

Sandra
Nunes

Promoção da Saúde: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PROMOVER A ADESÃO
A COMPORTAMENTOS DE SAÚDE NA CRIANÇA E FAMÍLIA

Promoção da Saúde:
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PROMOVER A ADESÃO
A COMPORTAMENTOS DE SAÚDE NA CRIANÇA E FAMÍLIA

Sandra Sofia Marques Nunes
110435005

Orientador:
Professora Mestre Maria Regina Ferreira

Orientador:
Professora Doutora Maria João Esparteiro

ABREVIATURAS

Ed. - Edição
Ex. – exemplo
f. – folha
n.º – número
p. – página
pp. - páginas
Vol. – volume

ACRÓNIMOS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EBSCO – Elton B. Stephens Company
MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH – Medical Subject Headings
PIO – População, Intervenção e Outcomes

SIGLAS

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
FLACC - Face, Legs, Activity, Cry e Consolability
OMS – Organização Mundial de Saúde
SO – Sala de Observação

RESUMO

O presente relatório consiste numa reflexão de todo o processo de aprendizagem que resultou do meu desenvolvimento pessoal e profissional ao longo do estágio II.

Objetivos: Enquadrar a prática clínica baseada na evidência, com recurso à revisão sistemática da literatura; avaliar e divulgar os resultados das ações de enfermagem e fundamentar as competências adquiridas no sentido de uma enfermagem avançada.

Metodologia: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura e foi formulada a pergunta: “Que intervenções de enfermagem na promoção da saúde promovem a adesão a comportamentos de saúde na criança e família?” **Principais Resultados:** Intervenções que proporcionem às crianças oportunidades de socializar e divertimento; atividades em grupo com os pares; envolvimento dos pais em todo o processo; estabelecer uma relação de parceria com a família, promovendo a parentalidade; suporte e apoio à família da criança hospitalizada.

Palavras-chave: Promoção da saúde, Comportamentos de saúde, enfermagem pediátrica

SUMMARY

This report is a reflection of the whole process of learning that resulted from my personal and professional development during the stage II. **Objectives:** To frame the clinical practice based on evidence, using a systematic literature review; evaluate and disseminate the results of nursing actions and support the acquired skills towards advanced nursing. **Methodology:** A systematic literature review was performed and the question was formulated: “What nursing interventions in health promotion promote adherence to health behaviors?” **Main Results:** Interventions that provide children with opportunities to socialize and fun; group activities with peers; parent involvement in the entire process; establish a partnership with the family, promoting parenthood and family support of hospitalized children.

Key Words: Health Promotion, health behavior, pediatric nursing

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	7
1 - ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ENSINO CLINICO... 9	
1.1 - CONTEXTO DE ESTÁGIO – SERVIÇO DE NEONATOLOGIA	14
1.2- CONTEXTO DE ESTÁGIO - SERVIÇO DE PEDIATRIA	17
1.3- CONTEXTO DE ESTÁGIO – URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	24
2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	27
3 - METODOLOGIA	34
4 - ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS.....	38
5 - CONCLUSÃO.....	47
6 – BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	56
ANEXO I – Projeto de Estágio de enfermagem de saúde da criança e do jovem e relatório II	57
ANEXO II – Manual de avaliação comportamental do recém-nascido	87
ANEXO III – Grelha de avaliação física do recém-nascido.....	111
ANEXO IV – Planeamento das sessões de educação para a saúde realizadas no serviço de pediatria	120
ANEXO V – Grelhas de Avaliação de conhecimentos	127
ANEXO VI – Folheto - Alimentação nos primeiros anos de vida	131
ANEXO VII – Folheto - Alimentação Saudável	134
ANEXO VIII – Relatório de Conteúdo do Tabuleiro de Entubação	137
ANEXO IX – Poster	139
ANEXO X– Maçãs entregues às crianças	141
ANEXO XI – Tabelas de análise dos artigos	143

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro n.º 1 –Protocolo da revisão sistemática de acordo com a pergunta PIO	34
Quadro n.º 2 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos	36
Quadro n.º 3 – Resultados do cruzamento de cada descritor individualmente	36
Quadro n.º 4 – Resultados do cruzamento de dois descritores	37
Quadro n.º5 – Resultado do cruzamento dos quatro descritores	37

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho surge no âmbito na unidade curricular Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Neste relatório, pretende-se refletir sobre a prática clínica especializada, tendo por base a prática baseada na evidência, com recurso a metodologia científica e fundamentar a aquisição de competências ao nível de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, demonstrando todo o processo de aprendizagem que resultou do meu desenvolvimento profissional e pessoal ao longo do estágio II.

O estágio II decorreu em três contextos com valências distintas, tendo sido todos efetuados no Hospital de Santarém: no período de 29 de Abril a 30 de Maio no serviço de neonatologia, no período de 3 de Junho a 13 de Julho no serviço de Pediatria e no período de 16 de setembro a 12 de Outubro, no serviço de Urgência Pediátrica, com um total de 440 Horas.

O Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II teve como ponto de partida a elaboração de um projeto de estágio (**Anexo I**), delineado e centrado no tema: Promoção da saúde na criança e família, fundamentado no modelo de promoção de saúde de Nola Pender e modelo de parceria de Cuidados de Anne Casey. A escolha deste tema deve-se à importância crescente da promoção da saúde, enquanto intervenção autónoma do enfermeiro. A intervenção de enfermagem em saúde infantil e pediátrica é “dirigida aos projetos de saúde da criança e do jovem a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (Ordem enfermeiros, 2009: p.7).

