



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém

Intervenções de Enfermagem para a promoção da alimentação saudável na criança

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

Guida Mendes Coelho

Orientadora:

Professora Adjunta Fátima Saragoila

2013

Setembro

PENSAMENTO:

*“Não é a prática que ensina...
é a reflexão sobre a prática”*

Zheichnner, 1993

ÍNDICE DE SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEC- Curso de Mestrado e Especialidade Comunitária

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOTF - Grupo Internacional de Missão sobre a Obesidade

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PICO – P (população); I (intervenção); C (comparação); O (outcome)

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

SAPE – Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem

SINUS - Sistema Informático de Unidades de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCE – Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento

UCSPE – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Entroncamento

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

USFL – Unidade de Saúde Familiar Locomotiva

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Considerando a modificação de comportamentos alimentares em crianças, surge este relatório com os objetivos de refletir sobre as competências desenvolvidas em ensino clínico, nomeadamente as relacionadas com a educação das crianças e famílias, identificar estratégias de intervenção para a modificação da alimentação das crianças e analisar as intervenções realizadas durante o estágio tendo em conta, a melhoria dos cuidados, utilizando a evidência científica.

Durante o ensino clínico na UCC do Entroncamento foram desenvolvidas as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Nesta perspectiva foi realizado um estudo com uma população de 151 crianças em que 40 apresentavam peso acima do normal. Pelo que foi elaborado, planeado e implementado um projeto de estágio de forma a vencer esta realidade. Tendo em conta que a prática deve basear-se na melhor evidência científica, realizou-se uma revisão sistemática da literatura recorrendo à metodologia PI[C]O, com pesquisa de artigos científicos através da plataforma EBSCO nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, 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 na criança a modificação da alimentação?”.

Da Revisão Sistemática da literatura surgiram vários contributos, nomeadamente a importância da promoção da saúde efetuada pelos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, que desempenham um papel fundamental na educação sobre a alimentação desde o início da vida, para que se desenvolvam relações positivas entre a alimentação e o crescimento saudável. Assim como, a importância das visitas domiciliárias como uma estratégia para aumentar e melhorar a responsabilidade e alimentação materna, aumentar o tempo da amamentação com práticas adequadas, melhorar os padrões de crescimento infantil e a satisfação das mães.

Palavras-chave: Enfermagem, Promoção da saúde, Modificação da alimentação, Criança.

ABSTRACT

Considering the modification of eating behaviors in children , comes this report aiming to reflect on the skills developed in clinical teaching , particularly those related to education of children and families , identify intervention strategies for changing children's eating and analyze interventions during the stage taking into account the improvement of care , using scientific evidence .

During the clinical teaching in the UCC Entroncamento were developed skills of the Specialist Nurse in Community Nursing and Public Health . In this prospective study was conducted in 151 children in which 40 had above-average weight . From what has been prepared , planned and implemented an internship project in order to combat this reality . Given that the practice is based on the best scientific evidence , we carried out a systematic literature review using the methodology PI [C] O, with research papers through the platform in EBSCO databases CINAHL and MEDLINE , with order to promote reflection in action and on action . Was prepared following question in the format above : " What nursing interventions to promote change in the child 's diet? " .

Systematic Review of the literature were several contributions, including the importance of health promotion conducted by nurses Primary Health Care, which play a key role in education about food since the beginning of life, to develop positive relationships between food and healthy growth. As the importance of home visits as a strategy to increase and improve accountability and maternal nutrition, increase the time of breastfeeding with appropriate practices to improve child growth standards and the satisfaction of mothers.

Keywords: Nursing, Health Promotion, Modification of feeding, Child.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1 – ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ENSINO CLÍNICO NA UCC	
ENTRONCAMENTO	12
2 - PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUĐAVEL EM CRIANÇAS - INTERVENÇÃO DO	
ENFERMEIRO	26
3- CONCLUSÃO	33
4- BIBLIOGRAFIA	35
Anexos	41
Anexo I – Projeto de estágio	42
Anexo II- Planos de Sessão	46
Anexo III- Folheto sobre a Amamentação	51
Anexo IV- Protocolo de Cruzamento	54
Anexo V- Tratamento e apresentação dos resultados	56

INTRODUÇÃO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, deve adquirir competências que lhe permitam participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública, 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 (OE, 2011). Devido ao seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, assim como, uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2011).

Na sequência do estágio realizado na UCC do Entroncamento, de 20 de Fevereiro de 2012 a 15 de Junho de 2012, no âmbito dos Cursos de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, emergiu a realização de um Relatório que permitiu uma reflexividade sobre a prática. Este relatório surge como o culminar de um percurso iniciado com a identificação das necessidades da população do Entroncamento, implementação do projeto de intervenção comunitária, com vista ao desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Comunitária. 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 consequentemente respostas para novos desafios.

Desta forma, tendo em conta as necessidades identificadas pelos Profissionais da UCC Entroncamento, no Plano de Ação, para a população, foi realizado um estudo numa população de 151 crianças de 6 anos de idade, onde foram detetadas 45 crianças com peso acima do normal. Assim, considerando a importância deste problema para a saúde pública das populações na atualidade e no futuro, é necessário implementar estratégias que consigam travar o seu crescimento. Por outro lado, esteve inerente a necessidade, percebida pela

Enfermeira Chefe, de um conhecimento mais aprofundado, rigoroso e sistematizado dessa situação, bem como de saber quais os fatores que estão na origem da obesidade infantil no Entroncamento, para travar o seu crescimento.

Perante esta realidade, que constitui um problema de saúde pública, que exige uma estratégia e intervenção concreta para alterar o seu crescimento, despontou-se a necessidade de realizar pesquisas da literatura com o intuito de compreender melhor a temática da alimentação infantil e identificar fatores predisponentes para o desenvolvimento da obesidade infantil.

A prevalência da Obesidade está a aumentar em todo o Mundo a um ritmo alarmante, justificando a designação de epidemia global, que lhe é atribuída pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000). A prevalência de excesso de peso e obesidade em idade pediátrica parecem também estar a aumentar nos países desenvolvidos e noutras partes do mundo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006) a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde.

Este excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, isto é, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia gasta.

Interessados com estes alertas, os governos de toda a Europa consideraram a obesidade como um dos desafios de saúde pública mais importantes, com um especial enfoque nas crianças. Portugal não é exceção. Os últimos dados revelam a prevalência de obesidade em crianças entre os 7 e os 9 anos e reportam uma prevalência de excesso de peso e obesidade de cerca de 30%. Os autores do estudo salientam o grande aumento do IMC nas crianças, entre 1970 e 2002, que faz de Portugal um dos países da Europa com maior prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças (PADEZ, 2004). Em crianças de idade pré-escolar detetou-se uma prevalência de excesso de peso de 13,6% nos rapazes e 20,4% em raparigas e uma prevalência de obesidade de 6,5% e 6,9%, respetivamente, em rapazes e raparigas, num estudo em crianças dos 3 aos 6 anos de idade (RITO, 2006).

Existem dois fatores muito importantes e que estão na base do crescimento da obesidade infantil em Portugal, por um lado a mudança nos hábitos alimentares com a perda dos valores tradicionais da alimentação mediterrânica por parte dos pais o que se reflete diretamente nos comportamentos alimentares das crianças (menor consumo de sopa, frutos, hortaliças e legumes e menos cereais completos) e a opção por produtos de reduzido valor nutricional mas de elevada densidade calórica, isto é, alimentos pobres em nutrientes mas ricos em calorias e que podem aumentar excessivamente a massa gorda; por outro lado os portugueses são de todos os povos da União Europeia aquele que apresenta maior nível de

inatividade física entre os adultos. Na verdade sabe-se que pais pouco ativos têm maiores probabilidades que os seus filhos sejam igualmente crianças com baixo nível de atividade física (RITO, 2006).

Esta situação em rápida expansão despertou especialistas e políticos da União Europeia que assumiram o desafio através das suas políticas de segurança alimentar, saúde pública, educação, mercado interno, investigação e políticas agrícolas. Nomeadamente, através da criação de uma Plataforma Europeia de Ação da Saúde, Dieta e Atividade Física e da Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade, definida em Novembro de 2006, que descreve as linhas de orientação para travar o aumento dos casos de obesidade nas crianças e nos adultos.

O reconhecimento da urgência de atuar a nível nacional na vertente da prevenção e alerta à população portuguesa, levou o Ministério da Saúde, através da Direcção-Geral da Saúde, a criar a Plataforma Contra a Obesidade, sendo uma das suas prioridades a abordagem da Obesidade Infantil. O programa Obesidade Infantil apresenta-se como uma estratégia multifacetada onde o conhecimento epidemiológico através da realização de investigação que permita conhecer a prevalência da obesidade infantil e dos comportamentos alimentares e outros das crianças, bem como a prevenção no ambiente escolar assumem expressão máxima.

A estratégia de combate à obesidade infantil tem que ter, um carácter claramente multisectorial. De facto, só através de uma ação global, conjunta, bem estruturada, envolvendo todos os “atores” interessados poder-se-á cumprir os objetivos da carta europeia contra a obesidade.

A intervenção sobre os comportamentos alimentares e particularmente a abordagem do excesso de peso, sobretudo entre as crianças e jovens é uma urgência de saúde pública, pelo que as iniciativas se devem enquadrar e articular com o Plano Nacional de Saúde e com os objetivos do programa de abordagem integrada sobre os determinantes da saúde ligados ao estilo-de-vida e do Programa Nacional de Combate à Obesidade, do Programa Nacional de Saúde Escolar e outros programas que integram o Plano Nacional de Saúde. As iniciativas preconizadas neste plano enquadram-se em três áreas chave: os hábitos alimentares, a atividade física e o peso corporal.

A evidência científica, nomeadamente no estudo efetuado por BREDA e RITO (2006) indica que para atingir estas metas e objetivos, devem ser desenvolvidas estratégias em diferentes níveis:

- Escola e família: promover educação alimentar no contexto familiar, na escola e na comunidade e facultar alimentos e preparações alimentares mais adequadas e que respeitem a tradição alimentar de cariz mediterrânico.

- Ambiente local: desenvolver estratégias de informação e motivação das pessoas, sobre a importância de hábitos alimentares saudáveis para o seu bem-estar; estimular a prática de atividade física, particularmente junto dos jovens.
- Serviços de Saúde: tornar os profissionais de saúde, em particular dos cuidados primários mais capazes de identificar e de lidar com os problemas de saúde ligados com a alimentação; tornar sistemática a deteção de indivíduos com problemas de excesso de peso e obesidade. Local de Trabalho: desenvolver nos locais de trabalho projetos adequados de promoção da saúde e da alimentação saudável e atividade física; melhorar a adequação das opções alimentares disponibilizadas.
- Sector Alimentar: criar contextos de colaboração com a restauração, a hotelaria e a indústria alimentar no sentido da promoção e distribuição de alimentos que se possam enquadrar no âmbito de uma alimentação saudável.
- Avaliação e Monitorização: monitorizar a aplicação dos planos e avaliar os resultados obtidos, no contexto da estratégia.

No que diz respeito à obesidade infantil existem recomendações no âmbito do Programa Nacional de Combate à Obesidade, visando a sua abordagem e prevenção, nomeadamente preconizando a intervenção ao nível da educação para a saúde na escola, o estabelecimento de normas e orientações para o fornecimento da alimentação escolar incluindo as cantinas e os bufetes escolares, o envolvimento da família nas adequadas escolhas alimentares, a promoção de condições para o aumento da atividade física por parte das crianças e jovens, na escola e nos tempos livres e ainda do estabelecimento de regras e controlos das ações de marketing de produtos alimentares dirigidos a crianças.

Mas de que forma é que o Enfermeiro Especialista em enfermagem comunitária pode contribuir para mudar esta realidade?

Pretendeu-se então analisar todo o trabalho realizado. A prática dos cuidados de enfermagem envolve um conhecimento teórico atualizado, pressupondo uma formação contínua e constante, uma vez que, as questões que se apresentam no quotidiano necessitam de respostas baseadas na evidência científica. Face ao exposto considerou-se pertinente realizar uma revisão sistemática de literatura com recurso à metodologia PI[C]O, não com o objetivo de produzir investigação, mas sim desenvolver competências no âmbito da prática baseada na evidência, caminhando numa lógica de enfermagem avançada de forma a encontrar a melhor evidencia possível. A pesquisa de evidência proporciona uma base científica para a prática (LANCASTER e STANHOPE, 2011). Foi elaborada a seguinte questão no

formato referido: “Que intervenções de Enfermagem promovem na criança a modificação da alimentação?”

Definiram-se como objetivos para este relatório:

- Realizar uma análise reflexiva acerca das atividades desenvolvidas em Estágio;
- Fundamentar as competências desenvolvidas no estágio na UCC Entroncamento;
- Refletir sobre as competências desenvolvidas em ensino clínico, nomeadamente as relacionadas com a educação das crianças e famílias;
- Identificar estratégias de intervenção para a modificação da alimentação das crianças;
- Analisar as intervenções realizadas durante o estágio tendo em conta, a melhoria dos cuidados, utilizando a revisão sistemática de literatura;
- Obter o Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

O presente relatório encontra-se dividido em vários capítulos, iniciando-se com a análise crítica das competências desenvolvidas no ensino clínico no âmbito da UCCE. Posteriormente é apresentado o Projeto implementado durante o estágio, a RSL com posterior análise e discussão dos resultados. Finalizo com a Bibliografia e os anexos que complementam o documento em questão.

1 – ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ENSINO CLÍNICO NA UCC ENTRONCAMENTO

Para desenvolver as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como atualizar os meus conhecimentos sobre os cuidados de saúde primários, uma vez que trabalho nos cuidados de saúde diferenciados, desenvolvi o estágio na UCC do Entroncamento.

Embora a atividade assistencial major da intervenção da equipa seja na comunidade, a UCC funciona em espaço próprio no centro de saúde partilhando espaços na comunidade (escolas, instituições) para desenvolver a sua atividade assistencial.

As UCC têm como missão 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).

A UCC Entroncamento apresenta no seu Plano de Ação uma carteira variada de programas e parceiros comunitários com os quais tive oportunidade de partilhar experiências e desenvolver conhecimentos.

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 se conseguem ganhos em saúde. Para tal, é necessário a elaboração de diagnóstico de situação da comunidade como uma das primeiras etapas do planeamento. Como não conhecia a população do Entroncamento, as suas necessidades, problemas, recursos, parcerias, recorri a todos os dados disponíveis que permitissem dar contributo para caracterizar a comunidade.

Nesta agregação de dados, foi preponderante o conhecimento do terreno detido pelos profissionais do Centro de Saúde, o Pré Diagnóstico e as estatísticas do INE. O pré diagnóstico realizado pelo Núcleo Executivo do Conselho Local de Ação Social do Entroncamento, foi um documento que permitiu a identificação dos recursos humanos e materiais existentes e das necessidades e problemas, permitindo 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. Tendo, este pré diagnóstico sido elaborado em 2010, surgiu a necessidade de atualização deste documento, para estabelecer estratégias de resolução dos novos problemas e carências.

Assim, desde o início do estágio semanalmente colaborei em conjunto com outros técnicos na elaboração do diagnóstico social do Entroncamento, especialmente no que concerne ao contributo da saúde. Desta forma, recolhemos dados no Centro de Saúde do Entroncamento com o intuito de 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 em tempo útil e de acordo com as suas necessidades. Contudo, também integramos a equipa 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.

Como salienta TAVARES (2000), 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. Após todas as reuniões efetuadas pudemos determinar uma série de necessidades identificadas nos principais eixos estratégicos da rede social. Os grupos populacionais com necessidades identificadas 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, falta de participação das famílias no processo de educação dos filhos. Após a identificação destes problemas foi elaborado um plano de ação para o ano de 2013 de forma a estabelecer prioridades, fixar objetivos, determinar estratégias, atividades e indicadores de avaliação.

