

➤ Todos os enfermeiros inquiridos responderam **ser muito importante envolver os pais no tratamento** do adolescente com DM em situação de descompensação, mas nem sempre todos o fazem.

Estágio Modulo III - Serviço de Urgência Pediátrica do HDE

➤ Dificuldades da EE na intervenção junto do adolescente com DM descompensado admitido no SU

- Processo de negação	- Colaboração do adolescente
- Baixa adesão à terapêutica	- Não cumprimento do protocolo de Cetoacidose
- Comunicação	- Pouca articulação com consulta
- Ansiedade da família e adolescente	- Recusa do adolescente em ser ajudado
- Espaço físico/condições	- Analogia com más experiências
- Relação enfermeiro/adolescente	- Conhecimento do plano/esquema terapêutico
- Tempo disponível	- Características do adolescente
- Informação insuficiente	

Estágio Modulo III - Serviço de Urgência Pediátrica do HDE

➤ Importante a articulação dos enfermeiros do SUP e enfermeiro de referência da consulta externa de Endocrinologia

- Envolvimento interdisciplinar e interserviços
- Aumentar os níveis de conhecimento do enfermeiro do SUP relativamente à história clínica e necessidades da criança/adolescente
- Promover a rapidez e agilização na análise dos dados do utente
- Melhorar e uniformizar os cuidados,
- Melhorar a adesão à terapêutica
- Promover a continuidade dos cuidados e actualizar o plano terapêutico.

Estágio Modulo III - Serviço de Urgência Pediátrica do HDE

- Objectivos desta articulação
- Potenciar os recursos existentes a nível hospitalar
- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados
- Envolver as equipas interserviços
- Reduzir o número de recorrências à urgência
- Promover a saúde



Compete ao enfermeiro escalado em SO (que poderá ser substituído por um elemento mais disponível)

-Realizar um contacto telefónico para um enfermeiro da consulta, caso enfermeiro de referência não estiver

-Preencher e enviar protocolado em correio interno a folha de articulação entre os serviços



CURSO DE Mestrado em Enfermagem
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Infusão Subcutânea Contínua Insulina

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

ISCI- Infusão subcutânea contínua de insulina

Forma mais fisiológica de administração de insulina, simula o funcionamento pâncreas.

Bombas Infusoras de Insulina



Dispositivo electrónico, que difunde para o tecido subcutâneo, através de um cateter, doses de insulina em curtos intervalos de tempo, ajustadas às necessidades individuais.

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

Tratamento com Bomba Perfusora de Insulina

- Adequado em qualquer idade da infância e adolescência, sempre que haja suporte da equipa de Diabetes e familiar adequado.
- Pode levar a uma melhoria do controle metabólico e da qualidade de vida e, possivelmente, pode diminuir os riscos do tratamento com múltiplas administrações de insulina (MAI).

(ISPAD)

- A criança/adolescente com DM1 deve possuir motivação, prática de auto-monitorização da glicemia capilar e competência na sua utilização de forma satisfatória

(DGS)

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

Critérios para iniciar ISCI

- Mau controlo metabólico com esquema de insulino terapia intensiva -HbA1C> 7%
- História de hipoglicémia sem sinais de alerta ou hipoglicémias graves e frequentes
- Acentuada variabilidade glicémica
- Planeamento de uma gravidez sem controlo metabólico
- Necessidades de flexibilidade no estilo de vida (turnos, viagens frequentes entre vários fusos horários)
- Necessidades muito baixas de insulina (<20mg/dl/dia)
- Na infância/adolescentes com pais e jovens motivados
- Fobia a agulhas
- Atletas de competição.

DGS, Circular normativa n°17/DSCS/DGID de 04/08/08

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

Benéficos

- Crianças pequenas
- Crianças/adolescentes com fenómeno de alvorada pronunciado
- Adolescentes com distúrbios alimentares
- Adolescentes grávidas (inicialmente pré- concepcional)
- Atletas de competição

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

Constituição

- É um sistema constituído por três partes:

- Bomba
- Cateter e Cânula Perfusora
- Cartucho/reservatório



Insulina bombeada através de um sistema ligado a uma agulha para o tecido Subcutâneo

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

Objetivo

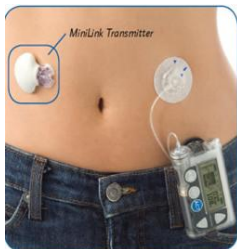
- Administrar de forma contínua insulina de ação ultrarápida

Insulina utilizada:

- Humalog® - lispro
- Novorapid® - Aspartico

Início de ação 10-15 min
Efeito máximo 30/90 min
Duração 3h

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente



Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

Existem 3 laboratórios que comercializam:

ROCHE – ACCU CHEK Spirit Combo



Medtronic – Paradigma VEO



PMH- Dana



Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

Libertação da insulina

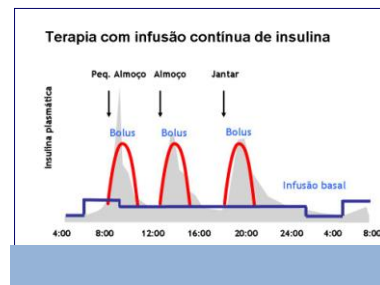
De duas formas diferentes:

- **Débito Basal** ➡ É a quantidade de insulina libertada continuamente nas 24h, de forma a manter a glicemia estável durante o dia e a noite.

É uma maior quantidade de insulina que é libertada num curto período de tempo de forma a:

- **Bólus** ➡
 - ✓ "Cobrir" os HC ingeridos nas refeições (equivalentes)
 - ✓ Corrigir a glicemia quando está mais elevada do que o esperado (corretor)

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente



Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

VANTAGENS

- Programação de diferentes quantidades de insulina no débito basal. Modificações de 0,1 - 0,05U/h
- Administrações de diferentes tipos de bólus.
- Maior estabilidade das glicémias
- Redução da necessidade de doses de insulina
- Usada de maneira adequada a bomba reduz o risco de hipoglicemias
- Maior liberdade de horários das refeições

DESVANTAGENS

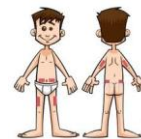
- Maior susceptibilidade a apresentar cetoacidose no caso de interrupção na administração de insulina (a glicemia aumenta cerca de 1mg/dl/minuto)
- A Bomba usa-se 24 horas por dia
- Maior controlo glicémico
- O custo é maior do que a terapia com múltiplas administrações de insulina

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

Inserção da cânula

➢ Locais aconselhados

Os mesmos locais de administração de insulina com caneta



➢ Locais de eleição

Nádega, abdómen e coxas.