A Ordem dos Enfermeiros enfatiza a importância da promoção da saúde na enfermagem, constituindo esta como um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade. É na procura permanente da excelência do exercício profissional, que o enfermeiro intervém, através da promoção da saúde, para que as pessoas alcancem o máximo potencial de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A promoção da saúde é definida como um processo que consiste em capacitar as pessoas a aumentar o controle sobre a sua saúde e a melhorá-la. Assim, a saúde perspectiva-se como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Para atingir este estado de completo bem-estar, a pessoa tem de ser capaz de identificar e realizar os seus desejos, satisfazer as suas necessidades e mudar ou enfrentar o ambiente, aderindo a comportamentos de saúde. O enfermeiro utiliza estratégias para a promoção da saúde que capacitam a pessoa a fazer escolhas saudáveis. A promoção da saúde é feita com as pessoas, melhorando a capacidade destas agirem para a sua própria saúde, através das suas próprias ações e escolhas (OMS, 2009).

Definiram-se como objetivos deste relatório:

- ✚ Desenvolver formação científica, técnica, humana e cultural adequada na área do conhecimento especializado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica;
- ✚ Enquadrar a prática clínica baseada na evidência, com recurso à revisão sistemática da literatura;
- ✚ Avaliar e divulgar os resultados das ações de enfermagem;
- ✚ Fundamentar a aquisição de competências no sentido de uma enfermagem avançada.

Este relatório integra esta introdução, à qual se segue a análise reflexiva das ações de enfermagem. Depois o enquadramento teórico, onde estão definidos os conceitos base que fundamentam este trabalho, a metodologia, a conclusão, onde se faz a avaliação global do estágio e síntese do relatório, e as referências bibliográficas. Por último, apresentam-se os anexos onde está a informação adicional relevante no desenvolvimento das ações descritas.

1 - ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ENSINO CLINICO

A análise reflexiva das atividades, foi sendo efetuada ao longo do estágio, através de momentos de auto reflexão, conversas informais com os enfermeiros cooperantes e colegas de estágio, pesquisa bibliográfica e reuniões de avaliação com a professora orientadora, de forma a ultrapassar dificuldades e a potencializar aprendizagens. Todos estes momentos reflexivos resultaram na aquisição de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Neste estágio, foi demonstrada a capacidade de autoconhecimento e reconhecimento dos recursos e limites pessoais e profissionais, através da consciencialização da influência pessoal na relação profissional, o que revela a aquisição da competência comum de enfermeiro especialista - “Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 9). Este estágio, para além de ter sido promotor de aprendizagens profissionais, foi também indutor de desenvolvimento pessoal.

As atividades desenvolvidas no estágio foram planeadas com o objetivo de adquirir competências de enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria, as quais englobam muito mais do que as atividades de promoção da saúde. Refletindo sobre todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, e que contribuíram para a aquisição de competências, será dada ênfase às atividades relacionadas com a promoção da saúde.

A área da promoção da saúde é muito vasta, pelo que defini a alimentação infantil como tema de eleição para as minhas atividades no âmbito da promoção da saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2009) a otimização das práticas de alimentação infantil está entre as intervenções mais eficazes para melhorar a saúde da criança e do jovem. Também o Programa Nacional de Saúde Infantil evidencia a importância da alimentação. Define que na vigilância da saúde da criança e do jovem pretende-se “estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados com a nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados” (Direção Geral de Saúde, 2012:7). Da mesma forma, o programa de Saúde Escolar

referencia a alimentação como uma das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis. (Direção Geral de Saúde, 2006).

Das atividades planeadas para o estágio, vou inicialmente abordar aquelas que foram realizadas em todos os contextos de estágio.

Nesse âmbito, senti a necessidade de conhecer a realidade do serviço, nomeadamente a estrutura orgânica e funcional e quais as atividades desenvolvidas no serviço no âmbito da promoção da saúde. Para que tal fosse possível, em todos os contextos de estágio, realizaram-se reuniões com a enfermeira chefe e enfermeiro cooperante, visita às instalações do serviço, apresentação à equipa multidisciplinar, consulta de documentação interna, projetos e normas, manuseamento dos materiais e equipamentos disponíveis no serviço.

Dado que o estágio foi efetuado em diferentes contextos no Hospital de Santarém, existiu a preocupação de identificar o circuito de atendimento do recém-nascido, criança e jovem quando admitido nesse hospital, assim como a articulação existente entre os diferentes contextos de estágio.

Através da integração na equipa multidisciplinar, conhecimento dos recursos disponíveis, legislação e políticas da instituição, utilizaram-se os recursos de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados, demonstrando a aquisição da competência comum do enfermeiro especialista - Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados ” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 9).

Na prestação de cuidados ao recém-nascido/criança ou jovem, foram identificados os problemas, definidos diagnósticos de enfermagem e formulados planos de cuidados com linguagem CIPE, de acordo com as prioridades estabelecidas, sempre gerindo em parceria com a família os cuidados a prestar, através da negociação da participação da família em todo o processo. Esta atividade teve como fundamento o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2009), que afirma que na prestação de cuidados o enfermeiro trabalha em parceria com a criança/jovem e família, em qualquer contexto que ela se encontre.

O envolvimento, participação, capacitação e negociação com a criança/família, foram os elementos chave da relação de parceria de cuidados que estabeleci com a criança/jovem e família, demonstrando, desta forma, a utilização do modelo de enfermagem de Anne Casey. Este modelo afirma que numa relação de parceria os pais são reconhecidos como sendo os melhores prestadores de cuidados, são encorajados a

envolverem-se nos cuidados à sua criança e é clarificado o papel do enfermeiro e da família nos cuidados à criança através de um processo de negociação (Farrel, 1994).