Só através do conhecimento dos problemas da comunidade, é que o enfermeiro pode intervir especialmente na área da promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

Segundo a carta de OTTAWA (OMS, 1986) 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.

Desta forma tendo presente 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, Prevenção da doença, 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).

Contudo, podemos relembrar que a prevenção primordial visa evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que se sabem contribuir para um risco acrescido de doença inclui políticas e programas de promoção de determinantes positivos de saúde, tais como: nutrição adequada, prática de exercício físico (ALMEIDA, 2004). Desta forma, é de extrema importância a promoção da saúde. A mobilização deste conceito prende-se com o facto da população onde se pretendia implementar o projeto de estágio ser maioritariamente saudável, segundo as fichas de ligação, contudo é de realçar também o conceito de prevenção primária que inclui o conjunto das actividades que visam evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou de uma população a um fator de risco ou causal antes que se desenvolva um mecanismo patológico. A finalidade deste nível de prevenção é reduzir a incidência da doença, através do controlo dos factores de risco ou causais, ou ainda reduzir o risco médio na população (ALMEIDA, 2004).

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 no Concelho do Entroncamento, a Enfermeira Chefe, proporcionou-me a oportunidade de integrar o Programa de Saúde Escolar, com o intuito de desenvolver posteriormente o projeto de estágio. Considerando 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, desta forma **“Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2011)** é uma das formas de obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente as intervenções em ambiente escolar que implicam uma interação que proporciona à equipa

promover nas crianças e jovens hábitos e comportamentos favoráveis à sua saúde, o que se repercutirá no seu bem-estar geral.

A Educação e Saúde são dois pilares indissociáveis e representam uma das áreas de trabalho de parceria dos Centros de Saúde. Se por um lado compete à educação proporcionar um espaço seguro e saudável, contribuindo para a adoção de comportamentos mais saudáveis, por outro, à educação e à saúde, cabe o desenvolvimento da pessoa e o progresso da sociedade, bem como a obrigação de manter e promover a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

A Escola, constitui um local de excelência para trabalhar com os alunos, professores, pais e comunidade envolvente no sentido de os capacitar para opções saudáveis, permitindo assim, aos alunos o desenvolvimento pleno das suas potencialidades, adquirindo competências para cuidarem de si próprios, serem solidários e capazes de se relacionarem positivamente com o meio.

Segundo a OMS (1999), nas metas de saúde para todos, estabeleceu metas de saúde para o século XXI, tendo a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, e os serviços de saúde, um importante papel na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que se refere à saúde das crianças e à escolarização. A meta 13 do documento HEALTH 21 (1999) prevê que, em 2015, 50% das crianças que frequentem o Jardim-de-infância e 95% das que frequentem a Escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde. Define Escola Promotora da Saúde (EPS) como aquela que inclui a educação para a saúde no currículo e possui atividades de saúde escolar. A maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de Programas de Saúde Escolar efetivos.

No Concelho do Entroncamento existem vários estabelecimentos de ensino básico público (Escola Básica António Gedeão, Escola Básica da Zona Verde, Escola Básica Entroncamento n.º 2, Escola Básica Tílias) para a integração das crianças a partir dos 6 anos. Contudo, não existe resposta suficiente para as crianças até esta idade no público (Jardim de Infância António Gedeão, Jardim de Infância da Zona Verde e Jardim de Infância Sophia de Mello Breyner) e estão identificadas somente 6 amas em regime de creche familiar, pelo que as restantes estarão eventualmente entregues a creches, jardins-de-infância privados e a amas sem a qualificação necessária para o exercício da sua atividade, este problema está identificado no plano de ação de 2013 para o Entroncamento, mas de difícil resolução, uma vez que é difícil identificar as amas ilegais.

No Programa de Saúde Escolar, da leitura do Plano de Ação da UCCE depreendi a importância que a equipa da UCC, fornecia à alimentação infantil, bem como à monitorização da obesidade infantil, tendo previsto na sua Carteira de serviços dois Programas a implementar nas Escolas Básicas (PASSE - Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar e o + Saúde! - projeto de intervenção nas crianças e jovens com excesso de peso e obesidade), contudo por falta de recursos humanos, os dois projetos estavam suspensos. Como forma de colmatar esta necessidade, resolvi investir nesta área e comecei por elaborar um estudo cuja população alvo 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 população 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. Além disso, as crianças adquirem novas competências e aprendizagens, os comportamentos moldam-se, apresentam uma forte motivação para aumentar os horizontes intelectuais, iniciam alguma autonomia dos pais (LOUREIRO, 2004). Conforme PADEZ (2004) os hábitos alimentares aprendidos durante a infância determinam os comportamentos alimentares na idade adulta.

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, contudo, para pesquisa dos restantes dados (hábitos alimentares) efetuaram-se chamadas telefónicas. 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.

Para a realização das chamadas telefónicas foi previamente elaborado um guião com algumas questões, nomeadamente: Se a criança mamou ou não? Até que idade mamou exclusivamente? Quando iniciou a alimentação começou pela sopa ou pela papa? Foram seleccionadas apenas estas questões, porque a realização do estudo teve por base um estudo efetuado anteriormente na UCC Entroncamento, em que foram estudados estes fatores como predisponentes para a obesidade infantil. Quando realizei o estudo pareceu-me a decisão mais

correta, fazer apenas algumas questões, uma vez que as perguntas eram feitas por telefone e as mães não dispunham de muito tempo para uma entrevista mais alargada. Atualmente, após alguma reflexão e tendo em conta os conhecimentos adquiridos considero que a abrangência das questões foi diminuta para um tema tão abrangente. Não consegui caracterizar a alimentação das crianças, hábitos de exercício físico, número de refeições das crianças que contatei, pelo que os dados se revelaram insuficientes e muito redutores para fazer uma avaliação inicial da situação.

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 ou Índice de Quetelet, do nome do matemático belga Adolphe Quetelet (1796-1874) que o desenvolveu. Índice de Massa Corporal 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 o tratamento e análise dos dados através do programa SPSS, 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.

De acordo com o estudo de FONSECA ET AL. (1998), o tipo de alimentação e os comportamentos alimentares das crianças dependem fortemente dos progenitores e das suas perceções e preocupações acerca de qual é a melhor alimentação para os seus filhos e acerca

dos riscos associados à obesidade, sendo estes os factores que condicionam as opções das escolhas dos alimentos.

Após a verificação de que 26,5% das crianças têm peso acima do normal, e de acordo com 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 BREDÁ,2006).

Tendo em conta estes dados e o papel do Enfermeiro na promoção e capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde, desta forma “**O Enfermeiro contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades**” (OE, 2011), o objetivo da enfermagem era ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias (PENDER, 2002). Tendo em conta que a escola assume um papel fundamental na promoção de estilos de vida saudáveis, sendo um local privilegiado de intervenção, tendo em vista a participação no plano de ação da unidade onde decorreu o estágio, nasceu o projeto (Educar para promover – Capacitar para adquirir uma alimentação saudável – intervenção em crianças de 6 anos) (Anexo I) que visava contribuir para o crescimento saudável da população da área de abrangência da UCC do Entroncamento, numa perspectiva de prestação de cuidados de enfermagem integrados, articulados e de grande proximidade.

O projeto apresentava como objetivos:

- Incrementar a informação dos alunos sobre alimentação para que consigam tomar opções conscientes e responsáveis no que se refere às escolhas alimentares;
- Alcançar que 50 % dos alunos do 1º ciclo consumam, diariamente, fruta e legumes;
- Alcançar que 60% dos alunos tomem, diariamente, um pequeno-almoço saudável;
- Conhecer o Percentil de IMC em 90 % das crianças;
- Alcançar que 60% das crianças com Percentil de IMC \geq 85 tragam de casa merendas saudáveis;
- Adquirir que 5% das crianças com Percentil de IMC \geq 85 diminuam o IMC.

O tema alimentação foi vital para o desenvolvimento do meu projeto, pois as crianças iniciam a alimentação com os pais depois com as amas e posteriormente na escola, contudo, as transformações ocorridas nas sociedades, decorrentes da melhoria do nível de vida e das transformações e exigências sociais, associadas aos progressos nos métodos de produção dos alimentos e à modificação na comercialização dos produtos alimentares, contribuíram para uma mudança significativa do padrão alimentar da União Europeia (OMS,2009).

Durante a pesquisa da literatura para a elaboração das sessões de educação, verifiquei que existia uma relação entre a obesidade infantil e a existência ou não de 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).

Torna-se pois de extremo benefício ensinar as futuras mães para que amamentem os seus bebés e depois cumpram uma alimentação saudável. Tendo em conta a importância da amamentação para o futuro das crianças, considerei importante a colaboração no Programa de Saúde Reprodutiva da UCCE, nomeadamente nos Encontros de Preparação para a Parentalidade, durante os quais desenvolvi uma sessão de educação sobre a importância da “Amamentação”. Esta sessão foi desenvolvida ao nível da promoção da adesão à amamentação, em 15 grávidas residentes no Concelho do Entroncamento, referenciadas nas fichas de inscrição dos Encontros de Preparação para a Parentalidade. Como forma de preparação da sessão foi elaborado um plano de sessão (anexo II) que serviu de roteiro para a apresentação dos conteúdos. A sessão apresentou uma série de conteúdos desde a fisiologia da mama, amamentar, vantagens e desvantagens e principais problemas que podem acontecer e qual a forma de resolução. Desta forma, as grávidas tiveram oportunidade de adquirir competências para realizar uma escolha informada, aquando da decisão de amamentar ou não. No final foram entregues folhetos sobre o tema (anexo III), para que pudessem ler em casa de forma mais tranquila. Das 15 grávidas inscritas todas se envolveram na sessão de educação para a saúde, uma vez que procuravam adquirir conhecimentos e esclarecer dúvidas.

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).

Assim, considerei importante para a concretização do meu projeto a participação no Programa da UCCE Creches que tem como objetivo dar formação às Amas, para manterem a informação atualizada. Segundo o Modelo de Promoção da Saúde o comportamento anterior e as características herdadas e adquiridas influenciam as crenças, a afetação e regulamentação de comportamento de promoção de saúde (PENDER, 2002). A sessão foi realizada no Centro Social e Paroquial do Entroncamento com o tema: Alimentação no 1º ano de vida. Este programa proporciona às seis amas inscritas na Segurança Social do Entroncamento a formação necessária para a atualização de conhecimentos e competências. Desta forma, a

sessão de educação para a saúde, desenvolveu conteúdos sobre a introdução dos alimentos ao longo do 1º ano de vida, quais os alimentos mais adequados. Ao longo de toda a sessão as mães esclareceram as dúvidas que apresentavam. Nesta sessão compareceram a totalidade das mães.

Desta forma, evidenciaram-se as atividades de educação para a saúde, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político (OE, 2011).

A promoção de comportamentos saudáveis deve resultar numa melhoria da saúde, da capacidade funcional e numa melhor qualidade de vida através de todos os estágios de desenvolvimento. 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).

Tendo em perspectiva a implementação do projeto de estágio, que teve a sua origem no estudo quantitativo anteriormente efetuado, com as crianças de 6 anos do Concelho do Entroncamento, em que 40 em 151 apresentavam peso acima do normal, apresentava-se o desafio de alterar esta realidade, tendo em conta a promoção da saúde. 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).

Por sugestão da Enfermeira Orientadora de estágio, a implementação foi iniciada na Escola Básica nº2 do Entroncamento numa turma do 1ºano com crianças de 6 anos. Foi planeada uma série de sessões de educação para a saúde a decorrerem ao longo do ano letivo. Para as sessões planeou-se abordagens temáticas diferentes: “Alimentação Saudável”, “A roda dos alimentos”, “A Importância do pequeno-almoço e do lanche”, “O almoço e o jantar”, “A fruta na nossa alimentação”, “O que aprendi sobre a alimentação saudável?”. Para a realização da sessão foi realizado o plano de sessão (anexo II), constituído por objetivos e planeamento da sessão tendo em conta o conteúdo, o método e os recursos disponíveis.

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). Na perspectiva de desenvolver esta competência foram criados os seguintes indicadores: percentagem do número de crianças de 6 anos, identificação dos alunos com excesso de peso, percentagem de crianças que consomem

fruta e legumes diariamente, percentagem de crianças que tomam o pequeno-almoço, referenciação das crianças com percentil de IMC > 85, para outros técnicos de saúde. Estes indicadores deveriam ter sido aplicados no início da intervenção e no final da intervenção, de forma a ser realizada uma avaliação dos ganhos em saúde.

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).

Analisando e refletindo sobre o trajeto efetuado, considero que quando elaborei o projeto de estágio não assumi a sua importância, pois seria um guia orientador de todo o percurso a efetuar, dessa forma, encaro as falhas como uma oportunidade para refletir e melhorar o meu percurso. Inicialmente efetuei a 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 UCC Entroncamento e toda a rede social com quem tive oportunidade de participar em várias reuniões de forma a diagnosticar as necessidades da população do Entroncamento.

Relativamente à identificação dos problemas e fatores de risco de saúde da comunidade, considero que através do estudo efetuado, houve a identificação de um problema/fator de risco para a comunidade do Entroncamento. Contudo, na fase de planeamento do projeto em que deveria estabelecer prioridades e objetivos concretos e atingíveis e de acordo com estes estabelecer uma estratégia de intervenção com diferentes atividades, não foi planeado da melhor forma, uma vez que o planeamento das atividades superou o tempo previsto para o estágio. Após este tempo de reflexão considero 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.

Quanto ao planeamento do projeto foram mobilizados conhecimentos das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades, com a preparação das sessões de educação para a saúde. Esta foi a única atividade prevista. Se tivesse planeado as atividades de forma mais organizada poderia realizar outras atividades que poderiam ter enriquecido os conhecimentos das crianças e melhorado a implementação do projeto.

Após a realização das atividades propostas seria necessário a avaliação das intervenções, em que se apreciavam os efeitos do projeto, comparando os objetivos com os resultados atingidos. Não foi possível realizar, uma vez que a avaliação final não foi efetuada. Contudo, é necessário a avaliação de programas de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (OE,2011), pois só através da monitorização da eficácia dos programas e projetos de intervenção se conseguem a quantificação dos ganhos em saúde da comunidade. Desta forma a criação de indicadores de avaliação tornam-se muito importantes. Após a avaliação seria necessário a reformulação dos objetivos e projetos com base na variação atingida.

Todavia, com a execução do meu projeto, não posso concluir se contribui para a melhoria dos hábitos alimentares das crianças do Concelho do Entroncamento, uma vez que não apliquei instrumentos de medida inicial e após as intervenções realizadas. Considero que após este tempo de reflexão, as atividades desenvolvidas no UCC do Entroncamento permitiram-me desenvolver as competências do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, contudo, teria sido mais enriquecedor a focalização no projeto de estágio com o desenvolvimento de todas as etapas e atividades previstas.

Tendo em conta o projeto desenvolvido no ensino clínico e de acordo com a plataforma de luta contra a obesidade, coloca-se a necessidade de reformulação de estratégias que visem a promoção de hábitos alimentares saudáveis e uma vida mais ativa. 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. Desta forma, a prática baseada na evidência “conceptualizada como o uso consciente e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisões sobre o cuidar da pessoa” (ATALLAH e CASTRO, 1998) torna-se fundamental.

Neste sentido, corrobora-se a pertinência de realizar uma revisão sistemática de literatura com recurso à metodologia PI [C] O, da elaboração da questão de investigação e 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.

O tratamento na obesidade infantil, recorre à orientação dietética, aumento da atividade física e modificação de hábitos de vida e, para muitas crianças, é totalmente eficaz. Contudo, a tentativa de modificação nos hábitos de vida das crianças obesas, estimulando a criança a realizar refeições saudáveis e equilibradas, não pode ser isolado da família. Os programas de tratamento de crianças obesas que incluem múltiplos membros da família têm

mais sucesso a longo prazo que os programas que incluem somente a restrição alimentar da criança obesa (PADEZ, 2005).