(Recomenda-se a nádega para a criança pré-escolar/escolar e o abdómen para o adolescente/jovem)

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

Para a mudança de cateter existem algumas indicações:

- Só devem ser mudados com glicemias dentro dos valores glicémicos normais e 1h antes das refeições
- Fazer o teste da glicémia antes da mudança do cateter e 1hora depois
- A mudança deve ser feita antes das refeições para aproveitar o controlo glicémico da refeição
- O cateter deve ser mudado a cada 3 dias (EMLA)
- Prolongamento e o cartucho de insulina a cada 6 dias
- O novo cateter deve ser colocado antes de remover o antigo
- A bomba deve estar conectada até ter o material preparado
- Não mudar antes de dormir

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

Complicações

Infecção

Hipoglicemia

Estudos dizem-nos que podem diminuir o risco de hipoglicémia;

Moderada

- Ingerir 5-10gr de HC de absorção rápida
- +5-10gr de HC de absorção lenta
- Controlo glicémico

Grave

- Desliga a máquina
- Glucagen SC
- Após recuperar consciência ingerir HC

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

Hiperglicémia

Com dispositivos mais recentes não se verifica uma aumento da frequência de cetoacidose, no entanto, quando esta ocorre, pode ser mais severa.

>250mg/dl com corpos cetónicos <0.6mmol/l

Verificar dispositivo

Administrar bólus corretor

Controlo glicémico antes da próxima refeição

Se mantiver hiperglicémia, fazer bólus com caneta

>250mg/dl com corpos cetónicos > 0.6mmol/l

Bólus com caneta a cada 2\2h enquanto cetonemia positiva e glicemia de hora a hora

Se glicémia >250mg/dl ingerir líquidos

Se glicémia <250mg/dl ingerir líquidos e HC de absorcao rápida

Mudar equipamento

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

Kit de sobrevivência

- Kit de hipoglicemia
- Material para mudança de cateter e cânula
- Guia de consulta rápido da Bomba
- Informação escrita com as etapas da mudança do cartucho/conjunto de infusão
- Caneta de insulina para terapêutica alternativa
- Insulina ultra-rápida
- Adesivos
- Plano de tratamento
- Contato do laboratório
- Contato da equipa de saúde de diabetes.

Bombas de insulina no tratamento da DM1 na criança/adolescente

Programa educativo

Equipa da consulta externa de endocrinologia

Programa tem 5 dias

1º- revisões/avaliações

2º- ensinos

3º- colocação

4º- casos práticos

5º- ajustes/reavaliação e mudança de cateter

Bibliografia

- MORRÃO BALSÁ, A M - **Estudo da terapêutica com bombas infusoras subcutâneas contínuas de insulina nos diabéticos do Hospital São João**. 2010. Porto: faculdade de medicina do porto. Curso de mestrado integrado em medicina
- CAMPOS, R.A- Insulinoterapia. **Revista do hospital de crianças Maria Pia**. Diabetes mellitus tipo 1 2011, vol XX, n.º 3
- SIMÕES, A- Apresentação em serviço :Terapia com Sistema de Infusão Contínua de Insulina Subcutânea. 2011
- Ferreira, O -**Continuidade dos Cuidados: uma prática em parceria. Estratégias de parceria entre o centro de referência em oncologia pediátrica do norte-IPO Porto, e os cuidados de saúde primários- ARS Norte**. Tese elaborada no âmbito do Mestrado em Oncologia. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2007. Porto. Disponível: <http://hdl.handle.net/10216/7176>
- Pinheiro, A., Sardo, D. & Henriques, V. Envolvimento dos enfermeiros na articulação de informação entre os cuidados e saúde primários e cuidados diferenciados- Um estudo na área de saúde materna e obstétrica. **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**. 2004. 5, 41-42.
- www.apdp.pt
- www.ispad.com
- <http://www.who.int/en/>
- <http://enfermagem-na-saude.blogspot.pt/2010/01/cuidados-na-administracao-de-medicacao.html>
- <http://gravidexdiabetica.blogspot.pt/>
- http://www.pisstopin.com/1240/dana-diabecare-r-insulin-pump-desana-diabetes-services/http://7C%7Cdesana%7Cnet%7Cwp-content%7Cuploads%7C2011%7C04%7CDana_R_pump*.jpg/
- <http://www.estudiabetes.org/forum/topics/bomba-de-insulina-1>



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, Lda



HOSPITAL
DE SANTA
MARIA
I.P.

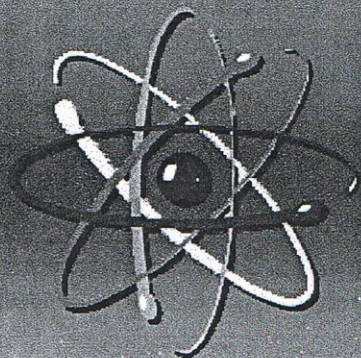


INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

**-Estágio Modulo III -
Serviço de Urgência Pediátrica do HDE**

Formadora: AEEIP Rosália Nascimento
Orientação: EESIP Teresa Moura



Avaliação de Formação

Formação	
Data	
Grupo	
Formadores	

1- Conteúdo

Classifique a Formação segundo os seguintes critérios, de acordo com a escala apresentada:

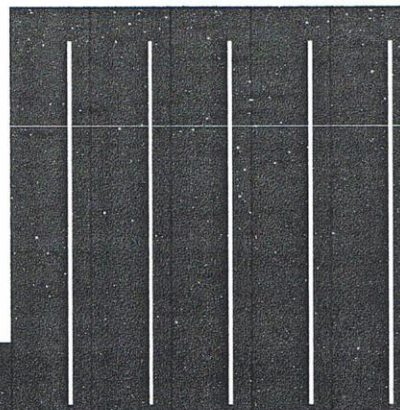
<i>Muito Negativo</i>	1
<i>Negativo</i>	2
<i>Suficiente</i>	3
<i>Bom</i>	4
<i>Muito Bom</i>	5

Critérios de avaliação	Escala de avaliação
Apreciação global da formação	
Aquisição/Consolidação de conhecimentos	
Partilha de experiências	
Pertinência dos conteúdos para a tua prática	
Rácio teoria/prática	
Satisfação das expectativas face à formação	
Suporte bibliográfico fornecido	

2- Actuação dos Formadores

Classifique a actuação dos formadores segundo os seguintes critérios, de acordo com a escala apresentada:

<i>Mau</i>	1
<i>Insuficiente</i>	2
<i>Suficiente</i>	3
<i>Bom</i>	4
<i>Muito Bom</i>	5



Critérios de avaliação	
Domínio dos conteúdos apresentados	
Facilidade de transmissão de conhecimentos	
Clareza na transmissão de conhecimentos	
Capacidade de motivar, despertar interesse dos formandos	
Assertividade	
Criação de bom ambiente de trabalho	
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	
Pontualidade/Assiduidade	