De forma a definir o papel do enfermeiro e da família, foram identificados com os pais, os cuidados familiares e os cuidados de enfermagem, tendo sido dada aos pais autonomia para desenvolver os cuidados definidos como cuidados familiares. Esta intervenção é uma evidência resultante do estudo realizado por Hopia, Tomlinson, Paavilainen, Astedt-Kurki (2005), que aponta a parceria nos cuidados como uma intervenção de enfermagem para a promoção da saúde a que as famílias dão importância, na medida em que ao trabalhar em parceria, o enfermeiro ajuda os pais a clarificarem o seu papel e a promover a parentalidade durante a hospitalização da criança.

Com estas atividades emergem aprendizagens que melhoraram o meu desempenho profissional: aprimorei o estabelecimento de uma relação profissional adequada com a criança/jovem e família, aprendi a estabelecer prioridades e a planear os cuidados de acordo com as prioridades definidas com a criança/jovem e família, e executei os cuidados de enfermagem promovendo sempre a autonomia da criança/jovem e família.

A negociação da participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, transmissão de conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença e avaliação da estrutura e contexto do sistema familiar, resultaram na aquisição da competência - “Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança e do jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 3).

No estágio diagnostiquei necessidades especiais e incapacitantes na criança e no jovem, que de acordo com Hockenberry e Wilson (2011) são crianças que têm ou estão em maior risco de ter uma condição física, do desenvolvimento, comportamento ou emocional, de carácter crónico, exigindo cuidados de saúde mais especializados do que a maioria das crianças.

Intervi junto de crianças e jovens com necessidades especiais e incapacitantes, nomeadamente crianças com diabetes insulínica, com distúrbio neuromuscular, deficit no desenvolvimento e doença oncológica, através da promoção da adaptação à doença, dando suporte com disponibilidade e escuta ativa, ajudando as

crianças, jovens e pais na percepção da doença ou incapacidade, e mobilizando os recursos da família na adoção de estratégias de coping, pois tal como refere Hockenberry e Wilson (2011), é fundamental, nestas crianças e jovens, a avaliação dos fatores que afetam o ajustamento familiar, nomeadamente, a percepção da doença ou incapacidade, os mecanismos de coping e adaptação, e os recursos da família. O suporte, de acordo com o estudo de Hopia, Tomlinson, Paavilainen, Astedt-Kurki (2005), é uma intervenção de enfermagem que a família enfatiza como importante na criança hospitalizada. As famílias esperam que os enfermeiros tenham a coragem de intervir nas situações difíceis que esta vivencia, ajudando-as a resolver essas situações através da adopção de mecanismos de coping.

De acordo com os critérios de avaliação de competência definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2010), através do diagnóstico de necessidades especiais e incapacitantes na criança/jovem, capacitando-os para a adoção de estratégias de coping e de adaptação, promovendo a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada, adquiriu-se a competência – “Promove a adaptação da criança e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:4). Com as atividades realizadas junto das crianças com necessidades especiais e incapacitantes, melhorei a minha capacidade de adaptação a novas situações e desde então demonstro mais capacidade de resolução de problemas de maior complexidade.

Nas crianças com necessidades especiais, nos recém-nascidos prematuros, em situações de gravidade clínica, situações de risco para a criança e jovem (família disfuncional, maus tratos ou negligência), foi feito o encaminhamento para outros profissionais sempre que necessário, nomeadamente médicos, assistente social e enfermeiro da comunidade através da referência de enfermagem. Com esta atividade identifiquei os aspetos da minha esfera de competência e os que requerem o recurso a peritos. Foram identificadas sintomas comuns da infância, tais como febre, vômitos, diarreia, erupções cutâneas, implementadas respostas de enfermagem apropriadas, e realizado ensino aos pais sobre as mesmas, de forma a torná-los aptos para a gestão dos cuidados à criança. Com estas atividades demonstraram-se conhecimentos sobre as doenças comuns às várias idades, identificaram-se situações de risco para a criança/jovem, o que permitiu a aquisição da competência – “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar

negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”(Ordem dos Enfermeiros, 2010: 3).

Foram rapidamente identificados focos de instabilidade e dada resposta pronta antecipatória, demonstrando conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico, o que culminou na aprendizagem da competência – “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 4). Com estas atividades aprendi a interrelacionar os conhecimentos adquiridos nas diversas situações e a mobilizá-los para a prática, dando assim uma resposta pronta antecipatória em situações de urgência e emergência.

A hospitalização, segundo Hockenberry e Wilson (2011), provoca stress na criança, jovem e família. Por este motivo, foram minimizados os efeitos negativos da hospitalização na criança e jovem que advém dos stressores (separação, perda de controle, lesão corporal e dor). Para tal foi fundamental o acolhimento da criança, jovem e família, na admissão no serviço, trabalhar em parceria com os pais e a gestão da dor através do uso de técnicas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor.

A avaliação da dor foi efetuada usando a escala comportamental (FLACC, e a escala de autorrelato (numérica e das faces), pois a capacidade de descrever a dor muda conforme o crescimento das crianças e a maturidade cognitiva e de linguagem. Foram utilizadas sempre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor (técnica de distração, de relaxamento e estimulação cutânea) isoladamente ou em associação com medidas farmacológicas.

O uso de técnicas não farmacológicas é uma mais valia na intervenção de enfermagem à criança/jovem com dor, na medida em que estas são seguras, não invasivas e diminuem o stress e o medo que muitas vezes está associado à dor (Hockenberry e Wilson, 2011).

