



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

Promoção de Saúde na Infância: Aleitamento Materno

Relatório de Estágio para a obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Rita Margarida da Conceição Ribeiro

Orientadora:

Professora Adjunta Fátima Saragoila

2014

Abril

“A melhor maneira de nos prepararmos para o futuro é concentrar toda a imaginação e entusiasmo na execução perfeita do trabalho de hoje...”

DALE CARNEGIE

RESUMO

Considerando a amamentação como fator preventivo da obesidade infantil em crianças em idade pré-escolar, este relatório surge com o objetivo de promover a adesão à amamentação e refletir sobre as competências desenvolvidas em ensino clínico, no sentido da aquisição de competências na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Considerou-se pertinente realizar uma revisão sistemática de literatura recorrendo à metodologia PICO com pesquisa de artigos científicos através da plataforma EBSCO, com o objetivo de promover a reflexão na ação e sobre a ação. Foi elaborada a seguinte questão no formato referido: Que intervenções de enfermagem promovem a adesão da grávida à amamentação?

Os bebés devem ser amamentados exclusivamente com leite materno, durante os primeiros seis meses de vida, graças às propriedades nutricionais, anti-infecciosas e imunológicas do leite materno. Os bebés amamentados não são obesos, apresentam menos alergias e têm menos riscos de sofrer de diabetes tipo 1 (OMS, 2001). Neste contexto é necessário que o Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários promova o aleitamento materno através da educação e apoio à grávida. As visitas domiciliares são uma estratégia de promover e assegurar a adesão à amamentação.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária, Adesão à Amamentação.

ABSTRACT

Considering breastfeeding as a preventive factor in childhood obesity in children of preschool age, this report is aimed at promoting adherence to breastfeeding and reflects on the skills developed in clinical teaching, towards the acquisition of skills in the area of specialization in Community Nursing and Public Health.

It was considered appropriate to conduct a systematic literature review using the PICO methodology with research papers by EBSCO platform, with the goal of promoting reflection in action and on action. The question in the format that was developed: What nursing interventions promote adhesion of pregnant breastfeeding?

Breastfed infants should be exclusively breastfed during the first six months of life, thanks to nutritional properties, anti-infectious and immunological breast milk. Breastfed babies are not obese, have fewer allergies and have less risk of suffering from type 1 diabetes (WHO, 2001). In this context it is necessary that the nurse of Primary Health Care promotes breastfeeding through education and support to pregnant. Domiciliary visitations are a strategy to promote and ensure adherence to breastfeeding.

Keywords: Community Nursing, Accession to Breastfeeding.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ENSINO CLÍNICO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	12
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: “PROMOÇÃO DE SAÚDE NA INFÂNCIA: ALEITAMENTO MATERNO”	18
3. CONCLUSÃO	38
4. BIBLIOGRAFIA	42
ANEXOS	48
Anexo I – Projeto de Estágio: “Promoção de Saúde na Infância: Aleitamento Materno	49
Anexo II – Guião Orientador da “Amamentação”	103
Anexo III – Ação de Educação para a Saúde “Amamentação”	105
Anexo IV – Folheto sobre “Amamentação”	113
Anexo V – Avaliação do Projeto de Intervenção Comunitária: “Promoção de Saúde na Infância: Aleitamento Materno”	116
Anexo VI – Protocolo de Cruzamento	118
Anexo VII – Tabelas de Análise dos Artigos:	120
“Intervención educativa para extender la lactencia materna hasta el 6to mês de vida en el município Ciego de Ávila”	121
“Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en le centro de salud”	121
“The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial”	122
“Breastfeeding Education Interventions for health professionals: A synthesis of Intervention Studies”	122

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I – Critérios para a Formulação da Questão de Investigação	31
QUADRO II – Critérios de Inclusão/Exclusão para a Seleção dos Artigos de Investigação	31
QUADRO III – Limitadores Aplicados nas Bases de Dados	32
QUADRO IV – Descritores Isoladamente e Conjugação de Descritores	33
QUADRO V – Tabelas de Análise dos Artigos	116

SIGLAS E ABREVIATURAS

CERE – Centro de Ensino e Recuperação do Entroncamento

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CMEC – Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

CSP – Cuidados de Saúde Primários

GIP – Gabinete de Inserção Profissional

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSI – Rendimento Social de Inserção

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS – Sistema Informático de Unidades de Saúde

SPSS 19 – Statistical Package for the Social Sciences 19

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCE – Unidade de Cuidados na Comunidade Entroncamento

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

Atualmente, é constante a necessidade de atualização e desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específicos que confira competências a todos aqueles que exercem uma determinada profissão. Este corpo de conhecimentos constitui um bem em permanente crescimento, fruto da incessante procura por parte do Homem em conhecer-se melhor a si próprio e ao mundo onde está inserido. Neste sentido, somos permanentemente confrontados com o emergir de novos conhecimentos científicos, que nos possibilitam atualização e desenvolvimento do saber adquirido, o qual se refletirá no nosso próprio crescimento pessoal e profissional. Os Enfermeiros vivenciam esta realidade de forma particular.

Sob essa perspectiva, a aprendizagem é o meio pelo qual se renovam os conhecimentos e as competências. É uma construção pessoal, onde há uma procura do equilíbrio entre o adquirido e o que falta adquirir, de como aprender e sobre o que se deseja aprender.

Assim, o presente relatório de natureza reflexiva das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas, emerge da unidade curricular estágio e relatório, inserido no CMEC, com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que decorreu na UCC Entroncamento de 20 de fevereiro de 2012 a 15 de junho de 2012.

Este relatório surge como o culminar de um percurso que se iniciou com o projeto de intervenção comunitária “Promoção de Saúde na Infância: Aleitamento Materno” (ANEXO I), com vista ao desenvolvimento das competências de Enfermeiro com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tendo ainda em linha de conta o perfil de competências específicas preconizadas pela OE.

Para desenvolver essas competências foi necessário adquirir saberes, fazer a ligação entre a teoria e a prática, desenvolver um espírito crítico-reflexivo para ajudar a mobilizar, aprofundar e adquirir conhecimentos para a adaptação a novas situações e conseqüentemente resposta aos constantes desafios de Enfermagem.

A Enfermagem Comunitária tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania. Neste processo, o Enfermeiro reflete sobre as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, agregados e comunidade, estabelece prioridades e estratégias e avalia os resultados obtidos numa relação

estreita com os objetivos estabelecidos, num processo de permanente interação com as comunidades e os seus recursos.

Tendo em consideração as necessidades identificadas e detetadas pela equipa da UCC Entroncamento, por meio do diagnóstico de saúde da comunidade do concelho do Entroncamento, foi elaborado um estudo onde foram detetadas 45 crianças em idade pré-escolar com peso acima do normal. Por outro lado, esteve inerente a necessidade, percecionada pela enfermeira chefe, de um conhecimento mais aprofundado, rigoroso e sistematizado dessa situação, bem como da existência ou não de alguma relação entre amamentação e obesidade infantil.

Perante a realidade da obesidade infantil, a mesma constitui um problema de saúde pública, que exige uma estratégia e intervenção concreta no entrave do seu crescimento. Face a isto, despontou-se a necessidade de realizar pesquisas da literatura, com o intuito de se verificar se existia uma relação entre a obesidade infantil e a existência ou não de amamentação, emergindo como área de intervenção a promoção do aleitamento materno. Os bebés devem ser amamentados exclusivamente com leite materno, durante os primeiros seis meses de vida, graças às propriedades nutricionais, anti-infecciosas e imunológicas do leite materno, os bebés amamentados não são obesos, apresentam menos alergias e têm menos riscos de sofrer de diabetes tipo 1 (OMS, 2001).

Nesse sentido, perspetivou-se um conjunto de intervenções, que pela sua especificidade tivessem uma maior possibilidade de proporcionar e promover a adesão das grávidas à amamentação como fator preventivo da obesidade infantil em crianças em idade pré-escolar e, por conseguinte, maximizar o potencial de saúde.

Face a esta realidade, a OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo até ao sexto mês de vida e aleitamento materno complementado até aos dois anos ou mais, pelos benefícios que daí decorrem para a saúde e bem-estar do bebé, da mãe, para o ambiente e para a sociedade. Em Portugal, o Ministério da Saúde no seu PNS (2012-2016), recomenda o incentivo desta prática e assume-a como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais, ou seja, o mesmo é olhado como o primeiro estilo de vida saudável na vida de uma criança, pelos benefícios que traz para o bebé e para a mãe. As baixas taxas de aleitamento materno e a cessação prematura do mesmo têm implicações desfavoráveis importantes para a saúde e para a estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente, resultando num aumento das despesas do serviço nacional de saúde, bem como no aumento das desigualdades em saúde.

Pretendeu-se então analisar todo projeto de intervenção implementado durante o estágio, promovendo desta forma a reflexão na ação e sobre a ação, constituindo uma forma

de conhecimento e conseqüentemente uma prova do empenho constante. A prática dos cuidados de Enfermagem envolve um conhecimento teórico atualizado, presumindo uma formação contínua e constante, uma vez que, as questões que se apresentam no cotidiano necessitam respostas baseadas na evidência científica.

Assim, considerou-se pertinente aprofundar e aperfeiçoar conhecimentos, através de uma revisão sistemática da literatura com recurso à metodologia PICO, numa lógica de Enfermagem Avançada, uma vez que não é a prática que ensina, é a reflexão sobre a prática. A pesquisa da evidência proporciona uma base científica para a prática (LANCASTER E STANHOPE, 2011). Dando luz ao exposto, foi elaborada a seguinte questão PICO: **Que intervenções de enfermagem promovem a adesão da grávida à amamentação?**

Tendo como alicerce os objetivos definidos para o relatório, que proporcionam um ponto de referência para uma constante consciencialização crítica do desempenho profissional, funcionando como guia orientador da ação, definiu-se como objetivos para este relatório:

- ✓ Efetuar uma análise reflexiva acerca das atividades desenvolvidas;
- ✓ Fundamentar a aquisição, o desenvolvimento, o aperfeiçoamento e a consolidação de conhecimentos, capacidades e competências específicas rumo ao exercício de cuidados de Enfermagem Especializados na área de Enfermagem Comunitária;
- ✓ Refletir sobre as competências desenvolvidas em ensino clínico, nomeadamente as relacionadas com a adesão da grávida à amamentação como fator preventivo da obesidade infantil;
- ✓ Obter o grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

Relativamente à estrutura em termos de apresentação escrita, é iniciado com a análise crítica das competências desenvolvidas no ensino clínico em cuidados de saúde primários. A seguir, o projeto de intervenção comunitária “Promoção de Saúde na Infância: Aleitamento Materno”, que comporta a revisão sistemática da literatura, com posterior análise e discussão de resultados. Em seguida, constam as considerações finais, sumariando a reflexão final das competências adquiridas, bem como, a abordagem às dificuldades e limitações. Finalizarei com as referências bibliográficas utilizadas e com alguns anexos que se pretendem ser complementares do documento em questão e que serão mencionados ao longo do mesmo.

Desta forma, sentiu-se que tanto a realização do estágio como a elaboração deste relatório se afiguraram de extrema importância para o desenvolvimento da maneira de ser, estar, sentir e viver a Enfermagem, uma vez que os Enfermeiros são confrontados com desafios que incentivam à reflexão e a procura de novos saberes, que serão certamente uma

mais-valia na construção constante de uma identidade profissional, bem como no processo de aprendizagem ao longo da vida.

1. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ENSINO CLÍNICO EM CUIDADOS SAÚDE PRIMÁRIOS

A Enfermagem desenvolve o processo de cuidados como uma forma de se relacionar com o próximo, que necessita utilizando o conhecimento científico para realizar a sua prática. Como tal, os Enfermeiros têm, cada vez mais, a responsabilidade de procurar adquirir uma panóplia de conhecimentos e competências em constante desenvolvimento, que lhes proporcionem uma atualização sistemática do dia-a-dia profissional e pessoal, bem como a reflexão acerca do caminho percorrido e a percorrer, com vista à melhoria do “saber saber” “saber ser”, “saber fazer” e “saber estar”. É esta a conduta que todos devemos seguir, estando inerente para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

Nesta linha de pensamento, espera-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública seja um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de conhecimentos, alicerçado nos saberes providos da experiência, para que a sua intervenção seja holística, contextualizada e com elevado nível de qualidade (GOMES, 2010).

O estágio desenvolvido em Cuidados de Saúde Primários foi uma grande mudança, por não ter à priori experiência em intervenção comunitária e por outro lado, o meu percurso na prática de Enfermagem ocorre em Cuidados de Saúde Diferenciados, em que o método utilizado é o do enfermeiro responsável, que presta cuidados de enfermagem totais aos doentes atribuídos no turno, promovendo a melhoria e personalização dos cuidados prestados.

Ao inserir-me em Cuidados de Saúde Primários, mantendo a mesma motivação e empenho dos Cuidados de Saúde Diferenciados, tive a noção do destaque e da posição que os cuidados de saúde primários ocupam nos dias de hoje, uma vez que, são o ponto de partida, o primeiro contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, famílias e a comunidade, ou seja, são os cuidados mais próximos das pessoas, onde as mesmas vivem e trabalham.

Foi nessa realidade, que me deparei com a pertinência dos Cuidados de Saúde Primários, pela sua importância na ligação ao utente, uma vez que todo o cuidado de saúde é direcionado para uma intervenção centrada na pessoa, respetiva família e comunidade, onde se preconiza uma resposta de proximidade, orientada para a obtenção de ganhos em saúde, melhoria da acessibilidade e equidade.

Desta forma, a Enfermagem Comunitária desempenha um papel importante e fundamental no acesso universal aos cuidados à população, contribuindo assim para a

melhoria da saúde dos cidadãos, através da prática de cuidados aos diferentes níveis de prevenção.

Como tal, desenvolvi o estágio na UCC Entroncamento por opção pessoal, pelo facto de esta ser um ponto de referência e de proximidade com a comunidade, constatado através da Rede Social, site do ACES Médio Tejo, Câmara Municipal e Conselho da Comunidade. A atividade assistencial major da intervenção da equipa da UCCE é a comunidade, mas a mesma funciona em espaço próprio no centro de saúde partilhando espaços na comunidade (escolas, instituições) para desenvolver essa atividade.

Compete à UCC prestar de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-Lei Nº 28/2008 de 22 de Fevereiro).

Assim, a UCCE apresenta no seu plano de ação uma carteira variada de programas e projetos, e articula com parceiros comunitários, com os quais tive oportunidade de partilhar experiências e desenvolver conhecimentos, em que o dinamismo e cooperação existentes são evidentes, o que na minha perspetiva constituem determinantes na sustentabilidade de uma comunidade saudável, uma vez que a sociedade em geral tem vindo a sofrer modificações ao longo do tempo. Como tal, é urgente uma adaptação dos serviços de saúde face a essas alterações, sendo por isso necessário que as organizações tenham capacidades de planear, organizar e gerir a sua atividade face as novas necessidades, centrando essa atividade nos cidadãos de forma a se poderem obter ganhos em saúde e para que se possa promover a saúde, prevenir a doença, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

A análise crítica do ensino clínico foi efetuada tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, desta forma evocando a primeira competência específica: **“O Enfermeiro estabelece com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”** (OE, 2011). Para a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, utilizei como metodologia o planeamento em saúde, pois só desta forma é que se conseguem ganhos em saúde.

Para tal, é necessário a elaboração de diagnóstico de situação da comunidade como uma das primeiras etapas do planeamento, uma vez que o planeamento em saúde, que consiste num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes da saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades, aliados às estratégias

traçadas em vários documentos existentes ao nível da saúde, tornando-se assim possível implementar medidas que respondam as necessidades reais. Permite-se, deste modo, obter um conhecimento efetivo dos mesmos, coadjuvando o processo de priorização das necessidades/problemas identificados, pela aplicação dos critérios epidemiológicos e métodos/técnicas científicas que potenciam a participação ativa das comunidades nas tomadas de decisão que lhes dizem respeito em matéria de saúde (IMPERATORI e GIRALDES, 1993).

Com o propósito no conhecimento da população do Entroncamento, das suas necessidades, problemas, recursos e parceiros, procurei coligir todos os dados disponíveis que permitissem dar contributos para caracterizar a comunidade, recorrendo não só ao plano de ação e aos profissionais da Unidade de Saúde do Entroncamento, bem como, a outros dados disponíveis, nomeadamente, o Pré Diagnóstico e Diagnóstico Social do Entroncamento e as estatísticas do INE, em que a junção desses dados obtidos foi decisiva no conhecimento do terreno.

O pré diagnóstico elaborado pelo Núcleo Executivo do Conselho Local de Ação Social do Entroncamento foi um documento importante, uma vez que possibilitou a identificação dos recursos humanos e materiais existentes e das necessidades e problemas, facilitando também um melhor conhecimento da realidade social do concelho, nos diferentes eixos estratégicos da rede social: famílias, educação e cidadania, qualificação e emprego, habitação, urbanismo e reabilitação, terceira idade e envelhecimento. Esse pré diagnóstico foi realizado em 2010, revelando a necessidade de atualização desse documento, para estabelecer estratégias de resolução dos novos problemas e carências.

Colaborarei em conjunto com outros técnicos, nomeadamente da Câmara Municipal, Agrupamento de Escolas e Jardins de Infância, Segurança Social local, Associação dos Lares Ferroviários, Santa Casa da Misericórdia e GIP na elaboração do diagnóstico social do Entroncamento, relativamente à prestação da saúde. Foram recolhidos dados no Centro de Saúde do Entroncamento, de forma a saber a população abrangida pelo médico de família e pelo Enfermeiro de família. Estes dados permitiriam garantir a toda a população a segurança, proteção e promoção dos cuidados de saúde primários, uma vez que a população tem assegurado que quando necessita de cuidados médicos e de enfermagem pode recorrer ao Centro de Saúde, onde é atendido de acordo com as suas necessidades e problemas, e em tempo útil. Também cooperei na atualização de dados relativos a outras variáveis que são determinantes da saúde, nomeadamente as variáveis socioeconómicas e ambientais, identificando problemas/necessidades nas pessoas, famílias e grupos.

O diagnóstico deverá servir para sensibilizar e motivar os diversos profissionais para a importância do trabalho a realizar e dos problemas sobre os quais se pretende intervir, sendo igualmente importante esta noção relativamente aos elementos da comunidade, já que se esta estiver motivada a participar, aumentará a possibilidade de sucesso das possíveis intervenções (TAVARES, 2000). Após todas as reuniões realizadas com os parceiros da comunidade local pudemos determinar uma série de necessidades identificadas, e que se elegeram como prioritárias, nos principais eixos estratégicos da rede social. Os grupos populacionais com necessidades foram: as crianças e jovens de etnia cigana com falta de interesse em relação à escola e problemas de comportamento/aprendizagem, famílias disfuncionais com baixas competências sociais, pessoais e parentais e baixos rendimentos, e falta de participação das famílias no processo de educação dos filhos. Após a identificação destes problemas foi perspectivado um plano de ação para o ano de 2013 de forma a estabelecer prioridades, fixar objetivos, determinar estratégias, atividades e indicadores de avaliação.

A partir do momento que se detém conhecimento dos problemas e necessidades da comunidade, o enfermeiro pode intervir especialmente na área da promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. A promoção da saúde é um processo que visa aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde e seus determinantes, constituindo um dos principais Modelos Teóricos que influenciam as políticas de saúde em todo o mundo (OMS, 2010).

Considerando os principais fatores que determinam a saúde, nomeadamente: genéticos, biológicos, comportamentais, ambientais e serviços de saúde, a ação de promoção de saúde implicam o desenvolvimento de atividades diversificadas, que podem ser sistematizadas em três vertentes de ação inter-relacionadas e complementares: educação para a saúde, prevenção da doença e proteção da saúde. A educação para a saúde, como um processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde, a prevenção da doença que consiste num conjunto de medidas que visam evitar, detetar e tratar precocemente doenças específicas e eventuais sequelas e a proteção da saúde como um conjunto de medidas destinadas ao controlo de fatores de risco de natureza ambiental e preservação dos recursos naturais (OTTAWA, 1986).

Como tal, e tendo subjacente as atividades que tinha que desenvolver como enfermeira de CSP, por sugestão e orientação da Enfermeira Orientadora de estágio, também me integrei nos outros programas e projetos da UCCE, no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, que comportou a saúde reprodutiva: preparação para a parentalidade, recuperação pós parto e Toques & Afetos – projeto de massagem ao recém-nascido; saúde escolar, Afetos & Sexualidade – projeto de intervenção ao

jovem escolarizado na educação dos afetos e sexualidade e Creches Familiares; com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência, que englobou a Comissão de Proteção e Jovens em Risco (CPCJ), Rede Social e Rendimento Social de Inserção (RSI), e no projeto de promoção da saúde a adultos e idosos, mais especificamente o Reviver.

Para além de promover a socialização ao inserir-me nesses programas e projetos, com esta atividade pretendi também colaborar com os profissionais de saúde da UCCE na intervenção comunitária que teve como finalidade, dotar a população alvo de conhecimentos e competências, e torna-los agentes ativos da sua própria saúde, com vista à promoção de estilos de vida saudáveis. A intervenção nos estilos de vida é um aspeto primordial, este facto encontra-se reforçado no PNS (2012-2016), onde se faz referência que o combate as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida é uma prioridade para a ação.

Foi utilizada como principal estratégia a educação e promoção de saúde, de forma à obtenção de ganhos em saúde individuais e para a comunidade, procurando sensibilizar e responsabilizar cada individuo pela sua saúde. Foi planeado uma serie de sessões de educação para a saúde. Desta forma, tiveram a oportunidade de adquirir competências para realizar uma escolha informada com vista à melhoria do seu bem-estar e de modos de vida saudáveis.

Os indivíduos, em toda a sua complexidade biopsicossocial, interagem com o ambiente, transformando progressivamente o ambiente e sendo transformados ao longo do tempo, pelo que os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exercem influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital (PENDER, 2002).

No que concerne à proteção e promoção da saúde, e prevenção da doença em contexto de saúde escolar e saúde reprodutiva, é de relevar a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na prossecução dos objetivos preconizados pelo plano de ação da UCCE, enquanto processo que visa a aquisição de conhecimentos, habilidades e a mudança de comportamentos.

No que respeita à Rede Social, RSI, CPCJ e Reviver, ressalvo a liderança assumida pelos profissionais de Enfermagem, assegurando respostas diversificadas, intersectoriais e de proximidade, no âmbito da saúde e sociais às comunidades.