Relativamente à alimentação a DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2005) defende que a alimentação

“Assegura a sobrevivência do ser humano, fornece energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo, contribui para a manutenção do estado de saúde físico e mental, desempenha um papel fundamental na prevenção de doenças (obesidade, HTA, diabetes) e contribui para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes”.

Tendo em conta que a modificação da alimentação, no sentido de alterar os hábitos anteriores e promover uma alimentação mais saudável e equilibrada é muitas vezes suficiente para a melhoria da obesidade infantil, mobilizei para a revisão da literatura o termo modificação da alimentação.

Utilizei o conceito de criança com idade compreendida entre o nascimento até aos doze anos. A criança passou a “ser vista como um ator social dotado de pensamento reflexivo e crítico” (FORMOSINHO, 2004). Esta conceção, promove a valorização das suas ações, considerando-as seres inteligentes, socialmente competentes e com capacidades de realização, dotadas de emoções e sentimentos à luz das suas próprias vivências. Do ponto de vista do comportamento alimentar, o período pré-escolar é caracterizado por um apetite irregular, por vezes apresentam seletividade em relação aos alimentos, resistência em experimentar novos sabores e texturas (neofobia alimentar), e desejo de comer apenas os alimentos favoritos. É assim típica, uma certa monotonia alimentar, caracterizada por uma dieta limitada e pouco diversificada (PLINNER e LOEWEN, 1997). Estes comportamentos têm justificação fisiológica, face aos menores ganhos no crescimento desta etapa da vida, que revertem posteriormente, no período de recuperação, que ocorre habitualmente entre os 5 e os 7 anos de idade, onde aumenta o depósito de gordura (WHITAKER et al., 1998; DIETZ, 2000).

Relativamente às Intervenções de Enfermagem são divididas em autónomas e interdependentes, para esta revisão da literatura é importante mobilizar as ações autónomas realizadas pelos enfermeiros, 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).

Considerando, o que foi mencionado anteriormente foi formulada uma pergunta em formato PI [C] O, “**Que intervenções de Enfermagem (I) promovem na criança (P) a modificação da alimentação (O)?**”, a qual se constituiu como guia orientador para a revisão sistemática de literatura.

P	Participantes	Quem foi estudado?	Crianças
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenção de enfermagem
(C)	Comparação	Pode existir ou não?	-----
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências	Modificação da alimentação

Quadro 1: Critérios para a formulação da pergunta PI [C] O

Após definição da pergunta, iniciou-se o processo de pesquisa, que na sua gênese tem a identificação das palavras-chave. Nesta situação e após terem sido submetidas a validação na plataforma MeSH (Medical Subjects Headings) Browser, foram apontadas as seguintes palavras-chave: **Nurs*** (Intervenção de Enfermagem), **Health Promotion** (Promoção da Saúde), **Feeding modification** (Modificação da alimentação), **Child** (Crianças). Importa referir que apenas a conjugação de feeding modification não é descritor, embora o termo feeding seja descritor, relativamente às restantes palavras-chave são consideradas todos descritores.

Com a finalidade de selecionar os artigos da pesquisa e considerando a questão de investigação estabeleceram-se alguns critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- ✓ Estudos com evidência científica, quantitativos ou qualitativos;
- ✓ A pesquisa baseou-se em artigos científicos publicados em texto completo (PDF);
- ✓ Artigos científicos publicados com resumo disponível;
- ✓ Estudos em que pelo menos um dos autores é Enfermeiro e desempenhe um papel importante na educação e promoção da saúde;
- ✓ Estudos que descrevam intervenções que modifiquem os comportamentos alimentares das crianças.

Critérios de exclusão:

- ✓ Estudos em outras línguas que não o inglês, português, francês ou castelhano (por incapacidade/desconhecimento do investigador para traduzir outras línguas);

- ✓ Estudo em que não estejam refletidos a Intervenção de enfermagem para a promoção da modificação da alimentação.

Posteriormente, procedeu-se à seleção de artigos científicos através da plataforma de pesquisa EBSCO, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, British Nursing Index e MedicLatina with Full Text, disponível no site da Ordem dos Enfermeiros a 15 de Maio de 2013. Foram selecionados os artigos científicos publicados em texto integral, no período compreendido entre Maio 2008 e Maio 2013. A escolha do filtro cronológico deve-se ao fato de ser objetivo abordar o que tem sido escrito na atualidade sobre a temática em questão.

Realizou-se a pesquisa inicialmente com as palavras-chave isoladas e posteriormente efetuou-se o seu cruzamento duas a duas inicialmente até à conjugação das quatro palavras-chave de onde resultaram 45 artigos. Após este percurso metodológico foi efetuada leitura dos títulos e foram selecionados 35 artigos, posteriormente foram lidos os resumos e feita a pré-seleção final dos 12 artigos (Anexo IV). Seguidamente procedeu-se à leitura integral do conteúdo dos referidos artigos e foram apurados 6 artigos finais de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos e evidência demonstrada, cuja análise e discussão se apresenta a seguir.

2 - PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUĐAVEL EM CRIANÇAS - INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Após a leitura dos seis artigos selecionados foram elaboradas as respectivas tabelas de análise (anexo V). As tabelas efetuadas referem o tipo de estudo selecionado, os participantes, as intervenções realizadas, os resultados, assim como o nível de evidência do mesmo. Para classificar a evidência dos estudos foi utilizada uma escala de sete níveis de acordo com GUYATT, RENNIE (2002).

Da análise dos artigos consultados, é visível a importância da intervenção dos profissionais de saúde e do enfermeiro para a modificação dos comportamentos alimentares, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários de forma a identificar as necessidades dos indivíduos, famílias e grupos numa determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados. Na UCC Entroncamento o Enfermeiro é um parceiro ativo, a sua opinião é valorizada pelos outros. É o elo mais perto das crianças, famílias e comunidade que procura esclarecer dúvidas, articulação com outros profissionais ou resolver as necessidades mais prioritárias.

O artigo de SLUSSER; ROSALES; KUO (2010) estuda a população latina, porque a prevalência de sobrepeso e obesidade é alta em crianças com idade pré – escolar nos Estados Unidos da América, contudo é superior nas comunidades Américo Latinas, em que uma em cada três crianças tem sobrepeso ou obesidade. Os pais e os prestadores de cuidados de saúde desempenham um papel fulcral na intervenção precoce, pois podem moldar desde cedo os hábitos alimentares. Contudo, é fundamental praticar as perceções parentais de saúde e peso, uma vez que muitos pais subestimam o peso dos seus filhos e definem excesso de peso, com referência à falha na mobilidade, a magreza é associada a problemas de saúde.

De acordo com as diretrizes dos Estados Unidos da América, os prestadores de cuidados de saúde primários devem fornecer uma avaliação anual das crianças acima dos dois anos de idade, onde promovem o ensino e esclarecimento de dúvidas. No entanto, os estudos

efetuados por TAVERAS, et al (2008) sugerem que a qualidade dos cuidados de saúde e a promoção da saúde estão abaixo do ideal.

As mães definem saúde e peso tendo em conta as capacidades de uma criança para mover-se, uma criança saudável é mais ativa e brincalhona do que com excesso de peso. O peso provoca o declínio da capacidade física. SLUSSER et al (2010) identifica o papel dos enfermeiros de cuidados de saúde primários na definição de um peso saudável, através da avaliação do IMC em todas as crianças latinas maiores de 2 anos de idade. Porém, foram implementadas várias estratégias para a prevenção da obesidade infantil, tais como: aumento da atividade física, controle da quantidade da alimentação e tipo de alimentos ingeridos. Todavia, os bairros onde vivem estas famílias não são seguros pelo que foi necessário adaptar a estratégia à situação, motivar a andar de escadas, ir ao parque, dançar para cumprir a meta do exercício físico. Relativamente à alimentação, tendo em conta a origem latina, foi necessário dar mais opções saudáveis e maior disponibilidade de alimentos saudáveis como a fruta e os vegetais.

O Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve assegurar o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e cultural (OE, 2011).

Os Enfermeiros de Cuidados de saúde Primários têm de inserir a criança no seio da família e da comunidade onde habita, pelo que, quando se planeia uma intervenção neste âmbito, é indissociável não considerar o Modelo de Promoção da saúde que considera todos os fatores envolventes. Durante o ensino clínico na UCC Entroncamento, pude acompanhar as consultas de Saúde Infantil e Juvenil na USF que se iniciam ao longo do primeiro ano de vida até aos 18 anos de idade e têm como função promover o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças ao longo do tempo (DGS, 2005).

O estudo realizado por LINDSAY, SUSSNER, GREANEY, WANG, DAVIS e PETERSON (2012) vem reforçar as questões que estão presentes no primeiro artigo, os dados de vigilância em nutrição pediátrica mostrou que 36% das crianças latinas com idades compreendidas entre 2-5 anos têm sobrepeso ou são obesas.

Os autores relembram a importância da família para o desenvolvimento dos comportamentos relacionados com os alimentos, os pais proporcionam não só a predisposição genética, mas também servem como modelos para promover interações saudáveis com a alimentação e criar ambientes domésticos que moldem as experiências dos filhos com a

comida e o ato de comer. Além disso, as diferenças culturais nas práticas da alimentação dos pais, podem ter implicações para as intervenções, a aculturação está associada às mudanças de comportamento alimentar e conseqüentemente à obesidade.

Este contributo vem reforçar a ideia de que apenas quando existe envolvimento da família poderá existir modificação dos hábitos alimentares. Este artigo obriga a uma reflexão relativamente ao ensino clínico efetuado, uma vez que a família das crianças não foi considerada para a intervenção realizada, contudo após a revisão sistemática de literatura verifica-se a importância que a família apresenta para a modificação dos hábitos alimentares da criança.

SORENSEN et al (2003) desenvolveu uma adaptação do Modelo ecológico social e do Modelo contextual, relatando a influência das classes sociais e cultura nas famílias, a nível individual, interpessoal, organizacional e ambiental. Desta forma, os autores construíram um questionário que avalia os hábitos alimentares nas crianças, os fatores socioculturais, ambientais e as influências organizacionais na população latina de forma a orientar futuros programas e intervenções de promoção de saúde.

Este modelo apresenta semelhanças com o Modelo proposto e desenvolvido por Nola Pender, o Modelo de Promoção da Saúde, em que segundo PENDER (2002) o comportamento anterior e as características herdadas e adquiridas influenciam as crenças, a afetação e regulamentação do comportamento de promoção de saúde.

A perspectiva de construção de um questionário para avaliação dos hábitos alimentares, abre caminho para a pesquisa e elaboração de projetos nesta população. Durante o meu estágio, para a avaliação dos hábitos alimentares das crianças, antes da intervenção, deveria ter utilizado um instrumento de medida que me permitisse avaliar os hábitos alimentares das crianças. Este instrumento deveria ser aplicado após a intervenção novamente para avaliar os ganhos em saúde. Contudo, o questionário construído para avaliação dos hábitos alimentares das crianças latinas, apresenta uma limitação, apenas pode ser aplicado à população latina.

Outro artigo que emergiu da pesquisa efetuada é da autoria de HORODYNSKI, OLSON, BAKER, HERB, AULD, EGEREN, LINDAU, SINGLETERRY (2011) consideram que as más práticas alimentares durante a infância contribuem para o risco de obesidade infantil, nomeadamente a transição do leite para os alimentos sólidos. Desta forma, é necessário intervir na primeira infância, onde as intervenções sobre a alimentação são preventivas.

Neste artigo, as mães referem indicadores como “dormir toda a noite”, e conselhos dos membros da família para alimentar os seus bebés. O enfermeiro possui um papel

importante na medida em que deve ensinar a alimentar de forma eficaz desde o início para que se desenvolvam relações positivas entre a alimentação e o crescimento saudável.

Desta forma, foi perspectivado a Healthy Babies intervenção saudável, que pretende ajudar as mães com menores capacidades económicas a fazer a transição dos alimentos, tendo em conta o seu contexto cultural e familiar. O foco deste projeto foram as visitas domiciliárias com vista a aumentar a responsabilidade materna, a melhorar a alimentação materna, aumentar o tempo da amamentação com práticas adequadas, para melhorar os padrões de crescimento infantil e a satisfação das mães.

Neste artigo a visita domiciliária apresenta-se como a estratégia de eleição para adequar as práticas realizadas de forma a educar a mãe na transição dos alimentos.

No estudo de DUNCANSON; BURROWS; COLLINS (2012) as inadequações alimentares, nomeadamente o consumo insuficiente de legumes e o excesso de alimentos calóricos foram a causa de preocupação destes autores. Como os pais desempenham um papel fundamental para o desenvolvimento do comportamento alimentar, foi necessário haver um envolvimento dos pais para que qualquer intervenção infantil precoce resulte. Os pais que autorizarem, por escrito participar de livre vontade foram enviados, o Questionário de Frequência Alimentar, questionário de alimentação infantil, instruções para o preenchimento e devolução de pesquisas, e um envelope de retorno já selado. Como forma de substituir a intervenção face-a-face este artigo proporcionou a experiência realizada nas zonas rurais da Austrália, onde há menor disponibilidade e acesso aos serviços de saúde, mas é necessário promover a educação para a saúde. Assim, foi criado um cd interativo sobre nutrição, dividido em módulos: cinco grupos de alimentos, gorduras alimentares, guloseimas, lanche saudável, alimentos baratos e leitura de rótulos. Também foi elaborado um Guia para os pais desde o nascimento até aos cinco anos, que contem seções para os recém-nascidos, bebés e crianças. Um livro de receitas e um Guia de bolso para as compras de supermercado.

Contudo, é fundamental a avaliação das estratégias implementadas, se superam as necessidades educacionais dos pais e promovem alterações nos comportamentos alimentares, que são refletidas em mudanças mensuráveis no consumo alimentar das crianças. Este artigo, considera relevante um acompanhamento de 12 meses para avaliar a eficácia da intervenção. A colheita de dados é efetuada aos três e 12 meses e envolve a administração repetida de todos os questionários aplicados no início do estudo.

A seleção deste artigo aplica-se com a novidade de implementação de soluções que podem ajudar as populações na mudança de comportamentos apesar da escassez de recursos

humanos. Contudo, alerta para o facto de que não basta implementar as medidas, mas necessita de avaliação permanente para que se possam assegurar os resultados esperados.

A preocupação da OMS também está presente através das metas da Health People 2020. Neste artigo dos autores INMAN; BAKERGEM;LAROSA; LARR (2011) refletem sobre a importância das metas para os profissionais de saúde, de forma a melhorar os resultados de saúde e diminuir as disparidades na saúde. Demonstra o papel das escolas na educação para a saúde. OMS (2010) define escola Promotora de saúde como aquela que organiza políticas, procedimentos, infraestruturas e atividades para proteger e promover a saúde e o bem-estar dos seus alunos, professores, administradores, funcionários e comunidade. Contudo, é necessário colaboração entre os profissionais de saúde e as escolas para melhorar a educação e a promoção da saúde.

Este artigo, remete-nos para uma revisão sistemática da literatura, uma vez que, o uso de programas baseados em evidências melhora a qualidade, aumenta a probabilidade de produzir o resultado desejado e proporciona a alocação eficiente de recursos nas escolas e comunidades. As estratégias para melhorar a obesidade infantil, relatadas incluem o aumento de preços dos alimentos e bebidas gaseificadas, encorajar o aleitamento materno, incentivar a atividade física em comunidades seguras. Apesar de, existir em programas disponíveis para implementação, faltam as evidências a longo prazo da sua implementação. Além disso, levam tempo e a probabilidade para o sucesso é reforçada quando são executados tendo em conta as relações entre o aluno, família, escola, comunidade e sociedade. As escolas são um elo muito importante para a promoção da saúde e representam um papel significativo na promoção da alimentação saudável das crianças, por isso é necessário, que exista uma relação de entreaajuda entre o enfermeiro de cuidados de saúde primários e a escola.