Assim, mobilizaram-se conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança e jovem, fez-se a gestão das técnicas não farmacológicas de alívio da dor e aplicaram-se conhecimentos e habilidades na execução das mesmas. Desta forma, está demonstrada a competência “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, otimizando as respostas” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 5).

1.1 - CONTEXTO DE ESTÁGIO – SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

O serviço de Neonatologia do Hospital de Santarém está integrado no espaço físico do serviço de Obstetria I, sendo a equipa de enfermagem comum aos 2 serviços. O serviço é uma unidade de cuidados intermédios do recém-nascido. Os recém-nascidos são admitidos nesta unidade a partir das 32 semanas de gestação até aos 28 dias de vida. Nesta unidade, no momento do nascimento, são admitidos os recém-nascidos com necessidade de cuidados diferenciados, baixo peso, prematuridade ou se encontram em estado crítico.

A sala principal é composta por 5 unidades de internamento de recém-nascidos em incubadora. Existe também o internamento de recém-nascidos, nesta unidade, em berço, nos quartos, junto das mães.

A prestação de cuidados têm por base o modelo de enfermagem de parceria de cuidados de Anne Casey.

Nas primeiras 3 semanas, as experiências e a diversidade de situações não foram muitas na neonatologia, contudo houve oportunidade de prestar cuidados aos recém-nascidos saudáveis, do serviço de Obstetria. Nas restantes 2 semanas todas as atividades foram realizadas junto dos recém-nascidos internados no serviço de Neonatologia.

Durante os primeiros dias de estágio, identifiquei que as mães consideram que têm maior défice de conhecimentos relativamente à problemática da amamentação, sendo necessária a intervenção quase constante do enfermeiro, para colmatar as dificuldades sentidas e verbalizadas pelas mães durante a amamentação. Muitas verbalizam não compreender o choro do bebé, não sabem se é fome, necessidade de aconchego ou mimo.

Ao incentivar as mães a definirem as suas necessidades de saúde, desenvolveu-se uma abordagem centrada no cliente, através de uma relação de parceria, que permitiu às mães para além de assumirem a liberdade de escolha e tomada de decisão, também a oportunidade de identificarem as suas necessidades de saúde (Miller e Whiting, 2008).

Esta intervenção emerge como evidência do estudo realizado por Hopia, Tomlinson, Paavilainen, Astedt-Kurki (2005), segundo o qual as famílias esperam que os enfermeiros expliquem quais as opções disponíveis, e as ajudem a tomar decisões que promovam a saúde de toda a família. Descrevem o ajuste e transmissão de

informação de acordo com as necessidades da família como importante para o bem-estar da mesma.

O estabelecimento de uma relação de parceria com os pais demonstra a utilização do modelo de enfermagem de Casey enquanto modelo teórico que orientou este estágio.

Com estas atividades, adquiri a competência – “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança e do jovem” (Ordem dos Enfermeiros, p. 4).

Devido à verbalização das dificuldades sentidas pelas mães, desenvolveram-se ações de promoção da saúde sobre amamentação, associando a amamentação aos estádios de sono/vigília, competências do recém-nascido e comportamento de resposta, para aumentar desta forma a compreensão e conhecimento das mães sobre os seus filhos, promovendo assim, a parentalidade e a adoção de comportamentos de saúde.

Estas sessões foram efetuadas, com metodologia interativa, através de momentos demonstrativos do estadio de sono/vigília em que o recém-nascido se encontrava, e do comportamento de resposta da mãe mais adequado no momento, com o envolvimento e participação ativa da mãe em todo o processo. As sessões tiveram a duração de cerca de 15 minutos, efetuadas ao longo do turno, com a frequência necessária até que a mãe demonstrasse aquisição de competências. Realizaram-se sessões a 8 mães internadas. No final das sessões foi feita a aplicação de uma grelha de avaliação de conhecimentos às mães, relativamente ao tema da sessão, para procurar saber exatamente o que os participantes aprenderam (Moyse, 2009).

A aplicação da grelha de avaliação de conhecimentos revelou que 3 mães adquiriram comportamentos adequados após 2 sessões, as restantes 5 necessitaram de mais de 3 sessões para adotarem o comportamento de saúde esperado.

A promoção da amamentação foi desenvolvida, para além das sessões individuais, através de ajuda às mães no início da amamentação, incentivo à amamentação frequente em horário livre e encorajamento do pai no desempenho de um papel positivo, através do apoio à mãe na amamentação.

Foram também realizadas sessões de educação para a saúde individuais sobre competências sensoriais do recém-nascido, igualmente com a frequência necessária até que as mães demonstrassem aquisição de competências. Foram realizadas a 8 mães, de modo interativo, através de demonstração da resposta comportamental adequada da mãe

a cada competência sensorial do recém-nascido. Após a mesma, foi feita aplicação de grelha de avaliação de conhecimentos relativos ao tema da sessão.

Pela aplicação da grelha de avaliação de conhecimentos, verificou-se que 6 mães demonstraram competência após 2 sessões, 2 mães necessitaram de 3 sessões ou mais, para demonstrarem o comportamento de saúde esperado. Com estas sessões foi promovida a vinculação através do incentivo ao contacto pele com pele e contacto visual entre a mãe e o recém nascido.