Torna-se importante mencionar que, nesses programas e projetos todas as atividades e intervenções desenvolvidas estavam contextualizadas face ao diagnóstico de saúde e as estratégias de intervenção definidas no PNS (2012-2016). No meu ponto de vista, ao ter as prioridades e os indicadores já definidos pela equipa da UCCE, tendo em conta o horizonte do plano e a área de intervenção, possibilitou-me compreender a dinâmica da aplicação

sistemática da metodologia do Planeamento em Saúde, na população do Entroncamento, onde é evidente a avaliação do estado de saúde dessa população, o estabelecimento de prioridades e estratégias, e a avaliação dessas atividades. De facto foi importante, uma vez que presto cuidados em meio hospitalar, onde a realidade é bem diferente, onde muitas vezes os cuidados de Enfermagem são desempenhados em função da patologia do utente.

Sem dúvida alguma que, é essencial que esses programas e projetos sejam inovadores e apelem à participação ativa das populações com o objetivo de traduzirem mudanças mais efetivas em saúde. Efetivamente, cabe aos profissionais de saúde, e em particular aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, a motivação e responsabilização pela efetivação do seu papel como promotores da educação em saúde na comunidade (LANCASTER & STANHOPE, 2011).

Tendo em consideração as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, considero que o Enfermeiro desenvolve competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública, assim como no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação das comunidades e ao exercício da cidadania. Desta forma, evidenciam-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade (OE, 2011).

Presentemente, estou crente que o Enfermeiro Especialista deve desempenhar todas as competências inerentes aos cuidados gerais, acrescidos de outras que lhe garantem o reconhecimento e diferenciação, nomeadamente no que diz respeito ao saber-saber, ao saber-fazer, ao saber-ser e ao saber-transformar-se, de modo a proporcionar a melhoria do bem-estar das pessoas, na ajuda da consecução de projetos de saúde e obtenção de ganhos em saúde.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: “PROMOÇÃO DE SAÚDE NA INFÂNCIA: ALEITAMENTO MATERNO”

Na sequência das necessidades e problemas identificados pelos profissionais da UCCE no seu plano de ação, e face ao aumento da prevalência da obesidade infantil em crianças em idade pré-escolar no concelho do Entroncamento, era importante avaliar se existia ou não uma relação entre amamentação e obesidade infantil. A enfermeira chefe proporcionou-me a oportunidade de integrar no Programa de Saúde Reprodutiva, com a finalidade de intervir nesse problema de saúde, ao investir na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Perante isto, encontrei motivação para desenvolver o meu projeto de intervenção comunitária. Desta forma, a relevância dos diferentes Programas de saúde e os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a maximização das atividades de âmbito comunitário são fundamentais para a obtenção de ganhos em saúde ao **“Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2011).**

Neste contexto, uma das causas para a importância e destaque na agenda global de saúde dos CSP é o desafio da prevenção e gestão da doença crónica. É, por isto, evidente que a OMS (OE; 2010) reforça a ideia de que das doenças crónicas, são doenças de duração prolongada e progressão lenta que provocam problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas.

De forma a detetar esse problema, comecei por elaborar um estudo quantitativo, uma vez que se trata de um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de dados objetivos de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador, ou seja, existe a preocupação de ter uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo, de forma a observar, descrever, interpretar, apreciar o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem no entanto tentar controlá-los (FORTIN, 2009). A população selecionada foram todas as crianças com 6 anos, nascidas no ano de 2005, inscritas no Centro de Saúde do Entroncamento, a frequentar todas as escolas básicas públicas do Entroncamento. As razões que estiveram na base da opção por crianças de seis anos de idade como alvo do estudo, foram as seguintes: nesta idade, as crianças ainda não entraram no período da puberdade e, deste modo, não existe influência significativa dos fatores de mudança corporal e aos seis anos procede-se ao exame global de saúde, segundo a recomendação da Direção Geral de Saúde. Atualmente, já não se procede desta forma, uma vez que houve alteração na cronologia das consultas/exames de saúde referentes a idades-chave da vigilância (DGS, 2013).

Após consulta do programa SINUS (Sistema de Informação nas Unidades de Saúde) foi retirada uma listagem de todas as crianças nascidas no ano de 2005, inscritas no Centro de Saúde do Entroncamento que completaram os 6 anos em 2011. A listagem foi organizada segundo os respetivos médicos de família, de forma a facilitar a consulta. Através desta listagem, foram consultadas as respetivas Fichas de Ligação (Mod.126.04 do Ministério da Saúde, Administração Regional Da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Sub-Região de Santarém) de forma a colher os dados antropométricos necessários e os contactos telefónicos dos respetivos pais. Das 216 crianças inscritas no centro de saúde, 20 crianças tinham inscrições esporádicas e relativamente a 45 crianças não foi possível recolher os contactos telefónicos ou não atenderam as chamadas telefónicas, desta forma, a população alvo do estudo foram 151 crianças.

De forma a ir ao encontro de algumas questões relativamente à prática da amamentação, designadamente: Se a criança mamou ou não? Até que idade mamou exclusivamente? Quando iniciou a alimentação, começou pela sopa ou pela papa? Utilizei como suporte de informação um guião orientador (ANEXO II) para a compreensão dos dados e para que os mesmos fossem tratados de forma organizada, constituindo a base de dados para o tratamento estatístico. Foram selecionadas apenas estas questões porque a realização do estudo teve por base um estudo efetuado anteriormente na UCC Entroncamento, em que foram estudados estes elementos relativos à adesão à amamentação como predisponentes para a prevenção da obesidade infantil, ou seja, no possível efeito preventivo do aleitamento materno sob esta patologia.

Segundo a DGS (2003), intervir sobre os determinantes do estilo de vida, nomeadamente a alimentação, torna-se numa estratégia de saúde fundamental, que permitirá obter, a médio prazo, ganhos significativos, em termos de redução da prevalência de doenças crónicas e dos custos económicos individuais e sociais que lhe estão associados.

A ausência de aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida contribui para mais de um milhão de mortes evitáveis por ano. Em termos globais, menos de 40% das crianças com menos de seis meses de idade são amamentadas exclusivamente. Neste sentido, a promoção do aleitamento materno depende da implementação de políticas nacionais, e de recomendações a todos os níveis dos serviços sociais e de saúde, para que o mesmo seja entendido como prática natural.

Face a esta realidade, a OMS promove ativamente o aleitamento materno como a melhor fonte de alimentação para lactentes e crianças jovens. Este fato explora os muitos benefícios da prática, e como o apoio e suporte proporcionado às lactantes pode aumentar a amamentação em todo o mundo.

Após a colheita de dados foi elaborada uma base de dados para tratamento estatístico, no programa SPSS versão 19.

Para calcular se a criança apresenta ou não excesso de peso utilizou-se o IMC, que é um instrumento bastante útil do ponto de vista clínico para o diagnóstico da obesidade, e para o seu cálculo utiliza-se a seguinte fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / [\text{altura (m)}]^2$. Este indicador permite ter uma avaliação simples do nível de adiposidade de acordo com a relação entre peso e altura.

É de realçar que, segundo o Programa Nacional de Combate à Obesidade, as características dinâmicas de crescimento e maturação da idade pediátrica tornam difícil a formulação de diagnósticos de pré-obesidade e obesidade. No entanto, à semelhança das variáveis antropométricas que servem de base ao seu cálculo, o valor do IMC deve ser percentilado, ou seja: diagnóstico de pré-obesidade - valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 85 e inferiores ao percentil 95 e diagnóstico de obesidade - valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 95.

Após tratamento e análise desses dados concluiu-se que: 23 (15,2%) das crianças tinham pré-obesidade e 17 (11,3%) eram obesas, ou seja, 26,5% tinham um peso acima do normal. Comparando a população do género masculino com a do género feminino verificou-se que o género feminino apresentava maior prevalência de pré-obesidade. 16,2% das raparigas tinham pré-obesidade comparativamente com 14,4% dos rapazes. Relativamente ao diagnóstico de obesidade 13,2% dos rapazes tinham obesidade comparativamente com 8,8% das raparigas. Das 151 crianças, detetou-se que 16,3% das crianças com pré-obesidade mamaram. Relativamente às crianças com obesidade, 10,6% mamaram e 20% não mamaram. Das 151 crianças, 52 crianças (36,8%), iniciaram a alimentação diversificada pela sopa e as restantes pela papa.

Após a verificação de que 26,5% das crianças têm peso acima do normal, o que de facto é preocupante, segundo a plataforma contra a obesidade “A prevenção e o controlo da pré-obesidade e obesidade assentam em três pilares: alimentação, atividade física e modificação de comportamentos” (RITO e BREDA, 2006).

Estes dados fizeram-me questionar que intervenções de enfermagem podiam promover a adesão à amamentação como fator preventivo da obesidade infantil, de modo a melhorar a qualidade de vida das crianças em idade pré-escolar.

Então, iniciei pesquisas de literatura com o intuito de compreender melhor a relação da amamentação com a obesidade infantil e de identificar quais as intervenções de enfermagem que promovem a adesão à amamentação, onde verifiquei que existia uma relação entre a obesidade infantil e a amamentação.

Existem vários estudos epidemiológicos que vêm comprovar os benefícios da amamentação na prevenção da obesidade infantil. O leite materno é o primeiro alimento do lactente, fornecendo a totalidade da energia e nutrientes que este necessita nos primeiros meses de vida, bem como, promove o desenvolvimento sensorial e cognitivo, e protege o lactente contra doenças infecciosas e crônicas, entre as quais a obesidade.

Face ao papel do Enfermeiro na promoção e capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde, **“O Enfermeiro contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”** (OE, 2011). Desta forma, tendo em conta as necessidades sentidas pela equipa da UCCE a quando da elaboração do seu plano de ação e ao meu interesse pessoal por esta temática, pelo facto de se perceber a importância que reflete a adesão à amamentação como forma de prevenir a obesidade infantil, nasceu o meu projeto de intervenção comunitária **“Promoção de Saúde na Infância: Aleitamento Materno”**, uma vez que é importante e urgente a implementação de estratégias que promovam a adesão à amamentação como fator preventivo da obesidade infantil. Ao confirmar-se esta percepção que lhe é inerente, esta problemática deveria constituir uma situação que no plano de ação da UCC fosse interiorizada como compromisso por parte de todos os seus intervenientes em ganhos para a saúde.

O projeto de intervenção comunitária apresentava como objetivos o seguinte:

- ✓ Sensibilizar as grávidas para a importância da adesão à amamentação;
- ✓ Alcançar 80% das grávidas que demonstrem adesão às atividades do projeto;
- ✓ Alcançar 80% das grávidas que manifestem conhecimentos sobre a importância do aleitamento materno;
- ✓ Alcançar 70% das grávidas que demonstrem disponibilidade para a visita domiciliária.

A amamentação é caracterizada como um ato de extração do leite materno diretamente da mama e sempre pelo bebé. O leite materno é hoje defendido como o alimento mais adequado ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança devido à existência da hormona leptina que fornece aos lactentes uma proteção contra um excessivo ganho de peso, ou seja, menor risco de obesidade (KRAMER, KAKUMA, 2004).

A OMS (2001) recomenda o aleitamento materno exclusivo até ao sexto mês de vida, assegurando um crescimento, desenvolvimento e saúde ótimos, o que aponta para que esse tempo de exclusividade seja fundamental para o aleitamento materno poder constituir fator preventivo contra a obesidade. Reconheço, no entanto, que existe uma multiplicidade de fatores que podem contribuir para a obesidade, o que pode, eventualmente, distorcer a relação que parece existir entre o aleitamento materno e a prevenção da mesma. Depois dos

seis meses, o aleitamento materno, em conjunto com uma alimentação complementar, continua a contribuir para a nutrição, desenvolvimento e saúde do lactente e da criança.

Como tal, a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno são uma prioridade. As baixas taxas de aleitamento materno ou a sua cessação precoce têm importantes implicações desfavoráveis para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente; além disso, resultam num aumento das despesas para o serviço nacional de saúde, bem como no aumento das desigualdades em saúde (DGS, 2012), existindo uma diminuição da qualidade de vida e elevados custos.

Em Portugal, o Ministério da Saúde no seu PNS (2012-2016), recomenda o incentivo desta prática e assume-a como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais, ou seja, o mesmo é olhado como o primeiro estilo de vida saudável na vida de uma criança, pelos benefícios que traz para o bebé e para a mãe.

Relativamente à obesidade, esta é definida como uma doença, em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde. A mesma é, hoje, uma doença considerada pela Organização Mundial de Saúde como a epidemia do século XXI, constituindo um dramático problema de saúde pública, na maioria dos países ditos desenvolvidos, onde tem aumentado vertiginosamente nas últimas décadas (OMS, 2006). A sua etiologia é multifatorial, que contempla interações metabólicas, genéticas, ambientais, sociais e culturais. Existem uma multiplicidade de fatores que podem limitar a prevenção da obesidade, logo é de extrema importância a implementação de estratégias e medidas de prevenção, nomeadamente a promoção do aleitamento materno.

Perante estes factos, o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária tem competências e responsabilidades de ação. Estas competências passam pela sua atuação na prevenção da obesidade infantil, nomeadamente através da adesão à amamentação. Embora haja alguns indícios de que a amamentação pode ajudar a prevenir a obesidade infantil, estou ciente que não deve ser encarada como a única medida preventiva a nível da nutrição.

O potencial da Enfermagem Comunitária no contributo para a melhoria da saúde das populações, através da prática de cuidados aos diferentes níveis de prevenção, nunca foi tão grande, pois as doenças crónicas são preveníveis e, quando ocorrem, os cuidados e gestão efetivos desde as primeiras fases podem permitir às pessoas afetadas uma vida reprodutiva e com qualidade (OE, 2010).

Neste sentido, considerei prioritário e pertinente intervir ao nível da promoção da adesão à amamentação, em 15 mulheres grávidas com 28 a 32 semanas de gestação. Essa referenciação foi feita através da inscrição prévia dessas mulheres grávidas na UCCE, inscritas na UCSP e USF, bem como as não inscritas nessas unidades de saúde, mas residentes e

trabalhadoras no concelho do Entroncamento, nos encontros de preparação para a parentalidade.

Face a isto e antes de dar início ao meu projeto, senti necessidade de conhecer e dar-me a conhecer, previamente à minha população alvo, uma vez que as mesmas não me conheciam como elemento da UCCE. Penso que foi uma excelente estratégia, uma vez que me colocou numa posição privilegiada de proximidade com as mesmas, com a finalidade de poder dar início ao projeto.

Então, tive a oportunidade de cooperar com a Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária ao participar nas ações de educação para a saúde, tais como “cuidados ao recém-nascido”; “competências do recém-nascido”; “saúde oral da grávida e recém-nascido” e “planeamento familiar – puerpério”. Também participei nas ações de educação para a saúde desenvolvidas pela psicóloga e nutricionista, designadamente, “perturbações psicológicas no puerpério” e “alimentação das grávidas e no 1º ano de vida do recém-nascido”, respetivamente. Torna-se pois de extremo benefício ensinar as grávidas para que adquiram conhecimentos e competências sobre outras temáticas, com vista à promoção de uma gravidez saudável, capacitando-as para as escolhas informadas e sustentadas, que se diversificou num amplo leque de ações de educação para a saúde.

Desta forma, evidenciaram-se as atividades de educação para a saúde, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde (...) (OE, 2011).

Daqui, deparei a importância que a equipa da UCCE assume no desempenho da sua atividade profissional, na relação com a comunidade envolvente, e na resolução de problemas abrangentes e complexos, como forma de melhorar/zelar pela qualidade dos cuidados. Sem dúvida alguma, que esta cooperação e articulação com outros técnicos de saúde são importantes e fundamentais no sentido de melhorar a adesão ao autocuidado, ao capacita-las e conseqüentemente ao proporcionar melhor qualidade de vida a elas e ao bebé, com vista à melhoria do seu bem-estar e na ajuda da consecução desse projeto de vida, encontrando recursos na comunidade onde estão inseridas.

A adesão é uma ação auto iniciada para a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos (OE, 2011).

Considerei pertinente escolher um espaço físico na UCC, numa perspetiva de proximidade com as grávidas, que denominei de “o cantinho da amamentação”, e também, no sentido de tornar mais eficaz as minhas intervenções de enfermagem, e desta forma ajudar à compreensão da informação e à consciencialização para adesão à amamentação como fator preventivo da obesidade infantil, de modo a melhorar a qualidade de vida das crianças em

idade pré-escolar, obtendo ganhos em saúde, no âmbito da prevenção da obesidade infantil. Por outro lado, que fosse um espaço que propiciasse um clima ideal para a partilha de experiências entre as grávidas, onde se desmistificassem ideologias preconcebidas sobre esta etapa do ciclo vital, facilitando a minimização de angústias e receios.

Para que as grávidas tivessem a participação ativa neste projeto, optei por deixá-las falar sobre a importância de amamentar, por sugestão da Enfermeira Orientadora do estágio. Foi através desta atividade que consegui envolvê-las no seu cuidar, no sentido de aprender o máximo acerca delas, se detinham ou não conhecimentos, perceber quais os momentos de dificuldades, medos e anseios e suas expectativas relativamente à amamentação.

Presentemente, e após reflexão, considero que não foi a melhor estratégia, deveria ter optado por um questionário sobre a temática da amamentação, de forma a ter um conhecimento mais aprofundado, rigoroso e sistematizado da população alvo. Assim, não consegui definir prioridades e assim, perspetivar intervenções que tivessem uma maior possibilidade de proporcionar a adesão à amamentação.

Quando iniciei o projeto de intervenção pareceu-me a decisão mais correta, uma vez que as grávidas não dispunham muito tempo, pelo facto de estarem envolvidas noutras atividades de educação para a saúde com outros técnicos de saúde, e por outro lado pretendi adequar a minha prestação de cuidados com o mínimo de deslocações das mesmas à UCCE.

Só apenas pelo feedback observado através das expressões do discurso, foi para mim perceptível que as grávidas tinham conhecimentos sobre a importância da adesão à amamentação, o seu obstáculo maior seria de não conseguirem amamentar, mas o desejo de fazerem era enorme, uma vez que reconheciam e sentiam que são as únicas que podem alimentar os seus próprios filhos, sendo responsáveis pela sua saúde. O cliente tem conhecimento dos benefícios e barreiras para a mudança de ação, assim como as suas capacidades e sentimentos em executá-las, e as influências interpessoais e situacionais (PENDER, 2002).

Como tal, e face à complexidade que envolve a promoção da adesão à amamentação nas grávidas, e ao meu esforço constante para prestar cuidados focalizados nas grávidas na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, a minha intervenção passou pelo ensino em grupo, na medida em que consegui cativar a atenção e a disponibilidade das grávidas para a aprendizagem, e por outro lado o facto de estarem envolvidas em grupo, os medos, as dúvidas, os receios e ansiedades de cada uma delas, se diluíram em todas elas. As Enfermeiras estabelecem relações sustentadas, duradouras e intensas com as mulheres, sendo responsáveis por multiplicidade de intervenções (GRAÇA, 2010). Sem dúvida alguma, que a comunicação é o ponto forte em Enfermagem, e é muito importante em todo o ato de cuidar,

para se conseguir chegar próximo da pessoa/grupos/comunidade e estes confiarem na Enfermagem.

É difícil criar projetos de intervenção nesta área, delineando estratégias e atividades porque implica a compreensão do comportamento das grávidas, dos seus objetivos, das suas intenções e dos seus desejos pessoais para que adiram à amamentação, ao torná-las capazes de escolherem e tomarem decisões, de forma a garantir o seu autocuidado, assegurando a qualidade de vida dos seus bebés e desse modo, ganhos em saúde. É, por isto, que para prestar cuidados é preciso ter em atenção a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade. À luz de Pender, o objetivo da enfermagem é o de ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias (TOMEY & ALLIGOOD, 2004).

Na perspetiva de promotora da adesão à amamentação, e demonstração da importância da participação ativa das grávidas, pois só assim se consegue mudança de comportamentos, e por aconselhamento da Enfermeira Orientadora desenvolvi atividades de educação sobre “amamentação” (ANEXO III), com o respetivo plano de sessão, que serviu de guia para a apresentação dos conteúdos. Considerei pertinente a elaboração e entrega do panfleto sobre a temática, como forma de compreensão da informação dada e recordarem essas informações para que haja adesão às recomendações (ANEXO IV). Os Enfermeiros devido à sua perícia e ao contacto contínuo com os clientes têm uma oportunidade única de obter a liderança na promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidade (PENDER, 2002).

Para elaboração destas atividades, recorri à consulta bibliográfica no sentido da otimização dos cuidados, como também, para uma melhor consolidação e fundamentação desta área problemática, e que me permitissem uma tomada de decisões fundamentada, tendo como referência a DGS, OMS, UNICEF e Comissão Europeia (Platform on diet, Physical Activity and Health - Briefing Paper – IOFT), evidenciando-se a sua preocupação com este grande problema de saúde pública nas suas diferentes dimensões.

Importa referir, a importância de apostar e investir na pesquisa bibliográfica para a melhoria dos cuidados, uma vez que, forneceu um suporte teórico justificativo nesta área específica, permitiu-me adquirir e consolidar conhecimentos e facilitou o meu desempenho no projeto de intervenção comunitária, no sentido de contribuir para a criação e implementação de medida, respondendo assim às necessidades detetadas.

O ensinar, motivar, apoiar e comunicar, como arte na prestação de cuidados às grávidas foi de facto importante, uma vez que elas têm um papel ativo, único e fundamental na adesão à amamentação. Para atingir isto é necessário agir para apoiar e reforçar as capacidades das pessoas, famílias e comunidades, para que estas fiquem melhor informadas e

com mais poder, para que sejam capazes de participar ativamente nos cuidados de saúde (WHO, 2007).

No final de cada ação de educação para a saúde, optei pela realização de questões relacionadas com a temática da amamentação, nomeadamente: Relativamente ao leite materno, qual a sua composição? Quais as vantagens do leite materno? Como devo colocar o bebé a mamar? Quais os cuidados a ter durante a amamentação? Quais as dificuldades na amamentação? Com o propósito de poder validar os conhecimentos adquiridos e a pertinência do tema.

Presentemente, estou ciente que não foi a melhor estratégia porque não desenvolvi nem apliquei o questionário de avaliação da temática da amamentação nas grávidas, antes da intervenção, que deveria ter sido também aplicado novamente após a intervenção, de forma a reconhecer os ganhos em conhecimentos que conduzem à mudança de comportamentos em saúde, logo, ganhos em saúde. Sem dúvida alguma, que se tivesse planeado as atividades de forma mais organizada poderia realizar outras atividades que poderiam ter enriquecido os conhecimentos das grávidas e melhorado a implementação do projeto de intervenção comunitária. Como também teria uma melhor planificação dessas ações, sobretudo no que diz respeito aos temas a abordar, linguagem e metodologia a utilizada.