3- Estrutura/Organização Formação

3.1 Classifique a organização da Formação segundo os seguintes critérios, de acordo com a escala apresentada:

<i>Desadequado</i>	1
<i>Pouco Adequado</i>	2
<i>Adequado</i>	3
<i>Muito Adequado</i>	4

Critérios de avaliação	Escala de avaliação
Duração do programa	
Qualidade da sala e equipamento utilizado	
Divulgação da formação	

3.2 Considerei a **Duração do Programa**:

4- Comentários

4.1 Consideras que esta formação irá melhorar a qualidade da tua
Prestação de Cuidados

SIM NÃO

4.2 Aspectos Positivos da Formação

4.3 Aspectos a Melhorar na Formação

4.4 Sugestões para futuras Formações

Anexo VIII

QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS MÃES DA UCIN

Questionário para os pais do serviço de Neonatologia do Hospital Santa Maria

No âmbito do Estágio de Neonatologia inserido no Módulo III do curso de mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, venho pedir a colaboração dos pais, para o preenchimento de um questionário, com o objetivo de melhor compreender as suas dúvidas relativamente “Aleitamento Materno/Amamentação”.

Relativamente a esta temática, para que possamos adequar da melhor forma os cuidados prestados a si e ao seu bebé, necessitamos que, dos seguintes temas abaixo enunciados, indique 1 ponto que necessite de maior esclarecimento,

Temática	Interesse
Cuidados na Manipulação do Leite Materno	
Armazenamento e conservação do Leite Materno	
Sinais de boa pega	
Posição para amamentar	
Cuidados na alimentação da mãe enquanto amamenta	
Outros	

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo IX

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

“AS MÃES QUE CUIDAM...CUIDADOS A TER COM A ALIMENTAÇÃO”



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
Pulido Valente

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Estágio Módulo III

Serviço de Neonatologia (UCIN) - Hospital Santa Maria

*As mães que cuidam...
...Cuidados a ter durante a
amamentação*

Elaborado por:

Rosália Nascimento

nº 192011048

Orientador Ensino clínico:

Enf.ª ESIP Neusa Pedrosa

Docente orientador:

Prof.ª Dr.ª Zaida Charepe

Lisboa, Novembro 2012

Índice

1. Nota introdutória	3
2. Fundamentação	4
3. Plano de sessão	8
4. Avaliação da sessão	9
5. Conclusão	10
6. Referências bibliográficas	11
7. Anexos	

Diapositivos

Grelha de avaliação

1. Nota introdutória

O presente relatório surge no âmbito do Ensino Clínico do Módulo III realizado em contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais- UCIN, do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) do Hospital Santa Maria (HSM).

No período de gestação a mãe necessita de ter alguns cuidados com os estilos de vida adoptados, nomeadamente com a sua alimentação, pois esta vai acarretar consequências no desenvolvimento do feto.

A lactação surge também como uma fase de extrema importância, pois é através do leite materno que o bebé vai receber tudo aquilo que precisa para ter um crescimento e desenvolvimento saudável e adequado.

Recentemente o Hospital Santa Maria aderiu à Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB), caracterizada como uma ação mundial, idealizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que, com base nos resultados da investigação científica sobre benefícios do aleitamento materno, visa promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno e a prevenção do desmame precoce.¹

Os benefícios do aleitamento materno são inúmeros. Destacando o facto de proporcionarem um adequado e saudável crescimento e desenvolvimento da criança, conferindo-lhe proteção contra as infeções e na prevenindo o aparecimento de doenças tardias como a obesidade, doenças cardiovasculares e Diabetes. Compreende-se assim, que continuar a promover o aleitamento materno tem imensos benefícios, quer a curto como a longo prazo.²

A UCIN apresenta um conjunto de especificidades inerentes às patologias associadas ao RN prematuro, que dificultam a amamentação precoce. Contribuindo, muitas vezes, para que as mães, por falta de estimulação, deixem de produzir leite suficiente ou mesmo que abandonem a ideia de amamentar. Apesar deste facto, sabendo que a amamentação e aleitamento materno assumem uma grande importância para o crescimento e desenvolvimento do RN, este serviço promove a alimentação precoce do prematuro através do aleitamento materno.

Atualmente a temática da amamentação/aleitamento materno é muito abordada, contudo não poderia ficar indiferente às inúmeras dúvidas verbalizadas pelas mães da UCIN respeitante a esta temática, nomeadamente que tipo de alimentos podem comer, se

certos alimentos dificultam a produção de leite, se o Leite materno vai acabar antes de terem alta, entre outras, pelo que se tornou crucial perceber concretamente quais as suas necessidades, no sentido de continuar a promover o aleitamento materno.

Para melhor compreender as necessidades e dúvidas das mães dos prematuros internados na UCIN relativamente à temática da Amamentação e aleitamento materno, foi-lhes aplicado um questionário entre o dia 20 e 21 de Outubro. De acordo com a análise do mesmo, num total de 8 respostas, constatei que a maioria (6) refere que as suas dúvidas estão relacionadas com os cuidados a ter na alimentação da mãe enquanto amamenta, e apenas duas necessitam de esclarecimento relativamente aos sinais de boa pega. O tema acima referido pelas mães como uma necessidade atual, insere-se nos temas presentes no plano de formação do serviço do serviço de Neonatologia.

2. Fundamentação

2.1. Leite materno vs alimentação da mãe

Em cada cultura existem mitos, opiniões e crenças divergentes relacionadas com a alimentação que as mães devem ter durante a lactação, mas poucos são os estudos científicos realizados nesta área e que nos trazem resultados. Todavia, existe algum consenso nesta temática, relacionada com o facto de não existirem alimentos proibidos durante este período, mas sim certos alimentos que quando a mãe ingere, passam através do leite materno e podem provocar reacções no bebé.^{3,4}

A mãe que amamenta deve sempre pensar nas suas necessidades e nas necessidades do bebé, pois tudo que ingere será também ingerido pelo bebé através do leite que é produzido por si. A sua dieta vai afetar o sabor do leite materno. Há evidências de que a experiência com diversos sabores durante a amamentação facilitará, no futuro, a aceitação da criança de novos e variados alimentos.