GILL e BOYLAN (2012) sentiram a necessidade de despertar os profissionais de saúde para a multicausalidade da obesidade, que requer ações em vários níveis e em vários sectores para permitir a mudança de comportamento. Uma vez que, segundo os autores a obesidade resulta de um prolongado período de desequilíbrio energético onde o consumo da comida e da bebida excede o gasto de energia para os processos metabólicos e atividade física. Várias são as iniciativas de prevenção e educação para a saúde. Contudo, presentemente não há evidência de sucesso entre as campanhas, por isso, sentiu-se necessidade de fornecer aos profissionais de saúde novas recomendações e métodos que tenham mais sucesso. Um veículo de mobilização de informação rápido, são as campanhas de sensibilização nos mass media e web, fornecendo conhecimento e mudança de atitudes. Muitos países investem, neste tipo de estratégia, mas não existem dados sobre a sua eficácia, pois muitas vezes não são avaliadas, ou

são avaliados num período de tempo muito curto, que não é suficiente para identificar o impacto das medidas implementadas.

Os cuidados de saúde têm desempenhado um papel fundamental, avaliações recentes de intervenções de educação em saúde nos cuidados de saúde primários têm mostrado algum impacto positivo sobre a ingestão alimentar, atividade física e peso. Estas intervenções focalizam-se nas Comunidades, especialmente nos grupos desfavorecidos que muitas vezes não apresentam habilidades para preparar refeições saudáveis. KUIPERS (2010) sugere que as hortas comunitárias podem aumentar o consumo de frutos e vegetais. Contudo, este artigo revela preocupação em entender porque os programas implementados não têm impacto na prevalência da obesidade. E para essa questão existem respostas plausíveis: os programas de educação muitas vezes não reconhecem as limitações de saúde e educação ou a relação entre a comunicação em saúde e a mudança de comportamento.

Por outro lado, a obesidade é provocada por uma matriz complexa e inter relacionada de factores que influenciam os comportamentos, o que leva a concluir que a educação isoladamente é insuficiente para a mudança de comportamento de forma a reduzir o peso. Finalmente, o público tem vindo a aumentar a desconfiança em relação aos profissionais de saúde, o que os torna mais relutantes a aceitar os conselhos ministrados. No entanto, para modificar a alimentação das crianças é necessário uma mudança de comportamento, o que exige o uso da comunicação e das Teorias de mudança de comportamento de saúde, incluindo o Modelo de crenças em saúde e a Teoria social cognitiva que reconhecem que só o conhecimento permite a modificação de comportamentos.

GILL e BOYLAN (2012) demonstram que apesar das estratégias de educação para a saúde utilizadas para travar a prevalência da obesidade, a sua natureza multicausal, pode limitar a prevenção. Existe uma energia poderosa social e ambiental que influencia a ingestão alimentar e o gasto de energia. A susceptibilidade das crianças a estas forças é influenciada pelo psicológico (auto estima, stress, individualismo), fatores biológicos e genéticos (sexo, idade, atividade hormonal) sobre o qual têm pouco ou nenhum controle, por isso, o foco atual é a sociedade e os fatores ambientais que influenciam a nutrição.

Os autores demonstram que só é possível modificar os hábitos alimentares com campanhas que incluem diversos setores da sociedade, nomeadamente: escolas/ creches, projeto urbano, transportes, meios de comunicação, locais de trabalho, indústria alimentar, apoio às famílias e cuidados de saúde. Alguns exemplos destes projetos, produzindo resultados positivos nas comunidades dos Estados Unidos, Austrália e França. O maior desses projetos

EPODE (Ensemble, Prevenons l'obésité des Enfants) em 10 cidades de França, destinado a crianças com idades entre 5- 12 anos.

As contribuições da revisão sistemática da literatura, são várias, nomeadamente, os prestadores de cuidados de saúde, especialmente os enfermeiros de cuidados de saúde primários desempenham um papel fulcral na intervenção precoce, no ensino da alimentação de forma eficaz desde o início da vida para que se desenvolvam relações positivas entre a alimentação e o crescimento saudável pois podem moldar desde cedo os hábitos alimentares.

As mães com menores capacidades económicas precisam de mais ajuda e apoio na transição dos alimentos, tendo em conta o seu contexto cultural e familiar. As visitas domiciliárias aumentam a responsabilidade materna, a melhoraram a alimentação materna, aumentam o tempo da amamentação com práticas adequadas e melhoraram os padrões de crescimento infantil e a satisfação das mães.

Idealmente os pais desempenham um papel de ajuda no desenvolvimento de preferências alimentares adequadas, oferecendo uma gama de alimentos saudáveis, em várias ocasiões. Contudo, compete aos profissionais de saúde educar os pais para o tamanho da porção de acordo com o tamanho e idade da criança. As Enfermeiras de cuidados de saúde primários oferecem apoio e orientação sobre o aleitamento materno, nutrição, paternidade, sono seguro, segurança, imunização e problemas de saúde.

Além dos pais e dos profissionais de saúde a Health People 2020, demonstra o papel das escolas na educação para a saúde. É necessária colaboração entre os profissionais de saúde e as escolas para melhorar a educação e a promoção da saúde.

Os cuidados de saúde têm desempenhado um papel fundamental. Avaliações recentes de intervenções de educação em saúde nos cuidados de saúde primários têm mostrado algum impacto positivo sobre a ingestão alimentar, atividade física e peso. Só é possível modificar os hábitos alimentares com campanhas que incluem diversos setores da sociedade, nomeadamente: escolas/ creches, projeto urbano, transportes, meios de comunicação, locais de trabalho, indústria alimentar, apoio às famílias e cuidados de saúde.

Com a realização da RSL analisei alguns fatores responsáveis pelo aumento de peso nas crianças e quais as estratégias/ medidas implementadas pelos Enfermeiros de Cuidados de saúde Primários para travar esta epidemia. Desta forma, posso verificar que obtive as respostas que procurava, contudo poderia incluir na próxima revisão da literatura as famílias como um elo bastante importante da corrente.

3- CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório revelou-se gratificante ao permitir uma atitude reflexiva de todo o percurso efetuado desde o início do ensino clínico até à análise dos resultados da Revisão Sistemática da Literatura, o que desencadeou o desenvolvimento de competências ao nível de uma enfermagem avançada. No decorrer do exercício profissional, verifico que muitos colegas de profissão desconhecem que temos ao nosso alcance ferramentas valiosas de investigação, nomeadamente a plataforma disponibilizada na Ordem dos Enfermeiros, onde podemos ter acesso a artigos científicos e como tal atualizar conhecimentos, produzir investigação e direcionar os cuidados prestados para a evidência atual. Sinto-me de alguma forma responsável no meu serviço por dar a conhecer esta ferramenta, com o objetivo de promover a reflexão na ação e sobre a ação e consequentemente contribuir para a qualidade dos cuidados de Enfermagem. Contudo, o tempo dispensado à formação é cada vez menor o que impossibilita a abertura destes momentos de reflexão e crescimento em conjunto. Após o término desta aventura, sinto falta de não ter efectuado a visita domiciliária como estratégia para intervenção e avaliação do meu projeto na comunidade.

Anteriormente, e de acordo com a minha formação de enfermeira generalista, não compreendia a realidade e as dificuldades que é necessário ultrapassar nos cuidados de saúde primários para solucionar os problemas detetados, desta forma, foi possível consolidar os conhecimentos adquiridos com a prática e com a Revisão sistemática da literatura.

Considero como grande limitação deste relatório o projeto de estágio, o planeamento de uma imensidão de atividades que maioritariamente não foram realizadas tendo em conta as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, ou seja, não foram elaboradas tendo em consideração as etapas necessárias e o tempo disponível para as realizar. Desta forma, ao refletir o meu percurso até aqui, considero que foi feito de pequenas construções, reflexões baseadas no que tinha sido feito, mas especialmente na forma como se devia ter feito todo o percurso. Não posso voltar atrás, mas considero que o distanciamento do tempo ajudou a tornar a minha experiência bastante reflexiva. Tenho apenas uma sugestão: é de extrema importância a construção de um bom Projeto de Estágio, com um tema

adequado e exequível, que tenha em consideração as necessidades da população envolvente. Só desta forma faz sentido a nossa integração na comunidade, quando conseguimos estabelecer relações mensuráveis com a pessoa, família ou grupos.

De realçar que a metodologia utilizada neste relatório permitiu responder aos objetivos propostos, ao mostrar o contributo do Enfermeiro no que se refere à educação e promoção de alimentação saudável para a manutenção de uma vida saudável nas crianças e suas famílias.

Conclui-se que os primeiros a valorizar a intervenção dos enfermeiros são as próprias pessoas, que encaram os enfermeiros como o profissional que transmite conhecimentos, apoio emocional e educa sobre os mais variados aspetos práticos. Contudo, nem sempre este apoio é suficiente para mudar as realidades culturais e os comportamentos enraizados.

Apesar de toda a situação vivenciada e de todo o esforço despendido, considero que foi muito importante para o meu crescimento pessoal e profissional, o conhecimento numa área específica é sempre uma mais-valia para um futuro próximo. Desta forma, considero que esta aventura teve momentos de ação, muito drama, mas tem um final feliz.

4- 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.

- ✓ APARÍCIO. G. (s.d.). **Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância**. Centro de estudos em educação, tecnologia e saúde do Instituto Politécnico de Viseu. Viseu.

- ✓ 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.

- ✓ ATALLAH, A.N; CASTRO, A.A (1998). **Fundamentos da pesquisa clínica**. São Paulo: Lemos Editorial.

- ✓ CONFERÊNCIA MINISTERIAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE EUROPEIA SOBRE A LUTA CONTRA A OBESIDADE, Istambul, Turquia, 15-17 Novembro de 2006 - **Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade**

- ✓ CORDEIRO, M. (2005). **Alimentação da criança Pré-escolar e Escolar**. Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Santa Maria. pp. 106-114.

- ✓ COUTINHO, W. (s.d.). **Obesidade: conceitos e classificações. Transtornos Alimentares e Obesidade.** Edição Artes Médicas. RGS. pp.197-202.

- ✓ 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 DE SAÚDE (2004). **Princípios-chave de prevenção e controlo da obesidade. Obesidade: uma doença crónica ainda desconhecida.** 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 DA SAÚDE (2007). **Plataforma Contra a Obesidade. Obesidade Infantil – conselhos para os pais.** Ministério da saúde.

- ✓ DUNCANSON Kerith, BURROWS Tracy, COLLINS Clare - Study protocol of a parent-focused child feeding and dietary intake intervention: the feeding healthy food to kids randomised controlled trial. BMC Public Health (2012)p.2-10

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

- ✓ FONSECA, V.M.; SICHIERI, R.; VEIGA, G.V. (1998) – Factores associados à obesidade em adolescentes. Rev. Saúde Pública.

- ✓ FORMOSINHO, J. & ARAUJO, S. (2004), **O envolvimento da criança na aprendizagem: construindo o direito de participação,** Análise Psicológica

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

- ✓ GILL Timothy P., BOYLAN Sinead - Public Health Messages: Why Are They Ineffective and What Can Be Done?. Springer Science (2012)p.50-58

- ✓ GUERRERO Alma, SLUSSER Wendelin M., BARRETO Patricia M., ROSALES Norma F., KUO Alice A. - Latina Mothers' Perceptions of Healthcare Professional Weight Assessments of Preschool-Aged Children. *Matern Child Health* .Springer (2011) p. 1308–1315

- ✓ HORODYNSKI Mildred A, OLSON Beth, BAKER Susan, BROPHY-HERB Holly, AULD Garry, EGEREN Laurie Van, LINDAU Joel, SINGLETERRY Lisa - Healthy babies through infant-centered feeding protocol: an intervention targeting early childhood obesity in vulnerable populations. *BMC Public Health* (2011) p.2-6

- ✓ INMAN, Dianna D., DNP, CPNP-PC, BAKERGEM Karen M. Van, LMSW, LAROSA Angela C., MD, MSCR, GARR David R., MD - Evidence-Based Health Promotion Programs for Schools and Communities. *American Journal of Preventive Medicine*. (2011) p. 207-2019.

- ✓ 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.

- ✓ KOPLAN, J.; DIETZ, W. (1999). **Caloric imbalance and public health policy**. *Jama*. pp. 1579-81.

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

- ✓ LINDSAY Ana Cristina, SUSSNER Katrina Mucha, GREANEY Mary, WANG Monica L., DAVIS Rachel, PETERSON Karen E. - Using Qualitative Methods to Design a Culturally Appropriate Child Feeding Questionnaire for Low-Income, Latina Mothers. *Matern Child Health J* (2012) p. 860 – 866

- ✓ LOUREIRO, I. (2004). **A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22 (2), 43-55.

- ✓ 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 (2009) – **Caderno Temático do Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Conselho de Enfermagem.

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

- ✓ 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>

- ✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2006). **Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade**. Conferência Ministerial da OMS, sobre a luta contra a obesidade. Turquia: Istambul. Novembro.

- ✓ PADEZ C, FERNANDES T, MOURÃO I, MOREIRA P, ROSADO V (2004).**Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: Trends in Body Mass Index from 1970-2002**. Am J Human Biol. 16:670-8

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

- ✓ PLATAFORMA CONTRA A OBESIDADE (2009). **Obesidade Infantil. Conselho para os Pais**. Direção Geral da Saúde. Disponível em:
http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_infantil.aspx?menuid=165

- ✓ PLINNER Patrícia; LOEWEN, E. Ruth (1997) - **Temperament and food neophobia in children and their mothers**. Appetite. Vol. 28, nº 3, p. 239-254.

- ✓ PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direção Geral de Saúde (2011) – **Plano Nacional de Saúde 2011-2016**. 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. BRENDA, 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.

- ✓ TAVERAS, E. M., GORTMAKER, S. L., MITCHELL, K. F., & GILLMAN, M.W. (2008). **Parental perceptions of overweight counseling in primary care: The roles of race/ethnicity and parent overweight**. Obesity (Silver Spring), 16 (8), 1794 – 1801.

- ✓ WHITAKER, Robert C. [et al.] (1998) - **Early adiposity rebound and the risk of adult obesity**. Pediatrics. Vol. 101, nº 3, p. 1-6.