Considerarei essencial o envolvimento da família, mais especificamente, os companheiros/parceiros, que tiveram presença assídua nas ações de educação para a saúde, constatado no registo de presenças. É crucial a inclusão dos mesmos como alvo de intervenção, uma vez que estes exercem uma influência nas grávidas e conseqüentemente na sua tomada de decisão, sendo determinante para o sucesso do aleitamento materno. Por outro lado, a participação ativa dos mesmos, permite que se estabeleça uma relação de confiança, facilitadora para a continuidade de cuidados, contribuindo para a adesão à amamentação. As pessoas estão mais propensas a comprometerem-se com e a adotarem comportamentos de promoção de saúde quando outros significativos modelam o comportamento, desta forma as famílias, pares e os prestadores de cuidados de saúde são importantes fontes de influência interpessoal que podem aumentar ou diminuir o compromisso e a adoção de comportamentos de promoção de saúde (PENDER, 2002).

Tendencialmente, a alta hospitalar nas grávidas acontece ao 3º, 4º dia de puerpério, o que pode representar para as recentes mães o enfrentar de situações inesperadas e novas necessidades perante as quais o enfermeiro deve estar atento. Nessa altura, a lactação ainda não está bem estabelecida, ou seja, ainda não sucedeu a subida do leite, que ocorre entre 3º e 5º dia pós parto.

É importante que, as mesmas saibam quais as formas de apoio à sua disposição, uma vez que as necessidades e dificuldades podem surgir no pós parto, no seu regresso a casa. Assim, torna-se cada vez mais importante o apoio, o esclarecimento de dúvidas e medos, e o incentivo às atividades de educação para a saúde no sentido de capacitação para que não haja abandono da amamentação, colocando em risco a adesão à amamentação.

As estratégias devem valorizar a participação, funcionando o profissional como facilitador e mediador, avaliando a rede de recursos, a fim de os envolver precocemente em todo o processo (GRAÇA, 2010).

Sob esse pensamento e de forma a promover a adesão à amamentação, realizei visitas domiciliares, para que as puérperas se sentissem apoiadas, seguras e com coragem para assegurar a adesão à amamentação. Sem dúvida alguma, que o estabelecimento de confiança precoce fortaleceu o suporte necessário para a promoção da relação de confiança e de continuidade de cuidados, o que contribuiu para a realização da visita domiciliar.

A mesma permite a resolução de problemas, que são detetados em casa, indo o enfermeiro ao encontro das necessidades de aprendizagens, de forma a manter as recentes mães ativas e responsáveis no seu processo de cuidar. Sem dúvida alguma, que é o momento privilegiado para o desenvolvimento da vigilância, da promoção da saúde e da prevenção da doença, porque permite identificar problemas, medos e receios da puérpera, por parte do enfermeiro, oferecendo-lhe ajuda imediata e prática, ajustada às necessidades detetadas e identificadas (OE, 2011), sob uma resposta técnica e humanizada com a qualidade de cuidados necessários.

Foi verdadeiramente real, que o contexto familiar constituiu um espaço privilegiado para conhecer as atitudes e comportamentos das puérperas/companheiros, possibilitando a oportunidade de assegurar e promover a adesão ao aleitamento materno, uma vez que se faz uma observação direta da tríade, o que contribui para um melhor conhecimento das suas necessidades e dificuldades, de forma a poder-se oferecer cuidados de enfermagem com qualidade, adaptados à realidade específica. O enfermeiro pode trabalhar diretamente com o cliente para adaptar as intervenções aos recursos (LANCASTER & STANHOPE, 2011).

Importa referir, que todo o planeamento de visita domiciliar teve por base o manual de boas práticas da preparação para a parentalidade, onde consta o guião orientador da visita domiciliar, evidente no plano de ação da UCCE. Só assim, é que se consegue realizar um planeamento de estratégias e atividades de intervenção eficazes, que permitem atingir os resultados pretendidos, ou seja, neste caso a adesão à amamentação. Hoje, estou ciente que deveria ter realizado o meu guião orientador de visita domiciliar.

Destaco a pertinência e a importância desse manual de boas práticas da preparação para a parentalidade, uma vez que permite desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência/apoio à pessoa/família/comunidade e uniformidade nos cuidados, de forma avaliar as estratégias implementadas para que se possam assegurar os resultados de Enfermagem pretendidos. E, para que possa haver um efetivo e verdadeiro reconhecimento dos cuidados de Enfermagem como tais, só os Enfermeiros podem demonstrar que estes cuidados são a expressão de cumprimento de um manual imprescindível, fundamental e necessário independentemente do local ou espaço onde os mesmos sejam prestados.

Neste sentido, assiste-se nos dias de hoje a uma mudança no cuidar, no sentido em que se começam a criar condições que permitem cada vez mais prestar cuidados de Enfermagem no domicílio, num ambiente mais humano e personalizado, uma vez que os Enfermeiros detêm a experiência, o conhecimento, a competência para criar e inovar, que podem efetivamente satisfazer as necessidades. Como também, assegura-se a continuidade de cuidados, na perspetiva da promoção da saúde e prevenção da doença, de forma a obter ganhos em saúde.

No final, a avaliação do projeto de intervenção comunitária “Promoção de Saúde na Infância: Aleitamento Materno” teve por base o preenchimento de um questionário de avaliação (ANEXO V). Todas as grávidas (100%) referiram que o projeto correspondeu às suas expectativas; que os objetivos e conteúdos foram totalmente atingidos por 10 grávidas e bastante atingidos para 5 das grávidas. Que os conhecimentos proporcionados foram totalmente pertinentes para 10 grávidas e bastante pertinentes para 5 grávidas; e que os temas foram apresentados de forma totalmente estruturada para 10 grávidas e bastante estruturada para 5 grávidas. No que concerne às metodologias e meios utilizados, facilitaram totalmente a compreensão dos temas para 10 das grávidas e facilitaram bastante para 5 das grávidas, bem como os meios audiovisuais foram bastante adequados para 5 das grávidas e totalmente adequados para 10 das grávidas.

Importa refletir sobre o que foi feito, sobre a efetividade das atividades e sua pertinência, uma vez que a produção de dados de indicadores de saúde é essencial para a tradução dos benefícios em saúde, criando um perfil epidemiológico de uma área geodemográfica, monitorizar os fenómenos de saúde de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica, desta forma o **“Enfermeiro realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”** (OE, 2011).

Relativamente ao indicador de resultado, o mesmo deveria estar relacionado com a importância da adesão à amamentação (Nº de grávidas que demonstra conhecimentos sobre a importância da adesão à amamentação/Nº total de grávidas referenciadas no projeto de

intervenção comunitária X 100). Como não realizei nem apliquei instrumento de medida inicial e final, não obtive dados a nível dos conhecimentos demonstrados pelos participantes, logo, não posso afirmar que houve ganhos em conhecimentos/ganhos em saúde. Contudo, penso que deveria ter realizado uma avaliação inicial mais completa do problema, e posteriormente uma avaliação final, de forma a reconhecer os ganhos para a saúde.

Deste modo, e uma vez que apenas foram definidos os indicadores de atividade, nomeadamente: a adesão ao projeto de intervenção comunitária (Nº de grávidas que participam em todas as atividades do projeto de intervenção comunitária/Nº total de grávidas referenciadas no projeto de intervenção comunitária X 100) e a adesão à visita domiciliária (Nº de grávidas que participam na visita domiciliária/Nº total de grávidas referenciadas no projeto de intervenção comunitária X 100). Das 15 participantes, todas se envolveram em todas as atividades, pelo que estes indicadores são de 100%.

Tendo em conta o projeto desenvolvido no ensino clínico, o apoio e os ensinamentos constituem formas de promover a adesão à amamentação, de aumentar a qualidade de vida e o bem-estar da criança em idade pré-escolar. O Enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidência científica e a passagem dessa sabedoria para a inserção no quotidiano da vida promovendo os processos de readaptação, educando e ajudando a gerir melhor os recursos da pessoa, família e comunidade. É neste fio condutor que sigo em direção à evidência científica à luz da revisão sistemática da literatura.

A revisão sistemática da literatura constitui um recurso importante perante o crescimento acelerado da informação científica, ajudando a sintetizar a evidência disponível na literatura. Desta forma, afigura-se como uma ferramenta fundamental sendo fulcral desenvolver-se competências nesta área para se analisar criticamente o contexto da prática e converter situações em foco de reflexão sobre a prática, caminhando assim para uma prática baseada na evidência (PBE).

Neste sentido, considero importante e pertinente clarificar os conceitos, que servirão de linha orientadora para o desenvolvimento da revisão sistemática da literatura com recurso à metodologia PI[C]O, para a elaboração da questão de investigação e para a definição dos critérios de inclusão e exclusão. A pertinência e importância do problema, requerem uma conceptualização teórica tendo em conta as variáveis envolvidas na questão, como forma de garantir os melhores resultados.

Defini como objetivos para a revisão sistemática da literatura:

- ✓ Identificar as intervenções de enfermagem que promovem a adesão à amamentação da grávida;
- ✓ Refletir sobre as competências desenvolvidas em ensino clínico.

A amamentação é um ato natural que ocorre entre mãe e filho. Através da declaração conjunta, designada “Declaração de Innocenti” (1990), a OMS e a UNICEF, reconhecem que o aleitamento materno constitui um processo único e uma atividade que, mesmo considerada isoladamente, é capaz de reduzir a morbidade e a mortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas, proporcionar uma nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento (...) (OMS, 2010). Esta mesma declaração recomenda a prática da amamentação exclusiva desde o nascimento até ao sexto mês de vida e o aleitamento materno complementado com outros alimentos até aos dois anos de idade.

Tendo em conta a importância do leite materno na saúde infantil, o aleitamento materno exclusivo constitui para a OMS uma recomendação de saúde pública, pelo que práticas adequadas de alimentação revelam-se fundamentais para a sobrevivência, crescimento, desenvolvimento, saúde e nutrição de lactentes e crianças. Compreende-se assim, que para a OMS o apoio ao aleitamento materno constitua uma recomendação mundial de saúde pública e uma das quatro estratégias mais importantes para o aumento da sobrevivência de lactentes e crianças.

Segundo as orientações estratégicas do PNS 2012-2016, no que diz respeito a abordagem centrada na família e no ciclo de vida, mais concretamente ao nascer com saúde, um dos objetivos preconizados é melhorar os indicadores no período perinatal, sendo dado destaque ao aleitamento materno como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais, promovendo também a saúde infantil.

Por todas estas razões, mobilizei para a revisão da literatura o termo **amamentação**, uma vez que, é essencial a implementação de medidas e estratégias que promovam a adesão à amamentação.

Como promotores da saúde, cabe aos Enfermeiros desenvolver um conjunto de intervenções de enfermagem, na perspetiva da promoção, proteção e apoio do aleitamento materno. Utilizei o conceito **intervenções de enfermagem**. Estas estão divididas em autónomas e interdependentes, sendo que para esta revisão da literatura é essencial mobilizar as ações autónomas, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem. De acordo com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção. Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de Enfermagem, potenciando e

rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade (OE, 1996).

Face, ao que foi referido anteriormente, foi formulada uma pergunta em formato PICO: **Que intervenções de enfermagem promovem a adesão da grávida à amamentação?**, a qual se constituiu como guia orientador para a elaboração da revisão sistemática da literatura.

No quadro I encontram-se enunciados os critérios para a formulação da questão de investigação.

QUADRO I – Critérios para formulação da questão de investigação.

P	Participantes	Quem é estudado	Grávida
I	Intervenções	O que foi feito	Intervenções de enfermagem
(C)	Comparações	Podem existir ou não	-----
O	Outcomes	Respostas/efeitos/consequências	Adesão à amamentação

Após definição da pergunta, iniciou-se o processo de pesquisa, que na sua génese tem a identificação das palavras-chave. Nesta situação e após terem sido submetidas a validação na plataforma MeSH (Medical Subjects Headings) Browser (2013, URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>), foram apontadas as seguintes palavras-chave: *Nursing* (Enfermagem), *Intervention* (Intervenção) e *Breastfeeding* (Amamentação). Todos os termos indicados como palavras-chave são considerados descritores.

Com a finalidade de selecionar os artigos da pesquisa e considerando a questão de investigação bem como os objetivos do estudo, estabeleceram-se alguns critérios de inclusão e exclusão que se apresentam no quadro II.

QUADRO II - Critérios de inclusão/exclusão para seleção dos artigos de investigação.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Artigos com evidência científica, quantitativos ou qualitativos; ✓ Artigos científicos publicados com resumo disponível; ✓ Estudos que descrevam intervenções que promovem a adesão à amamentação; ✓ Artigos publicados entre Outubro de 2008 e Outubro de 2013 (inclusive). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Artigos em outras línguas que não o inglês, português, francês ou castelhano (por incapacidade/desconhecimento do investigador para traduzir outras línguas); ✓ Artigos que não estejam refletidos a Intervenção de Enfermagem na adesão à amamentação.

Proseguiu-se para a fase de pesquisa sistemática em bases de dados científicas. Seguidamente acedeu-se ao portal da Ordem dos Enfermeiros (<http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>) no dia 22 de outubro de 2013, à área reservada de pesquisa. Esta situação deve-se ao fato de ser objetivo abordar o que tem sido escrito na atualidade sobre a temática em questão. Na área das plataformas científicas selecionei a “EBSCO HOST”. Procedeu-se então à pesquisa nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text*, *Medline with Full Text*, *MedicLatina* e [Cochrane Database of Systematic Reviews](#). A opção por estas bases prendeu-se ao facto de estarem relacionadas com a área da saúde em geral e enfermagem em particular.

Optou-se também, por delimitar um período máximo de cinco anos (outubro de 2008 a outubro de 2013), com o intuito de se encontrar a evidência científica mais recente e que desse resposta à questão.

Foram definidos como limitadores específicos para cada uma das bases de dados selecionada, considerados pertinentes para a pesquisa e indo o conteúdo ao encontro da temática, tendo em vista a obtenção de artigos cujo conteúdo fosse ao encontro da temática, que se apresentam no quadro III.

QUADRO III - Limitadores Aplicados nas Bases de Dados

BASES DE DADOS	LIMITADORES
Geral	“Booleano/Frase”; “Texto Completo”; “Data de Publicação de outubro 2008 a outubro 2013”.
CINAHL Plus with Full Text	“Resumo Disponível”; “Prática Baseada na Evidência”; “Humano”; “Qualquer Autor é Enfermeira”; “Texto Completo PDF”.
Medline with Full Text	“Resumo Disponível”; “Humano”.
Cochrane Database of Systematic Reviews	“Data do Último Acesso de outubro 2008 a outubro 2013”.
MedicLatina	“Texto Completo em PDF”.

Realizou-se a pesquisa inicialmente com as palavras-chave isoladas e posteriormente efetuou-se o seu cruzamento, de onde resultaram 36 artigos, que se apresenta no quadro IV.

QUADRO IV – Descritores Isoladamente e Conjugação de Descritores

Nursing	20004
Intervention	23087
Breast-Feeding	1233
Nursing and Intervention	2208
Nursing and Breast-Feeding	248
Intervention and Breast-feeding	110
Nursing and Intervention and Breast-Feeding	36

Após este percurso metodológico foi efetuada leitura dos títulos e foram selecionados 26 artigos, posteriormente foram lidos os resumos e feita a pré-seleção final dos 10 artigos. Seguidamente procedeu-se à leitura integral do conteúdo dos referidos artigos e foram apurados 4 artigos (ANEXO VI) finais, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos, e evidência demonstrada, cuja análise e discussão se apresenta a seguir.

Após leitura do artigo selecionado foi elaborado a ficha de leitura para cada um deles (ANEXO VII) com recurso a uma tabela, onde consta o tipo de estudo selecionado, os participantes, as intervenções realizadas, os resultados, assim como o número do artigo, o nível de evidência do mesmo e o tipo de estudo. Para classificar a evidência dos estudos foi utilizada uma escala de 7 níveis de acordo com GUYATT, RENNIE (2002).

Da análise dos artigos consultados, é visível o impacto das intervenções educativas e de sensibilização, e o apoio dos Enfermeiros, na adesão à amamentação nas grávidas. Na UCCE o Enfermeiro é o elemento fundamental, uma vez que ocupa uma posição privilegiada porque tem um maior contacto com as grávidas, tem assim a responsabilidade de apoiar e ajuda-las a iniciarem o aleitamento materno.

A perspetiva de CALLEJA et al (2010), vem reforçar que o leite materno contém todos os nutrientes que o bebé precisa, ajuda a fortalecer o sistema imunológico e protege contra várias doenças, contendo anticorpos e células defensoras. A preocupação de CALLEJA et al (2010), incidiu sob abandono do aleitamento materno em Cuba.

Perante esta realidade, os autores reforçam a importância de desenvolver intervenções educativas de promoção, proteção e apoio à amamentação, antes do parto, de forma a aumentar e prolongar o aleitamento materno exclusivo até ao sexto mês de vida das crianças cubanas, uma vez que, permitem ampliar e melhorar o conhecimento das grávidas sobre a importância da amamentação, e assim assegurar a sua adesão.

Este artigo obriga a uma reflexão relativamente ao estágio efetuado, uma vez que a elaboração de um questionário para avaliação dos conhecimentos sobre aleitamento materno permite uma avaliação rigorosa e pormenorizada da população alvo, de forma a orientar programas e intervenções de promoção de saúde. Durante o meu ensino clínico, deveria ter utilizado um instrumento de medida, antes da intervenção, para a avaliação dos conhecimentos sobre aleitamento materno às grávidas. Também, deveria ter sido aplicado após a intervenção, de forma a avaliar os conhecimentos, ou seja, os ganhos em saúde.

Destaca-se o Modelo de Promoção da Saúde, uma vez que quanto maior o compromisso com um plano de ação específico, maior a probabilidade de se manterem comportamentos de promoção da saúde ao longo do tempo (PENDER, 2002). Esta perspetiva vem reforçar a importância da intervenção educativa, que deve basear-se nas necessidades e que traduzam uma mudança na prestação de cuidados, no sentido da obtenção de ganhos em saúde.

CÁMARA et al (2011), demonstram a importância da visita domiciliária no pós parto em casa face à visita na Unidade de Saúde no pós parto, uma vez que existe um elevado grau de satisfação materna com os cuidados de enfermagem recebidos e uma menor interrupção precoce do aleitamento materno.

Neste sentido, importa refletir que a visita domiciliária deve ser entendida como uma das diferentes estratégias de intervenção na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

No domicílio, o Enfermeiro entra numa casa que lhe é completamente desconhecida, num ambiente em que não está habituado a cuidar, mas é onde o mesmo tem a perceção da pessoa no seu ambiente natural. Por outro lado, promove a oportunidade de resolução de problemas e dificuldades inerentes que são detetados em casa, possibilitando uma atuação imediata e personalizada. Em situação oposta, estão os cuidados em Unidades de Saúde onde o Enfermeiro trabalha, num ambiente que lhe é conhecido, e é neste contexto que os Enfermeiros estão mais habituados a trabalhar, uma vez que estão implícitas atividades onde os mesmos têm um papel fundamental na identificação das necessidades da pessoa/família inseridos numa comunidade. Daí, o grande desafio da visita domiciliária para os Enfermeiros, no conhecimento do terreno que não lhes é próprio e conhecido.

Nesta forma, os Enfermeiros de CSP têm que pensar que se encontram numa situação de alguma forma privilegiada face aos diferentes contextos de trabalho para promover e apoiar o aleitamento materno, cabendo-lhes a responsabilidade de estimular e ajudar as mães a amamentarem, para garantir a adesão a essa prática.

Ao aludir para o estudo de AKSUR et al (2011), constata-se a importância da promoção e educação para a saúde, e o apoio no domicílio, onde existe uma relação de proximidade, que se estabelece pelo contacto e interação em contexto familiar.

Como tal, compete aos Enfermeiros de CSP defender a sua prática, ao ensinar, ao informar, ao orientar, ao aconselhar e ao ajudar as mães, para que a prática da amamentação resulte numa conduta promotora de saúde.

Estes dois artigos vêm realçar a pertinência da visitação domiciliária como a estratégia de eleição para adequar as práticas realizadas de forma a educar as grávidas na adesão à amamentação.

Neste contexto, importa refletir sobre os cuidados de Enfermagem, uma vez que na atual prática de cuidados, é a situação de doença que muitas vezes conduz à intervenção de Enfermagem através da visitação domiciliária. Como tal, cabe ao Enfermeiro refletir e mudar a sua prática de cuidados. É evidente que a mudança não é só individual, mas também organizacional e institucional. Só assim, o papel do Enfermeiro é valorizado e necessário junto da pessoa/família, tendo em conta a especificidade dos seus cuidados. O cuidado no domicílio envolve mais que a realização de técnicas e procedimentos: engloba fatores como a empatia, interesse, preocupação, apoio nas dificuldades, ensino e orientação dos cuidadores, isto é, envolve conhecimentos científicos e competências relacionais (DUARTE, 2007).

Outro aspeto pertinente quando se realiza a visitação domiciliária nestes artigos, é o garantir a eficácia das informações, práticas e atitudes de suporte ao aleitamento materno, bem como a prevalência da amamentação. Torna-se fundamental avaliar a eficácia das estratégias e medidas implementadas na adesão à amamentação, que promovam o desenvolvimento de competências e a aquisição de atitudes de autocuidado. (...) Os prestadores de cuidados de saúde são importantes fontes de influência interpessoal que podem aumentar ou diminuir o compromisso e a adoção de comportamentos de promoção de saúde (PENDER, 2002). Contudo, os artigos consideram importante a necessidade de implementar mais vezes esta estratégia para avaliar a eficácia da sua intervenção. Esta situação vem alertar para o facto que não basta implementar estratégias e medidas, mas que é necessário um acompanhamento e avaliação para que se possam assegurar os resultados esperados.

Neste sentido, assiste-se nos dias de hoje a uma revolução no cuidar por parte dos Enfermeiros da UCCE, pelo facto de percecionarem a importância que reflete a visitação domiciliária no período de pós parto, sendo uma das estratégias de intervenção da enfermagem na prestação de cuidados, centrada holísticamente, tanto na pessoa que requer o cuidado, como na família e/ou no sistema de suporte inseridos na comunidade. A relação

terapêutica será o meio através do qual os enfermeiros poderão exercer influências interpessoais favoráveis à adesão (PENDER, 2002).