Assim, compreende-se que estes alimentos devem ser evitados ou reduzir a sua frequência de consumo.⁴

Os alimentos mais comuns que podem interferir na constituição do leite materno

são:

- ❖ Produtos ricos em cafeína como chocolate, Coca-Cola, chá
- ❖ Comida picante, alho e canela, ácidos (por ex. tomate e pepino)
- ❖ Leite de vaca
- ❖ Soja, ovos, trigo e nozes

- ❖ Sumo de citrinos
- ❖ Alguns vegetais responsáveis por perturbações gastrointestinais nos adultos como: couve, brócolos, milho, feijão, grão
- ❖ Álcool ^{3,4,5}

As reações mais comuns que o bebé pode manifestar são:

- ❖ Cólicas
- ❖ Irritação
- ❖ Agitação
- ❖ Reações cutâneas
- ❖ Alterações respiratórias (principalmente associado a reacções alérgicas)
- ❖ Alterações das fezes (alimentos ácidos)
- ❖ Alterações no padrão de sono
- ❖ Recusa do leite (por alterações do sabor) ^{3,4}

A lactação também é condicionada por alguns factores. A evidência diz-nos que os aspectos que dificultam a produção de leite são as Dietas, desidratação materna, ingestão de álcool e tabaco e a não extracção de leite materno manual ou com dispositivos. Por outro lado os aspectos que facilitam a produção de leite são o próprio acto de amamentar, condicionado pela frequência, duração e intensidade da sucção pelo bebé; a alimentação materna saudável, o equilíbrio repouso/actividade física da mãe e a realização do *Kangaroo care* (método de canguru). ^{3,4,5}

2.2. Alimentação saudável da mãe que amamenta

Ter uma alimentação saudável vai ajudar a lactante a revigorar as energias e melhorar o seu humor, além de ser fundamental para uma excelente produção do leite. Uma alimentação considerada saudável para a lactante não difere de uma alimentação saudável para o restante da população.

As recomendações da Nova Roda dos Alimentos são uma forma prática de promover uma alimentação saudável.

A alimentação saudável deve ser completa (ingerindo alimentos de todos os grupos da roda dos alimentos); variada (durante o dia variar nos alimentos dentro do mesmo grupo) e equilibrada (respeitando as porções diárias recomendadas). Uma alimentação

saudável compreende um equilíbrio entre hidratos de carbono, fruta, vegetais, gorduras e proteínas, com uma dose baixa de alimentos processados e de açúcar. ⁶

Relativamente às lactantes, diz-nos que devem manter o consumo energético mínimo de 1800 Kcal/dia. As necessidades energéticas durante a lactação aumentam em 330 Kcal nos 6 primeiros meses e 400 Kcal nos restantes 6 meses de lactação.

O ideal será a mulher perder 500 gramas a 1 Kg por semana, combinado com uma alimentação saudável e exercício moderado. ⁶

De uma forma sucinta, seguidamente são enumerados alguns dos cuidados com a alimentação que a mãe deve ter durante a lactação/ amamentação. ^{4,6,7,8}

- ❖ Iniciar o dia com um pequeno-almoço bem revigorante (*Ex: leite ou iogurte meio-gordos ou magros, cereais de pequeno-almoço ou pão de mistura barrado com um pouco de margarina e 1 peça de fruta de tamanho médio*).

- ❖ Consumir diariamente as quantidades indicadas de alimentos dos 7 grupos da Roda dos Alimentos

- ❖ Realizar cerca de 6 refeições diárias (mais ou menos de 3 em 3 horas)
- ❖ Não comer ovos crus ou mal cozidos (evitando o risco de bactérias)
- ❖ Cozinhar bem a carne e aves
- ❖ Ingerir bastante água, para manter hidratação
- ❖ Evitar o consumo de substâncias nocivas (Fumar leva à diminuição da produção de leite e da quantidade de vitamina C da sua composição)
- ❖ Congelar a carne crua, armazenando-a bem para que não esteja em contacto com outros alimentos.
- ❖ Lavar bem as mãos antes e depois de manusear a carne crua
- ❖ Lavar bem as frutas e vegetais
- ❖ Cozinhar os legumes numa quantidade mínima de água até ferver, não durante muito tempo para não perder as propriedades vitamínicas e minerais
- ❖ Evitar fazer dietas porque suprimem a produção de nutrientes
- ❖ Reduzir a quantidade de sal e açúcar das refeições
- ❖ Evitar fritos, preferir grelhados e cozidos
- ❖ Evitar patés não caseiros (por não saber as condições de preparação)
- ❖ Se o bebé apresentar sinais evidentes de desconforto após a ingestão de algum alimento, deve reduzir a frequência de consumo e as quantidades

- ❖ Alternar períodos de actividade física com repouso, contribuindo para a recuperação da forma física e para o seu bem-estar
- ❖ A actividade física deve ser moderada e de curta duração (15 minutos no primeiro dia)
- ❖ O método de "tentativa e erro" pode ajudar, uma vez que as reacções variam muito de bebé para bebé. Para isso, a mãe não deve ingerir vários alimentos suspeitos na mesma refeição ou em refeições muito próximas

Estas directrizes devem ser adequadas às necessidades quer da mãe como da criança, nunca esquecendo das várias especificidades do serviço de neonatologia.

3. Plano de Sessão

Tema: *As mães que cuidam...cuidados a ter durante a amamentação*

Destinatários: Pais do serviço da UCIN do Hospital de Santa Maria

Duração: 30min

Objectivo geral

- Promover hábitos de vida saudáveis nas mães que amamentam, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento adequado e saudável do Recém-nascido prematuro

Objectivos específicos

- Informar as mães sobre os cuidados a ter durante o período em que estão a amamentar
- Esclarecer dúvidas relacionadas com a temática da alimentação da mãe que amamenta

Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos didáticos	Tempo
Introdução - Apresentação - Apresentação do tema e objectivos	Método activo e expositivo	Computador Apresentação em power point	3 min
Desenvolvimento - Importância do Leite Materno - Constituição do Leite Materno - Alimentação da mãe que amamenta - Factores que facilitam e dificultam a produção de leite - Sinais de alerta do bebé - Cuidados a ter durante o período de amamentação	Método expositivo e interrogativo	Computador Apresentação em power point	20 min
Conclusão - Síntese - Período de esclarecimento de dúvidas - Avaliação	Método interrogativo e activo	Folha de avaliação	7 min

4. Avaliação da sessão de educação para a saúde

O início da sessão teve um atraso de 15 minutos, uma vez que coincidiu com a passagem de turno. O tempo estipulado para a sessão também foi excedido devido á participação activa das mães durante a mesma.

Estiveram presentes seis mães, um pai e duas enfermeiras, a enfermeira especialista orientadora de estágio e uma aluna da especialidade. Duas das mães não assistiram à totalidade da sessão, pois tiveram de sair mais cedo, para ajudarem na prestação de cuidados aos seus filhos.

A avaliação foi anónima e realizou-se por escrito.