Todas as sessões foram efetuadas com metodologia interativa, através da partilha de conhecimento e experiência, pois de acordo com Moyses (2009), a metodologia interativa é o melhor método de ensino. Inicialmente fiz a explicação e demonstração e a mãe observou, e de seguida a mãe participou na demonstração. Assim, utilizei o método demonstrativo, dos dois modos que Moyses (2009) descreve, o modo “mostrar” e o modo “mostrar com”. As sessões individuais foram uma estratégia facilitadora, à qual as mães aderiram com entusiasmo e interesse.

No decorrer das sessões foi estabelecido com as mães um compromisso com o plano de ação, tal como preconiza o modelo de promoção de saúde de Pender (2002). Através da aplicação das grelhas de avaliação de conhecimentos foi possível verificar que as mães aumentaram o conhecimento sobre a temática abordada, tendo sido concretizado o resultado da intervenção - a aquisição do comportamento de saúde. (Pender, 2002). Desta forma, foi conseguida com as mães uma mudança positiva e informada no comportamento de saúde. (Glanz, 2008).

É importante referir que nenhuma das mães apresentou a competência após a primeira sessão o que demonstra a importância do reforço do ensino. Moyses (2009) afirma que sem reforço, a informação transmitida pode facilmente desaparecer. Por esse motivo, para induzir a continuidade no processo de promoção da saúde, procedeu-se à elaboração de um manual de avaliação comportamental do recém-nascido (**Anexo II**), que foi entregue ao serviço, com o suporte teórico que sustentou a intervenção, planeamento das sessões e grelhas de avaliação de conhecimentos, para facilitar a utilização destes recursos pelos enfermeiros do serviço.

De forma a sensibilizar os enfermeiros para esta temática, na passagem de turno o manual foi divulgado a todos os enfermeiros presentes, com o objetivo de envolver a restante equipa no processo de promoção da saúde. Esta intervenção é uma evidência no estudo desenvolvido de Moores (2010), que demonstra que o envolvimento de parceiros na comunidade, compartilhando a responsabilidade de entregar mensagens saudáveis

para as crianças em diversos contextos comunitários, pode expandir o alcance dos esforços de promoção de saúde.

Foi efetuada a observação física de vários recém-nascidos saudáveis e prematuros, através da aplicação de uma grelha previamente elaborada (**Anexo III**) e foram minimizados os estímulos que podem influenciar o equilíbrio dos recém-nascidos prematuros (ruído, intensidade da luz, posicionamento e manipulação frequente). Com o desenvolvimento destas atividades ficam demonstrados os conhecimentos sobre as competências do recém-nascido fundamentais para promoção de comportamento interativo.

O conhecimento sobre as competências do recém-nascido foi também demonstrado através da realização das sessões de educação para a saúde na área da amamentação e estádios de sono/vigília e sessões sobre as competências do recém-nascido e comportamentos de resposta. Para além destas atividades utilizaram-se estratégias promotoras do contato físico mãe/recém-nascido, promoveu-se a amamentação, sempre com negociação do envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido, adquirindo desta forma, a competência – “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 5). Com estas atividades adquiri conhecimentos teóricos e práticos sobre o recém-nascido, que me permitem conhecer as suas particularidades, aprendi a promover a vinculação do recém-nascido e o quanto essa intervenção é importante para a relação mãe/filho.

1.2- CONTEXTO DE ESTÁGIO - SERVIÇO DE PEDIATRIA

O serviço de Pediatria é composto por 8 salas, com 2 quartos individuais e os restantes duplos, sendo que no total dispõe de 13 camas de internamento. Existe uma sala que está preparada para receber crianças ou jovens, em estado crítico, designada por sala de cuidados especiais.

São internadas neste serviço crianças com idades compreendidas entre os 28 dias e os 18 anos exclusive. Este tem como referencial teórico o modelo de enfermagem de parceria de cuidados de Anne Casey e o modelo de enfermagem de Roper.

Ao longo do estágio houve a preocupação de disponibilizar horas equivalentes de estágio, na prestação de cuidados ao lactente, criança e jovem, de forma a favorecer a

aquisição de experiências de aprendizagens referentes à particularidade de todas as faixas etárias.

Foi desenvolvida a avaliação dos conhecimentos e comportamentos da criança, jovem e família relativos à saúde, tal como a Ordem dos Enfermeiros (2011) preconiza, neste caso em relação à alimentação infantil, pela colheita de dados à criança/jovem/família realizada através da avaliação inicial, com ênfase nos hábitos alimentares.

Esta avaliação foi direccionada para conhecer os hábitos de vida da criança antes da hospitalização, pois de acordo com a evidência resultante do estudo de Hopia, Tomlinson, Paavilainen, Astedt-Kurki (2005), as famílias dão importância a esta intervenção na criança hospitalizada, pois através dela não se sentem sozinhas com as mudanças que as crianças enfrentam, e sentem o suporte e ajuda dos enfermeiros.

Foi fundamental conhecer as características e experiências individuais, e sobretudo os comportamentos específicos em relação à alimentação, da criança/jovem e família, como refere o modelo de Promoção da saúde de Pender (2002), pois são estes comportamentos que são modificáveis através das intervenções de enfermagem. Assim, tendo em conta o referido modelo de enfermagem, as crianças/jovens e família foram avaliadas relativamente à ação esperada - aquisição de hábitos alimentares saudáveis, qual a percepção dos benefícios para a ação, barreiras para ação (dificuldades sentidas), percepção de autoeficácia, sentimentos em relação ao comportamento e influências interpessoais (família, pares, escola).