- ✓ 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 (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

1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária

Unidade Curricular Estágio e Relatório

PROJETO De ESTÁGIO



Mestranda:

Guida Coelho Nº 10043009

Entroncamento, Fevereiro de 2012





INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITARIA

UNIDADE CURRICULAR ESTAGIO E RELATORIO

PROJETO De ESTÁGIO

“Educar para promover – Capacitar para adquirir
uma alimentação saudável – intervenção em
crianças de 6 anos”

Professor titular:

Profª Irene Santos

Professora Orientadora:

Profª Isabel Barroso

Profª Rosário Machado

Enfermeira Cooperante:

Enfª Sónia Pereira

Enfª Sónia Bouça



*E digo – vos que a vida é de fato obscuridade excepto onde há arrebatamento,
E todo o arrebatamento é cego excepto onde há saber,
E todo o saber é vão excepto onde há trabalho e todo o trabalho é vazio excepto onde há
amor!*

Khalil Gibran



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 à Prática de Enfermagem

SINUS - Sistema Informático de Unidades de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCE – Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento

UCSPE – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Entroncamento

USFL – Unidade de Saúde Familiar Locomotiva

WHO – *World Health Organization*



INDICE

INTRODUÇÃO	7
1-CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICA DO MUNICÍPIO DO ENTRONCAMENTO	12
1.1 CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA DO CONCELHO DO ENTRONCAMENTO	14
2 – ESTRUTURA ORGANICO FUNCIONAL DA UNIDADE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ENTRONCAMENTO	18
3 – OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTAGIO	19
3.1 – PROJECTO DE INTERVENÇÃO: “Educar para promover – Capacitar para adquirir uma alimentação saudável – intervenção em crianças de 6 anos”	19
3.1.1 – Contextualização da temática	19
4 – FASE METODOLÓGICA	24
4.1 DESENHO DO ESTUDO	24
• 4.2 – POPULAÇÃO EM ESTUDO	24
4.3 – MÉTODOS DE COLHEITA	25
4.4 ACTIVIDADES PROPOSTAS	26
4.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	30
• 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
6 - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	32
ANEXOS	34

Anexo I – Plano de atividades do Estágio

Anexo II – Cronograma de Atividades do Estágio



LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa da Localização do concelho do Entroncamento

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO 1 – Pirâmide Etária do Concelho do Entroncamento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Densidade populacional, alojamentos, edifícios

Tabela 2- Indicadores e metas do projeto

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Plano de Atividades do Projeto “Educar para promover – Capacitar para adquirir uma alimentação saudável – intervenção em crianças de 6 anos”



INTRODUÇÃO

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 directriz, 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, 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 setor da saúde exercer um papel crucial na prevenção, cuidado e promoção da saúde, a intervenção de outros setores 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 co-responsáveis 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.

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 adquiridos 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.

Ao ingressar na etapa final da minha formação académica 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.

- 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 saúde escolar 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.

Segundo a OMS (WHO, 2009) respetivamente as maiores agências a nível mundial de carácter governamental e não-governamental, No contexto Europeu, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em Health for all estabeleceu metas de saúde para os próximos anos, tendo a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, e os serviços de saúde, *um importante papel na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que se refere à saúde das crianças e à escolarização.* A meta 13 do documento *Health for all* prevê que, em 2015, 50% das crianças que frequentem o Jardim-de-infância e 95% das que frequentem a Escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde. Mais, define Escola Promotora da Saúde (EPS) como aquela que *inclui a educação para a saúde no currículo e possui actividades de saúde escolar.* Uma Escola Promotora da Saúde assenta em três vertentes – currículo, ambiente e interacção escola/família/meio – e orienta-se por 10 princípios, organizados em cinco dimensões, considerando-se a sua implementação efectivada quando os processos forem assumidos pelos sectores da saúde e da educação, podendo envolver outros parceiros institucionais. O desenvolvimento destas vertentes e a implementação destes princípios permitem capacitar os jovens para intervir na mudança e conduzem ao exercício pleno da cidadania, pelo que deve ser uma prioridade de todos os governos. A maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de Programas de Saúde Escolar efectivos. Os estudos de avaliação do custo-efetividade das intervenções preventivas têm demonstrado que 1 € gasto na promoção da saúde, hoje, representa um ganho de 14 € em serviços de saúde.

A Enfermagem Comunitária *“(...) é a síntese da teoria de enfermagem (...) aplicada à promoção, preservação e manutenção da saúde das populações, através da prestação de cuidados de saúde a indivíduos, famílias e grupos”* (LANCASTER E STANHOPE, 2011).

Deste modo, podemos contribuir para a investigação e para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem, onde a plataforma do conhecimento se emerge na relação intrínseca das componentes académica e profissional. *“(...) Para que a disciplina de Enfermagem exista, é necessário que esteja organizado em torno de um domínio, enquanto território com fronteiras teóricas e práticas, (...) perspectiva única, uma forma distinta de olhar os fenómenos e a definição dos limites e a natureza da sua investigação”* (AMENDOEIRA,



2006). “A pesquisa da evidência proporciona uma base científica para a prática” (LANCASTER E STANHOPE, 2011:291).

Deste modo, o presente projeto pretende constituir-se como o início de um percurso voltado para o desenvolvimento de competências sobre a prática de revisão sistemática da literatura, baseada numa problemática de especial interesse. (MELEIS, 2005).

Toda esta linha de pensamento, despoletou no problema: **Que estratégias de empowment (I) influenciam a criança (P) na aquisição de hábitos de vida saudáveis (O)?**

- Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde. Este excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, isto é, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia gasta. A obesidade é uma doença crónica, é a doença nutricional mais prevalente a nível mundial e a epidemia do século XXI.

- Tem-se assistido a um crescente aumento da prevalência da obesidade infantil. Segundo a comissão Europeia, Portugal está entre os países europeus com maior número de crianças com excesso de peso. Mais de 30% das crianças entre os 7 e 9 anos tem excesso de peso ou são obesas, o sexo feminino apresenta valores superiores às do sexo masculino. A nível regional, o Alentejo é onde se verifica a maior prevalência de obesidade.

O documento inicia-se com a clarificação do enquadramento sociodemográfico da comunidade e estrutura orgânico funcional da UCC Entroncamento. Em seguida, comporta os objetivos e as actividades a desenvolver durante o ensino clínico. Segue-se a descrição do projeto de intervenção individual e como término as considerações finais. Para a sua realização foi necessário proceder a consulta dos suportes da unidade, programas e orientações nacionais na área abordadas, documentos da ordem dos enfermeiros, entre outros apoios teóricos.

Á que realçar que este projeto, deverá ser delineado na perspectiva 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 final.



1-CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICA DO MUNICÍPIO DO ENTRONCAMENTO

As linhas do comboio emergem para o Entroncamento como uma ponte do passado que a liga ao presente e quem sabe ao futuro.

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 baptizados na Capela de S. João das Vaginhas e refere igualmente baptismos 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. Todavia, foi a partir de meados do século XIX, mais concretamente a partir das cláusulas do contrato de 14 de Setembro de 1859 para a continuação, para além da Ponte da Asseca, da construção do caminho de ferro do Leste - que deveria passar por um lugarejo denominado Ponte da Pedra - e ainda para a construção da linha do Norte - que teria o seu ponto de partida neste local ou nas proximidades, tendo para isso sido escolhida uma faixa de terreno a oeste da Ribeira da Ponte da Pedra - que se começou a formar esta povoação ferroviária. À data, tal como ainda hoje, a Ponte da Pedra era um ponto de intersecção das estradas que seguiam para Torres Novas, para a Golegã e para Vila Nova da Barquinha.

Inicialmente ter-se-á pretendido localizar o caminho-de-ferro junto à vila da Barquinha mas foram movidos interesses no sentido de daí o afastar já que se receava que a concorrência do transporte ferroviário viesse afectar o tráfego fluvial, por essa altura muito próspero, naquela localidade. Tal facto terá sido determinante para que o entroncamento (enlace das duas linhas referidas realizado em 22 de Maio de 1864) se tivesse fixado na planície das Vaginhas (entre o Casal das Vaginhas e o Casal das Gouveias).

Os moradores iniciais foram um número restrito de famílias, em parte estrangeiras devido à necessidade de mão-de-obra especializada no arranque do caminho-de-ferro no nosso país. Entretanto, a manutenção dos serviços ferroviários chamou numerosos empregados; o incremento dos transportes ferroviários, exigindo maior desenvolvimento dos serviços e a situação geográfica do local, foi atraindo à terra mercadores e comerciantes e pequenas indústrias, melhorando aos poucos as condições de vida dos residentes (PLANO DE AÇÃO, 2010).



Assim, foi crescendo uma aldeia de casas dispersas ao redor das linhas, sem a coordenação eficiente das entidades oficiais, ao sabor do capricho de cada proprietário, irregular, numa amálgama em alguns casos confrangedora, ocupando uma área enorme em quatro braços distintos. Em 1911 esta pequena povoação encontrava-se repartida pelas freguesias da Atalaia e de Torres Novas, com uma população de 1269 habitantes e 311 fogos.

O deflagrar da 1ª Guerra Mundial e a entrada de Portugal no conflito exigiram a fixação de aquartelamentos militares mais ou menos fixos num centro de transportes e comunicações tão importante como já era o caso do Entroncamento. Foi por isso que o Ministério da Guerra estabeleceu no Entroncamento, e nas proximidades, uma grande rede de serviços (Batalhão de Sapadores do Caminho de Ferro, Esquadrão de Cavalaria Motorizada, Sucursal da Manutenção Militar, Secção do Depósito Geral de Medicamentos Sanitários e de Hospitalização e Posto Fiscal). A este acréscimo de valências corresponderam naturalmente um muito significativo aumento demográfico (PLANO DE AÇÃO, 2010).

No ano de 1926, pelo Decreto. Lei. N.º 12.192 de 25 de Agosto, o Entroncamento foi elevado à categoria de freguesia que ficou integrada no concelho de Vila Nova da Barquinha. Releva-se, daqui em diante, mais uma fase muito marcada de franco desenvolvimento. Uma das primeiras realizações da Junta de Freguesia recém estabelecida foi a construção de um mercado coberto, inaugurado em 1930 (actualmente o Centro Cultural), no local onde, desde 1927, se realizava o mercado mensal do gado.

Começaram também a aparecer, um pouco por todo o lado, diversos fontanários que assinalam outros tantos núcleos habitacionais em rápido crescimento. A Câmara Municipal de Vila Nova da Barquinha passou a ter, a partir desta altura, com requerimentos constantes a solicitar licença para construção; embora a maioria dos edifícios fosse para habitação, surgem também aos poucos casas comerciais, cafés e salões de jogos (PLANO DE AÇÃO, 2010).

A partir de 1932, ano em que o Entroncamento foi elevado à categoria de vila, passaram a ser frequentes os requerimentos em que se solicitava a reconversão de edifícios no sentido de os transformar em estabelecimentos comerciais.

Pertenceu à Junta de Freguesia, durante largos anos liderada por José Duarte Coelho, a dotação da novel vila com as necessárias estruturas; surgiram as primeiras escolas, foi construído um amplo cemitério, estabeleceu-se o Jardim parque com estufa-fria, coreto e mirante. No campo assistencial foi criado o refeitório para indigentes e foi lançado um centro de assistência social. No campo espiritual, dada a manifesta insuficiência da vetusta capela das Vaginhas, e com a promoção da vila a paróquia (1933), foi construída a igreja matriz, inaugurada em 1940, tendo surgido três anos depois a casa paroquial. O rápido crescimento



demográfico resultante do elevadíssimo número de pessoas que continuamente aqui vinham fixar residência justificou a satisfação de outras necessidades como a construção de uma central elevatória e de depósitos de água bem como de um posto de distribuição de energia eléctrica (PLANO DE AÇÃO, 2010).

Por fim, sintomático já do desenvolvimento crescente do aglomerado urbano e das potencialidades materiais cada vez mais limitadas pela inserção e dependência Assistente Técnica em relação a Vila Nova da Barquinha, surgiu a construção de um novo edifício, teoricamente destinado a sede da Junta de Freguesia, cuja imponência e capacidades funcionais em muito superavam as necessidades de reinstalação de uma simples Junta de Freguesia e que haveria de ser inaugurado como edifício sede dos Paços do concelho do Entroncamento criado pelo Decreto-lei N.º 35.184 de 24 de Novembro de 1945. A justa promoção a concelho foi fundamentada pela Junta de Freguesia não apenas pela rápida aceleração e densidade demográfica como também pela lógica comparativa das receitas fiscais do Entroncamento que sozinho quadruplicava as receitas das restantes freguesias do concelho da Barquinha. Foi ainda apresentado como argumento para a necessidade de elevação a concelho o facto fundamental para “os altos interesses da Nação” de os governantes deverem dedicar especial atenção a uma terra onde predominava o operariado, fermento sempre latente de possíveis manifestações de oposição a uma política que a Junta se não cansava de elogiar. O dia 24 de Novembro passou a ser feriado municipal (PLANO DE AÇÃO, 2010).

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. Por ter uma pequena extensão, somente 13,7 Km² para uma população de cerca de 18.127 habitantes, o Entroncamento, está hoje numa encruzilhada como qualquer cidade moderna, como crescer e desenvolver mantendo padrões de qualidade de vida elevado.



1.2 CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA DO CONCELHO DO ENTRONCAMENTO

O Concelho do Entroncamento, está localizado no centro do País, o Entroncamento, de 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.

Figura 1. Mapa da Localização do concelho do Entroncamento



- Fonte: Pré- Diagnóstico Social (2010)

• Está integrado na Região de Turismo dos Templários (Floresta Central e Albufeiras), localiza-se a 110 km a nordeste de Lisboa, a 30 km de Fátima, a 150 km da Fronteira de Caía, a 40 km de Santarém e a 2,5 km da margem direita do Tejo, bem no centro do País. O Concelho do Entroncamento, está localizado no centro do País, o Entroncamento, de 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 A 23 em direcção ao Entroncamento. Existe um terminal rodoviário na própria Cidade para quem pretender utilizar os transportes públicos. Nos caminhos-de-ferro, cruzam-

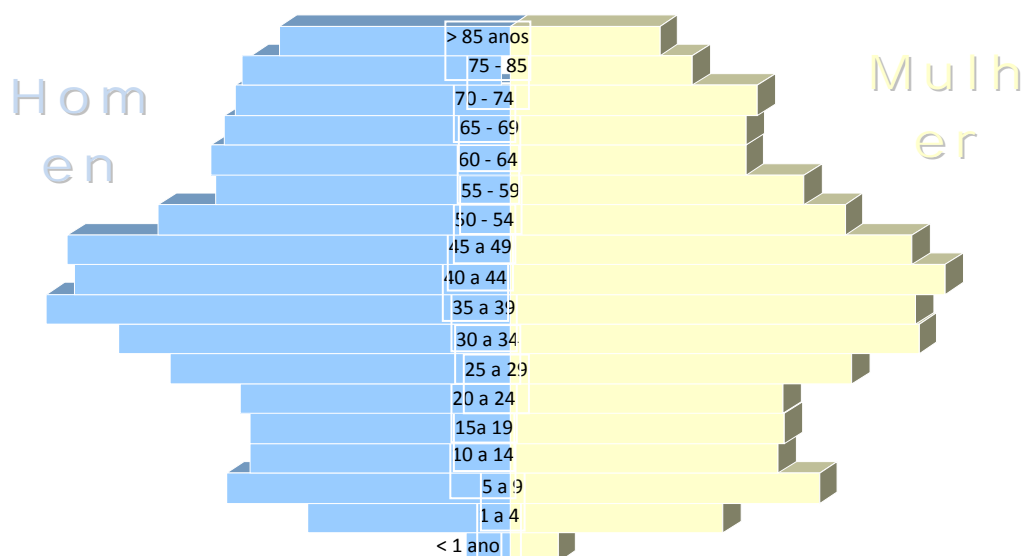


se linhas vindas de todas as direcções (linha do norte e do leste) que dá ligação aos mais diversos pontos do País.

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 (1600 habitantes/km²) a população residente aumentou 51% nos últimos 20 anos. Relativamente à Taxa de Fecundidade, esta encontra-se abaixo da média nacional sendo de 39,4%. Quanto ao índice de envelhecimento é de 112%, a taxa de mortalidade (6,3%) e o índice de dependência de idosos (28,5%) pode-se dizer que o concelho do Entroncamento é o que apresenta uma taxa mais baixa do Médio Tejo (PRÉ- DIAGNÓSTICO SOCIAL ,2010).

A população nunca mais parou de crescer até aos dias de hoje passando de 18174 habitantes em 2001 para 20206 habitantes em 2011 num espaço de 10 anos. Podemos ainda salientar que relativamente à população residente em 2011 que o número de mulheres (10569) é superior ao dos homens (9637). Através da análise do grafico 1 é possível depreender-se que a população é maioritariamente adulta (35-55 anos).