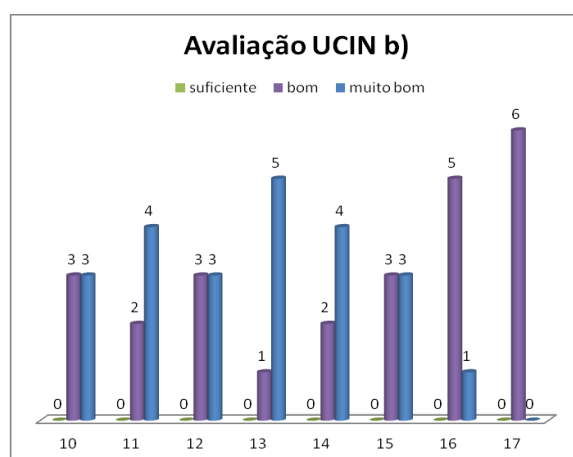
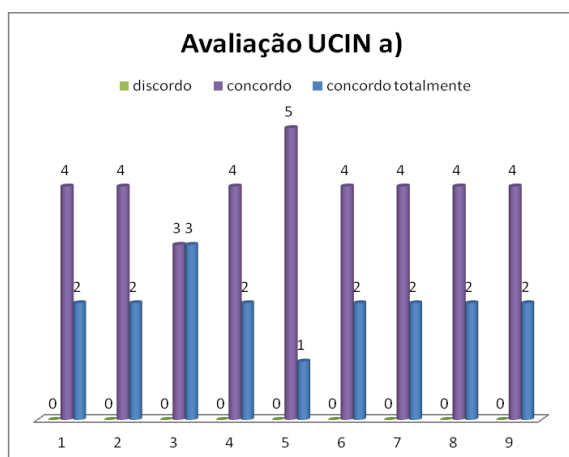
Relativamente á apreciação global da sessão, a maioria dos formandos concordou com todos os parâmetros avaliados, nomeadamente em como as expectativas e objectivos superados; a formação foi útil; houve cumprimento da duração e do horário da sessão, apresentação e documentação fornecida foi de qualidade e como foram abordados todos os aspectos importantes. Contudo houve 17 respostas em que os formandos concordavam totalmente com alguns dos parâmetros acima descritos.

Em relação à avaliação da prestação da formadora, nomeadamente na clareza e facilidade de transmissão da informação, do seu nível de conhecimento, capacidade de motivar e de esclarecer dúvidas, a sua interacção com o grupo variaram entre o Bom e Muito bom.

Apenas houve unanimidade na avaliação em Bom da gestão de tempo e pontualidade.

No final da sessão foram distribuídos folhetos informativos de fácil leitura, com o resumo da sessão e mais um documento auxiliar (tabela de porções dos alimentos).

Concluo que de uma forma global esta sessão foi muito positiva e satisfatória quer para os formandos como para mim enquanto formadora. A partilha de informação e experiências foi enriquecedora e uma mais-valia para a consolidação de conhecimentos.



5. Conclusão

O Leite materno é muito importante para o crescimento e desenvolvimento do RN. A alimentação da mãe influencia a constituição do leite materno pelo que durante o período de amamentação, a mãe deve ter uma alimentação saudável. Não há alimentos proibidos, mas alimentos ingeridos pela mãe que amamenta, que podem provocar reacções nos bebés. É importante estimular as mães à extracção de leite materno, pois como vimos anteriormente é uma forma de estimular à sua produção e assim garantir a alimentação saudável do RN por muito mais tempo.

Sempre que a situação de saúde do prematuro o permite, nós profissionais de saúde devemos promover momentos para a amamentação, contribuindo não só para a produção de leite mas também para fortalecer a vinculação da mãe - bebé, que nesta fase é tão importante.

A promoção da saúde assume aqui especial importância, na medida em que visa consciencializar os pais sobre a amamentação/aleitamento materno e a importância que ela acarreta na saúde do seu filho. É através da educação para a saúde, instrumento vital neste processo de promoção de saúde, que os enfermeiros pretendem ampliar o conhecimento da população relativamente à saúde e desenvolver a compreensão e as habilidades pessoais que promovem a saúde¹². Tal como nos diz o REPE (artigo 5,ponto3) ¹³ o enfermeiro deve “orientar, supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação de saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias”. tendo por base que “ a amamentação confere à criança o melhor começo de vida, contribuindo também para uma melhor saúde da mãe”(OMS e UNICEF,1997).

6. Referências bibliográficas

- ¹ SEKZIA, Shigeru Ricardo e RIBEIRO da LUZ, Talita – Mudança organizacional: implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1263-1273, 2010
- ² BALABOM L, Geni; SILVA, Giselia A.P. - Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **Jornal de Pediatria** Vol. 80, Nº1, 2004
- ³ <http://brasil.babycenter.com> [Consultado em Novembro/2012]
- ⁴ www.amamentar.net [Consultado em Outubro/2012]
- ⁵ <http://www.who.dk/Nutrition/main.htm> [Consultado em Novembro/2012]
- ⁶ www.apn.pt [Consultado em Outubro/2012]
- ⁷ <http://www.dh.gov.uk>[Consultado em Novembro/2012]
- ⁸ <http://demaeparamae.pt> [Consultado em Novembro/2012]
- ⁹ CASTELLOTE, Cristine et al - Premature Delivery Influences the Immunological Composition of Colostrum and Transitional and Mature Human Milk. **The journal of nutrition**. 2012
- ¹⁰ ANDRESON, Philip O;POCHOP, Stacey L. e MANOQUERRA, Anthony S. – Adverse drugs reactions in breastfed infants: less than imagined. **Clinical Pediatrics** . 2003;43: 325-340.
- ¹¹ LEVY, Leonor; BÉRTOLO , Helena - **Manual de aleitamento materno** .Edição Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés .Lisboa. 2007. ISBN: 96436
- ¹² ORDEM DOS ENFERMEIROS. Lisboa - **Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. 2010
- ¹³ REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS: **Decreto – Lei nº 161/96 de 4 de setembro**

Curso de Mestrado de Especialização em enfermagem De saúde Infantil e pediátrica

*As mães que cuidam...
...Cuidados a ter durante a
amamentação*

Dia 2 de Novembro de 2012

Local: Sala dos pais

Duração 25 minutos

Destinatários: Pais do Serviço da UCIN

Formador: Enf^a Rosália Nascimento (AEESIP da UCP)

Orientação: EESIP Neusa Pedrosa

As mães que cuidam... ...Cuidados a ter durante a amamentação

Formadora: AEESIP Rosália Nascimento
Enfª Especialista Orientadora : Neusa Pedrosa

Lisboa, Novembro de 2012

As mães que cuidam... ...Cuidados a ter durante a amamentação

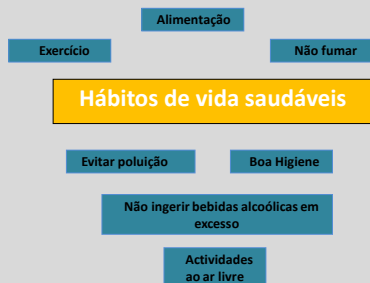
Objetivo geral

- ❖ Promover hábitos de vida saudáveis nas mães que amamentam, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento adequado e saudável do Recém-nascido