Dado que a alimentação influencia o crescimento e desenvolvimento da criança (OMS, 2009), foi feita a avaliação do crescimento, nomeadamente o peso, estatura, índice de massa corporal e respetivos percentis em todas as crianças internadas. Aprendi que os índices de crescimento são uma referência de saúde e bem-estar da criança, pelo que é fundamental a avaliação do crescimento da criança e do jovem como forma de detetar problemas de saúde.

No sentido de adquirir conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil foi aplicado o teste de Mary-Sheridan nas crianças internadas. Esta avaliação é fundamental para a identificação precoce de crianças com deficit no desenvolvimento.

Desta forma, demonstraram-se conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento, foi avaliado o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, e transmitiram-se orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança e do jovem, adquirindo desta forma a competência –

“Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 5).

Através da avaliação dos hábitos alimentares e do crescimento, foram identificadas as crianças, jovens e famílias com necessidades de intervenção na área da alimentação, tendo sido realizadas sessões de educação para a saúde em grupo. Assim, foram realizadas 3 sessões de educação para a saúde em grupo: duas relativamente à alimentação saudável e uma sobre alimentação no 1º ano de vida. Deste modo, a educação para a saúde foi a estratégia utilizada para orientar as crianças, jovens e pais nos cuidados a prestar, partilhar conhecimentos e ensinar técnicas apropriadas que possibilitem a aquisição de competências, tal como descreve o modelo de enfermagem de Casey (Farrel, 1994).

As sessões foram alvo de um planeamento prévio (**Anexo IV**), pois como refere Moyses (2009) o planeamento é a diferença entre o sucesso e o insucesso de uma atividade ou sessão de promoção da saúde.

Tendo em conta, que cada faixa etária tem necessidades e capacidades diferentes (Moyse, 2009), as sessões foram adequadas ao estadió de desenvolvimento da criança e do jovem, pelo que, foram preparadas e realizadas relativamente à alimentação saudável duas apresentações distintas, uma dirigida a crianças em idade pré-escolar e outra dirigida aos adolescentes, sendo que a linguagem utilizada em cada sessão foi sempre adaptada ao seu grupo alvo. A adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança e do jovem, respeitando as crenças e cultura da criança/jovem e família e a utilização de técnicas de comunicação, resultaram na aquisição da competência – “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadió de desenvolvimento e cultura” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 5).

No final das sessões foi realizada a avaliação de conhecimentos, pela aplicação das grelhas elaborada para o efeito (**Anexo V**). Com estas grelhas foi possível avaliar os conhecimentos da criança, jovem e família, mas não a adoção do comportamento de saúde esperados, já que durante o internamento não é possível verificar se a criança/jovem/ família melhora os seus hábitos alimentares.

As sessões realizadas às crianças e jovens foram a oportunidade criada para o desenvolvimento da autopercepção de competência da criança e do jovem relativamente aos hábitos alimentares. Esta intervenção está fundamentada na evidência encontrada pelo estudo de Seal e Seal (2010), que reconhece que uma das intervenções do enfermeiro na promoção da saúde passa por criar oportunidades para que as crianças

desenvolvam a autopercepção de competência para lidar com o ambiente em que estão inseridas.

A sessão de alimentação saudável, adaptada à idade escolar foi feita a 2 crianças e respectivas mães que as acompanhavam. Nestas sessões, foi usado um método interativo através da projeção de imagens e colocadas questões às crianças sobre as mesmas, já que é fundamental interagir com as crianças e jovens durante a sessão, de forma a tornar a sessão mais divertida e interessante ajudando a prender a sua atenção (Moyse, 2009).

Esta intervenção de enfermagem, fundamenta-se, também, no estudo desenvolvido por Lopes-Dicastillo, Grande e Caller (2011), do qual surge a evidência que as intervenções de enfermagem podem tirar proveito dos pontos de vista e atitudes positivas das crianças perante novas atividades, pelo que estas devem ser desenvolvidas de forma a proporcionar às crianças oportunidades de aprender coisas novas, de socializar, bem como promover o divertimento. Ser divertido e evitar o tédio foram razões apontadas para começar ou manter uma atividade. Durante a sessão as crianças participaram com entusiasmo e após a aplicação da grelha de avaliação de conhecimentos, foi possível observar que as crianças/jovens demonstraram conhecimentos.

Também as mães foram envolvidas na sessão, demonstrando interesse pelo tema. Apesar do grupo alvo da sessão terem sido as crianças, o envolvimento dos pais é fundamental, pois nesta idade os pais funcionam como um modelo no desenvolvimento de comportamentos de saúde, já que os pais através das suas próprias escolhas determinam as preferências das crianças (Guidetti e Cavazza, 2007).

A importância do envolvimento dos pais no processo é uma evidência que resulta do estudo de Smith e Barker (2009). Este estudo comprova que o apoio e empowerment disponibilizado dos pais estão positivamente relacionadas com os comportamentos de saúde. Sendo que um dos fatores promotores são relacionamentos mais fortes entre familiares. Também do estudo desenvolvido por Lopes- Dicastillo, Grande e Caller (2011) ressalta a evidência de que os pais são o modelo nas escolhas dos filhos. No entanto, existe um processo de negociação entre as crianças e os pais, relativamente as escolhas, sendo no entanto, a vontade dos pais o aspeto decisivo na escolha.

Foram realizadas sessões de grupo, pois a criança também é alvo da pressão dos pares, tendo tendência a seguir os mesmos comportamentos dos seus pares (OMS,

2003). A importância dos pares também é comprovada pelo estudo de Smith e Barker (2009), que evidencia que o apoio e empowerment disponibilizado pelos pares, estão positivamente relacionadas com os comportamentos de saúde. A influência dos pares também é uma evidência que resulta do estudo de Lopes- Dicastillo, Grande e Caller (2011) que comprova que as crianças tendem a escolher as atividades que lhes proporcionaram uma forma de aprender coisas novas, dominar as habilidades e socializar, desejando participar em atividades com os seus colegas e amigos.