Do artigo de DODGSON e WATKINS (2010), remete-nos para uma revisão sistemática de literatura, que se prende com a importância de investir na formação dos Enfermeiros no sentido de responder às necessidades do binómio mãe/bebé, relativamente ao aleitamento materno, ao incentivar a frequência de cursos de aconselhamento em aleitamento materno preconizados pela OMS e tornando-os obrigatórios para quem deseja trabalhar em serviços de assistência materna e infantil.

O estudo também revela a necessidade de se questionar práticas, procedimentos e atitudes dos profissionais de saúde com o objetivo de melhorar a promoção e o apoio à prática do aleitamento materno.

Conhecer a realidade sobre a qual os Enfermeiros exercem a sua atividade é pertinente face à necessidade dos Enfermeiros investigarem as suas práticas, de forma a procurar a produção de conhecimentos que contribua para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados às grávidas mulheres e mães. O enfermeiro enquanto profissional de saúde tem um papel crucial no apoio e educação destas grávidas, devendo sempre considerar a proximidade afetiva, a especificidade e complexidade dos cuidados à mesma e ao recém-nascido.

Para a valorização da Enfermagem enquanto profissão é fundamental que os próprios Enfermeiros se consciencializem da importância que a promoção e educação para a saúde do aleitamento materno assume, tal como descrito no artigo. Deste modo, seria igualmente relevante que se investisse em produzir evidência científica, como forma de nortear a prática, ao demonstrar a motivação em aprender, a introduzir nessa prática cuidados baseados em evidência. No mesmo sentido, releva também que a adoção das melhores práticas baseadas em evidências, contribuem para a satisfação dos clientes, e para o aumento da qualidade dos cuidados prestados, do desenvolvimento profissional e da probabilidade de obter o resultado desejado.

Os contributos da revisão sistemática da literatura, são vários, mais especificamente para os prestadores de cuidados de saúde, especialmente os Enfermeiros de CSP que desempenham um papel de destaque na intervenção, no ensino, na orientação e no apoio à amamentação, de forma eficaz, para que se possa assegurar a adesão à amamentação.

A implementação de intervenções e estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno em vários momentos, nomeadamente no período pré e pós parto aumentam a incidência e prevalência do aleitamento materno.

No período pré-natal, as sessões de educação para a saúde à grávida constituem uma forma de promover o aleitamento materno, que contribui para a sua capacitação e concomitantemente para a melhoria da sua qualidade de vida.

No período pós parto, as visitas domiciliares aumentam a confiança, o tempo de amamentação com práticas/habilidades adequadas e a responsabilidade das mães, e melhoram a satisfação materna.

Exige-se que os profissionais de saúde invistam na sua formação e conseqüentemente no apoio às mães, na sua decisão de amamentar. Parece assim essencial, que os Enfermeiros se mobilizem e invistam em produzir evidência científica neste âmbito, promovendo desta forma uma verdadeira reflexão na ação e sobre a ação, o que passa por uma tomada de decisão cada vez mais assente na prática baseada na evidência.

Com a realização da revisão sistemática da literatura analisei as intervenções e estratégias que promovem a adesão à amamentação. Desta forma, posso verificar que obtive as respostas que procurava. Contudo, não encontrei a inclusão do parceiro/companheiro como alvo das intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

CONCLUSÃO

O cotidiano profissional do Enfermeiro é rico em experiências e desafios, que exigem atenção e reflexão para que a sua prática seja competente e diferenciada, envolvendo a reflexão na ação, sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. Aliado ao desenvolvimento profissional, está sempre o crescimento pessoal e aperfeiçoamento de capacidades humanas que permitem aos Enfermeiros melhores desempenhos. Nesta jornada de aquisição de aptidões para uma prática especializada, tentei ao longo deste período de estágio, ter em conta estes pressupostos, uma vez que com eles me identifico, e acredito permitirem atingir objetivos.

Não estamos sozinhos quando nos desenvolvemos pessoal e profissionalmente. Saliento aqui a disponibilidade de toda a equipa multiprofissional da UCCE, que me permitiu a aquisição de novos conhecimentos, bem como da mobilização de outros, aplicando-os na prática do desenvolvimento de novas competências no contexto dos cuidados de saúde primários. Destaco em particular, a partilha de saberes e de experiências com a Enfermeira Orientadora, bem como de todas as conversas informais que íamos tendo ao longo deste estágio, que me serviram de inspiração, motivação e de esperança, de que podemos fazer melhor, e que se escolhemos este caminho, temos a responsabilidade acrescida, e antes de exigir, ter a competência de o fazer, sustentando-nos e adquirindo várias capacidades que procurem a excelência no que fazemos, principalmente na vigilância e na promoção da saúde da pessoa/família/comunidade. A reflexão é essencial para a transformação, e para o desenvolvimento de competências necessárias que possam contribuir para a mudança e para a responsabilização desta emergindo a autonomia do cuidar.

Num contexto onde estão presentes muitos medos, ansiedades, incertezas e inseguranças, onde muitas vidas se perdem, se ganham, se transformam e mudam radicalmente, onde os Enfermeiros têm de conseguir lidar com todos estes sentimentos humanos e ajudar nas readaptações e nas reinserções sociais de vários contextos de vida, aprendi que o saber agir num contexto de trabalho, é uma maneira de facilitar a adaptação e o ser competente não é um estado ou um dado adquirido, não se resume a um saber, um Enfermeiro competente, deverá saber transferir aquilo que aprendeu, mobilizar os conhecimentos, para solucionar um dado problema com qualidade.

Neste sentido, compreendi que para se ser Enfermeiro Especialista é fundamental possuir conhecimentos sólidos e fundamentados para responder com eficiência e eficácia às diversas situações, cada vez mais marcadas pela complexidade e imprevisibilidade. Ou seja, sobressai o posicionamento estratégico do Enfermeiro Especialista em Enfermagem

Comunitária e de Saúde Pública e as suas competências para dar respostas aos diferentes desafios e contextos de saúde que as comunidades enfrentam.

Relativamente às limitações/dificuldades que surgiram durante este percurso, tenho de salientar o facto de o estágio ter ocorrido no contexto diferente do meu exercício profissional, sem um conhecimento prévio e até substancial da realidade Cuidados de Saúde Primários, que ao longo destes anos têm sofrido bastantes alterações, sentindo necessidade de incorporar uma outra lente, a da Enfermagem Comunitária, nos problemas e determinantes da saúde. Tudo isto, reportou-me para cuidados de enfermagem numa abordagem centrada na comunidade, onde emerge outras preocupações, diferentes cenários e desafios na prestação de cuidados. Como tal, apresentei algumas falhas e lacunas no projeto de intervenção comunitária, relativamente ao que tinha feito, e que só me consciencializei durante a elaboração do presente relatório, ao refletir o que devia ter sido feito em todo o percurso.

Considero que houve identificação de um problema/fator de risco para a comunidade do Entroncamento através do estudo elaborado, uma vez que, inicialmente procedi à pesquisa e diagnóstico do problema ou fator de risco de saúde na comunidade do Entroncamento, e mobilizei os parceiros para identificar o problema, nomeadamente a equipa da UCCE. Porém, na fase de planeamento do projeto, em que deveria ter estabelecido prioridades e objetivos concretos e atingíveis, e de acordo com estes estabelecer uma estratégia de intervenção com diferentes atividades, não o planeei da melhor forma, uma vez que a execução das atividades superou o tempo previsto para o ensino clínico. E mais, após este tempo de reflexão, penso que deveria ter realizado uma avaliação inicial mais completa do problema, e posteriormente uma avaliação final, de forma a poder avaliar os resultados de Enfermagem.

Estou ciente e ao refletir sobre o trajeto efetuado, considero que quando elaborei o projeto de estágio, sendo este o guia orientador de todo o percurso a desenvolver no ensino clínico, não assumi a sua relevância. Assim, o projeto de estágio limitou o planeamento das atividades, face as etapas necessárias e ao tempo disponível para as realizar. Perante isto, maioritariamente essas atividades não foram realizadas tendo em conta as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Presentemente, tenho a noção que de que a construção de um bom projeto de estágio implica a existência de um tema pertinente e adequado à população alvo, para dar resposta aos problemas/necessidades da comunidade. Só desta forma, é que se consegue melhorar a prestação de cuidados e aumentar o nível de saúde da comunidade.

Outra limitação que considero importante foi a distância física do campo de estágio, pois consolidar turnos no meu local de trabalho com o horário do ensino clínico, proporcionou

um “caos” total e absoluto no meu dia-a-dia. No entanto, com esforço e empenho tudo se consegue.

Traduziu-se, também numa mais-valia a elaboração de registos de enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), uma vez que no Hospital onde exerço funções, o sistema ainda não foi instituído, pois tudo ainda é feito manualmente em suporte de papel. Inicialmente, revelou-se confuso mas com a constante execução tornou-se simples, objetivo e de fácil utilização., revelando-se uma excelente oportunidade, o contacto com este sistema de informação, uma vez que tive a noção da importância da interoperabilidade entre todas as Unidades Funcionais do Agrupamento dos Centros de Saúde e entre estas e as Unidades Hospitalares de referência, o que facilita a comunicação pela uniformidade de linguagem, e impulsiona ao máximo a circulação da informação, e evita a duplicação de registos, contribuindo assim para uma maior eficácia e eficiência no acesso aos cuidados e no processo de referenciação.

De forma a aumentar o sucesso nas intervenções, considerei bastante relevante, na medida em que reflete um interesse, a participação nas conferências e formações relacionadas com a temática da saúde, salientando a riqueza das discussões e a oportunidade de refletir a saúde, bem como da partilha de conhecimentos, no sentido da promoção, do desenvolvimento de capacidades e competências tendo em perspetiva a excelência dos cuidados. A formação em serviço assume um papel fundamental na atualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática, é transversal às equipas de saúde em geral, e constitui um direito e um dever dos profissionais (PAIXÃO e MONTEIRO, 2009).

Realço a metodologia utilizada neste estágio, que permitiu responder aos objetivos propostos, ao mostrar o contributo do Enfermeiro no que se concerne à educação e promoção da adesão à amamentação como fator preventivo da obesidade infantil.

Apesar de toda a situação vivenciada, considero que a experiência inovadora se revelou enriquecedora, ao possibilitar a aquisição de competências significativas, passíveis de serem aplicadas em qualquer contexto. Neste sentido, estou crente de que disponho agora de ferramentas técnicas e de conhecimentos adequados à sua mobilização, com o objetivo de responder com rigor a questões e dificuldades futuras e assim contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem.

Por fim, concluo que o conhecimento deve ser encarado como algo que se vai adquirindo ao longo do tempo, de uma forma pessoal e pela experiência. Qualquer situação do contexto profissional ou pessoal pode contribuir para a aprendizagem, bastando apenas que estejamos disponíveis para aprender e para evoluir. Como pessoas e como Enfermeiros,

devemos ser cidadãos ativos, esclarecidos e dotados de formação, podendo assim contribuir para um desenvolvimento da profissão e da sociedade.

BIBLIOGRAFIA

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, IP. ACES - Serra de Aire - **Plano de Ação 2010-2012 da Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento**. 2012. Acessível na UCC Entroncamento, Portugal.

ALMEIDA, L - **Da Prevenção Primordial à Prevenção Quaternária**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. (2004). Vol 23. Nº1.

AMENDOEIRA, J- **Enfermagem, Disciplina do Conhecimento**. Coimbra. Revista Sinais Vitais. (2006). Nº67.pp 19-27.

ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA (2011) **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

BENNER, P. (2001). **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto. Dezembro.

BOBAK, I.; LEONARD, D. (2008). **Enfermagem na Maternidade**. 8ª Edição. Loures: Lusodidacta.

DUARTE, S - **O Papel do Enfermeiro em Contexto dos Cuidados Domiciliários: Revisão Sistemática da Literatura**. Coimbra. Revista Investigação em Enfermagem. (2007). pp.11-23.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003). **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. Ministério da Saúde.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2005). **Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação**. Orientações Técnicas. Lisboa. 2ª Edição. pp 48.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2006). **Divisão de Saúde Escolar – Programa Nacional de Saúde Escolar**. Ministério da Saúde.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2012) **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. Ministério da Saúde.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2012). **Divisão de Saúde Materna e Planeamento familiar. Vigilância pré Natal e Revisão do Puerpério.** Ministério da Saúde.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2012) **Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2012-2016.** Ministério da Saúde. Vol. I.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2012) **Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2012-2016.** Ministério da Saúde. Vol. II.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2013) **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.** Ministério da Saúde.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM (2011). *Documento Orientador: Unidade Curricular – Estágio.* Santarém.

FORTIN, M. (2009). **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização.** 1ª Edição. Loures: Lusociência.

GRAÇA, L. (2010). **Contributos da Intervenção de Enfermagem na Promoção da Transição para a Maternidade e do Aleitamento Materno.** Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa. Lisboa.

GOMES, N. (2010). **Cuidar do Doente Crítico nos Diferentes Contextos da Prática.** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

HENRIQUES, S.; MARTINS, R. (2011). **Aleitamento Materno: O Porquê do Abandono.** Millenium. Nº 40. pp 39-51.

IMPERATORI, E. GIRALDO, M. (1993). **Metodologia do Planeamento em Saúde.** 3ª Edição. Obras avulsas: Lisboa. Pp.21 - 32.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Censos 2001.** Lisboa: INE, 2003. ISBN 972-673-602-1

JEREMIAS E RODRIGUES (2010) - **O Cuidar de Enfermagem ao Cliente Comunidade.** Rev. Nursing. p. 12-17 ISSN 0871-6196.

KRAMER; KAKUMA (2004). **Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent obesity?**. J Pediatr. pp.:883-887.

MARINHO, C.; LEAL, I - **Os Profissionais de Saúde e o Aleitamento Materno: um Estudo Exploratório sobre as Atitudes de Médicos e Enfermeiros**. Psicologia, Saúde & Doenças. (2004). Vol.5. Nº1. pp. 93-105.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL. **Pré Diagnóstico Social do Entroncamento**.2010. Acessível na Câmara Municipal do Entroncamento

OMS (1986). **Carta de OTTAWA para a Promoção da Saúde: Canadá**. Organização Mundial de Saúde.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) **Servir a Comunidade e Garantir a Qualidade: os Enfermeiros na Vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários**. Conselho de Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) **Caderno Temático do Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Conselho de Enfermagem.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Individualização e Reconhecimento das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfis de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública**. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros.

OMS/UNICEF (1989). **Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: o Papel Especial dos Serviços Materno-Infantis**. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

OMS/UNICEF (1990). **Declaração de Innocenti Sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Florencia.

OMS/UNICEF (1993). **Manejo e Promoção do Aleitamento Materno**. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Brasília.

OMS (1989). **Proteção, Promoção e Apoio ao aleitamento Materno: o Papel Especial dos Serviços Materno-infantis. Uma Declaração Conjunta OMS/UNICEF**. Organização Mundial de Saúde.

OMS (2002). **Nutrición del Lactante y del Niño: Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño**. Organização Mundial de Saúde.

OMS (2002). **Nutrition: World Declaration and Plan of Action for Nutrition**. International conference on nutrition.

OMS. Health 21. Health for all in the 21st century. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2006). **Especial Crescimento Infantil: OMS estabelece padrão universal de desenvolvimento para as crianças**. Notícias e informações sobre saúde. Disponível em:

<http://www.news.med.br/p/especial+crescimento+infantil++oms+-1276.html>

PACHECO, S; CUNHA, S - **A Educação Para a Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: O Papel do Enfermeiro**. Lisboa. Nursing. (2009). Vol 16. Nº 211. pp. 19-22.

PAIS RIBEIRO, J. (2005). **O Importante é a Saúde: Estudo de Adaptação de uma Técnica de Avaliação da Percepção do Estado de Saúde**. Lisboa: Fundação Merck.

PAIXÃO, H.; MONTEIRO, R - **Formação em Serviço: das Motivações aos Contributos para o Desenvolvimento Profissional**. Revista Sinais Vitais. (2009). Nº 87. pp. 41-43.

PEREIRA, M. (2006). **Aleitamento Materno: Estabelecimento e Prolongamento da Amamentação. Intervenções para o seu Sucesso**. Tese de doutoramento. Porto.

PENDER NJ, MURDAUGH CL, PARSONS MA. (2002). **Health promotion in nursing practice**. 4th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direção Geral de Saúde (2012) – **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. ISBN 972-675-109-8. Lisboa: Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Unidade Missão Cuidados Saúde Primários (2007) - **Equipa de Cuidados Continuados Integrados: orientação para a sua constituição nos centros de saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009) – **Relatório Primavera 2009**. Lisboa.

RITO, A. BREDA, J. (2006) – **Um olhar sobre a estratégia de nutrição, atividade física e obesidade na União Europeia e em Portugal**. Lisboa: ISSN 1645-1198, n.º 6, p. 15-19.

SAKRAIDA, T. Modelo de Promoção da Saúde. (2004) In: TOMEY, A. M. ALLIGOOD, M. R.- **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)** - 5ª ed, Loures, Lusociência. ISBN 972-8383-74-6

STANHOPE, M. & LANCASTER, J. (2011). **Enfermagem de Saúde Pública**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.

TAVARES, A. (2000). **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde. pp. 223.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1990). **Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases**. Report of a WHO study group. Geneva. WHO Technical Report Series 797.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). **Complementary feeding: family foods for breastfed children**. Geneva: WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001). **Macroeconomics and health: investing in health for economic development**. Geneva: WHO. Commission on Macroeconomics and Health.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). **Principios De Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado**. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005). **European strategy for child and adolescent health and development**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
<http://www.euro.who.int/Documents/E87710.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007) **Health promotion and education**. Copenhagen: WHO.
<http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1458/Section2057.htm>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009). **Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. Geneva: WHO.

Anexos

Anexo I – Projeto de Estágio



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO E RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO

PROMOÇÃO DE SAÚDE NA INFÂNCIA: ALEITAMENTO MATERNO



MESTRANDA

Rita Ribeiro

ENTRONCAMENTO

FEVEREIRO 2012



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTÁREM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTÁREM
2º CURSO DO Mestrado em Enfermagem Comunitária
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO E RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO

MESTRANDA: Rita Ribeiro

Nº 100431008

PROFESSORES ORIENTADORES:

Prof.ª Maria do Rosário Machado

ENFERMEIROS COPERANTES

Enf.ª Sónia Pereira

Enf.ª Sónia Bouça

ENTRONCAMENTO

FEVEREIRO 2012

*“Aceite com sabedoria o fato de que o caminho está cheio de contradições.
Há momentos de alegria e desespero, confiança e falta de fé,
mas vale a pena seguir adiante”.*

Paulo Coelho

SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

DGS – Direcção Geral da Saúde

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

SAPE – Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SINUS - Sistema Informático de Unidades de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSPE – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Entroncamento

USFL – Unidade de Saúde Familiar Locomotiva

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	56
1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO CONCELHO DO ENTRONCAMENTO	61
2 - ESTRUTURA ORGÂNICO FUNCIONAL DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE ENTRONCAMENTO	66
3 – OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER O ESTÁGIO	68
3.1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO: PROMOÇÃO DE SAÚDE NA INFÂNCIA: ALEITAMENTO MATERNO	68
3.1.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	68
4 – FASE METODOLÓGICA	73
4.1 – DESENHO DO ESTUDO	73
4.2 – POPULAÇÃO EM ESTUDO	74
4.3 – MÉTODO DE COLHEITAS E PREVISÃO DA ANÁLISE DE DADOS	74
4.4 – ATIVIDADES PROPOSTAS E INDICADORES	76
4.5 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	81
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	83
ANEXOS	86
ANEXO I – PLANEAMENTO DE ATIVIDADES	87
ANEXO II – CRONOGRAMA	99

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – REDE VIÁRIA	64
FIGURA 2 – REDE FERROVIÁRIA DE ACESSO AO ACONCELHO DO ENTRONCAMENTO	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – PIRÂMIDE ETÁRIA DO CONCELHO DO ENTROCAMENTO	62
----------------------------------------------------------------	----

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – PLANO DE ATIVIDADES DO PROJETO: “PROMOÇÃO DE SAÚDE NA INFÂNCIA: ALEITAMENTO MATERNO	79
QUADRO 2 – PLANEAMENTO DE ATIVIDADES ESTÁGIO	88

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - DENSIDADE POPULACIONAL	62
TABELA 2 - INDICADORES E METAS DO PROJETO	78

INTRODUÇÃO

Ao ingressar na etapa final da minha formação acadêmica e profissional do Mestrado em Enfermagem Comunitária, emerge a necessidade de desenvolver um projeto de estágio que funcione para nortear a aprendizagem, ou seja, um instrumento que seja orientador e matriz de acompanhamento operacional e que avalie a cada momento o percurso desenvolvido.

Face à realidade, o projeto pressupõe iniciativa e autonomia por parte de quem realiza, tornando-se este responsável pelo seu trabalho e pelas escolhas ao longo das sucessivas fases do seu desenvolvimento. O mesmo deve ser flexível e realista, adequado às possibilidades de concretização. Ou seja, procura unificar vários aspetos importantes do processo de aprendizagem: a ação realizada com empenho pessoal, a intencionalidade dessa ação e a sua inserção num contexto social (QUEIRÓS, 2002).

Os cuidados de saúde primários há muito são referidos como a base do serviço nacional de saúde e uma prioridade política. São a referência de proximidade das comunidades e o elo de ligação com os restantes serviços de saúde. O grande investimento necessário, hoje, é ao nível da prevenção. Para tal, as sociedades têm de reorientar os recursos financeiros e humanos, maximizando o seu potencial, para as necessidades diagnosticadas como prioritárias, intervindo para a construção de sociedades, justas, solidárias, sustentáveis e saudáveis.

À luz da realidade, a intervenção na comunidade está contemplada na política de saúde nacional como diretriz, sendo que no disposto na alínea h) do número 1, Base II do Artigo 3º da Lei de Bases da Saúde n.º 48/90 se pode ler o seguinte: “É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual”. Tendo por base o Decreto de Lei n.º 35 de 18 Fevereiro de 2011 que regula as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, este “adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.”

Os enfermeiros têm um papel preponderante na promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Segundo a carta de OTTAWA (OMS, 1978), a promoção da saúde é um processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar.

Tendo presentes os principais fatores que determinam a saúde – genéticos, biológicos, comportamentais, ambientais e serviços de saúde – a ação de promoção de saúde implica o desenvolvimento de atividades diversificadas, que podem ser sistematizadas em três vertentes de ação inter-relacionadas e complementares:

- Educação para a Saúde, como um processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde;
- Prevenção da doença, como conjunto de medidas que visam evitar detetar e tratar precocemente doenças específicas e eventuais sequelas;
- Proteção da saúde, como conjunto de medidas destinadas ao controlo de fatores de risco de natureza ambiental e à preservação dos recursos naturais (OTTAWA, 1978).