GRAFICO 1 – Pirâmide Etária do Concelho do Entroncamento



FONTE: INE (2009)

Tabela 1- Densidade populacional, alojamentos, edifícios

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



FONTE: INE (2011)

Em termos de indicadores demográficos, o Concelho do Entroncamento, conforme se pode verificar, relativamente à taxa de fecundidade, esta 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 activa 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.

No domínio da Ação Social, os habitantes do concelho do Entroncamento podem usufruir dos recursos a vários níveis:

- Associação de Lares Ferroviários – Lar do Entroncamento
- Santa Casa da Misericórdia – Lar Fernando Eiró Gomes
- Câmara Municipal – Serviços Sociais
- Diversas associações de voluntariado como a AVASOCIAL, Conferencia de São João Batista e os grupos de ajuda da Segurança Social como a Caritas.

O concelho do Entroncamento, além de diversas infra-estruturas 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 DO ENTRONCAMENTO

A intervenção integrada para promover comunidades saudáveis é uma prioridade da política do nosso País e a reforma dos Cuidados de Saúde Primários constitui a trave mestra na corporização dessa prioridade, por outro lado, e considerando que a dependência, risco e vulnerabilidade, são factores que catalisam a exclusão do cidadão face aos seus hábitos de vida, relação familiar, e à sua participação na sociedade, a sua prevalência e incidência, constituem um problema crescente em cada comunidade, onde o conjunto de respostas tem sido predominantemente insuficiente, para suprir as necessidades.

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.

O Centro de Saúde do Entroncamento está integrado no Agrupamento de Serra D’Aire, conjuntamente com os Centros de Saúde de Alcanena, Fátima, Entroncamento, e Torres Novas (este sede do ACES). O edifício sede do Centro de Saúde, foi inaugurado em 1991, situando-se no centro do Entroncamento, entre a zona norte e sul. Nessa linha de continuidade e face ao exposto anteriormente, foram criadas as unidades funcionais, entre as quais a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). As UCC têm como objectivo 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 actua 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).

A UCC do Entroncamento é constituída por uma equipa multidisciplinar que trabalha interdisciplinar e transdisciplinarmente, desenvolvendo o trabalho em parceria com as Entidades do Concelho do Entroncamento e outras de referência. A equipa da UCCE, desenvolve a sua actividade 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.

Embora a actividade assistencial major de intervenção da equipa seja na comunidade, a UCC funciona em espaço próprio no centro de saúde partilhando espaços na comunidade (escolas, instituições) para desenvolver a sua actividade assistencial.

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

- Intervenções em programas no âmbito da protecção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade;
- Projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a factores 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.

Atendendo às características geodemográficas (Zona Norte e Zona Sul) e tendo como objetivo uma maior proximidade com a comunidade envolvente a prestação de cuidados à população está organizada por duas 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 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 clientes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, identificados.



3 – OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTAGIO

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 plano 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 UCCE, conjugando assim necessidades de formação do aluno com o desenvolvimento da unidade funcional referida. Seguidamente, passa a descrever-se o projeto em questão, iniciando-se com um pequeno enquadramento teórico da área seleccionada

3.1 – PROJECTO DE INTERVENÇÃO: “Educar para promover – Capacitar para adquirir uma alimentação saudável – intervenção em crianças de 6 anos”

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

-

A Saúde Escolar é um Programa de indiscutível importância, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, não só pelo seu papel na promoção da saúde, na prevenção, resolução ou encaminhamento de problemas de saúde detectados, mas também pelo seu contributo para a criação de condições ambientais e de relação na escola, favorecedoras



da saúde e bem-estar da população escolarizada e conseqüentemente do seu sucesso educativo e pessoal.

No Plano Nacional de Saúde foram definidas prioridades de saúde baseadas na evidência científica, com o objectivo de obter ganhos em saúde a curto e a médio prazo. Uma das estratégias para a sua implementação passa por uma abordagem dos determinantes da saúde em ambientes específicos, onde a escola tem um lugar de destaque na promoção da saúde e na prevenção da doença das crianças, dos jovens e da restante comunidade educativa (DGS, 2010).

A Educação e Saúde são dois pilares indissociáveis e representam uma das áreas de trabalho de parceria dos Centros de Saúde. Se por um lado compete à escola proporcionar um espaço seguro e saudável, contribuindo para a adopção de comportamentos mais saudáveis, por outro, à educação e à saúde, cabe o desenvolvimento da pessoa e o progresso da sociedade, bem como a obrigação de manter e promover a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

A Escola, constitui um local de excelência para trabalhar com os alunos, professores, pais e comunidade envolvente no sentido de os capacitar para opções saudáveis, permitindo assim, aos alunos o desenvolvimento pleno das suas potencialidades, adquirindo competências para cuidarem de si próprios, serem solidários e capazes de se relacionarem positivamente com o meio.

Em Portugal verifica-se um aumento do sedentarismo, de desequilíbrios nutricionais, da morbilidade e mortalidade por acidentes, da maternidade e paternidade precoces e de comportamentos potencialmente aditivos, relacionados nomeadamente com o álcool, o tabaco e as drogas ilícitas.

A Organização Mundial de Saúde estabeleceu metas prioritárias para os próximos anos, como a promoção da saúde e a adopção de estilos de vida saudáveis em meio escolar. Os serviços de saúde assumem então um papel importante na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento da saúde.

A Organização Mundial de Saúde considera a obesidade uma doença que pode atingir graus que comprometem a saúde da população, designando-a como a “epidemia global do século XXI”. Se não se inverter a sua progressão, em 2025 mais de 50% da população mundial será obesa. Estima-se que em Portugal 40% da população adulta, e um terço das crianças tenham excesso de peso, e 10% com obesidade, colocando-nos numa das posições mais desfavoráveis da Europa. Face aos indicadores de prevalência da pré-obesidade e obesidade no país, coloca-se a necessidade de formulação de estratégias que visem a promoção de



hábitos alimentares saudáveis e uma vida mais activa. De acordo com a plataforma contra a obesidade “a prevenção e o controlo da pré-obesidade e obesidade assentam em três pilares: alimentação, actividade física e modificação de comportamentos”. Diferenças superiores entre Portugal e o melhor valor da UE verificam-se no excesso de peso e obesidade (IMC \geq 25), com Portugal a ter mais 20% de população com excesso de peso mais obesidade. Analisando as categorias de peso separadamente, verifica-se que as maiores desigualdades relativas, registam-se na obesidade (Excesso de peso mais obesidade (IMC \geq 25), em 1999: 51,5% em Portugal e 31,5% na Noruega. Excesso de peso (IMC entre 25-29,9), em 1999: 36,8% em Portugal e 25,4% na Noruega. Obesidade (IMC \geq 30), em 1999: 14,7% em Portugal e 6,1% na Noruega (Eurostat, 2010).

A escola assume um papel fundamental na promoção de estilos de vida saudáveis, sendo um local privilegiado de intervenção.

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.

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.

O projeto preconizado pelo Plano Nacional de Saúde (2011-2016), CRESCER COM SEGURANÇA, dos 28 dias de vida aos 10 anos, respeita vários períodos críticos: primeiro ano de vida; idade pré-escolar, até aos 6 anos; idade escolar, dos 6 aos 10 anos. A morbilidade e mortalidade nas crianças e jovens são prevenível através de ambiente adequado, habitação segura, nutrição, água potável e estilos de vida saudáveis, bem como serviços acessíveis. O aumento das desigualdades socioeconómicas provoca efeitos adversos na saúde das crianças (OMS/Europa, 2011).

A UCC Entroncamento preconiza na sua carteira de serviços o projeto de saúde escolar, nomeadamente no que concerne à alimentação saudável, que é um dos determinantes da saúde cuja promoção é considerada prioritária nos programas de Promoção da Saúde dos Ministérios da Saúde e Educação.

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 para o crescimento saudável da população da área de abrangência da UCC do Entroncamento, numa perspectiva de prestação de cuidados de enfermagem integrados, articulados, diferenciados e de grande proximidade.



4– FASE METODOLÓGICA

Ao longo dos séculos, as abordagens empíricas têm sido ineficazes na resposta a questões clínicas desafiadoras, nomeadamente, quando se trata da subjectividade 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, 2002:10).

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.

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 estudo 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 desencadeou uma inquietação para a posterior construção de uma revisão sistemática de literatura dentro da mesma área. Perante esta realidade e de acordo com os programas vida reprodutiva e saúde escolar da UCC nomeadamente, “preparação para a parentalidade e alimentação saudável” determino que a população que se pretende estudar são as crianças de seis anos.

-
- 4.2 – POPULAÇÃO EM ESTUDO
-

Na perspectiva 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 de seis anos de idade, como população 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;
- Aos seis anos procede-se ao exame global de saúde, segundo a recomendação da Direcção Geral de Saúde, o que facilita o acesso aos dados;
- A existência, 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

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 objectivos: avaliar o crescimento e desenvolvimento, estimular a opção por comportamentos saudáveis, promover o cumprimento dos diferentes programas (Vacinação, Saúde Oral, entre outros) e detectar precocemente situações que afectam a qualidade de vida (Direcção Geral de Saúde – orientações técnicas no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil - Programa tipo de actuação. 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 objectivos anuais:

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. **Detectar precocemente e encaminhar** situações que possam afectar 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 estatura-ponderal e psicomotor, alterações neurológicas, alterações de comportamento e do foro psico-afectivo.

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.

Definida a população em estudo, as 153 crianças, foram consultadas as respectivas 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 retirar os dados antropométricos necessários.

4.4 ATIVIDADES PROPOSTAS

O projeto deverá assentar num processo de acompanhamento das crianças com idade entre os cinco/ seis anos, que se inicia com a consulta das fichas de ligação e cálculo do Índice de Massa Corporal, sendo identificados os respectivos percentis. Desta forma, será desenvolvido em três fases:



- **FASE I**

No caso concreto deste estudo, a maioria dos dados recolhidos relativos ao Índice de Massa Corporal (IMC) foram conseguidos através da consulta das Fichas de Ligação.

Índice de Massa Corporal 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 às grávidas consoante os resultados obtidos no estudo.

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

- **FASE III**

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



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

Com este projeto, foram planeadas as seguintes metas:

- Aumentar o nível de conhecimentos das grávidas relativamente aos benefícios da amamentação;
- Realizar programas estruturados de sessões de educação a grávidas nos Encontros de preparação para a parentalidade;
- Realizar programas estruturados de sessões de educação a crianças com idades entre 5/ 6 anos, sobre alimentação saudável;
- Attingir a adesão da população alvo;
- Attingir 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	RESULTADO	2º Trim. 2012
- Percentagem do número de crianças 5/6 anos;		100%
- Identificação dos alunos com excesso de peso (Percentil IMC > ou = 85);		
- Percentagem de sessões de educação realizadas por grupo alvo;		90%
- Nº 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%
	- Referenciação dos alunos com percentil de IMC > 85, para outros técnicos de saúde;	30%
	- Percentagem do grau de satisfação nos grupos abrangidos pelo projeto.	70%

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



QUADRO 1 - Plano de Atividades do Projeto “Educar para promover – Capacitar para adquirir uma alimentação saudável – intervenção em crianças de 6 anos”

O quê (atividades)	Indicadores de Avaliação	Quem	Como	Onde	Quando
-Seleção população	-Nº crianças identificadas - Nº grávidas	Enfª Guida; Enfª Rita	-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; - Referenciação dos alunos com percentil de IMC> 85, para outros técnicos de saúde; - Percentagem do grau de satisfação nos grupos abrangidos pelo projeto.	Enfª Guida; Enfª Rita	-Equipamento informático; -Manual educativo; - Folhetos informativos;	UCC entroncamento Escola Básica	2ª/3ª/4ª/5ª
- Reuniões de equipa	- Nº de reuniões realizadas	Equipa da UCCE; Enfª Guida e Enfª Rita		Sala de reuniões da UCC	Reunião semanal
- Referenciação e articulação com outros serviços de saúde	- Número de crianças com percentil de IMC> 85	Equipa da UCCE; Enfª Guida e Enfª Rita		UCC Entroncamento	Durante todo o projeto
- Avaliação do projeto	- Avaliação de todos os indicadores	Enfª Guida e Enfª Rita	- A definir	UCC Entroncamento	Durante todo o projeto



4.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

As questões éticas são fundamentais, isto porque, os processos de interacção entre os intervenientes do projeto equacionam e alteram alguns aspectos, como é o caso do anonimato.

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).

- Quando se procede à implementação de projetos, é fulcral o estabelecimento de contatos com diferentes pessoas, o que implica o respeito por alguns direitos fundamentais das pessoas, que segundo FORTIN (2003) 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 projeto;
 - 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 projeto e as atividades planeadas;
 - Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo: dizem respeito às regras de proteção das pessoas contra inconvenientes susceptíveis 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.
-



-
-
- **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 (salvuarda-se a possibilidade de reajustamentos no horizonte temporal do mesmo, restringido ao ensino clínico que irá decorrer, sendo que, algumas actividades poderão 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 (tal como é previsto no futuro Plano Nacional de Saúde 2011-2016).

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 no *Empowerment* Comunitário como uma possibilidade de centrar esforços nas capacidades e potencialidades do sistema, reduzindo custos em saúde.



6 - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ✓ 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.
- ✓ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2002). **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.- Metodologia de Projecto. **Servir**. Nº 47 (Setembro/Outubro 1999). Lisboa. ISSN: 0871-2370.
- ✓ FREESE, B.T. Betty Neuman: modelo de Sistemas. In: TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. **Modelos y teorías en enfermería**. 5. ed. Madri: Elsevier Science, 1988. p. 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 conceção à realização**. 2ª Edição. Camarate: Lusociência.
- ✓ GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.



- ✓ [GIBSON, C.H.](#) - A concept analysis of Empowerment. [Journal of Advanced Nursing](#). ISSN 0309-2402. Boston. Vol. 16. Nº3. (1991). p. 354-61.
- ✓ GONÇALVES, CÉLIA; RAMOS, VÍTOR - Cidadania e Saúde : Um caminho a percorrer... **Escola Nacional de Saúde Pública/ UNL** . Outubro. 2010.
- ✓ HANSON, SHIRLEY (2005) - **Enfermagem de cuidados de saúde à família**. 2ªed. Lusociência: Loures.
- ✓ HONORÉ, B. (2002). **A Saúde em Projecto**. Loures. Luso ciência.
- ✓ 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 - O Cuidar de Enfermagem ao Cliente Comunidade. **Rev. Nursing**. Novembro.2010, p. 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 – **Caderno Temático do Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Conselho de Enfermagem.2009.



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

- ✓ PEREIRA, FILIPE – **Relatório: Considerações diagnósticas**. RMDE- Porto. 2006

- ✓ PEREIRA, FILIPE – **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. 2007.

- ✓ PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direção Geral de Saúde (2011) – **Plano Nacional de Saúde 2011-2016**. ISBN 972-675-109-8. Lisboa: Ministério da Saúde.

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

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

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

- ✓ ZACUS, J. D. L. & LYSACK, C.L. - “Revisiting community participation”. **Health Policy and Planning**. Vol.13 Nº 1. P. 1-12. 1998.