Devido às evidências já referidas nos estudos de Smith e Barker (2009) e Lopes-Dicastillo, Grande e Caller (2011), no que diz respeito ao envolvimento dos pais e atividades em grupo com os pares, a sessão de alimentação saudável dirigida aos adolescentes foi efetuada a 2 adolescentes e seus pais, estimulando a participação ativa do adolescente através de algumas questões lançadas no decorrer da sessão. A metodologia interativa, favoreceu a discussão e permitiu tornar a sessão divertida, que como já foi referido, de acordo com a evidência do estudo de Lopes-Dicastillo, Grande e Caller (2011) é o motivo para iniciar ou manter uma atividade. Os adolescentes demonstraram interesse, participaram com entusiasmo e no final da sessão foi estabelecido com eles um plano/contrato de hábitos alimentares saudáveis, reforçando assim a tomada de decisão responsável do adolescente, o que vai ao encontro do que afirma a Ordem dos Enfermeiros (2011).

Sempre que prestei cuidados ao adolescente e família negocie e estabeleci um plano de cuidados com o adolescente, reforçando a sua capacidade de tomar decisões. Assim, não só através da sessão de educação para a saúde realizada, mas também em todos os outros momentos ao longo do internamento em que foi negociado o contrato de saúde com o adolescente e reforçada a tomada de decisão responsável do adolescente, alcançou-se a competência – “Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:5). Ao envolver o adolescente na tomada de decisão, foi estabelecida uma relação de parceria, tal como o modelo de enfermagem de Casey descreve.

Com as sessões de educação para a saúde realizadas a crianças e jovens aprendi a comunicar de forma adequada ao estágio de desenvolvimento da criança e do jovem, para além de que compreendi a importância da educação para a saúde enquanto estratégia para sensibilizar as crianças e jovens para a alimentação saudável e promover a adesão a comportamentos de saúde.

A sessão de alimentação no 1º ano de vida foi feita a 2 mães de latentes com idade inferior a 7 meses. Após a sessão as 2 mães demonstraram aquisição dos conhecimentos. Desta forma, influenciou-se de forma positiva as decisões criança/jovem e família sobre os hábitos alimentares, dada a importância da nutrição adequada na primeira infância, para o crescimento, saúde e desenvolvimento das crianças (OMS, 2009).

As sessões foram reforçadas de forma individual a todos as crianças, jovens e pais que não demonstraram aquisição de conhecimentos após a sessão de grupo, pois de acordo com Moyses (2009), o reforço é um aspecto fundamental para que a memória da informação transmitida permaneça por um prazo mais longo. Também com esse objetivo, de facultar o reforço e complementar a informação transmitida aos pais foram elaborados e entregues no final das sessões, os respetivos folhetos informativos - alimentação nos primeiros anos de vida (**Anexo VI**) e alimentação saudável (**Anexo VII**).

Os folhetos são segundo Moyses (2009) recursos importantes para serem usados, em associação com os métodos de ensino. Antes de ser utilizado, o folheto informativo foi validado com a professora orientadora e com os enfermeiros cooperantes, pois Moyses afirma ainda que a concepção de um folheto de promoção da saúde para ser usado com as famílias tem que ser avaliado em relação ao conteúdo apropriado e à qualidade do mesmo, com os potenciais utilizadores do folheto.

A realização das sessões de educação para a saúde à criança, jovem e pais, foi promotor de ganhos de aprendizagem significativos enquanto formadora. Aprendi a definir objetivos, conteúdos, selecionar métodos de ensinamentos e avaliar as sessões. Assim, aprendi a realizar sessões de forma adequada, que permitam aos formandos a aquisição de conhecimentos.

Foi programada a realização de uma formação em serviço, que não foi realizada porque não foi considerado pelo serviço o momento oportuno para a realização da mesma, já que o período de estágio coincidiu com o período de férias de grande parte dos enfermeiros do serviço. No entanto, foram efetuados momentos de formação informais com os enfermeiros do serviço, nomeadamente nas passagens de turno, em que foi dado a conhecer as atividades de promoção para a saúde realizadas, com os respetivos planeamentos e grelhas de avaliação de conhecimentos, de forma a sensibilizar os profissionais para a importância e continuidade do processo de promoção

de saúde. Esta intervenção, como já foi referenciado, é fundamentada pela evidência que resulta do estudo de Moores (2010) - o envolvimento de parceiros promove a adesão a comportamentos promotores de saúde. Assim, através dos momentos formativos vivenciados ao longo do estágio, adquiri a competência – “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:10).

Foram efetuados 2 dias de observação participativa com a enfermeira chefe do serviço de Pediatria, com o objetivo de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências sobre liderança e gestão dos recursos humanos e materiais, visando a otimização da qualidade dos cuidados. Assisti a uma formação efetuada pela enfermeira chefe no âmbito da gestão, que ficou marcada pela troca recíproca de experiências e conhecimentos.

Estes dias de observação participativa resultaram em aquisição de conhecimentos e aprendizagens, nomeadamente em relação aos estilos de liderança, gestão de conflitos, tomada de decisão, funções de chefia, delegação de funções.