Apesar do sector da saúde exercer um papel crucial na prevenção, cuidado e promoção da saúde, a intervenção de outros sectores como a educação, o apoio social, financeiro e político têm importante influência sobre as determinantes da saúde, implicando uma intervenção multisectorial para a promoção e manutenção da saúde e bem-estar (WHO, 2005).

Do mesmo modo, a promoção da saúde e bem-estar irá criar as bases para o futuro, pelo que é mais eficaz prevenir antecipadamente comportamentos prejudiciais do que tentar, posteriormente, implementar ações corretivas.

Este exercício só é possível em sociedades informadas, cujos cidadãos são corresponsáveis pela sua saúde e são verdadeiros parceiros na constituição das políticas estratégicas. Interessa compreender e refletir a aplicação do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, tal como tem ocorrido nos serviços de saúde, quer ao nível da prevenção primária, quer ao nível da prevenção secundária, quer a nível terciário.

Em cuidados de saúde primários, a enfermagem por sua vez, integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade (VITORINO *et al*, 2001).

Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, compete desenvolver programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e posteriormente, a sua avaliação, liderar processos comunitários com

vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania, e participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

O Enfermeiro Especialista detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, e tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011). O Enfermeiro Especialista deve estar atento, ser observador e capaz de agir com iniciativa, tomando decisões prontas e adequadas perante as situações.

Neste pensamento, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2011).

Tendo em consideração que a minha experiência neste domínio é ainda restrita, uma vez que executo funções em cuidados de saúde diferenciados, estou ciente que necessitarei de fazer um esforço acrescido para que o meu desempenho profissional enquanto aluna da Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, seja realmente o espelho dos conhecimentos adquirido e que têm agora a oportunidade de serem aplicados na prática. Reconheço ainda que uma UCC deve ser uma instituição promotora de saúde, através de um processo participativo isto é, aquele em que todos os intervenientes têm poder de decidir, de trabalhar e de avaliar em conjunto. Deste modo, é um contexto que nos remete para o “trabalhar com” o utente/família/comunidade, mais ainda do que “trabalhar para” eles, entendendo-os como sujeitos passivos em todo o seu processo de processo de saúde/doença.

E se “as enfermeiras na prática desenvolvem tanto o conhecimento clínico, como uma estrutura moral, pois aprendem com os seus pacientes e as suas famílias” (BENNER, 2001, p. 13) pretendo, através da realização deste projeto, desenvolver as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e as atitudes que, na minha perspetiva, são essenciais na prestação de cuidados ao individuo, famílias, grupos e comunidades no âmbito dos cuidados de saúde primários e encontrar não só o “saber fazer” o trabalho que me competirá no futuro, mas também o “saber ser” a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública que se rege por padrões morais, éticos, teóricos e pessoais

coerentes e facilitadores da promoção da saúde, da prevenção da doença e da recuperação do utente/família/comunidade.

Face à minha inserção no programa nacional de vida reprodutiva e por ser um tema de interesse e que me impulsiona, pretendo aceitar este desafio, sendo o mais responsável e empenhada possível nesta fase do meu processo de aprendizagem e desenvolvimento, tendo em horizonte a Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Segundo a OMS (WHO, 2009), a “Saúde Reprodutiva é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, em tudo o que se relaciona com o sistema reprodutivo, as suas funções e processos”. Perante este fato, as pessoas são capazes de ter uma vida sexual saudável e satisfatória, tem capacidade de reproduzir e a liberdade suficiente para decidir quando e como o querem fazer.

Toda esta linha de pensamento, despoletou no problema: Que Intervenções de Enfermagem (I) promovem a Amamentação como Fator Preventivo (O) da Obesidade Infantil (P)?

À luz da realidade, a UCC é o interlocutor privilegiado na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno (DGS, 2010).

A proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno são uma prioridade. As baixas taxas de aleitamento materno ou a sua cessação precoce têm importantes implicações desfavoráveis para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente; além disso, resultam num aumento das despesas para o SNS, bem como no aumento das desigualdades em saúde (DGS, 2010).

A amamentação é o complemento lógico da gestação e do parto, capaz de satisfazer convenientemente todas as necessidades do novo ser, até aos quatro/seis meses de vida e de o proteger das agressões do seu novo ambiente. Amamentar deve ser um prazer e não um desafio. O ato de amamentar proporciona à mãe um prazer único, é um momento de amor, são instantes de ternura que tranquilizam o bebé e reforçam a vinculação.

Escolher como alimentar o futuro bebé, é uma decisão importante, na medida em que pode ter implicações, tanto na saúde do bebé como na da mãe.

A amamentação natural é a mais eficiente estratégia para a promoção saúde física e mental da criança. Benefícios biológicos e psicológicos são incontestáveis.

O leite materno promove o desenvolvimento sensorial e cognitivo e protege o latente contra doenças infecciosas e crónicas. O aleitamento materno exclusivo contribui para a redução da mortalidade infantil devido a doenças comuns na infância, nomeadamente diarreia ou pneumonia, e permite uma recuperação acelerada. Previne, também, várias patologias, entre as quais a obesidade.

A OMS caracteriza a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde.

A obesidade infantil constitui um importante problema de saúde, exigindo uma estratégia concertada, que inclua a promoção do aleitamento materno.

O presente projeto é constituído pela caracterização sociodemográfica do concelho do Entroncamento, pela estrutura orgânico funcional da UCC Entroncamento, e os objetivos e atividades a desenvolver no estágio, que contempla o projeto de intervenção com a contextualização da temática. A seguir, apresenta-se a fase metodológica que comporta o desenho do estudo, a população em estudo, o método de colheita e previsão da análise de dados e as atividades propostas e indicadores. Depois surgem as considerações éticas e formais, as considerações finais e referências. Em anexos, observa-se o planeamento de atividades e cronograma.

A que realçar que este projeto, deverá ser delineado na perspetiva de refletir as necessidades e objetivos pessoais, servindo como guia orientador pessoal ao longo do ensino clínico e de base no processo de reflexão crítica que culminará na elaboração do relatório.

1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO CONCELHO DO ENTRONCAMENTO

IMPERATORI E GIRALDES (1993), definem que o Diagnóstico da Situação de Saúde de uma determinada comunidade consiste na identificação dos principais problemas/necessidades de saúde, que conduzem à identificação da sua situação de saúde.

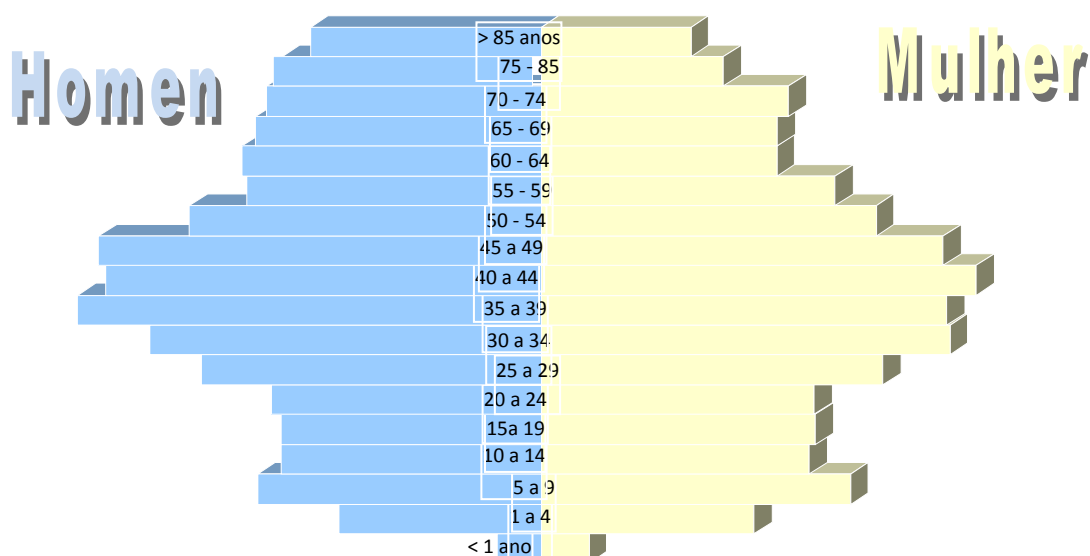
Nesta perspetiva, e com o intuito de entender e compreender as necessidades de saúde da população abrangida pela UCC Entroncamento é fundamental ter conhecimento do contexto sociocultural da mesma como dos recursos existentes na comunidade, para que se possam planear com eficácia formas de intervenção.

A cidade do Entroncamento cresceu e desenvolveu-se em volta de dois lugarejos muito antigos, o Casal das Vaginhas e o Casal das Gouveias que remontam no mínimo à última metade do século XVI. De facto, um livro de registos paroquiais da paróquia da Atalaia datado de 1647 dá-nos notícia de se terem realizado três batizados na Capela de S. João das Vaginhas e refere igualmente batismos realizados na Igreja da Atalaia a moradores do Casal das Gouveias. É, pois, natural que tais povoações se tivessem firmado numa época anterior a 1600.

Em 1926 a população do Entroncamento pouco excedia os 800 habitantes. Os caminhos de ferro Portugueses (CP) iniciam nesta altura, a construção de bairros sociais destinados aos seus trabalhadores. Todos estes fatores constituíram um contributo para um aumento populacional ao longo das décadas.

A população nunca mais parou de crescer até aos dias de hoje. Como consequência da sua crescente importância, foi elevada a cidade em 20 de Junho de 1991. Hoje a cidade do Entroncamento continua, sem dúvida, a constituir um dos pólos de referência para o crescimento regional. Em termos demográficos, apresenta a maior taxa de crescimento e a maior densidade populacional do distrito de Santarém. Passou de 18174 habitantes em 2001 para 21751 habitantes em 2008 num espaço de 7 anos. Podemos ainda salientar que relativamente à população residente em 2008 que o número de mulheres (11233) é superior ao dos homens (10518). Através da análise do gráfico 1 é possível depreender-se que a população é maioritariamente adulta (35-55 anos).

GRÁFICO 1 – PIRÂMIDE ETÁRIA DO CONCELHO DO ENTRONCAMENTO



FONTE: INE (2009)

TABELA 1 – DENSIDADE POPULACIONAL

Município	População	Homens	Mulheres	Famílias	Alojamentos	Edifícios
Entroncamento	20206	9637	10569	8074	10714	4150

FONTE: INE (2011)

Face aos indicadores demográficos, o Concelho do Entroncamento encontra-se ligeiramente acima da média nacional sendo de 45,3 %. Quanto ao índice de envelhecimento que é de 108,8% (pode-se dizer que é o concelho que apresenta uma taxa mais baixa do médio Tejo). O índice total de dependência é de 53.1 sendo o índice de dependência de idosos de 27,7.

Cerca de 50% da população do concelho do Entroncamento, encontra-se ativa, contando apenas com 14% de reformados. No entanto, existe uma fatia elevada de população não ativa que conta com 26%, o que suscita alguma preocupação, visto ser uma percentagem expressiva. A população estudante apenas conta com 10% do total da população.

Verifica-se que 2 315 pessoas vivem com rendimentos abaixo do limiar da pobreza, o que face à população residente constitui cerca de 12,74%, correspondendo à população feminina um percentual de 9,86% face à população residente no concelho de 77,41%,

relativamente ao total dos beneficiários do RECM, e de 19,17% relativamente ao total de mulheres residentes no concelho. Esta dimensão está intrinsecamente relacionada com a esperança de vida das mulheres.

Por ter uma pequena extensão, somente 13,7 Km² para uma população de cerca de 20.201 habitantes, o Entroncamento, está hoje numa encruzilhada como qualquer cidade moderna, como crescer e desenvolver mantendo padrões de qualidade de vida elevado.

O Concelho do Entroncamento está localizado no centro do País, com características essencialmente planas, situa-se na transição entre a Charneca e a Zona de Pinhal e integra-se no clima moderado do Vale do Tejo.

O Entroncamento confina a Norte e a Poente com o concelho de Torres Novas a Sul com o concelho da Golegã e a Leste com o concelho de Vila Nova da Barquinha.

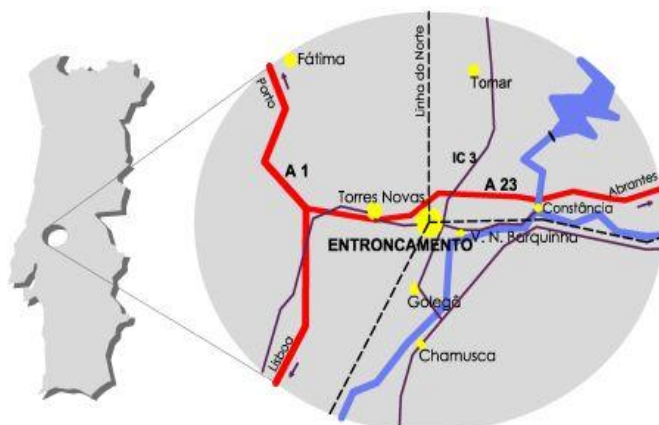
O melhor acesso rodoviário vindo de Lisboa, do Porto ou do Litoral é pela A1 saindo em Torres Novas, seguindo pelo A23 em direção ao Entroncamento. Existe um terminal rodoviário na própria Cidade para quem pretender utilizar os transportes públicos. Nos caminhos de ferro, cruzam-se linhas vindas de todas as direções (linha do norte e do leste) que dá ligação aos mais diversos pontos do País.

Estes fatores constituíram o motor inicial para o crescimento global, no sentido da ascensão a cidade. Neste seguimento foram surgindo novas infra-estruturas que proporcionaram o desenvolvimento local, nomeadamente a zona industrial, a ligação rodoviária Este/Oeste através da atual A23 que permite a ligação a Espanha e a A1 que faz a ligação Lisboa – Porto, o pequeno comércio, os preços atrativos do parque habitacional, tornando-se a cidade satélite que se encontra mais distante da metrópole (Lisboa).

O Entroncamento fica localizado a 120Km de Lisboa, a 118Km de Coimbra, 43Km de Santarém, a 39Km de Fátima, a 110Km de Castelo Branco, a 139Km Valencia de Alcantara (Espanha) e apenas a 2,5Km da margem direita do Rio Tejo.

A sua situação geográfica permite-lhe fácil acesso quer por rede rodoviária, quer por rede ferroviária. Fazendo jus ao seu nome, Entroncamento, cruzam-se aqui linhas ferroviárias vindas de diversos pontos do País. E por cá passam também vias estruturantes da rede rodoviária nacional, como sejam a A23 e o IC3, bem como a N3. Bem perto, a cerca 12Km via A23, está a A1.

FIGURA Nº 1 – REDE VIÁRIA



FONTE: MUNICÍPIO DO ENTRONCAMENTO (2010)

O concelho conta com uma rede viária de mais de 70Km e com a construção da A23 e do IC3 permitirá um acesso privilegiado aos concelhos vizinhos da margem esquerda do Tejo e às novas pontes sobre o Tejo de Santarém e Montijo, que na década de 90, do século passado, vieram retirar à cidade o tráfego de passagem, mas não evitam as constantes filas, nomeadamente às horas de ponta de manhã e tarde – o trânsito pendular para o comboio é o grande responsável.

Encontrando-se localizado no centro estratégico da Região de Santarém, o Entroncamento constitui um ponto de intersecção fundamental quer da rede viária, quer da rede ferroviária.

FIGURA Nº 2 - REDE FERROVIÁRIA DE ACESSO AO CONCELHO DO ENTRONCAMENTO



FONTE: MUNICÍPIO DO ENTRONCAMENTO (2010)

Atravessado pela Linha do Norte que estabelece a ligação com Lisboa e Porto, é também aqui que têm início as Linhas do Leste e da Beira Baixa com ligação a Espanha. Uma

importante rede de comboios suburbanos e de transportes coletivos rodoviários asseguram igualmente, boas acessibilidades do Entroncamento.

Como transporte alternativo aos coletivos, o concelho dispõe de uma praça de táxis, situada junto à estação dos caminhos de ferro, a fim de colmatar as necessidades que ainda se encontram por satisfazer, nomeadamente os transportes suburbanos.

Face ao domínio da Ação Social, os habitantes do concelho do Entroncamento podem usufruir dos recursos a vários níveis como: a Associação de Lares Ferroviários – Lar do Entroncamento; a Santa Casa da Misericórdia – Lar Fernando Eiró Gomes; a Câmara Municipal – Serviços Sociais e as diversas associações de voluntariado como a AVASOCIAL, Conferência de São João Batista e os grupos de ajuda da Segurança Social como a Caritas.

O concelho do Entroncamento, além de diversas infraestruturas que permitem à população ocupar os seus tempos livres com atividades culturais e/ou desportivas, conta com um elevado grau de associativismo neste campo de atividades.

Ao nível do ensino Pré-Escolar existem 7 estabelecimentos; seguido de 5 estabelecimentos de ensino, respeitantes ao Ensino Básico – 1º Ciclo, sendo os restantes apenas de 2 estabelecimentos tanto no Ensino Básico 2º e 3º ciclos e Ensino Secundário; contando apenas com 1, os estabelecimentos de Ensino Especial e Superior.

Sendo o Entroncamento em termos económicos essencialmente urbano e comercial, nos últimos 15 anos verificou-se um crescimento do número de empresas a um ritmo de 1,7% ao ano, enquanto ao nível do Distrito de Santarém este valor cifra-se em 1,0%.

2 - ESTRUTURA ORGANICO FUNCIONAL DA UNIDADE CUIDADOS NA COMUNIDADE ENTRONCAMENTO

Nos últimos anos assistimos a diversas alterações, o Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro, despontou a reforma do funcionamento dos Centros de Saúde, em sequência, surgiram os Agrupamentos de Centros de Saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Os ACES compreendem as seguintes unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, uma USF ou UCSP e uma UCC. Cada ACES tem somente uma USP e uma URAP.

A UCC Entroncamento está integrada no Agrupamento de Serra D’Aire, conjuntamente com a de Alcanena, Fátima, Entroncamento, e Torres Novas, sendo esta a sede do ACES.

Atendendo às características geodemográficas, ou seja, localiza-se entre a zona norte e zona sul do Entroncamento, e tendo como objetivo uma maior proximidade com a comunidade envolvente a prestação de cuidados à população, esta está organizada por 2 áreas geográficas correspondentes a cada freguesia, o que possibilita a que haja profissionais de referência em cada área, facilitando o trabalho articulado e em rede, instrumento essencial à consolidação e generalização de boas práticas.

A mesma têm como objetivo prestar “(...) cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Decreto-Lei Nº 28/2008 de 22 de Fevereiro). Tendo em conta o Plano de Ação 2010-2012 da UCC Entroncamento, esta unidade funcional surge de forma a dar resposta aos problemas de saúde das pessoas que residem no concelho do Entroncamento. A UCC tem um papel de grande relevo no conhecimento das realidades locais, tais como necessidades e oportunidades para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida das populações. A mesma é portadora de programas específicos, que são adaptados do Plano Nacional de Saúde. A intervenção integrada para promover comunidades saudáveis é uma prioridade da política e a reforma dos cuidados de saúde primários constitui a trave mestra na corporização dessa prioridade.

A UCC Entroncamento é constituída por uma equipa interdisciplinar, que desenvolve um trabalho em parceria com as Entidades do Concelho do Entroncamento e. A equipa da UCC Entroncamento desenvolve a sua atividade em permanência (enfermeiros, nutricionista, técnica de serviço social, assistente técnica, ajudantes domiciliárias, psicólogo, fisioterapeuta,) ou em colaboração parcial (médica, higienista oral, técnica de cardiopneumologia), contando com a complementaridade dos recursos humanos dos diversos parceiros da comunidade, nomeadamente terapeuta da fala, terapeuta ocupacional entre outros.

A UCC Entroncamento prevê na sua carteira de serviços com integração nos vários programas de saúde nacionais as seguintes intervenções:

- Intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade;
- Projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência;
- Projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores;
- Projetos de promoção de estilos de vida saudável ao longo do ciclo de vida.

Com o contributo do diagnóstico de saúde da comunidade e caracterização demográfica, social, saúde, educação, cultural e ambiental, a UCC comporta eixos estratégicos da Rede Social, nomeadamente: Eixo de Intervenção nas famílias; Eixo de Intervenção educação e cidadania; Eixo de Intervenção qualificação e emprego; Eixo de Intervenção Habitação, Urbanismo e Reabilitação e Eixo de Intervenção terceira idade e envelhecimento (PLANO DE AÇÃO, 2010). Também engloba intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência, projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores e projetos de promoção de estilos de vida saudável ao longo do ciclo de vida (PLANO DE AÇÃO DA UCC, 2010).

A UCC funciona no horário entre as 8 e as 20h nos dias úteis para a população em geral e entre as 9h00 às 17h00 aos Sábados Domingos e Feriados para prestação de cuidados aos utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, identificados.

3 – OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO

Conhecido o contexto físico e social do local de estágio, em anexo estão descritos os objetivos específicos elaborados, bem como as atividades propostas para a sua concretização, os quais partiram dos objetivos gerais definidos no guia orientador do ensino clínico (ANEXO I).

Como é possível verificar através do planeamento de atividades, o grande cerne do presente ensino clínico prende-se com o desenvolvimento de um projeto de intervenção individual, o qual parte de uma inquietação pessoal perante a temática escolhida indo ao encontro de projetos previstos na UCC Entroncamento, conjugando assim necessidades de formação do aluno com o desenvolvimento da unidade funcional referida. Seguidamente, descrever-se o projeto em questão, iniciando-se com um pequeno enquadramento teórico da área selecionada.

3.1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO: “Promoção de Saúde na Infância: Aleitamento Materno”.

Planeamento em Saúde torna-se cada vez mais um imperativo das sociedades atuais, quando ambicionamos alcançar ganhos em saúde.

Planear em saúde, não é apenas uma metodologia ou um conjunto de técnicas. “O planeamento é uma atitude ou um posicionamento face à realidade socioeconómica” (IMPERATORI E GIRALDES, 1993). Assim, planear em saúde é uma forma de racionalizar decisões, tendo capacidade de moldar a realidade.

Um projeto de intervenção em saúde é um roteiro detalhado das ações, devidamente fundamentadas, a serem desenvolvidas, que têm como objetivo responder às necessidades de saúde e que visam promover a qualidade de vida e aumentar o nível de saúde de uma população, através do reforço da participação comunitária na resolução dos problemas identificados.