ANEXOS



ANEXO I - Plano de Atividades do Estágio



- **Objectivos 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/ESTRATÉGIAS/RECURSOS/MATERIAIS	ONDE	QUEM	/QUANDO
<p>1- Compreender a estrutura orgânica e funcional da UCC Entroncamento e integrar a equipa multidisciplinar da UCC Entroncamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • 	<p>1.1 Reunião com equipa UCC Entroncamento (incluindo Enf. Coordenadora e Enf. Especialista);</p> <p>1.2 Visita guiada às instalações da Unidades de Saúde (UCC, USF, USCP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espaço físico; • Equipa de profissionais; • Funcionamento da equipa multidisciplinar da UCC. 	- UCC Entroncamento	- Enf. Guida - Enf. Sónia Pereira - Enf. Sónia Bouça	20/02 22/02
<p>2-Conhecer a comunidade da área de abrangência da UCC Entroncamento, identificando necessidades em cuidados especializados e recursos de saúde.</p>	<p>G1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade</p>	<p>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.)</p> <p>2.2 Caracterizar sócio-demograficamente a população do concelho do Entroncamento.</p> <p>2.3 Analisar criticamente os Programas de Saúde de âmbito comunitário da UCC Entroncamento, que contribuem para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.</p> <p>2.4 Conhecimento da articulação existente entre a UCC e os parceiros comunitários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação nas reuniões com os diferentes parceiros comunitários. <p>2.5 Construção de Projeto de Estágio;</p> <p>2.6 Reunião com Prof. Orientadora.</p>	- UCC Entroncamento	- Enf. Guida - Enf. Sónia Pereira - Enf. Sónia Bouça	20 a 23/02



<p>3- Desenvolver competências no âmbito da enfermagem comunitária, integrando projetos da carteira de serviços da unidade, na especificidade da comunidade do Entroncamento.</p>	<p>G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade</p>	<p>3.1 Colaboração e participação ativa nas atividades da UCC do Entroncamento, em contextos da enfermagem comunitária:</p> <p>3.1.1 Afetos & Sexualidade” – Projeto de Intervenção ao Jovem Escolarizado na Educação dos Afetos e Sexualidade;</p> <p>3.1.2 Encontro de Preparação para a Parentalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aulas teóricas; • Aulas práticas. <p>3.1.3 Encontros de Recuperação Pós Parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aulas teóricas; • Aulas práticas. <p>3.1.4 “Toques e Afetos” – Projeto de Massagem ao Recém-nascido;</p> <p>3.1.5 Saúde escolar:</p> <p>3.1.5.1 Reunião com os parceiros no âmbito do Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família;</p> <p>3.1.6 Alimentação saudável.</p> <p>3.2 Colaborar e participar no inquérito de satisfação da participação dos Encontros de Parentalidade e Encontros de recuperação pós- parto</p> <p>3.2.1 Pesquisar/ consultar as fichas de inscrição;</p> <p>3.2.1 Utilizar o telefone e/ou telefone.</p>	<p>UCC Entroncamento Escola Básica e Secundária</p> <p>UCC Entroncamento</p> <p>- Escola Dr. Ruy D’Andrade</p>	<p>Enfª Guida Enfª Sónia Bouça</p> <p>Nutricionista Ana Psicóloga Cristina</p> <p>Enfª Sónia Pereira Enfª Sónia Enfª Guida Enfª Rita</p>	<p>21/03</p> <p>11/04</p>
<p>4- Conceber um projeto em Enfermagem Comunitária, com base na metodologia do Planeamento em Saúde.</p>	<p>G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas</p>	<p>4.1 Desenvolver o Estudo Comparativo com o tema “Aleitamento Materno como fator preventivo da obesidade em crianças de 6 anos”:</p> <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 na população alvo; • Inferir sobre a duração e exclusividade do aleitamento materno; • Realizar uma análise comparativa com outros estudos existentes; • Detetar eventuais problema no sentido de serem implementadas medidas corretivas para melhor a qualidade de 	<p>- UCC Entroncamento;</p>	<p>Enfª Guida Enfª Rita Enfª Sónia Bouça</p>	



5- Desenvolver estratégias de envolvimento da comunidade na construção/promoção do seu projeto de saúde, tendo em conta as suas especificidades culturais.	<p>G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados</p>	<p>vida dos habitantes da cidade; 4.1.1. Pesquisar/ consultar as fichas de ligação; 4.2Pesquisar / consultar bibliografia; 4.3 Utilizar suporte informático (data show, computador portátil).</p> <p>5.1 Divulgar os resultados do trabalho aos profissionais da equipa da UCC Entroncamento; 5.2 Realização de 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; 5.3 Realização de 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; 5.4 Realização de sessão formativa para promoção da amamentação: <ul style="list-style-type: none"> • Fases do leite materno; • Vantagens da amamentação; • Técnicas da amamentação; • Cuidados durante a amamentação; • Horário da mamada; • Dificuldades na amamentação. 5.5.Pesquisar /consulta de bibliografia; 5.6 Utilizar suporte informático (data show, computador portátil).</p>	<p>- UCC Entroncamento;</p> <p>- Escola Básica - UCC Entroncamento</p> <p>Escola Secundária</p>	<p>Enfª Guida Enfª Rita Enfª Sónia Bouça</p> <p>Enfª Guida Enfª Rita</p>	<p>19/03</p>
	<p>G1.5.Avalia programas e projetos com vista à resolução dos problemas identificados</p>	<p>4.2 e 5.5 Definir indicadores de avaliação para aferição de ganhos em saúde da comunidade, sobretudo os sensíveis às intervenções de enfermagem;</p>	<p>- UCC Entroncamento</p>	<p>Enfª Guida Enfª Rita</p>	



6- Identificar, conceber, planejar e implementar 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>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>6.1 Participar nas ações do Plano de acção 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, nas áreas: <ul style="list-style-type: none"> - Saúde; - Educação; - Gabinete de inserção; - Educação; - Segurança social; • Elaboração do Diagnóstico Social do Entroncamento; • Pesquisa/consulta do Pré- diagnóstico Social e do Plano de Ação Social do Entroncamento; 	<p>-UCC Entroncamento; - Câmara Municipal do Entroncamento;</p>	<p>Enfª Guida Enfª Rita Enfª Susana Dra. Sandra Pascoal</p>	<p>20/03 30/04 17/04 23/04 07/05</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>6.2 Participar nas atividades desenvolvidas pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feirinha. <p>6.2.1 Elaborar o jogo da glória; 6.2.2 Elaborar panfletos e cartazes;</p>	<p>- Praça</p>	<p>Enfª Guida Enfª Rita Enfª Susana Enfª Sónia Bouça</p>	<p>05/05</p>
	<p>G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidades.</p>	<p>6.3 Participar nas atividades desenvolvidas pelo Projeto de Promoção de Estilos de Vida Saudáveis ao Longo do Ciclo (REVIVER):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizar uma caminhada: “Caminhada do Bem-estar”, a negociar com os parceiros comunitários; <p>6.3.1 Elaborar um roteiro pedestre; 6.3.2 Elaborar um plano de exercícios físicos; 6.3.3 Utilizar o rádio.</p>	<p>- Parque Natural Bonito;</p>	<p>Enfª Guida Enfª Rita Enfª Susana Enfª Sónia Bouça Enfª Isabel</p>	<p>10/04</p>
	<p>G3.1. Participação na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos</p>	<p>6.4 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 de Acidentes; • Vigilância de Saúde na criança, sinais de doença e farmácia caseira; 	<p>- Centro Paroquial do Entroncamento.</p>	<p>Enfª Guida Enfª Rita Enfª Susana Enfª Hélia</p>	<p>28/02</p>



	do Plano Nacional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Estilos de vida saudáveis e Higiene e conforto; <p>6.5 Participar nas atividades desenvolvidas pelo Núcleo Local de Inserção:</p> <p>6.51 Conhecimento do plano de ação do Núcleo Local de Inserção;</p> <p>6.52 Conhecimento do relatório de atividades dos Núcleos de Locais de Inserção;</p> <p>6.53 Elaboração do Diagnóstico dos Núcleos de Locais de Inserção;</p> <p>6.54 Realizar sessões formativas a pessoas em situação de riscos, vulnerabilidade e dependência:</p> <ul style="list-style-type: none"> Competências Parentais; Gestão de atividades de vida. <p>6.6 Pesquisar/consultar de bibliografia;</p> <p>6.7 Utilizar suporte informático (data show, computador portátil).</p>	Instalações da Segurança Social	Enf. Sónia Pereira Enf. Rita Enf. Guida	21/03
			Local a definir	Enf. Rita Enf. Guida	Maio



- **Objectivos Gerais:**

✓ 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/ESTRATÉGIAS/RECURSOS/MATERIAIS	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 Elaboração do relatório tendo por base a Prática Baseada na Evidência com recurso à metodologia científica;	-UCC Entroncamento; ESS Santarém	Enf. Guida	
9- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional, numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados		8.2 Seminário intermédio para partilha de informação e esclarecimento de dúvidas;	-UCC Entroncamento; ESS Santarém	Enf. Guida	
		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.			



ANEXO II

Cronograma de Atividades



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária
UNIDADE CURRICULAR ESTAGIO E RELATORIO

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

CURSO: Mestrado em Enfermagem Comunitária

ALUNO: Guida Mendes Coelho

LOCAL DE ESTAGIO: UCC do Entroncamento – ACES Serra d' Aire

INICIO: 22 Fevereiro de 2012

ORIENTADOR: Professora Rosário Machado

ENFERMEIRA COOPERANTE: Enfermeira Sónia Pereira



		ANO 2012																			
MESES		FEV		MAR				ABR				MAI				JUN				JJ	
ATIVIDADES	Semanas	20	27	5	12	19	26	02	09	16	23	30	07	14	21	28	04	11	18	25	02
		a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a
		26	04	11	18	25	01	08	15	22	29	06	13	20	27	03	10	17	24	01	08
Reunião Enf.ª Cooperante																					
Reunião com professora orientadora da ESS Santarém																					
Pesquisa/ consulta de documentação																					
Revisão bibliográfica inicial (enquadramento do problema)																					
Construção do projecto																					
Participação nos Programas da Vida Reprodutiva e Saúde Escolar																					
Elaboração das sessões formativas no âmbito dos programas da UCC																					
Parceria com a rede social																					
Parceria com o Núcleo Local de Inserção																					
Reuniões de equipa interdisciplinar																					
Seminário intermédio na ESS Santarém																					
Participação no programa feirinha																					
Participação no programa Reviver																					
Participação nas atividades do Plano de Formação das Creches Familiares																					
Divulgação do Estudo comparativo à equipa interdisciplinar																					
Identificação/ mobilização de literatura de suporte																					
Seminário final																					
Elaboração e entrega do Relatório Final																					

Legenda:  Férias

Anexo II- Planos de Sessão



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

PLANO DE SESSÃO

LOCAL: UCC Entroncamento.

GRUPO DESTINATÁRIO: Grávidas do curso de preparação para a parentalidade.

GRUPO DE PRELECTORES: Enfª Guida e Enfª Rita

TEMA: Amamentação.

DATA: 2012/04/23

HORA: 16 horas

DURAÇÃO: 40 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
INTRODUÇÃO	5'	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento; - Introdução ao tema; - Contextualização das áreas que serão abordadas. 	Expositivo	Humanos e visuais
DESENVOLVIMENTO	30'	<ul style="list-style-type: none"> - 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'	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos conteúdos abordados; - Esclarecimento de dúvidas por parte do grupo. 	Expositivo e interativo	Humanos e visuais



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
SAÚDE ESCOLAR

PLANO DE SESSÃO

LOCAL: Escola Básica nº2 do Entroncamento

GRUPO DESTINATÁRIO: Alunos do 1º ano

GRUPO DE PRELECTORES: Enfª Guida

TEMA: Alimentação Saudável

DATA: 2012/06/12 **HORA:** 9h30; **DURAÇÃO:** 50 minutos

OBJECTIVO GERAL:

- Sensibilizar os alunos para a importância da alimentação.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Compreender a importância da alimentação;
- Conhecer a constituição da Roda dos alimentos;
- Promover uma alimentação saudável;

ETAPA	DURAÇÃO	CONTEÚDO	MÉTODO	RECURSOS
INTRODUÇÃO	5'	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento; - Introdução ao tema; - Contextualização da temática a ser abordada. 	Expositivo	Humanos e visuais
DESENVOLVIMENTO	35'	<ul style="list-style-type: none"> -A constituição dos alimentos; -Os nutrientes; -A constituição da Roda dos alimentos; - Constituição de cada grupo da roda; - O que é uma alimentação saudável; - Importância do pequeno-almoço e do lanche; - Os frutos e as verduras. 	Expositivo e interativo Brainstorming Método Interrogativo	Humanos e visuais
CONCLUSÃO/ SÍNTESE	10'	<ul style="list-style-type: none"> -Síntese dos conteúdos abordados; - Esclarecimento de dúvidas. 	Expositivo e interativo	Humanos e visuais

Anexo III- Folheto sobre a 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



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 econômico;
- 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 BEBÊ, RELACIONADOS COM A AMAMENTAÇÃO:

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

Sucção e Deglutição - Quando alguma coisa toca no palato do bebê, 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 bebê.
- A cada mamada esvazie completamente o peito, só depois passe para o outro.

Importância da Boa Pega:

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



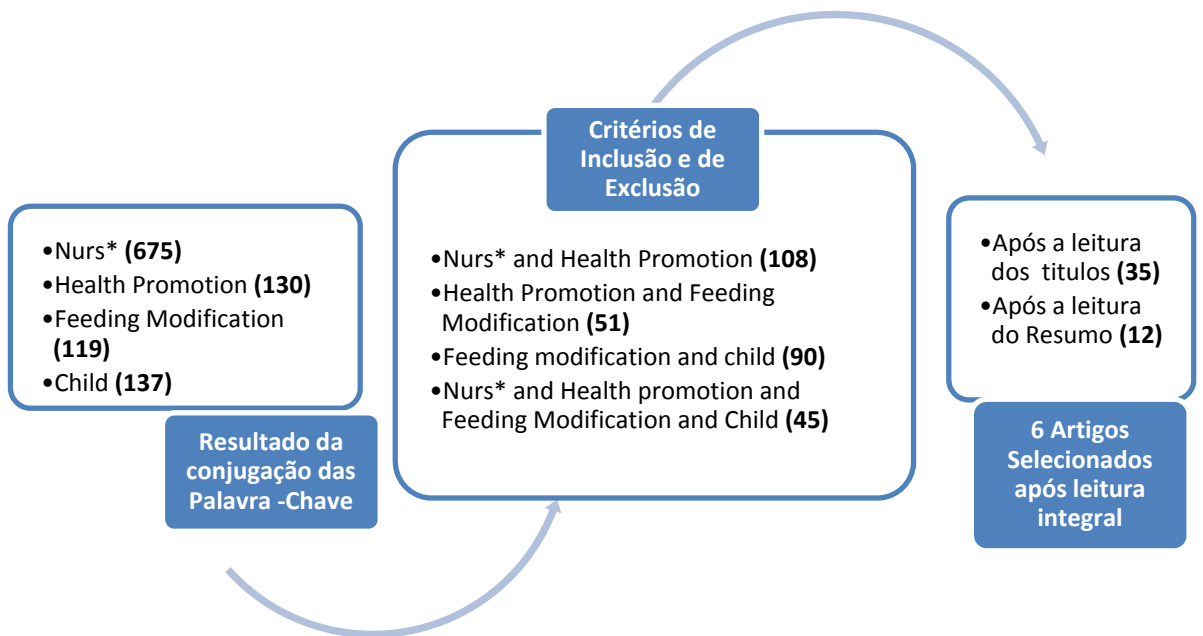
CUIDADOS AOS MAMILOS:

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 IV- Protocolo de Cruzamento



1- Nurs*/ 2- Health promotion / 3- Feeding Modification / 4- Child

1	675
2	130
3	119
4	137

1+2	85
1+3	180
1+4	435

2+1	129
2+3	89
2+4	382

3+1	50
3+2	29
3+4	59

4+1	236
4+2	70
4+3	59

1+2+3	59
1+2+4	206
2+3+4	39
2+3+1	100
3+4+2	60
3+4+1	435
4+2+3	131
4+2+1	121

1+2	108
2+3	51
3+4	90
1+2+3+4	45

Anexo V- Tratamento e apresentação dos resultados

Titulo: Latina Mothers' Perceptions of Healthcare Professional Weight Assessments of Preschool-Aged Children

Autor, Ano, País: Alma D. Guerrero, Wendelin M. Slusser, Patricia M. Barreto, Norma F. Rosales e Alice A. Kuo (2010) USA

Orientação Metodológica: Estudo Qualitativo

Participantes: Criança em idade pré-escolar de ascendência latina (N=24)

Intervenções: Foram formados vários grupos de forma a explorar as percepções maternas de saúde e excesso de peso e se os prestadores de cuidados de saúde desempenham um papel importante na prevenção e gestão de excesso de peso de infância. Foi utilizado como método a entrevista e o questionário, com perguntas abertas. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Após a análise surgiram oito grandes tópicos que incluem: definições de saúde e excesso de peso, o papel dos profissionais de saúde para avaliar a saúde da criança e da obesidade, a etiologia da obesidade infantil, e as intervenções dos pais para prevenir ou controlar a obesidade infantil.