Objetivos específicos

- ❖ Informar as mães sobre os cuidados a ter na alimentação durante o período em que estão a amamentar

As mães que cuidam... ...Cuidados a ter durante a amamentação



As mães que cuidam... ...Cuidados a ter durante a amamentação

Porquê ter comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis durante a amamentação



Promover o crescimento e desenvolvimento do Recém-nascido e prevenir doenças

Importância do Aleitamento materno

O leite materno é único

- É um alimento vivo, completo e natural, adequado às necessidades do bebé.
- Sempre à temperatura ideal e adapta-se constantemente às necessidades do bebé
- Benefícios que proporciona à mãe e à criança, a curto e longo prazo (cit. por CATARINO, 2007)

Constituição do Leite materno	Efeito no RN
Ácidos gordos	Doenças (obesidade, diabetes, TA...)
Anti-oxidantes	Anti-inflamatório
Anti-corpos	Anti-microbiano
Endorfinas	Suprimem dor

Importância do Aleitamento materno

Benefícios do leite materno para o bebé

- ❖ Fácil digestão
- ❖ Promove desenvolvimento físico, psicológico e emocional
- ❖ Previne infecções e alergias
- ❖ Responde às necessidades de crescimento do bebé pois contém os nutrientes necessários para os primeiros 6 meses
- ❖ Previne obesidade
- ❖ Favorece o desenvolvimento de uma flora intestinal equilibrada

Importância do Aleitamento materno

Benefícios para a mãe

- ❖ Diminui risco do cancro da mama e ovário, osteoporose, anemia
- ❖ Menos estrogénio que pode ajudar no metabolismo da glicose e proteger da diabetes 2
- ❖ Facilita a recuperação pós parto e do peso
- ❖ Reforça o vínculo afectivo mãe-bebé
- ❖ Prático e económico
- ❖ Protege de uma nova gravidez

Importância do Aleitamento materno

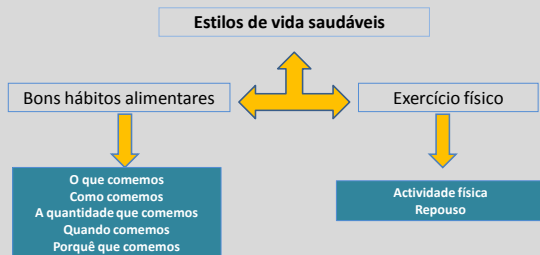
Aspectos que facilitam a produção de leite

- Amamentar: frequência, duração e intensidade da sucção pelo bebé;
- Alimentação saudável
- Equilíbrio repouso e actividade física
- *Kangaroo care*

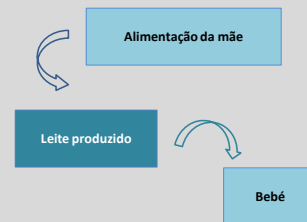
Aspectos que dificultam a produção de leite

- Dietas
- Desidratação materna
- Álcool e tabaco
- Não extracção de leite

Importância dos estilos de vida saudáveis



Influência da alimentação materna

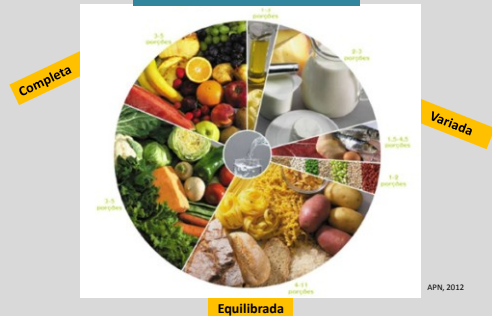


Influência da alimentação materna

- A dieta da mãe afeta o sabor do leite materno
- Os diferentes sabores interferem na digestão do lactente.

Há evidências de que a experiência com diversos sabores durante a amamentação facilitará, no futuro, a aceitação da criança de novos e variados alimentos.

Roda dos alimentos



Alimentação materna

Nutrientes dividem-se em:

Hidratos de carbono (Açúcares) - energia

Lípidos (gorduras) – Protegem do frio, reservas de energia e ajudam na absorção das vitaminas

Sais minerais- conservação e renovação dos tecidos (pele)

Vitaminas – crescimento e equilíbrio do organismo

Proteínas – formação e crescimento dos músculos, ossos, pele e órgãos

Fibras- reduzem nível de colesterol e ajudam a nível intestinal

Água- transportar nutrientes, manter temperatura e maior parte do nosso corpo

Alimentação materna

❖ Hidratos de carbono

São alimentos que originam o açúcar, a principal fonte de energia do nosso organismo. Ricos em fibras alimentares, vitaminas e sais minerais (como o magnésio e o ferro)

Cereais, derivados e tubérculos



Fazem parte deste grupo:

Batata, pão, arroz, massa, cereais - aveia, milho, trigo, centeio.

➡ cerca de 28% do total que devemos ingerir ao longo do dia
4 a 11 porções/dia

Alimentação materna

❖ Vitaminas e sais minerais

Também contém água e fibra, pequenas quantidades de hidratos de carbono e gordura, sendo fornecedores de proteínas.

Hortalças e legumes



Fazem parte deste grupo :

abóbora, cenoura, alface, brócolos, alho-francês, couve coração, couve lombarda, couve-galega, tomate, cebola, alho ...

➡ Cerca de 23%, correspondendo a 3 a 5 porções diárias.
Na sopa, crus em saladas ou cozinhados das mais variadas formas.

Alimentação materna

❖ Vitaminas, minerais, água

Frutas



Fonte de hidratos de carbonos simples (frutose), fibra e também são fontes de antioxidantes.

Fazem parte deste grupo, alimentos como:

maçã, pêra, banana, laranja, tangerina, kiwi, mirtilo, morangos, cerejas, pêssego, ananás, melão, melancia...

➡ Cerca de 20% da ingestão alimentar diária - 3 a 5 peças de fruta diariamente.

Alimentação materna

❖ Lípidos

Gorduras e óleos



Ricos em gorduras e fontes de vitaminas (vitamina A e E)

Fazem parte deste grupo:

azeite, óleo alimentar, nata, margarina, manteiga



Apenas comer cerca de 2%, ou seja 1 a 3 porções

Alimentação materna

❖ Proteínas

Carne, peixe e ovos

Constituídos essencialmente por proteína e gordura:

- saturada no caso da carne vermelha e ovos;
- monoinsaturada no caso da carne branca;
- polinsaturada (ácidos gordos n-3) no caso do peixe.



São excelentes fontes de vitaminas do complexo B, ferro, zinco, fósforo e vitamina D.