3.1.1 – Contextualização da temática

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidencia científica e a passagem dessa sabedoria para a inserção no quotidiano da vida promovendo os processos de readaptação, educando e ajudando a gerir melhor os recursos internos e externos não só da pessoa, mas também da família e comunidade. Estes compreendem dimensões tão complexas como a psicológica, a sociocultural, a espiritual, a fisiológica e a de desenvolvimento (NEUMAN, 1995). “É necessário, passar para uma

intervenção centrada na relação do cliente com os cenários e atores relevantes do seu quotidiano, e investir na competência das pessoas para se tornarem agentes ativos dessa interação, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário” (JEREMIAS e RODRIGUES, 2010, p.16-17).

A nível dos cuidados especializados em saúde comunitária a OE (2009,p.27) defende como competência do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária “Liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania” e “ Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

O conceito de *Empowerment*, cuja emergência surge na sequência da filosofia da Declaração de Alma-Ata (1978), reconhece pela primeira vez a importância das pessoas assumirem o controlo e responsabilização sobre a sua saúde. Com raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” das sociedades desenvolvidas, na segunda metade do século XX, o conceito de Empowerment surge na década de 90. Trata-se do processo através do qual se pretende: “ (...) capacitar indivíduos, grupos e comunidades no emprego de estratégias e recursos para alcançar objetivos individuais e coletivos de forma ativa; adquirir conhecimentos e habilidades que ajudem os indivíduos, grupos e comunidades na compreensão crítica das relações sociais e políticas e do próprio meio; adquirir competências através de experiência e intervenção, aplicadas a situações diversas.” (SOUZA e tal, 2006 p.267)

Para apostar na prevenção e promoção da saúde, enquanto estratégias que visam aumentar a capacidade de gestão de um projeto de saúde, é fundamental que se implementem programas educacionais, desenvolvendo o *empowerment* da pessoa, família e comunidade. Por outro lado, sabe-se que atualmente um das condições primordiais para que alguém adote ou mude determinado comportamento, é que esteja munido das armas necessárias sobre o que tem que mudar e porque é que tem que mudar.

A participação comunitária é, segundo ZACUS e LYSACK (1998) o processo através do qual os membros da comunidade, individual ou coletivamente, e com vários níveis de compromisso, desenvolvem a capacidade de assumir maior responsabilidade no que diz respeito à apreciação dos seus problemas relacionados com a saúde. Isto reporta-se para a combinação de envolvimento a nível de:

- Mecanismos de tomada de decisão;
- Acessibilidade a atividades de carácter comunitário: redes sociais, movimentos sociais, agências de voluntariado, etc;

- Acessibilidade às competências da comunidade: planeamento, mobilização de recursos, competências organizativas, etc.

Os cuidados de saúde primários devem ter a capacidade de chegar próximo da comunidade e desenvolver as suas atividades não para, mas com a comunidade, tendo em conta o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e centrar a sua organização numa coordenação efetiva entre programas em desenvolvimento.

As respostas organizadas na comunidade através de projetos e programas não são estanques entre si devendo contribuir em conjunto para a construção da autonomia, potencializando o máximo de capacidades, quer da Pessoa, sua Família, do grupo onde se insere e da comunidade no geral.

A UCC Entroncamento preconiza na sua carteira de serviços o projeto de intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade. A implementação desses programas, contribui e concretiza respostas face a necessidades em cuidados de saúde, sendo uma aposta que conduz a ganhos em saúde a médio/longo prazo, já que previne complicações e gastos desnecessários, promovendo a autonomia e conseqüente permanência das pessoas nos seus ambientes, reduzindo recorrência constante aos serviços de saúde.

Perante o exposto e numa metodologia de integração no plano de ação da unidade onde decorre o presente estágio, nasce este projeto que visa contribuir amamentação como fator preventivo da obesidade infantil, numa perspetiva de promoção de saúde na infância.

As práticas alimentares condicionam o estado nutricional de latentes e crianças menores de dois anos de idade e em última análise, causam impacto na sua sobrevivência. A proteção, promoção e suporte ao aleitamento materno são uma prioridade no que diz respeito à saúde pública em toda a Europa.

Baixas taxas na iniciação do aleitamento materno ou a sua cessação precoce podem ter implicações desfavoráveis importantes para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente; além disso, resultam num aumento das despesas do serviço nacional de saúde, bem como no agravamento das desigualdades em saúde. A Estratégia Global para a Alimentação de Latentes e Crianças na 1ª Infância, adotada por todos os estados-membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) na 55.ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS) em maio de 2002, constitui uma referência para as iniciativas de saúde pública que visem proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.

A promoção depende da implementação de políticas nacionais, e de recomendações a todos os níveis dos serviços sociais e de saúde, para que o aleitamento materno seja entendido como prática natural.

A proteção, promoção e suporte ao aleitamento materno são uma prioridade em saúde pública porque:

- ✓ O aleitamento materno é a maneira natural de alimentar lactentes e crianças na 1ª infância. O aleitamento exclusivo durante os primeiros seis meses de vida assegura um crescimento, desenvolvimento e saúde ótimos. Depois dos seis meses, o aleitamento materno, em conjunto com uma alimentação complementar, continua a contribuir para a nutrição, desenvolvimento e saúde do lactente e da criança.
- ✓ O aleitamento materno não se encontra totalmente promovido e apoiado. Muitas instituições sociais e de saúde fornecem serviços que, muitas vezes, representam obstáculos à iniciação e à continuação do aleitamento. Como resultado, nem todas as crianças na Europa beneficiam deste início de vida vital.
- ✓ • As baixas taxas de aleitamento materno e a cessação prematura do mesmo têm implicações desfavoráveis importantes para a saúde e para a estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente, resultando num aumento das despesas do serviço nacional de saúde, bem como no aumento das desigualdades em saúde.

O leite humano é um alimento vivo, completo e natural e o reconhecimento das suas múltiplas vantagens, reuniu, o consenso mundial, defendendo-se a amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida, e complementada com outros alimentos até aos dois anos ou mais, (OMS) precisamente por se acreditar que constitui a melhor forma de alimentar as crianças. O aleitamento materno tem um papel importante na redução da prevalência da obesidade em fases posteriores da vida.

A prevalência da obesidade, a nível mundial é tão elevada, que a OMS caracteriza esta doença como a epidemia global do século XXI. A OMS reconhece que, neste século, a obesidade tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas. Por tal facto, se não se tomarem medidas drásticas para prevenir e tratar esta doença, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025. Trata-se de uma doença crónica, com enorme prevalência nos países desenvolvidos, atingindo homens e mulheres de todas as raças e de todas as idades. Depois do tabagismo, a obesidade é considerada, hoje, a 2.ª causa de morte passível de prevenção.

Perante este fato, é importante e urgente a implementação de medidas de prevenção.

A população Portuguesa tem ainda na sua memória recente a amamentação como modo natural de alimentar os bebés. De acordo com as estatísticas disponíveis, à data da alta hospitalar a larga maioria das puérperas e seus recém-nascidos terão como plano alimentar esperado o aleitamento materno exclusivo, o que permite falar numa taxa de 90% de iniciação.

NASCER COM SAÚDE, engloba a saúde da grávida desde a concepção até ao puerpério e a saúde do embrião, feto e recém-nascido até aos 28 dias de vida.

A gravidez na adolescência (< 20 anos) ou tardia (> 35 anos), está relacionada com nascimentos pré-termo, má progressão ponderal e mortalidade perinatal. Os nascimentos em jovens associam-se a fatores sociais e cuidados de saúde não adequados. As mães mais velhas têm maior prevalência de complicações durante a gravidez como hipertensão e diabetes e os fetos, maior frequência de anomalias congénitas. As anomalias e os nascimentos pré-termo são as principais causas de morte perinatal na UE. O baixo peso à nascença mantém-se como um dos mais importantes fatores de risco com impacto na saúde a longo termo (EUGLOREH, 2007). Há evidência de benefícios para a saúde a longo prazo através de intervenções a nível de: i) Planeamento e acompanhamento da gravidez; ii) Preparação para a parentalidade; iii) Estilos de vida saudáveis da grávida (incluindo prevenção do consumo de álcool e tabaco); iv) Preparação para o parto; v) Amamentação; vi) Imunização. Desenvolve-se no contexto laboral da grávida e no contexto familiar.

Perante esta realidade, a UCC Entroncamento preconiza na sua carteira de serviços o projeto de saúde reprodutiva, nomeadamente no que concerne à promoção da amamentação uma vez que, a amamentação é a mais eficiente estratégia para a promoção da saúde física e mental da criança.

4 – FASE METODOLÓGICA

Ao longo dos séculos, as abordagens empíricas têm sido ineficazes na resposta a questões clínicas desafiadoras, nomeadamente, quando se trata da subjetividade e interpretação humanas. Face a esta problemática, e no sentido de compreender a estrutura pela qual o investigador entra no empreendimento de investigação, é importante estar ciente da relação da teoria com a investigação (STREUBERT E CARPENTER 2002, p. 10).

Na linha de pensamento de FORTIN (1999), a metodologia é entendida como o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.

Por conseguinte, o modo como as experiências sociais constroem a realidade humana, assume uma importância fulcral, uma vez que na enfermagem, é imperativo que os enfermeiros adotem uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas (STREUBERT E CARPENTER, 2002).

4.1 – DESENHO DO ESTUDO

A epidemiologia foi definida por LAST (2001), como “o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, e na sua aplicação na prevenção e controle dos problemas de saúde”. O alvo de um estudo epidemiológico é sempre uma população humana, que pode ser definida em termos geográficos ou outro qualquer. A população utilizada em um estudo epidemiológico é aquela localizada em uma determinada área ou país em um certo momento do tempo (BEAGLEHOLE, BONITA, KJELLSTROM, 2010).

A pertinência do projeto emergiu da conjugação do interesse da coordenadora da UCC Entroncamento face à elaboração de um estudo comparativo sobre a “Amamentação como Fator Preventivo da Obesidade Infantil”, que me impulsionou para a posterior construção de uma revisão sistemática da literatura, que terminará com a elaboração do relatório. Perante esta realidade e de acordo com os programas vida reprodutiva e saúde escolar da UCC nomeadamente, “preparação para a parentalidade”, “recuperação pós parto” e “alimentação saudável” determino que a população que pretendo estudar é as crianças dos seis anos.

4.2 – POPULAÇÃO EM ESTUDO

Na perspetiva de FORTIN (1999) a população é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum, uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação.

As razões que estiveram na base da opção por crianças por seis anos de idade como população alvo do estudo, foram as seguintes:

- ✓ Nesta idade, as crianças ainda não entraram no período da puberdade e, neste modo, não existem influência significativa nos fatores de mudança corporal;
- ✓ Aos seis anos procede-se ao exame global de saúde, segundo a recomendação da DGS, o que facilita o acesso aos dados;
- ✓ A existência, na UCC Entroncamento, de dados relativos à prevalência da pré-obesidade/obesidade em crianças de seis anos (referentes a 2006), o que viabiliza o estudo comparativo.

4.3 - MÉTODOS DE COLHEITA E PREVISÃO DA ANÁLISE DOS DADOS

Ao longo do crescimento as crianças são acompanhadas, nomeadamente no Centro de Saúde, em Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil - destinadas a crianças menores de 18 anos, que se constitui um grupo prioritário, têm como objetivos: avaliar o crescimento e desenvolvimento, estimular a opção por comportamentos saudáveis, promover o cumprimento dos diferentes programas (Vacinação, Saúde Oral, entre outros) e detetar precocemente situações que afetam a qualidade de vida (Direção geral da saúde – orientações técnicas no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil - Programa tipo de atuação. Lisboa, DGS, 2002).

Aos 5/6 anos, todas as crianças são convocadas a comparecer no Centro de Saúde para se realizar o Exame Global de Saúde que antecede a entrada na escola primária. O qual tem como objetivos:

1. **Avaliar o crescimento e desenvolvimento** e registar, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, os dados antropométricos e outros do desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial.

2. **Estimular a opção por comportamentos saudáveis**, entre os quais os relacionados com:

- ✓ a nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, prevenindo práticas alimentares desequilibradas;

- ✓ a prática regular de exercício físico, vida ao ar livre e em ambientes despoluídos e gestão do stress;
- ✓ a prevenção de consumos nocivos e a adopção de medidas de segurança, reduzindo assim o risco de acidentes.

3. Promover:

- ✓ a suplementação vitamínica e mineral, nas idades e situações indicadas

4. **Detetar precocemente e encaminhar** situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente, como: malformações congénitas (doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, testículo não descido), perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estatoponderal e psicomotor, alterações neurológicas, alterações de comportamento e do foro psicoafetivo.

5. **Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns** nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde.

6. **Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência** e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes nos cuidados a estas crianças.

7. **Assegurar a realização do aconselhamento genético**, sempre que tal esteja indicado.

8. **Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de violência ou negligência**, qualquer que seja o seu tipo.

9. **Promover a auto-estima do adolescente** e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. Prevenir situações disruptivas ou de risco acrescido.

10. **Apoiar e estimular a função parental** e promover o bem-estar familiar.

Durante a realização do Exame Global de Saúde é preenchida a Ficha de Ligação (Mod.126.04 do Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Sub-Região de Santarém) e, posteriormente, entregue à enfermeira responsável pela saúde escolar.

A população em estudo são XX crianças, consultadas nas respetivas Fichas de Ligação com o intuito de se retirar os dados antropométricos necessários.

4.4 – ATIVIDADES PROPOSTAS E INDICADORES

O projeto deverá assentar num processo de acompanhamento das crianças com idade entre 5/6 anos, que se inicia a consulta das fichas de ligação e cálculo do IMC, sendo identificados os respetivos percentis.

Desta forma será desenvolvido em três fases distintas:

FASE I

No caso concreto deste estudo, a maioria dos dados recolhidos relativos ao IMC, foram conseguidos através da consulta das fichas de ligação.

O IMC é um instrumento bastante útil do ponto de vista clínico para o diagnóstico da obesidade e para o seu cálculo utiliza-se a seguinte fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / [\text{altura (m)}]^2$. Este indicador permite ter uma avaliação simples do nível de adiposidade de acordo com a relação entre peso e altura.

É importante salientar, que de um modo geral, crianças de estruturas semelhantes têm necessidades básicas de energia também semelhantes. Porém, a atividade física de cada uma faz com que o total de energia necessária seja diferente.

É de realçar que, segundo o Programa Nacional de Combate à Obesidade, as características dinâmicas de crescimento e maturação da idade pediátrica tornam difícil a formulação de diagnósticos de pré-obesidade e obesidade; no entanto, à semelhança das variáveis antropométricas que servem de base ao seu cálculo, o valor do IMC deve ser percentilado, ou seja:

- Diagnóstico de pré-obesidade - valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 85 e inferiores ao percentil 95
- Diagnóstico de obesidade - valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 95.

FASE II

Seguidamente e após os contatos com os parceiros sociais serão programadas as sessões de educação para a saúde às crianças e grávidas, mediante os resultados obtidos no estudo.

Considerando como componentes essenciais na promoção da amamentação e alimentação saudável, emerge a necessidade de realização de sessões de educação, tendo por base as recomendações da OMS (2011).

FASE III

Para que possa ser divulgado o estudo a toda a equipa interdisciplinar será efetuado uma reunião com o intuito de partilhar os resultados obtidos, como também refletir a prática baseada na evidência.

Prevê-se a construção de folhetos informativos de apoio para as sessões a realizar, bem como a elaboração de manuais educativos para as crianças sobre alimentação saudável.

Com o presente projeto, foram planeadas as seguintes metas:

- Aumentar o nível de conhecimento das grávidas e puérperas face aos benefícios da amamentação;
- Realizar programas estruturados de ações de educação a grávidas e puérperas nos encontros de preparação para a parentalidade e recuperação pós parto, respetivamente;
- Realizar programas estruturados de ações de educação a crianças com idade 5/6 anos sobre alimentação saudável;
- Atingir a adesão da população alvo;
- Atingir o grau de satisfação nos grupos abrangidos pelo projeto;
- Referenciação dos alunos com percentil de IMC > 85, para outros técnicos de saúde.

Para a consecução destas metas elaboraram-se os seguintes indicadores, apresentados na tabela seguinte:

TABELA 2 – INDICADORES E METAS DO PROJETO

PROCESSO	RESULTADOS	2º TRIM.
Percentagem do nº de crianças de 5/6 anos Percentagem do nº grávidas e puérperas		100%
Identificação dos alunos com excesso de peso (percentil IMC > ou = 85)		
Percentagem de ações de educação realizadas por grupo alvo		90%
Número de reuniões realizadas		6
	Ganhos na adesão à amamentação	60%
	Percentagem de crianças que consomem fruta e legumes diariamente	65%
	Percentagem de crianças que tomam um pequeno almoço saudável	70%
	Percentagem do grau de satisfação nos grupos abrangidos pelo projeto	70%
	Referenciação dos alunos com percentil de IMC > 85, para outros técnicos de saúde	30%

Os recursos a mobilizar quer humanos, quer materiais e os horários previstos estão no plano de atividades seguinte (QUADRO 1) e respetivo cronograma (ANEXO II).

QUADRO 1 – PLANO DE ATIVIDADES DO PROJETO: “PROMOÇÃO DE SAÚDE NA INFÂNCIA: ALEITAMENTO MATERNO”

O QUÊ (ATIVIDADE)	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	QUEM	COMO	ONDE	QUANDO
-Seleção população	-Nº de crianças identificadas -Nº de grávidas	-Enf. Rita e Enf. Guida	-Fichas de Ligação Fichas de Inscrição	-UCC Entroncamento	-2ª, 3ª, 4ª, 5ª
-Sensibilização para boas práticas alimentares	-Ganhos na adesão à amamentação; -Percentagem de crianças que consomem fruta e legumes diariamente; -Percentagem de crianças que tomam um pequeno-almoço saudável; -Percentagem do grau de satisfação nos grupos abrangidos pelo projeto; -Referenciação dos alunos com percentil de IMC > 85, para outros técnicos de saúde;	-Enf. Rita e Enf. Guida	-Equipamento informático, -Manual educativo; -Folhetos informativos;	-UCC Entroncamento; - Escola Básica;	-2ª, 3ª, 4ª, 5ª
-Reuniões da equipa	-Nº de reuniões realizadas	-Equipa interdisciplinar da UCC Entroncamento		-Sala de reuniões da UCC Entroncamento	-Reunião semanal

-Referenciação e articulação com outros serviços de saúde	-Nº de crianças identificadas com percentil de IMC > 85	-Equipa interdisciplinar da UCC Entroncamento	-	-UCC Entroncamento	-Durante todo o projeto
-Avaliação do projeto	-Avaliação de todos os indicadores	-Enf. Rita e Enf. Guida	-A definir	UCC Entroncamento	-2ª, 3ª, 4ª, 5ª

4.5 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Qualquer pessoa que participe num estudo tem direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados que faculta. “Se o anonimato pode ser facilmente respeitado pela aglomeração suficientemente ampla dos dados no momento da publicação dos resultados, os estudos de acompanhamento que necessitam da identificação dos instrumentos de colheitas de dados, devem utilizar códigos somente conhecidos pelos investigadores” (CÔTE, FORTIN E VISSANDJÉE, 2000, p. 117).

A investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa (FORTIN, 1999). Por conseguinte, é importante tomar as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam. Os direitos ou princípios fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelo código de ética.

Tudo isto reporta para o respeito por alguns direitos fundamentais das pessoas, que segundo FORTIN (1999) são:

- ✓ Direito à autodeterminação: que se baseia no respeito pelas pessoas e pela capacidade das mesmas em decidir sobre si mesma, tendo deste modo, o direito de querer, ou não querer, participar no estudo;
- ✓ Direito à intimidade: as diferentes sessões podem ser mais ou menos invasivas, sendo importante proteger a intimidade de todas as pessoas. São consideradas informações privadas e íntimas as atitudes, valores e opiniões. Durante todo este processo tenta-se garantir o anonimato e a confidencialidade. STREUBERT E CARPENTER (2002) alertam para o fato do anonimato poder ser violado uma vez que o processo é de interação. Relativamente à confidencialidade, devem ser munidos todos os esforços para que seja salvaguardada, tendo em conta as características do estudo e as atividades planeadas;
- ✓ Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo: dizem respeito às regras de proteção das pessoas contra inconvenientes suscetíveis de lhes fazerem mal ou de os prejudicarem. No decorrer deste estudo, devemos evitar todas as atitudes e comportamentos que originem situações de constrangimento, desconforto e conflito.

É importante tomar-se disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração deste projeto pretendeu-se assim criar um elemento de orientação para o percurso a realizar, bem como um instrumento auxiliar na avaliação do mesmo. É importante referir que um projeto envolve complexidade e incerteza, não devendo ser encarado como algo definitivo, mas sim susceptível a alterações, consoante mudanças e necessidades de cada momento (salvaguarda-se a possibilidade de reajustamentos no horizonte temporal do mesmo, restringido ao ensino clínico que irá decorrer, sendo que, algumas atividades poderao continuar a ser efectuadas pela equipa da UCC Entroncamento).

Sendo a mudança apenas proveniente daqueles que se consciencializam e comprometem com ela, é fundamental que o profissional da saúde tenha a noção de que seu papel é o de constituir-se como instrumento na impulsão do processo.

HONORÉ (2002, p. 187) refere ser necessário “um despertar da cidadania para fundar um projeto de saúde. Ser cidadão da sua saúde, é ter a capacidade de criticar os métodos empregues pelos peritos. Agir de maneira mais comunitária. Para os peritos, trata-se de aceitar submeter os seus métodos e as suas técnicas a um debate público.”

Neste sentido, emergem intervenções como a que se esboça nestas folhas, com vista a promoção do exercício da cidadania em saúde, enquanto capacidade de exercer, de modo informado e responsável, influência sobre o seu estado de saúde e sobre o desenvolvimento do sistema/ serviços de saúde.

Os cuidados de saúde primários estão numa posição privilegiada e são atualmente chamados a intervir, contribuindo para melhorar a saúde das populações. Só é possível imaginar os cuidados de saúde primários se forem concebidos como uma rede estruturante da comunidade que se relaciona com ela de uma forma estrita.

Cabe aos enfermeiros especialistas nesta área, investir na promoção de saúde como uma possibilidade de centrar esforços nas capacidades e potencialidades do sistema, reduzindo custos em saúde.

Espero assim, que este projeto seja o mais exequível possível e que responda às minhas necessidades enquanto aluna da especialista de enfermagem comunitária e de saúde pública. BENJAMIN MAYS (s.d.) defende que “o trágico na vida não é o objetivo inatingível. Trágico é não ter objetivos a atingir” e, quanto a mim, delinee as metas a que me proponho ao longo deste estágio e empenhar-me-ei para que sejam alcançadas.