As Mães definiram saúde e excesso de peso em uma jovem criança, como a capacidade de uma criança para funcionar, uma criança saudável é mais ativa e brincalhão e uma criança com excesso de peso tem declínio da capacidade física. As mães foram informadas sobre dietas ricas em gordura e falta de exercício físico são as principais causas da obesidade infantil. No entanto, a prática mais comum usada por pais para prevenir ou controlar a obesidade infantil foi a restrição da comida. Os resultados fornecem sugestões para o prestador de cuidados de saúde, especificamente em torno de aconselhamento, que pode oferecer a promessa de prevenção da obesidade e de gestão nesta população e também fornecer hipóteses para orientar as intervenções futuras de obesidade na comunidade latina.

Os Prestadores de cuidados de saúde, podem ter uma oportunidade importante para otimizar a prevenção, identificação, e tratamento de crianças latinas com sobrepeso, documentando IMC para todas as crianças maiores de 2 anos de idade. Os resultados sugerem a partilha de resultados de IMC e proporcionando avaliações de peso, bem como a incorporação de definições parentais de saúde e excesso de peso através do aconselhamento que pode ajudar os pais a entender melhor o peso da criança.

Evidência: Nível IV

Título: Using Qualitative Methods to Design a Culturally Appropriate Child Feeding Questionnaire for Low-Income, Latina Mothers

Autor, Ano, País: Ana Cristina Lindsay, Katrina Mucha Sussner, Mary Greaney , Monica L. Wang, Rachel Davis e Karen E. Peterson (2011) USA

Orientação Metodológica: Estudo Qualitativo

Participantes: Crianças latinas (N= 60)

Intervenções: Criação de um questionário sobre a alimentação das crianças Latinas, foi desenvolvido para medir influências contextuais parentais e sociais, sobre práticas de alimentação e os hábitos alimentares de crianças e examinar a associação destas influências com status de peso da criança. Os resultados de nosso estudo pode ser utilizado para informar a concepção e ensaio de uma intervenção para promover práticas alimentares e alimentação saudável, culturalmente adequada para esta população. Foram realizadas entrevistas e surgiram vários temas: a percepções da mãe latina e status de peso de seu filho, definição e compreensão de consequências nutricionais e de saúde relacionados com excesso de peso; as práticas de alimentação infantil relacionados ao excesso de peso da criança; influencia cultural socioeconômico, organizacional e influências ambientais sobre as práticas de alimentação infantil; as potenciais barreiras que as mães nesta população enfrenta a fazer escolhas alimentares saudáveis para a suas crianças.

O desenvolvimento do questionário foi guiado por cinco principais domínios de influências sobre os hábitos alimentares da criança, que eram operacionalizados como se segue: (1) as influências parentais (parental percepções de seu próprio peso e estado da criança, alimentação saudável da criança, a percepção dos pais de responsabilidade na formação de hábitos alimentares da criança, o apoio dos pais e modelagem de uma alimentação saudável, e a confiança dos pais na ajuda os filhos a desenvolver e manter uma alimentação saudável hábitos); (2) Família e ambiente alimentar em casa (disponibilidade de alimentos em casa e políticas alimentares dos pais como eles se relacionam com uma alimentação saudável, horas da refeição), (3) influências culturais sociais (restrições econômicas incluindo o custo dos alimentos e a insegurança alimentar e influências culturais sobre alimentos e hábitos alimentares); (4) Ambiente de vizinhança (disponibilidade, acessibilidade e proximidade de

supermercados, mercearias e restaurantes fast-food, variedade e qualidade de produtos locais, e conveniência de comer fora), (5) influências organizacionais.

Por conseguinte, o questionário pode ser uma valiosa contribuição para os questionários de alimentação nas crianças e pode ser usado para avaliar sociocultural, ambiental e influências organizacionais entre a população latina de baixa renda e orientar futuros programas e intervenções destinadas a evitar ou reduzir o excesso de peso infantil nesta população.

Evidência: Nível IV

Titulo: Healthy babies through infant-centered feeding protocol: an intervention targeting early childhood obesity in vulnerable populations

Autor, Ano, País: Mildred A Horodynski, Beth Olson, Susan Baker, Holly Brophy-Herb, Garry Auld, Laurie Van Egeren, Joel Lindau e Lisa Singleterry (2011) USA

Orientação Metodológica: Estudo Experimental

Participantes: Crianças economicamente e educacionalmente desfavorecidas.

(N=372)

Intervenções: A intervenção Bebes Saudáveis foi desenvolvido e aperfeiçoado baseado num projeto-piloto, de Alimentação Infantil, que forneceu a evidência inicial de atrasar a introdução de alimentos sólidos até a criança ter a idade de 4 a 6 meses, como recomendado pela Academia Americana de Pediatria. Esta intervenção aborda conceitos básicos de nutrição infantil, mas também se concentra em: a) crescimento normativo e desenvolvimento infantil (por exemplo, sugestões infantis, temperamento, estados comportamentais), b) construção de competências maternas.

A intervenção consiste em seis aulas ministradas em casa por um profissional de saúde seguido por três telefonemas de reforço. Cada aula (60 minutos de duração) é projetada para promover o desenvolvimento da criança uma alimentação saudável e incorpora informação baseada em pesquisa. As oportunidades para as mães para desenvolver e praticar habilidades, e uma discussão das estratégias para superar os desafios e técnicas de resolução de problemas. Os três contatos telefônicos, cerca de 5 minutos cada um, são efetuados com 6, 8 e 10 meses, são usados para reforçar conceitos-chave das aulas após a conclusão do intervenção para manter os efeitos e manter contatos com os participantes para melhorar a retenção. Seis aulas foram encontradas para produzir uma mudança de comportamento e representam tempo suficiente para construir um apoio relacionamento com as mães individuais. As estratégias de intervenção concentram-se em práticas de alimentação que incluem a modificação do meio de alimentação. Um DVD de animação, que inclui reais imagens da criança e os comportamentos dos pais, será utilizado para demonstrar traços de temperamento infantil. A coleta de dados em ambos os estados ocorre no início (antes para a primeira aula), quando o bebê é de 6 meses de idade, e quando o bebê é de 1 ano de idade.

Evidência: Nível II

Titulo: Study protocol of a parent-focused child feeding and dietary intake intervention: the feeding healthy food to kids randomised controlled trial

Autor, Ano, País: Kerith Duncanson, Tracy Burrows e Clare Collins (2012) Austrália

Orientação Metodológica: Estudo Experimental

Participantes: Crianças de 2-5 anos. (N=150)

Intervenções: Para os participantes do estudo será enviado um formulário com uma série de recursos: CD e DVD a barriga burburinhos, além de um livro de receitas e guia de bolso de supermercado. É pedido também a colaboração para o preenchimento do (ATES) Questionário de Frequência Alimentar, (QFA), questionário de alimentação infantil, questionário das perguntas aos pais sobre as crianças australianas (CTAS), questionário de dados demográficos, instruções para o preenchimento e devolução de pesquisas, e um envelope de retorno já selado. Os participantes serão informados das instruções para a conclusão das pesquisas. Num período de seis semanas serão alocados para o retorno de pesquisas. Se os estudos não são devolvidos após quatro semanas, os participantes receberão um lembrete através do seu método de contato preferido (telefonema, mensagem de texto ou e-mail) para incentivá-los a devolver os inquéritos. Os envelopes serão numerados para randomização posterior antes da abertura de envelopes. Os pesquisadores verificam, a entrega e contactam os participantes para esclarecimentos ou conclusão das perguntas que faltam.

Coleta de dados foi efetuada aos três e 12 meses e envolve administração repetida de todos os questionários aplicados no início do estudo, com exceção do questionário de dados demográficos sendo excluídos a utilização de recursos que o questionário incluiu.

Evidência: Nível II

Título: Evidence Based Health Promotion Programs for Schools and Communities

Autor, Ano, País: Dianna D. Inman, DNP, CPNP-PC, Karen M. van Bakergem, LMSW, Angela C. LaRosa, MD, MSCR, David R. Garr, MD (2011) USA

Orientação Metodológica: Revisão sistemática da literatura

Participantes: Crianças em idade pré-escolar 2-5 anos; Crianças 6-12 anos; adolescentes 13-18 anos;

Intervenções:

As estratégias incluem o aumento de preços acessíveis alimentos e bebidas saudáveis, apoiando alimentos saudável e escolhas bebidas; encorajador aleitamento materno; incentivando a atividade física, a criação de comunidades seguras que a atividade física de apoio e incentivo as comunidades organizar para a mudança. Além das estratégias, existem medidas sugeridas específicas para garantir que estratégias podem ser implementadas.

Apesar da importância da prevenção da obesidade, existe atualmente uma falta de evidências baseadas em programas disponíveis para implementação. Dadas as consequências a longo prazo substancial da obesidade, pesquisas futuras terão de enfrentar esta necessidade premente. Os programas procuram aumentar a atividade física e promover as escolhas de estilo de vida saudáveis. Recursos adicionais incluem Ação de Saúde para Crianças: Dicas para Escolas, Educação para a Saúde e Índice de Obesidade de Saúde Escolar.

A criação e utilização de programas baseados em evidências levam tempo, e a probabilidade para o sucesso é reforçada quando os programas são implementados de forma consistente. Recursos e financiamento adequado serão necessários para apoiar e aperfeiçoar os programas baseados em evidências os níveis locais, estaduais e federal. Um compromisso de longo prazo pelo público, os políticos, e os cuidados de saúde e serão necessários sistemas de ensino para garantir positivo os resultados desses programas para os próximos anos.

Evidência: Nível I

Título: Public Health Messages: Why Are They Ineffective and What Can Be Done?

Autor, Ano, País: Timothy P. Gill e Sinead Boylan (2012) Austrália

Orientação Metodológica: Revisão da Literatura

Participantes: Crianças 5-12 anos

Intervenções: Aconselhamento e informação adequada à população é um primeiro passo importante para enfrentar qualquer problema de saúde, iniciativas de saúde pública. Confiar em massa nos meios para atingir esse objetivo. Primeiramente Campanhas de sensibilização nos mass média, fornecendo conhecimento e mudança de atitudes, com o objetivo de contribuir a mudança de comportamento potencial. Muitos países têm investido em campanhas de mídia relacionadas com a obesidade para melhorar dieta e atividade física, no entanto, existem poucos dados sobre a sua eficácia, pois muitas vezes não são avaliadas. Aqueles que avaliam as campanhas normalmente fazem-no dentro de 1 ano da campanha, que não prevê um período de tempo suficientemente longo para identificar qualquer impacto sobre o status do peso da comunidade.

Uma análise mais aprofundada dos componentes de intervenção mostrou que as intervenções baseadas na web com recursos avançados (por exemplo, aconselhamento, feedback) alcançar uma maior perda de peso do que aqueles com educação por si só.

Recentes revisões sistemáticas têm examinado o efeito das intervenções de estilo de vida em limitar o ganho de peso excessivo durante a gravidez ou o controle de peso pré-natal e não encontraram nenhuma evidência consistente de que essas intervenções poderiam levar à melhoria de peso e resultados de saúde. Evidência a partir de estudos longitudinais, também indica que a amamentação e duração de exposição estão associadas com uma pequena, mas significativa redução no desenvolvimento da obesidade infantil e há fortes evidências de apoio a eficácia dos programas de promoção da amamentação. No entanto, apesar investimento significativo em programas para promover a amamentação, há pouca evidência de que a educação somente, é suficiente para melhorar significativamente as taxas de aleitamento materno e duração. Estratégias com foco no apoio profissional e educação provaram ser mais útil.

As escolas oferecem um ambiente chave para mensagens de saúde pública abordando a prevalência de sobrepeso e obesidade. Apesar de seu potencial para induzir a mudança de

comportamento é muitas vezes superestimado. As crianças passam cerca de 6 h dia em cada escola, 40 semanas do ano, portanto, essa configuração oferece significativa oportunidade para incentivar o consumo de alimentos saudáveis, atividade física regular, e ensinam habilidades ao longo da vida para um estilo de vida saudável. Além disso, os comportamentos relacionados com o peso podem ser influenciados diretamente pelo ambiente escolar (por exemplo, Estudos têm relacionado a disponibilidade de lanches e bebidas vendidos nas escolas para alta ingestão de calorias totais dos alunos, bebidas, gordura total e gordura saturada, e menor ingestão de frutas e legumes).

Programas de saúde baseados na escola muitas vezes têm uma forte dependência sobre educação e muitos dos programas avaliados recentemente baseados na escola mostram o aumento do conhecimento nutricional entre os estudantes e alguns mostram um aumento de consumo de frutas e de vegetais. No entanto, a eficácia ou o impacto de programas baseados na escola sobre o peso corporal mostra resultados mistos. A maior parte destes estudos foram de muito curta duração e, portanto, pode não ter sido sustentado por um período suficiente para impactar no peso. Um estudo avaliou a eficácia de longo prazo de um programa baseado na escola de educação de 10 anos após o seu início encontrado resultados promissores em relação ao peso corporal e massa corporal (IMC). Essas avaliações sugerem que as escolas têm vindo a fazer algum progresso, mas é difícil separar o impacto do componente de educação da política e as alterações ambientais, que também está incluído nestes programas de saúde pública.

É evidente que as intervenções de educação em saúde no ensino primário, no entanto, as intervenções têm geralmente sido de curta duração e vai exigir muito mais tempo de manutenção e avaliações mais detalhadas. Pouco se sabe sobre o custo-efetividade das intervenções e mais pesquisas são necessárias em intervenções colaborativas para que trabalhadores da saúde têm o apoio e a capacidade de coordenar intervenções com vários componentes. Implementações de tais intervenções devem envolver a expansão das competências dos existentes profissionais de saúde.

Programas de prevenção da obesidade em toda a comunidade mais recentes ter aprendido as lições e têm desenvolvido vários componentes estratégias que vão além da educação e da tentativa de abordar algumas das políticas chave e fatores ambientais que inibe a mudança de comportamento adequado. Múltiplos componentes programas destinados a

prevenir o ganho de peso excessivo em crianças em idade escolar têm produzido resultados positivos em comunidades nos Estados Unidos, Austrália, e em França, embora os valores absolutos, nos IMC ou outras medidas de adiposidade permanecer modesto no presente. O maior dos esses programas, o EPODE (Ensemble, Prévenons l'obésité des Enfants) de campanha, é uma iniciativa lançada em comunidade Janeiro de 2004, 10 cidades em França destinado a crianças com idades entre 5-12 anos. O programa funciona através da contratação de política local fabricantes e organizações-chave dentro de cada cidade para apoiar e dirigir uma série gradual de oportunidades educacionais, comida e mudanças de alimentação, exercícios e atividades para as crianças em sua vida cotidiana. A taxa de participação tem crescido rapidamente e em 2009 as crianças 1,8 milhão programa envolveu em 167 Francês, 20 Espanhol e 8 Bélgica cita. A componente francesa era avaliada por uma série de estudos transversais repetidos e indicou uma queda no nível de excesso de peso e obesidade em estas cidades de 18,9% em 2004 para cerca de 17% em 2007.

Evidência: Nível V