➡ cerca de 5%, ou seja, 1,5 a 4,5 porções.

Alimentação materna

❖ Lactícínios

Estes alimentos são excelentes fontes de proteínas, minerais, vitaminas.

O único hidrato de carbono presente é a lactose.

→ cerca de 18% ,isto é 2 a 3 porções.



Fazem parte deste grupo:

Leite, iogurte e queijo.

Alimentação materna

❖ Fibras

Leguminosas

São também boas fontes de hidratos de carbono e proteína, vitamina b, ferro e cálcio

Fazem parte deste grupo:

ervilhas, grão-de-bico, soja, feijão, lentilhas

→ cerca de 4%, correspondendo a 1 a 2 porções/dia.



Alimentação materna

As necessidades energéticas durante a lactação aumentam em 330 Kcal nos 6 primeiros meses e 400 Kcal nos restantes 6 meses de lactação.

As lactantes devem manter o consumo energético mínimo de 1800 Kcal/dia.

O ideal será perder 500 gramas a 1 Kg por semana

Alimentação materna

Proteínas (carne, peixe, ovos)

Devem ingerir cerca de 71 g de proteína, sem mais suplementos, porque já consome proteína de origem animal em excesso

Hidratos de carbono (açúcares: cereais, pão)

Deve ingerir várias vezes ao dia, cerca de 210g diários, valor superior às mulheres durante o período da gravidez.

Alimentação materna

Gorduras

Consumo adequado de ácidos gordos essenciais

Vitaminas

- ❖ Deve ingerir alimentos ricos em vitamina D
- ❖ A quantidade de cálcio do leite materno não está relacionado com o consumo de cálcio materno
- ❖ As necessidades de zinco durante a lactação são superiores às das grávidas. Durante a lactação são cerca de 12 a 14 mg/dia

Alimentação materna

Alimentos que podem interferir na constituição do leite materno

- ❖ Produtos ricos em cafeína como chocolate, Coca-Cola, chá
- ❖ Comida picante, alho e canela, ácidos
- ❖ Leite de vaca
- ❖ Soja, ovos, trigo e nozes
- ❖ Sumo de citrinos
- ❖ Alguns vegetais responsáveis por perturbações gastrointestinais nos adultos como: couve, brócolos, milho, pepino, feijão, grão
- ❖ Álcool

Reações do RN à Alimentação materna

Sinais de alerta do RN

- ❖ Cólicas
- ❖ Irritação
- ❖ Agitação
- ❖ Reações cutâneas
- ❖ Alterações respiratórias
- ❖ Alterações das fezes
- ❖ Alterações no padrão de sono



As mães que cuidam...

...Cuidados a ter durante a amamentação

- ❖ Iniciar o dia com um pequeno-almoço bem revigorante (Ex: leite ou iogurte meio-gordos ou magros, cereais de pequeno-almoço ou pão de mistura barrado com um pouco de margarina e 1 peça de fruta de tamanho médio).
- ❖ Consumir diariamente as quantidades indicadas de alimentos dos 7 grupos da Roda dos Alimentos
- ❖ Realizar cerca de 6 refeições diárias, mais ou menos de 3 em 3 horas
- ❖ Não comer ovos crus ou mal cozidos
- ❖ Cozinhar bem a carne e aves, certificando-se que as carnes congeladas são descongeladas antes de as cozinhar correctamente
- ❖ Ingerir bastante água, para manter hidratação
- ❖ Evitar o consumo de substâncias nocivas

As mães que cuidam...

...Cuidados a ter durante a amamentação

- ❖ Congelar a carne crua, armazenando-a bem para que não esteja em contacto com outros alimentos.
- ❖ Lavar bem as mãos antes e depois de manusear a carne crua
- ❖ Lavar bem as frutas e vegetais
- ❖ Cozinhar os legumes numa quantidade mínima de água até ferver, não durante muito tempo para não perder as propriedades vitamínicas e minerais
- ❖ Evitar fazer dietas porque suprimem a produção de nutrientes
- ❖ Reduzir a quantidade de sal e açúcar das refeições
- ❖ Evitar fritos, preferir grelhados e cozidos

As mães que cuidam...

...Cuidados a ter durante a amamentação

- ❖ Evitar gelados não pasteurizados
- ❖ Evitar patés não caseiros
- ❖ Se o bebé apresentar sinais evidentes de desconforto após a ingestão de algum alimento, deve reduzir a frequência de consumo e as quantidades.
- ❖ Alternar períodos de actividade física com repouso
- ❖ A actividade física pode ter um papel muito importante na recuperação da forma física e no seu bem estar.
- ❖ A actividade física deve ser moderada e de curta duração (15 minutos no primeiro dia)

Conclusão

O Leite materno é muito importante para o crescimento e desenvolvimento do RN;

Alimentação da mãe influencia a constituição do leite materno;

A mãe que amamenta deve ter uma alimentação saudável e períodos de descanso alternados com exercício físico moderado

Deve evitar dietas extremas e manter-se hidratada

Uma alimentação equilibrada compreende hidratos de carbono, fruta, vegetais, gorduras e proteínas, com uma dose baixa de alimentos processados e de açúcar.

Conclusão

Alimentos como ácidos, cítricos, brócolos, feijão, álcool, cafeína, leite de vaca, podem interferir na constituição do LM

As crianças apresentam vários tipos de reacções (sinais e sintomas)

O método de "tentativa e erro" pode ajudar, uma vez que as reacções variam muito de bebé para bebé. Para isso, a mãe não deve ingerir vários alimentos suspeitos na mesma refeição ou em refeições muito próximas.

Estimular a produção de leite pois é o alimento mais completo para o RN

As mães que cuidam...
...Cuidados a ter durante a amamentação

Amamentar confere à criança o melhor começo de vida,
contribuindo também para uma melhor saúde da
mãe. (OMS, UNICEF)

Referências Bibliográficas

<http://www.amamentar.net/>

www.dgs.pt/

<http://www.unicef.org.uk/babyfriendly/>

www.apn.pt

Imagem: <http://mamaes.net/2012/10/18/dicas-para-acabar-de-vez-com-as-colicas-do-bebe-bebe-com-colicas-cuidados-mamae/>

CASTELLOTE, Cristine et al - Premature Delivery Influences the Immunological Composition of Colostrum and Transitional and Mature Human Milk. **The journal of nutrition**. 2012

ANDRESON, Philip O;POCHOP, Stacey L e MANOGUERRA, Anthony S. - Adverse drugs reactions in breastfed infants: less than imagined. **Clinical Pediatrics** . 2003;43: 325- 340.