REFERÊNCIAS

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. ACES - Serra de Aire - **Plano de Ação 2010-2012 da Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento**. Entroncamento 2012.

ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA (2011) **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

BENNER, P. (2001). **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto. Dezembro.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2011). **CIPE/ICNP Versão beta 2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros

DECRETO-LEI nº 101/2006 "DR I Serie". 109 (2006-06-06) 3857.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM (2011). Documento Orientador: Unidade Curricular – Estágio. Santarém. Autor.

FERNANDES, M.T. (2000). **Metodologia de Projeto**. Servir. Nº 47. Setembro/Outubro.Lisboa.

FRESE, B.T. (1998). Betty Neuman: modelo de Sistemas. In: TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. **Modelos y teorías en enfermería**. 5. ed. Madri: Elsevier Science. pp. 299 – 316.

FORTIN, M. (1999). **O processo de investigação: da concepção à realização**. 1ª Edição. Loures: Lusociência.

FORTIN, M. F., CÔTÉ, J. E VISSANDJÉE, B. (2000). **O processo de investigação: da concepção à realização**. 2ª Edição. Camarate: Lusociência.

GEORGE, J.B (2000). **Teorias de enfermagem**. 4. Edição. Porto Alegre: Artmed.

GIBSON, C.H.. (1991). **A concept analysis of Empowerment**. Journal of Advanced Nursing. ISSN 0309-2402. Boston. Vol. 16. Nº3.). pp. 354 - 61.

GONÇALVES, CÉLIA; RAMOS, VÍTOR (2010). **Cidadania e Saúde: Um caminho a percorrer...** Escola Nacional de Saúde Pública/ UNL. Outubro.

HANSON, SHIRLEY (2005). **Enfermagem de cuidados de saúde à família**. 2ª Edição. Lusociência: Loures.

HONORÉ, B. (2002). **A Saúde em Projeto**. Loures. Lusociência.

IMPERATORI, E.; GIRALDO, M. (1993). **Metodologia do Planeamento em Saúde**. 3ª Edição. Obras avulsas: Lisboa. pp.21 - 32.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA: **Censos 2001**. Lisboa: INE, 2003. ISBN 972-673-602-1

JEREMIAS E RODRIGUES (2010). **O Cuidar de Enfermagem ao Cliente Comunidade**. Revista Nursing. Novembro. pp. 12-17 ISSN 0871-6196.

LAST, JM. (2001). **A Dictionary of epidemiology**. 4ª Edition. Oxford, Oxford University.

NEUMAN, B. (1995) - **The Neuman Systems Model**. Stamford: Lance.

OMS (1978). **Carta de OTTAWA para a Promoção da Saúde: Canadá**. Organização Mundial de Saúde.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Caderno Temático do Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Conselho de Enfermagem.).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro**. Conselho de Enfermagem. Lisboa.

QUEIRÓS A. (2002). Projecto de estágio e relatório final.[Em linha] Evora: Escola Superior de Enfermagem de Évora [Consut. 2011-12-08]. Disponível em [www: anaqueiros.com](http://www.anaqueiros.com)

PEREIRA, FILIPE (2006). **Relatório: Considerações diagnósticas**. RMDE- Porto.

PEREIRA, FILIPE (2007). **Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.** Tese de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direcção Geral de Saúde (2011). **Plano Nacional de Saúde 2011-2016.** Lisboa: Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Unidade Missão Cuidados Saúde Primários - **Equipa de Cuidados Continuados Integrados: orientações para a sua constituição nos centros de saúde.** Lisboa: Ministério da Saúde. 2007.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde – **Programa Nacional de Prevenção e controlo da Diabetes.** Lisboa: DGS. 2008. ISBN 978-972-675-180-9.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Observatório Português dos Sistemas de Saúde – **Relatório Primavera 2009.** Lisboa. 2009.

SILVA, L. F. (2004). **Sócio antropologia da Saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença.** Lisboa, Universidade Aberta.

STANHOPE, M. & LANCASTER, J. (2011). **Enfermagem de Saúde Pública.** 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.

VITORINO, P.; *et al* (2001). **Os enfermeiros em cuidados de saúde primários.** Revista Portuguesa de Saúde Publica. Vol 2. p. 75-82.

ZACUS, J. D. L. & LYSACK, C.L. (1998). "Revisiting community participation". **Health Policy and Planning.** Vol.13 Nº 1. pp. . 1-12.

ANEXOS

ANEXO I

PLANEAMENTO DE ATIVIDADES ESTÁGIO

QUADRO 2 – PLANEAMENTO DE ATIVIDADES ESTÁGIO

OBJETIVOS GERAIS:

- ✓ Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- ✓ Conceber estratégias de intervenção em cuidados especializados após a análise de situações de saúde/doença da família /comunidade em contexto transdisciplinar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS	ONDE	QUEM	QUANDO
1 Compreender a estrutura orgânica e funcional da UCC		1.1 Reunião com equipa UCC Entroncamento (incluindo Enf. Coordenadora e Enf. Especialista); 1.2 Visita guiada às instalações da Unidades de Saúde (UCC, USF, USCP): <ul style="list-style-type: none"> • Espaço físico; • Equipa de profissionais; • Funcionamento da equipa interdisciplinar da UCC. 	UCC Entroncamento	Enf. Rita Enf. Sónia Pereira Enf. Sónia Bouça	20/02/2012 22/02/2012
			UCC Entroncamento	Enf. Rita Enf. Sónia Pereira Enf. Sónia Bouça	20 a 23/02/2012
2 Conhecer a comunidade da área de abrangência da UCC	G1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade	2.1 Identificação e mobilização da literatura de suporte sobre o problema em estudo, no âmbito da Enfermagem Comunitária (consulta de programas de saúde, bases de dados, monografias, livros, revistas científicas, etc.) 2.2 Caracterizar sociodemograficamente da população do concelho do Entroncamento. 2.3 Analisar criticamente os Programas/Projetos de âmbito comunitário da UCC Entroncamento, que contribuem para a consecução dos objetivos do Plano	Projeto de estágio	Enf. Rita	20 a 23/02/2012
			Enf. Rita	Ao longo do	

necessidades em cuidados especializados e recursos de saúde.		<p>Nacional de Saúde. 2.4 Conhecimento da articulação existente entre a UCC e os parceiros comunitários, nomeadamente: 2.411 Câmara Municipal do Entroncamento; 2.412 Centro de ensino e recuperação do Entroncamento (CERE); 2.413 Comissão de proteção de crianças e jovens (CPCJ); 2.414 Projeto de Intervenção Precoce (PIPE); 2.415 Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR); 2.416 Segurança Social; 2.117 Estabelecimentos de Ensinos; 2.418 Polícia de Segurança Pública; 2.419 Associação dos Lares Ferroviários – Lar do Entroncamento e Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento – Lar Fernando Eiró (CLACE – Reviver); 2.4110 Junta de Freguesia do Entroncamento 2.4211 Rendimento social de inserção (RSI). 24.2 Participação nas reuniões com os diferentes parceiros comunitários. 2.5 Pesquisar/consultar registos informáticos, bibliográfica e documentos do serviço (plano de ação, programa SINUS/SAPE, outros); 2.6 Construção do Projeto de Estágio; 2.7 Reunião com Professora Orientadora.</p>	<p>UCC Entroncamento; Locais a definir.</p>		<p>estágio</p>
		<p>G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade</p>	<p>UCC Entroncamento</p> <p>UCC Entroncamento</p>	<p>Enf. Rita</p> <p>Enf. Sónia Bouça Enf. Rita</p>	<p>17/04/2012</p> <p>Ao longo do estágio</p>
3 Desenvolver competências no âmbito da enfermagem comunitária,		<p>3.1 Colaboração e participação ativa nas atividades da UCC Entroncamento, em contextos da enfermagem comunitária, na sua carteira de serviços: 3.11 Encontros de Preparação para a Parentalidade 3.111 Aulas teóricas:</p>			

Integrando projetos da carteira de serviços unidade, na especificidade da comunidade do Entroncamento	<ul style="list-style-type: none"> • Características do recém nascido; • Competências do recém nascido; • Planeamento familiar – puerpério; • Saúde Oral da grávida e do Bebé; • Alimentação da grávida e alimentação no 1 ano de vida do recém nascido; • Perturbações psicológicas no puerpério. <p>3.112 Aulas práticas.</p> <p>3.12 Colaborar e participar no inquérito de satisfação da participação dos encontros para a parentalidade e encontros de recuperação pós parto;</p> <p>3.121 Pesquisar/consultar as fichas de inscrição;</p> <p>3.122 Contatar as grávidas/puérperas.</p> <p>3.13 Encontros de Recuperação Pós Parto:</p> <p>3.131 Aulas teóricas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planeamento familiar e revisão do puerpério; • Alimentação no 1 ano de vida. <p>3.132 Aulas práticas.</p> <p>3.13 “Toques e Afetos” – Projeto de Massagem ao Recém Nascido: Massagem ao recém nascido;</p> <p>3.131 Aula teórica;</p> <p>3.132 Aula prática.</p>	UCC entroncamento	Enf. Rita	Ao longo do estágio
	<p>3.14 Saúde Escolar:</p> <p>3.141 “Afetos & Sexualidade” – Projeto de Intervenção ao Jovem Escolarizado na Educação dos Afetos e Sexualidade:</p> <p>3.1411 Sessão formativa sobre sexualidade e métodos contraceptivos.</p> <p>3.1412 Sessão formativa sobre adolescência e sexualidade.</p>	Escola secundária do Entroncamento	Enf. Sónia Bouça Enf. Rita	Ao longo do estágio 24/04/2012 24/04/2012 30/04/2012 Enf. Sónia Bouça 11/04/2012

4 Treinar competências no domínio da prática de enfermagem no SAPE	G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas	3.1413 Sessão formativa sobre infeções sexualmente transmissíveis	Escola Dr.º Ruy D' Andrade	Enf. Rita	02/05/2012 16/05/2012
		3.142 Sessão formativa sobre a Higiene Corporal. 3.143 Sessão formativa sobre sexualidade: mudanças. 3.144 Sessão formativa sobre a descoberta da sexualidade. 3.145 Reunião com os parceiros no âmbito do Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família.	Escola Dr.º Ruy D' Andrade	Enf. Sónia Bouça Enf. Rita	18/04/2012 30/05/2012
5 Conceber um projeto em Enfermagem Comunitária, com base na metodologia do Planeamento em Saúde.	G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas	3.146 Alimentação Saudável. 3.2 - Pesquisar/consultar registos informáticos, suporte bibliográfico e documentos do serviço (plano de ação, programa SINUS/SAPE, outros).	Escola básica	Enf. Sónia Bouça Enf. Rita	Ao longo do estágio
		4.1 Conhecer a dinâmica e funcionalidade do SAPE; 4.2 Pesquisar/consultar o Manual do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem; 4.3 Manusear o SAPE; 4.4 Registar os cuidados de enfermagem no SAPE; 4.5 Pesquisar/consultar a CIPE.	UCC Entroncamento	Enf. Rita	Ao longo do estágio
		5.1 Desenvolver o estudo comparativo face ao tema "Aleitamento Materno como fator preventivo da obesidade em crianças de 6 anos": <ul style="list-style-type: none"> Recolher dados antropométricos de crianças com 6 anos; Inventariar a percentagem de crianças de 6 anos com pré obesidade/obesidade; Investigar a prevalência do aleitamento materno 	UCC Entroncamento	Enf. Rita Enf. Sónia Bouça	Ao longo do estágio

6 Desenvolver estratégias de envolvimento da comunidade na construção/promoção do seu projeto de saúde, tendo em conta as suas especificidades culturais.	G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados	na população alvo; <ul style="list-style-type: none"> • Inferir sobre a duração e exclusividade do aleitamento materno; • Realizar uma análise comparativa com outros estudos existentes; • Detetar eventuais problemas no sentido de serem implementadas medidas corretivas para melhor a qualidade de vida dos habitantes da cidade. 	UCC Entroncamento Escola Básica Escola Secundária do Entroncamento Escola secundária do Entroncamento	Enf. Sónia Bouça Enf. Rita	Ao longo do estágio 19/03/2012 30/04/2012
		5.11 Pesquisar/consultar as fichas de ligação; 5.2 Pesquisar/consultar bibliografia; 5.3 Utilizar suporte informático (data show, computador portátil). 6.1 Divulgar os resultados do trabalho aos profissionais da equipa da UCC Entroncamento;		Enf. Rita	
		6.2 Realizar sessão formativa aos alunos da escola básica sobre alimentação saudável: <ul style="list-style-type: none"> • Roda dos alimentos • Constituição dos alimentos • Número de refeições e sua constituição. 		Enf. Rita	
		6.3 Realizar sessão formativa sobre sexualidade saudável e segura: <ul style="list-style-type: none"> • O que é a sexualidade; • Sistema reprodutor masculino e feminino; • Vivência da sexualidade de forma saudável e segura. 		Enf. Rita	
		6.4 Sessão formativa sobre consumo de álcool: <ul style="list-style-type: none"> • Definição de adolescência; 			

		<p>aferição de ganhos em saúde da comunidade, sobretudo os sensíveis às intervenções de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores do grau satisfação das grávidas/puérperas; • Indicadores do estudo comparativo da Amamentação como fator preventivo da Obesidade Infantil; • Indicadores do Pré-Diagnóstico Social do Entroncamento; • Indicadores do Núcleo de Inserção Local. 				
<p>7 Identificar, conceber, planejar e implementar nos programas e projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e/ou comunidade, tendo em conta as suas especificidades culturais</p>	<p>G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.</p>	<p>7.1 Participar nas ações do plano de ação da rede social;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reuniões com os diversos parceiros com vista à reformulação e atualização do Pré-Diagnóstico Social, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gabinete de inserção profissional; ✓ Educação; ✓ Saúde; ✓ Segurança Social; ✓ Associação de lares. 	<p>UCC Entroncamento Câmara Municipal do Entroncamento</p>	<p>Enf. Rita Enf. Guida Enf. Susana Drª Sandra Pascoal</p>	<p>20/03/2012</p>	
	<p>G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.</p>	<p>7.11 Elaboração do Diagnóstico Social do Entroncamento; 7.12 Pesquisar/consultar o Pré Diagnóstico Social (2010) e Plano de Ação 2011 do Concelho Local de ação Social do Entroncamento.</p>	<p>7.2 Participar nas atividades desenvolvidas pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ):</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Feirinha” <p>7.21 Elaborar o jogo da glória; 7.22 Elaborar panfletos e cartazes.</p>	<p>Praça</p>	<p>Enf. Rita Enf. Guida Enf. Susana Enf. Sónia Bouça</p>	<p>17/04/2012 23/04/2012 30/04/2012 07/05/2012 21/05/2012</p>
		<p>7.3 Participar nas atividades desenvolvidas pelo Projeto</p>		<p>Pavilhão</p>		<p>Ao longo do estágio</p> <p>10/04/2012</p>

	<p>G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidades.</p>	<p>de Promoção de Estilos de Vida Saudáveis ao longo do Ciclo (REVIVER):</p> <p>7.31 Organizar uma caminhada: “Caminhada do Bem Estar”, a negociar com os parceiros comunitários;</p> <p>7.311 Elaborar um roteiro pedestre (percurso curto);</p> <p>7.312 Elaborar um plano de exercícios físicos;</p> <p>7.313 Utilizar o rádio e música.</p> <p>7.32 III Conferência sobre a Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incontinência urinária; • Acidente Vascular Cerebral; • Nutrição na pessoa idosa; • Prevenção de quedas; • Solidão/Isolamento social. <p>7.4 Participar nas atividades do Plano de Formação das Creches familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentação no 1º ano de vida e Diversificação Alimentar; • Prevenção Acidentes; • Vigilância de Saúde na Criança, Sinais de Doença e Farmácia Caseira • Estilos de Vida Saudáveis e Higiene e Conforto. <p>7.5 Participar nas atividades desenvolvidas pelo Núcleo Local de Inserção:</p> <p>7.51 Conhecimento do plano de ação do Núcleo Local de Inserção;</p> <p>7.52 Conhecimento do relatório de atividades dos Núcleos de Locais de Inserção;</p> <p>7.53 Elaboração do Diagnóstico dos Núcleos de Locais de</p>	<p>Municipal do Entroncamento</p> <p>Salão Paroquial da Igreja Nª. Srª. de Fátima</p> <p>Centro Paroquial do Entroncamento</p> <p>Instalações da Segurança Social</p>	<p>Enf. Rita Enf. Guida Enf. Susana Enf. Sónia Pereira Enf. Sónia Bouça Enf. Isabel</p> <p>Enf. Rita Enf. Guida Enf. Susana</p> <p>Enf. Rita Enf. Guida Enf. Susana Enf. Hélia</p> <p>Enf. Sónia Pereira Enf. Rita Enf. Guida</p>	<p>10/04/2012</p> <p>28/02/2012</p> <p>30/03/2012 27/04/2012</p> <p>21/03/2012 07/05/2012</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>Inserção;</p> <p>7.54 Realizar sessões formativas a pessoas em situação de riscos, vulnerabilidade e dependência:</p> <p>7.541 Competências Parentais;</p> <p>7.542 Gestão de atividades de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aula prática. <p>7.6 Pesquisar/consultar de bibliografia;</p> <p>7.7 Utilizar suporte informático (data show, computador portátil).</p>	<p>Junta de freguesias Nossa Senhora de Fátima</p>	<p>Enf. Sónia Pereira Enf. Rita Enf. Guida</p>	<p>15/05/2012</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	-------------------

OBJETIVO GREAL:

- ✓ Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS	ONDE	QUEM	QUANDO
8 Mobilizar as competências desenvolvidas em ação e os resultados do projeto desenvolvido, sustentando-as na natureza da enfermagem avançada	G4.1. Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica	8.1 Elaborar o relatório, tendo por base a Prática Baseada na Evidência com recurso à metodologia científica; 8.2 Seminário intermédio para partilha de informação e esclarecimento de dúvidas;	UCC Entroncamento ESS Santarém	Enf. Rita	Ao longo do estágio
9 Promover o desenvolvimento pessoal e profissional, numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados		9.1 Refletir ética e criticamente o percurso efetuado com recurso à revisão sistemática; 9.2 Seminário final; 9.3 Entrega do Relatório; 9.4 Defesa pública;	UCC Entroncamento ESS Santarém	Enf. Rita	Ao longo do estágio
		8.3 e 9.5 Pesquisar/consultar bibliografia de suporte; 8.4 e 9.6 Consultar as bases de dados em saúde e programas de saúde			

OBJETIVO GREAL:

- ✓ Enquadrar a teoria na prática clínica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS	ONDE	QUEM	QUANDO
10 Cooperar na promoção da saúde no programa de saúde reprodutiva, planeamento familiar.	Promoção da saúde.	10.1 Reunião com equipa USF Locomotiva; 10.2 Visita guiada às instalações da USF Locomotiva: <ul style="list-style-type: none">• Espaço físico;• Equipa de profissionais;• Funcionamento da equipa interdisciplinar da USF. 10.3 Conhecimento das políticas de saúde, orientações técnicas e programa do planeamento familiar da DGS; 10.4 Identificação e mobilização da literatura de suporte no âmbito do programa de planeamento familiar (consulta de programas de saúde, bases de dados, monografias, livros, revistas científicas, etc.); 10.5 Leitura e análise das orientações técnicas da DGS do programa de planeamento familiar; 10.5 Realização de consultas de enfermagem em parceria com a enfermeira especialista em saúde materna; 10.6 Execução dos cuidados de enfermagem previstos no programa de planeamento familiar; 10.7 Realização de ensinamentos e intervenções ajustadas às necessidades; 10.8 Proceder ao registo informático no SAPE.	USF Locomotiva	Enf. Rita	Ao longo do estágio

ANEXO II
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
2º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO E RELATÓRIO
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CURSO: Mestrado em Enfermagem Comunitária

ALUNO: Rita Margarida da Conceição Ribeiro

LOCAL DO ESTÁGIO: ACES Serra d' Aire, UCC Entroncamento

INICIO: 20 de Fevereiro

ORIENTADORA: Professora Maria Rosário Machado

ENFERMEIRA COOPERANTE: Enfermeira Sónia Pereira

Enfermeira Sónia Bouça

MESES	FEV		MAR				ABR				MAI				JUN				JL	
	SEMANAS																			
ATIVIDADES	2026	2746	5118	1215	1921	261	288	915	1622	239	306	713	1420	2127	283	410	117	1824	251	28
Reunião com o Enfermeiro Cooperante																				
Reunião com a Professora orientadora da ESS Santarém									17											
Pesquisa consulta de documentação																				
Revisão bibliográfica inicial (enquadramento do problema)																				
Construção do projeto de estágio																				
Participação nos programas da Vida Reprodutiva e Saúde Escolar								5												
Elaboração das sessões formativas no âmbito dos programas da UCC																				
Parceria com a rede social			3ª	3ª	3ª			3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª
Parceria com o Núcleo Locais de Inserção					21															
Reuniões com a equipa interdisciplinar			3ª	3ª	3ª			3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª	3ª
Seminário intermédio na ESS Santarém												1								

Anexo II – Guião Orientador da “Amamentação”



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
SAÚDE REPRODUTIVA
GUIÃO ORIENTADOR DA AMAMENTAÇÃO

- Número de processo
- Número de telefone/telemóvel
- Género
- Peso e respetivo percentil
- Altura e respetivo percentil
- IMC e respetivo percentil

- Presença ou ausência de amamentação
- Duração da amamentação
- Tempo de exclusividade da amamentação
- Alimentação diversificada (papa ou sopa)

Anexo III - Ação de Educação para a Saúde “Amamentação”

AMAMENTAÇÃO



Enf.ª Rita

1

Objetivo geral:

Promover a amamentação.

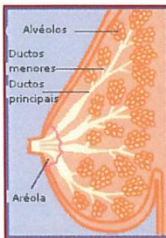
Objetivos específicos:

- ✓ Identificar três vantagens do aleitamento materno para a mãe e três para o bebê;
- ✓ Identificar duas posições adequadas para a amamentação;
- ✓ Identificar dois sinais de boa pega do bebê;
- ✓ Identificar três principais dificuldades na amamentação.

2

A Mama, externamente e internamente :

... seios maiores, mais sensíveis e aréolas mais escurecidas.



3

Como funciona a amamentação :



4

O leite materno passa por três fases:



O colostro altera-se gradualmente para leite maduro entre o 3.º e o 5.º dia pós parto e continuará a alterar a sua composição, durante cerca de 10 dias.

5

Colostro

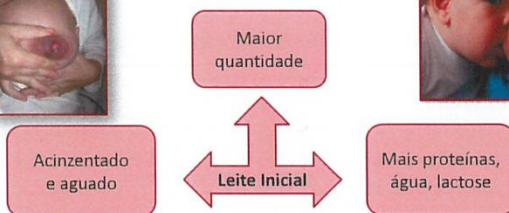
- Rico em proteínas, vitaminas, minerais e água (87%);
- Pobre em gordura e lactose;
- Possui fatores de crescimento – maturação intestinal;
- Efeito laxante – Previne icterícia;
- Adaptado às carências específicas do R.N;
- Rico em defesas (cheio de anticorpos para proteger o bebê contra infeções);

6

Leite Materno

Modifica-se durante a mamada...

Leite inicial ... Leite final



7

Leite Materno



- No decurso da mamada, a concentração de gordura aumenta progressivamente.
- O leite final pode conter cinco vezes mais gordura que o leite inicial.

8

Vantagens do Aleitamento Materno

Para a mãe:

- ✓ Fortalecimento do vínculo mãe-filho;
- ✓ Mais segura e menos ansiosa;
- ✓ Facilita a recuperação da forma física (gorduras utilizadas na produção do leite);
- ✓ Diminui o risco de cancro da mama, ovário e útero;
- ✓ Reduz a incidência de fraturas ósseas por osteoporose;
- ✓ Rentabilização do tempo.



9

Vantagens do Aleitamento Materno

Para a família:

- ✓ Mais económico;
- ✓ Bebés amamentados adoecem menos, o que se traduz em menor preocupação, menor hospitalização;
- ✓ Permite maior mobilização por ter grande facilidade de transporte e de preparação fora do lar.

Para a sociedade:

- ✓ A produção de biberões e tetinas é cara, usa recursos naturais e causa poluição, cria lixo no seu empacotamento, promoção e exposição.

11

Técnica da Amamentação

- Mãe e filho necessitam fazer algumas aprendizagens:



Posicionamento do bebé/mãe

Reflexos

Boa pega

Reconhecimento pela mãe dos sinais efectivos de boa pega

13

Positions
cradle



cross-cradle



football/clutch



side-lying



15

Vantagens do Aleitamento Materno

Para o bebé:

- ✓ Fornece-lhe os nutrientes perfeitos e necessários;
- ✓ Protege contra as infeções e alergias;
- ✓ Fácil digestão e assimilação - menos cólicas e vômitos;
- ✓ Diminui a incidência de Obesidade e Diabetes;
- ✓ Reduz o aparecimento de malformações com a dentição;
- ✓ Melhora a fala futuramente;
- ✓ Melhora o desenvolvimento pessoal e relacional.



10

Início do Aleitamento Materno

Deve ocorrer tão cedo quanto possível



Iniciar na 1ª hora de vida

12

Reflexos do bebé durante a mamada



14

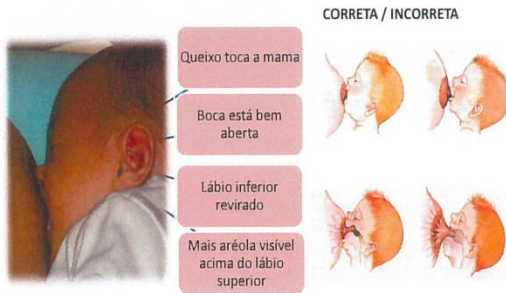
Posicionamento correto

- Pescoço ereto ou ligeiramente estirado para trás;
- Corpo do bebé o mais próximo possível ao da mãe;
- Estômago a tocar o abdómen da mãe;
- Todo o corpo do bebé está apoiado pela mãe, incluindo as nádegas;
- Os braços do bebé abraçam a mama;
- Cabeça alinhada em linha reta com o corpo (orelha-ombro-anca).



16

Pega



17

Mamada Eficaz:



Esvaziar completamente uma mama antes de passar para a outra, de modo a obter o último leite rico em gordura.

18

Cuidados durante a Amamentação

- ✓ Lavar as mãos antes e depois de amamentar;
- ✓ Higiene diária normal;
- ✓ Uso de discos protetores e soutien bem adaptado às mamas;
- ✓ Praticar uma alimentação saudável, variada e polifracionada;
- ✓ Ingerir bastante líquidos (1,5 l de água por dia);
- ✓ Apenas tomar medicação prescrita pelo médico.

19

Cuidados durante a Amamentação

- ✓ Secar bem o mamilo depois de cada mamada;
- ✓ Não lave as mamas após cada mamada;
- ✓ Não usar produtos muito perfumados;
- ✓ Para evitar as gretas nos mamilos, massage-os com um pouco do seu leite ;



20

Horário das Mamadas

- ✓ Regime livre das mamadas.
- ✓ Não devem fixar-se horários:
 - Cada criança tem o seu ritmo de sucção;
 - O bebé mama até estar satisfeito;



21

Consequências da técnica do aleitamento incorreto

- ✓ Aumento do estado de alerta
- ✓ Movimentos da língua e da boca
- ✓ Levar a mão à boca
- ✓ Choro, Bebê insatisfeito
- ✓ Mamilos dolorosos, Fissuras, Ingurgitamento
- ✓ Bebê frustrado, recusa-se a mamar
- ✓ Bebê não aumenta de peso



22

Posições para arrotar



Posições para arrotar

23

Dificuldades na Amamentação

Dificuldades Precoces

- a) Mamilos macerados
- b) Fissuras
- c) Ingurgitamento mamário
- d) Mastites



Dificuldades Tardias

- Produção de leite insuficiente
- Choro do bebé
- Recusa do bebé em mamar

24

a) Mamilos macerados

A causa mais comum de dor nos mamilos é uma má adaptação do bebé à mama materna (pega incorreta)



25

a) Mamilos macerados

Prevenir:

- ✓ Colocar a criança numa posição correta ;
- ✓ Verificar sinais de boa pega;
- ✓ Não deve lavar os mamilos com sabão, devem ser lavados unicamente uma vez ao dia;
- ✓ Não deve interromper a mamada bruscamente;
- ✓ Colocar uma gota abundante de leite após a mamada e deixar secar ao ar (15- 20 minutos);
- ✓ Usar discos de proteção;
- ✓ Soutien adequado à amamentação;



26

b) Fissuras

- Porta de entrada para os micróbios podendo facilitar o surgir de mastites

Prevenção:

- Iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso;
- Aplicar uma gota de leite no mamilo e aréola, após cada mamada e banho (facilita a cicatrização);
- Expor os mamilos ao ar, sempre que possível entre os intervalos das mamadas;
- Usar conchas coletoras de leite.

27

c) Ingurgitamento mamário

O mecanismo mais eficaz para aliviar o ingurgitamento é a sucção frequente.



- Recorra a hidromassagens com água quente ou aplique água quente no chuveiro para ajudar a libertação do leite na mama;
- Expressão manual da mama, da sua base em direção ao mamilo;
- Caso o bebé não esvazie totalmente a mama retire o excesso de leite;
- Aplicação de gelo/calor nas mamas (nunca antes da mamada).

28

c) Ingurgitamento mamário

EXTRACÇÃO MANUAL

Polegar e indicador contra o tórax



Pressionar delicadamente

Movimento ascendente



29

c) Ingurgitamento mamário

EXTRACÇÃO MECANICA



Armazenamento e conservação:

Frigorífico: 48 horas, a 4°C

Congelador: 3 mês

Arca congeladora: 6 meses

30

d) Mastites

É um processo infeccioso da mama caracterizado por febre elevada, dor, endurecimento e calor localizados. Estes sinais encontram-se frequentemente associados a náuseas, vômitos, mal-estar e outros sintomas semelhantes aos da gripe.

Prevenção

- Continuar a amamentar;
- Lavar as mãos antes de manusear as mamas.
- Retirar leite por expressão manual ou mecanicamente;
- Aplicar compressas frias (depois da amamentação);
- Consultar a enfermeira ou o médico.



31

Amamentação por copo/seringa

- ✓ Segurar o bebé sentado ou semi-sentado no colo;
- ✓ Segurar o copo com leite junto dos lábios do bebé;
- ✓ Mover o copo um pouco para que o leite toque nos lábios do bebé;
- ✓ O bebé fica desperto, abrindo a boca e os olhos:
 - Um bebé de baixo peso ao nascer começa a tomar o leite com a língua;
 - Um bebé de termo ou mais velho, suga o leite, cuspidando um pouco dele;
- ✓ Não verter o leite na boca do bebé. Apenas se deve segurar o copo próximo do lábio e deixá-lo tomar por si mesmo.



32

*Querida mamá... cuida bem de ti!
Preciso muito do teu amor... e já que decidiste que
vou poder estar juntinho de ti... bem, bem, bem...
lá pertinho das tuas maminhas,
Por favor cuida delas, não te quero nunca
magoar!*



*Ah...! É verdade... sabes, preciso muito dos teus maminhos e
sempre que estiveres cansada, podes pedir ao papá ou à avó!
Eles podem ajudar-te em tudo, porque tu és muito especial!
És a minha mamá...
Não esqueças nunca:
Amamentar é um acto de amor!*

*É importante realçar que amamentar deve ser
uma escolha e não uma obrigação
Contudo deve ser uma escolha informada e
consciente*



**OBRIGADO PELA ATENÇÃO
DISPENSADA**



33

34



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
SAÚDE REPRODUTIVA
PLANO DE AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

LOCAL: UCC Entroncamento

GRUPO DESTINATÁRIO: Grávidas do projeto de intervenção comunitária

PRELETORA: Enfermeira Rita

TEMA: Amamentação.

DATA:

HORA:

DURAÇÃO: 50 minutos

OBJECTIVO GERAL:

- Promover a amamentação.

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- Identificar as vantagens do aleitamento materno para a mãe e o bebé;
- Identificar a importância do horário livre das mamadas;
- Identificar posições adequadas para a amamentação;
- Identificar sinais de boa pega do bebé;
- Identificar principais dificuldades na amamentação.

ETAPA	DURAÇÃO	CONTEÚDO	MÉTODO	RECURSOS	PRELETO R
INTRODUÇÃO	5´	- Acolhimento; - Introdução ao tema; - Contextualização das áreas que serão abordadas.	Expositivo	Humanos e visuais	
DESENVOLVIMENTO	40´	- Anatomia e fisiologia da mama; - Fases do leite materno; - Vantagens da amamentação, - Técnicas de amamentação; - Cuidados durante a amamentação; - Horário da mamada; - Dificuldades na amamentação.	Expositivo e interativo	Humanos e visuais	
CONCLUSÃO/ SÍNTESE	5´	- Síntese dos conteúdos abordados; - Esclarecimento de dúvidas por parte do grupo.	Expositivo e interativo	Humanos e visuais	

Anexo IV – Folheto sobre “Amamentação”

Medidas preventivas:

Para minimizar o desconforto da tensão mamária, pode efetuar duche de água morna ou aplicar toalhas aquecidas sobre as mamas.

Massaje firmemente as mamas.

Retire o leite iniciando a extração da base da mama para a extremidade do mamilo.

Importante não esquecer:

- Lave sempre as mãos antes de cada mamada.
- Limpe os mamilos antes da mamada, não necessitando de os lavar.

Reconhecendo os primeiros sinais de descida de leite adotando as medidas adequadas está a prevenir possíveis complicações como ingurgitamento mamário e mastites.

Descida do Leite

Efetua-se entre o 2º e o 3º dia

Primeiros sinais:

- Tensão mamária;
- Aumento da temperatura corporal;
- Aumento do volume da mama.



Contactos

Telefone: 249720940/ 249729010;

Telemóvel: 925665729 / 925665730;

Fax: 249719650;

email: uccentroncamento@gmail.com



UCC ENTRONCAMENTO

Aleitamento Materno

Vantagens da amamentação

Para a criança

Fácil digestão;

Previne infecções gastrointestinais, urinárias, respiratórias e doenças crônicas;

Diminui o risco de obesidade;

Permite adaptação adequada a novos alimentos;

Reforça o sistema imunológico;

Reduz a hospitalização;

Promove o contato físico e a relação mãe filho;

Diminui o risco de problemas da face.

Diminui a possibilidade de uma nova gravidez.

Para a Família

Baixo custo económico;

Prático e funcional;

Melhora a qualidade de vida da família.

Para a mãe

Facilita a involução uterina (diminuição do volume do útero);

Facilita a recuperação de peso; com o seu filho;

Promove um relacionamento único.

PRINCIPAIS REFLEXOS DO BEBÉ, RELACIONADOS COM A AMAMENTAÇÃO:

Busca e preensão - Quando algo toca nos lábios ou nas bochechas do bebé, ele abre a boca e pode virar a cabeça à procura do que lhe tocou.

Sucção e Deglutição - Quando alguma coisa toca no palato do bebé, este começa a sugar, a sua boca enche-se de leite e engole.

SUCESSO NA AMAMENTAÇÃO:

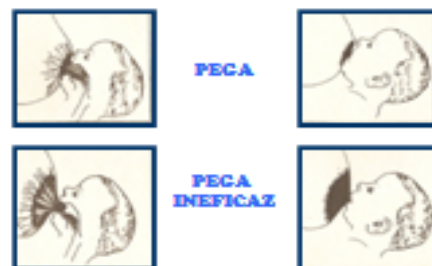
Motivação para amamentar.

Amamente em horário livre atendendo às necessidades do bebé.

A cada mamada esvazie completamente o peito, só depois passe para o outro.

Importância da Boa Pega:

Posicionar o bebé corretamente para que pegue bem na mama, é um acto de aprendizagem por parte da mãe.



CUIDADOS AOS MAMILOS:

Fricione a aréola e o mamilo com 2 a 3 gotas de leite após cada mamada, pois torna-se nutritivo e hidratante, facilitando a cicatrização em caso de fissuras.

Mantenha os mamilos expostos ao ar e à luz durante 15-20 minutos, no intervalo das mamadas.

Utilize discos de absorção, pois previnem que o mamilo fique húmido, estes devem ser substituídos sempre que se encontrem ensopados.

Anexo V - Avaliação do Projeto de Intervenção Comunitária: “Promoção de Saúde na Infância: Aleitamento Materno”



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
SAÚDE REPRODUTIVA

**AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: “PROMOÇÃO DE SAÚDE:
ALEITAMENTO MATERNO”**

No final deste projeto de intervenção comunitária, é importante conhecer a sua opinião sobre a forma como decorreu, uma vez que, a Unidade de Cuidados na Comunidade quer cuidar de si cada vez melhor, por isso, precisamos da sua ajuda, para responder a todas as perguntas. Por favor leia com atenção as seguintes questões e assinale a resposta mais adequada a cada questão.

Garanto a confidencialidade da informação.

1. O Projeto de Intervenção Comunitária “Promoção de Saúde na Infância: Aleitamento Materno” correspondeu às suas expectativas?

Sim

Não

2. Objetivos e Conteúdos:

Os objetivos do projeto foram atingidos

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

Os conhecimentos proporcionados são importantes

Os temas foram apresentados de forma coerente e estruturada

(1- Nada 2- Muito Pouco 3- Pouco 4- Suficiente 5- Bastante 6- Totalmente)

3. Metodologias e meios utilizados:

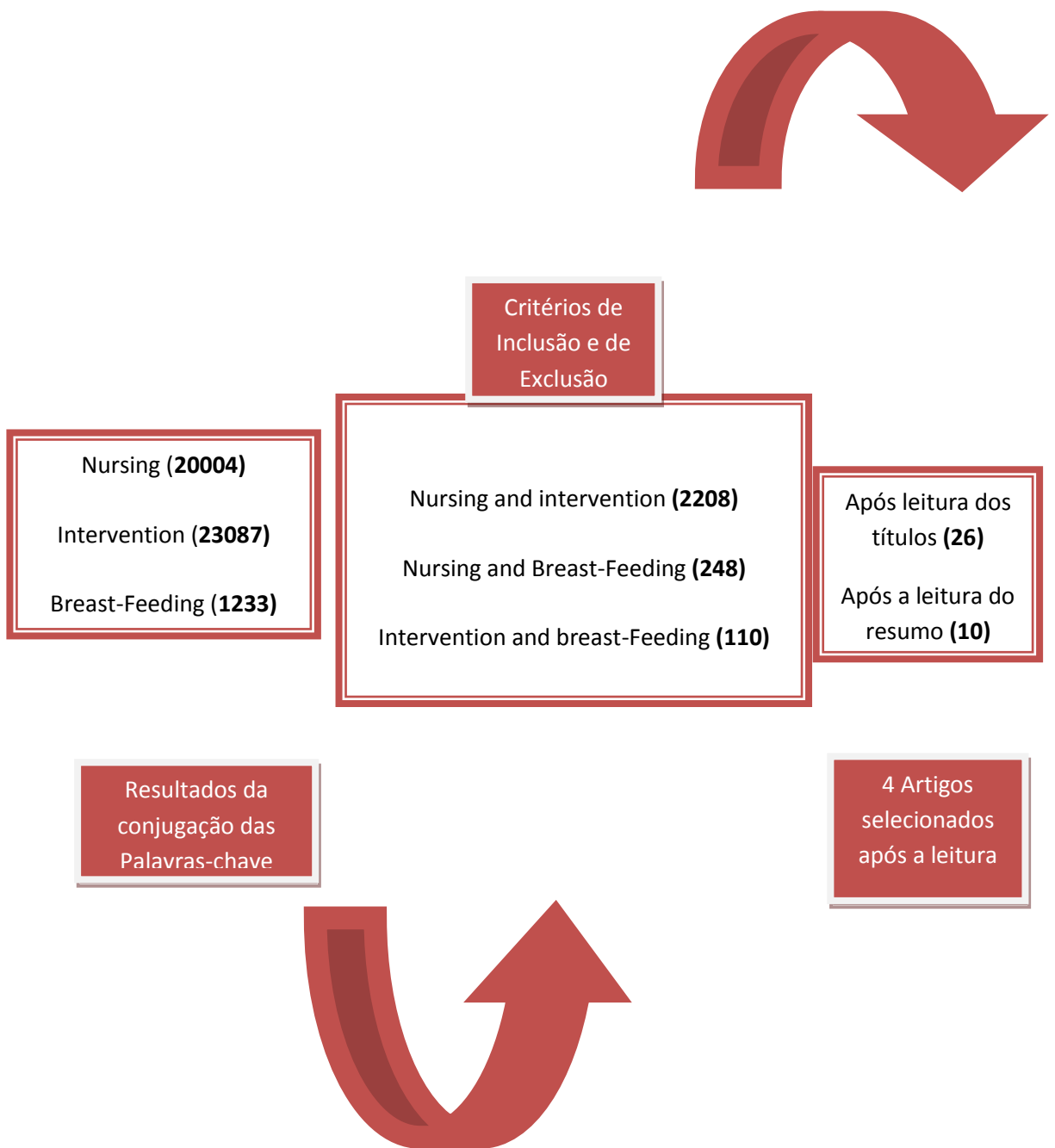
Os métodos utilizados facilitaram a compreensão dos temas

1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

Os meios audiovisuais utilizados foram adequados

(1- Nada 2- Muito Pouco 3- Pouco 4- Suficiente 5- Bastante 6- Totalmente)

Anexo VI - Protocolo de Cruzamento



Anexo VII - Tabelas de Análise dos Artigos

ESTUDO	“Intervención educativa para extender la lactencia materna hasta el 6to mês de vida en el município Ciego de Ávila” CALLEJA, N.; PÉREZ, A.; RUIZ, I. (2010).	
PARTICIPANTES	Mulheres grávidas pertencentes a três áreas do município de Ciego de Ávila.	
INTERVENÇÕES	Realização de intervenções educativas com o objetivo de orientar e sensibilizar as grávidas para o aleitamento materno exclusivo até ao sexto mês e complementado até aos 2 anos.	
RESULTADOS	A intervenção educativa é útil para ampliar o conhecimento das grávidas sobre a importância da amamentação e seu uso, e continuar a amamentar durante o primeiro semestre de vida do bebê.	
Nº DE ARTIGO: 1	NÍVEL DE EVIDÊNCIA: IV	TIPO DE ESTUDO: Quantitativo

ESTUDO	“Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en le centro de salud” CÁMARA, H. H.; JULVE, N. P.; LAMAS, L. F.; PATERNA, E. F.; RUIZ, I. M..	
PARTICIPANTES	Grupo experimental composto por cem mulheres submetidas a visita domiciliária nos pós parto e cem mulheres que se descolaram ao centro de saúde para a consulta de pós parto, no âmbito da amamentação.	
INTERVENÇÕES	Ações de educação para a saúde nos pós parto no centro de saúde e em casa.	
RESULTADOS	A visita domiciliária foi associada com um maior grau de satisfação e aquisição de conhecimentos e habilidades das mães e a um menor grau de interrupção precoce do aleitamento materno.	
Nº DE ARTIGO: 2	NÍVEL DE EVIDÊNCIA: IV	TIPO DE ESTUDO: Quantitativo

ESTUDO	“The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge:: a randomized trial” AKSU, H.; DUZGUN, G.; KUÇUK, M. (2011).	
PARTICIPANTES	Sessenta mulheres que deram à luz em Zubeyde, Hospital Maternidade HANIM localizado em Aydın, Turquia.	
INTERVENÇÕES	A educação sobre amamentação e apoio oferecido durante a visita domiciliária no 3 dia pós parto foi associada a um aumento significativo da exclusividade da amamentação e duração total do aleitamento materno.	
RESULTADOS	A educação sobre a amamentação oferecido em casa no 3 dia pós parto, foi eficaz no aumento da duração do aleitamento materno e conhecimento.	
Nº DE ARTIGO: 3	NÍVEL DE EVIDÊNCIA: IV	TIPO DE ESTUDO: Quantitativo

ESTUDO	“Breastfeeding Education Interventions for health professionals: A synthesis of Intervention Studies” WATKINS, A.; DODGSON, J. (2010).	
PARTICIPANTES	Catorze artigos identificados através de revisão sistemática de estudos descritivos.	
INTERVENÇÕES	Relato de intervenção na educação para os profissionais de saúde, de forma a determinar a eficácia de intervenção (o aumento do conhecimento, autoconfiança e comportamentos) e mudanças na duração do aleitamento materno após os profissionais completarem a intervenção.	
RESULTADOS	A educação sobre amamentação pode ser eficaz no aumento do conhecimento e confiança dos enfermeiros. Taxas para a duração e exclusividade na amamentação também pode ser melhorado.	
Nº DE ARTIGO: 4	NÍVEL DE EVIDÊNCIA: V	TIPO DE ESTUDO: Quantitativo

QUADRO V – Tabelas de Análise dos Artigos