Levy, Leonor; Bértolo , Helena - **Manual de aleitamento materno**. Edição Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Lisboa. 2007. ISBN: 96436

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

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Data: _____

Uma vez terminada a sessão de educação e tendo em conta que a sua opinião é muito importante, é-lhe pedido que realize uma avaliação global da sessão, para tentar identificar os aspetos menos positivos, de modo a melhorá-los posteriormente em novas ações de educação para a saúde.

O questionário que se segue é anónimo. Agradeço a vossa disponibilidade no preenchimento do mesmo.

a) Responda a cada item colocando uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objetivos da formação foram atingidos.				
3. Considera a formação útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. Foram abordados todos os pontos que considera importantes.				
6. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
7. O modo de apresentação foi adequado para transmitir a mensagem.				
8. A duração da formação foi adequada.				
9. O horário da formação foi adequado.				

b) De acordo com a sua apreciação global, classifique a **formadora** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

FORMADORA	CLASSIFICAÇÃO
10. Conhecimento dos temas apresentados	
11. Facilidade na transmissão de conhecimentos	
12. Clareza na transmissão dos conhecimentos	
13. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	
14. Interação com o grupo	
15. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	
16. Gestão do tempo.	
17. Pontualidade.	

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade !!!

Cedido gentilmente e Adaptado do modelo utilizado pelo HDE

Anexo X

FOLHETO INFORMATIVO:

*ALIMENTAÇÃO DAS MÃES QUE AMAMENTAM E FATORES QUE INFLUENCIAM A PRODUÇÃO DE
LEITE*

- ❖ Lavar bem as frutas e vegetais
- ❖ Evitar o consumo de substâncias nocivas (drogas, tabaco, álcool)
- ❖ Cozinhar os legumes numa quantidade mínima de água até ferver, durante pouco tempo para não perder as propriedades vitamínicas e minerais
- ❖ Evitar fazer dietas porque suprimem a produção de nutrientes
- ❖ Reduzir a quantidade de sal e açúcar das refeições
- ❖ Evitar fritos, preferir grelhados e cozidos
- ❖ Ingerir bastante água, para manter a hidratação
- ❖ Dormir bem (pelo menos 8h)
- ❖ Retomar ou iniciar lentamente a prática de actividade física, que deve ser moderada (por ex. caminhadas)
- ❖ Se o bebé apresentar sinais evidentes de desconforto após a ingestão de algum alimento, deve reduzir a frequência e quantidade de consumo e as desse alimento.
- ❖ Estimular a produção de leite através da amamentação ou da extracção de

A mãe que amamenta deve ter uma alimentação saudável e períodos de descanso alternados com exercício físico moderado

Ter uma alimentação saudável vai ajudá-la a revigorar as energias e é fundamental para uma excelente produção do leite.

Fontes das imagens

<http://www.jornallivre.com.br/177924/dieta-para-a-mae-que-amamenta.html>

<http://mamaes.net/2012/10/18/dicas-para-acabar-de-vez-com-as-colicas-do-bebe/bebe-com-colicas-cuidados-mamae/>

Contactos úteis:
Telefone directo da UCIN - 217 805 095

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE. EPE



AS MÃES QUE CUIDAM... CUIDADOS A TER COM A ALIMENTAÇÃO DURANTE A AMAMENTAÇÃO



Elaborado por AEEIP Rosália Nascimento

Sob orientação da Enf^a. Especialista Neusa Pedrosa

Docente orientadora Prof. Dr^a Zaida Charepe



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



O leite materno é o melhor alimento para o bebé.
 É único, completo, adequado às necessidades do bebé e com benefícios para o seu crescimento e desenvolvimento saudável. Para a mãe proporciona a vinculação com o seu filho, facilita a recuperação pós parto e previne algumas doenças tardias como cancro mama, ovários e osteoporose.

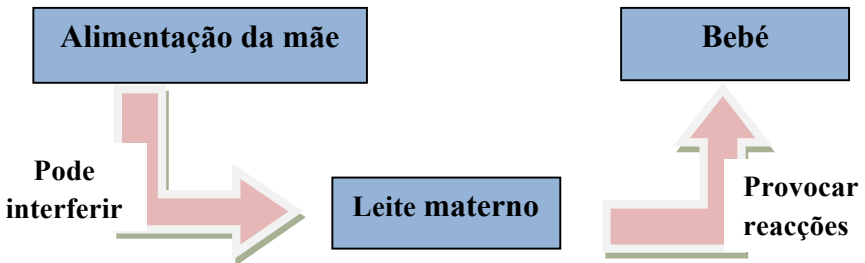
Aspectos que dificultam a produção de leite

- Dietas desequilibradas
- Desidratação materna
- Álcool e tabaco
- A não extracção de leite

Aspectos que facilitam a produção de leite

- Amamentar: frequência, duração e intensidade da sucção pelo bebé;
- Realizar extracção leite
- Alimentação saudável da mãe
- Equilíbrio entre repouso e actividade física
- *Método canguru*

Alimentos que podem provocar reacções nos bebés	Reacções mais comuns
Produtos ricos em cafeína como café, chocolate, Coca-Cola, chá	❖ Irritabilidade, alterações na pele
Comida picante, alho e canela, ácidos	❖ Recusa do leite (sabor diferente), alterações cutâneas e das fezes (provoca “rabinho assado”)
Leite de vaca	❖ Cólicas, alterações cutâneas e fezes
Soja, ovos, trigo e nozes	❖ Choro, cólicas, irritação, alterações cutâneas
Sumos de citrinos	❖ Alterações cutâneas e das fezes (provoca “rabinho assado”)
Alguns vegetais como: couve, brócolos, milho, pepino, feijão, grão	❖ Cólicas e gases, dificuldade em dormir
Álcool	❖ Choro, Irritabilidade e agitação, dificuldade em adormecer



Não existem alimentos proibidos para a mulher durante o período da amamentação. Contudo, a dieta da mãe afecta o sabor do leite materno e os diferentes sabores interferem na digestão do lactente. Sabemos que alguns bebés podem reagir a alguns alimentos que a mãe tenha comido.

Cuidados a ter com a alimentação:

- ❖ Ter uma alimentação saudável: completa, variada e equilibrada. Consumindo diariamente as quantidades indicadas de alimentos dos 7 grupos da Roda dos Alimentos;
- ❖ **Realizar cerca de 6 refeições diárias, mais ou menos de 3 em 3 horas;**
- ❖ Uma alimentação equilibrada compreende hidratos de carbono, fruta, vegetais, gorduras e proteínas, com uma dose baixa de alimentos processados e de açúcar.
- ❖ **Não comer ovos crus ou mal cozidos evitando contaminação por bactérias**
- ❖ Cozinhar bem a carne e aves, certificando-se que as carnes são descongelados antes de as cozinhar correctamente
- ❖ **Ingerir bastante água, para manter hidratação**