Em relação à liderança, aprendi que o enfermeiro chefe deve centrar-se nos objetivos do serviço, mantendo um relacionamento idêntico com todos os colaboradores. No entanto, é fundamental existir o respeito pela individualidade de cada um, reforçando os aspetos positivos de cada colaborador, no sentido da coesão e da funcionalidade da equipa. Com esta postura, o chefe gere os recursos com a finalidade primordial do bem comum, e secundariamente do bem individual, sem contudo o negligenciar. No que diz respeito à gestão de conflitos, cabe ao chefe ser o elo harmonizador. Assim, o chefe deve ser detentor de um autoconhecimento das limitações, competências relacionais e capacidade de tomada de decisão e liderança, que lhe permitam pôr termo aos conflitos sem os sustentar. As funções de chefia de acordo com a enfermeira chefe passam por exigir que os seus colaboradores cumpram as suas obrigações profissionais, evocando os aspetos positivos e menos positivos da sua atuação, motivando-os no sentido da concretização dos objetivos do serviço. Deve ainda alertar os colaboradores para a importância de manter o aspeto funcional e de organização do serviço.

Também adquiri conhecimentos sobre gestão de recursos materiais, através da compreensão do circuito do medicamento e dos materiais de consumo clínico. Assim, no âmbito da acreditação do serviço de Pediatria, procedeu-se à reorganização da sala de cuidados especiais, com verificação dos prazos de validade, contagem de medicação

e disposição dos medicamentos e material de consumo clínico, melhorando assim a funcionalidade deste espaço. Foi verificada a necessidade de implementar uma estratégia para melhoria da acessibilidade na abordagem da via aérea à criança crítica, pelo que foi implementado no serviço, uma compilação de material necessário para a abordagem da via aérea, que ficou designado como - Tabuleiro de Entubação. Foi elaborada uma folha de Relatório de Conteúdo (**Anexo VIII**) que foi colocada em anexo ao tabuleiro, que carece de verificação e revisão periódica do mesmo.

Com estas atividades desenvolvidas no domínio da gestão, adquirir conhecimentos sobre gestão de cuidados, otimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde, de forma a garantir segurança e qualidade das tarefas delegadas, o que é demonstrativo da competência comum do enfermeiro especialista – “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 7). Também adquirir conhecimentos sobre adequação de recursos às necessidades de cuidados, e identificação do estilo de liderança mais adequado para a promoção da qualidade de cuidados, o que demonstra a competência – “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:10).

1.3- CONTEXTO DE ESTÁGIO – URGÊNCIA PEDIÁTRICA

A urgência pediátrica é composta por gabinete de triagem, sala de tratamentos, sala de emergência, SO, com capacidade para 6 camas (internamento de curta duração), e 3 gabinetes médicos. Existe um enfermeiro distribuído para cada destes postos de trabalho – triagem, sala de tratamento e SO.

São atendidos neste serviço crianças com idades compreendidas entre os 0 dias e os 18 anos exclusive. É uma urgência médico-cirúrgica, com valência de cirurgia e ortopedia. A prestação de cuidados tem por base o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

Na urgência, a intervenção de enfermagem junto da criança e família, é caracterizada pela resposta a situações de maior complexidade que causam instabilidade na criança, apesar da ênfase aos cuidados de enfermagem relacionados com a doença, é importante também neste contexto desenvolver ações de promoção da saúde, pois como

refere a Ordem dos Enfermeiros (2011) devem ser aproveitadas todas as oportunidades para trabalhar com a criança/jovem e família para adoção de comportamentos promotores de saúde. Sendo assim, como a criança, jovem e família passam algum tempo na sala de espera até á chamada, optou-se por dinamizar esse tempo de espera para a promoção da saúde, já que cabe ao enfermeiro utilizar estratégias motivadoras da criança/jovem para o desempenho adequado dos seus papéis na saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A estratégia utilizada foi a colocação de um poster (**Anexo IX**) na sala de espera, para que a criança/jovem e família o observassem enquanto aguardavam a chamada. Foi utilizado um poster por ser, segundo Moyse (2009), uma forma criativa de publicitar a ideia que se apresenta. Este deve ter pouco conteúdo escrito e o desenho precisa de ser atraente. Por esse motivo, realizei um poster com visual colorido e chamativo, com imagens e apenas com uma rima alusiva à importância da fruta.

De acordo com Moyse (2009) a criatividade é uma ferramenta essencial na transmissão de mensagens de promoção da saúde da criança e do jovem. Não há recursos melhores ou piores para a transmissão de informação, todos os recursos são benéficos, desde que adequados ao público alvo. Optei pela entrega de uma maçã decorada (**Anexo X**), após o momento da triagem, questionando a criança sobre os hábitos de ingestão de fruta, abordando de forma sucinta este tema. Uma maçã foi elaborada para a idade escolar e pré-escolar e a outra para a faixa etária da adolescência. Esta adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança e do jovem, e a utilização de técnicas de comunicação, resultaram na aquisição da competência – “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e cultura” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 5).

As maçãs entregues a crianças em idade pré-escolar e escolar estavam escondidas. As crianças demonstraram entusiasmo e alegria com a entrega. De acordo com Moyse (2009) as crianças nesta idade adoram surpresas. Mostrar um objeto escondido, causa mais excitação do que colocar o objeto em cima da mesa.

As maçãs foram de igual modo, utilizadas como uma prenda, um incentivo para reforçar o tema em questão – a ingestão de fruta. Moyse (2009) afirma também, que as crianças nesta idade adoram incentivos, a entrega de um autocolante, é um simples meio de encorajamento de um determinado comportamento.

Aos adolescentes foi lançada a rima escrita na maçã como forma de fazer pensar, pois os adolescentes têm opiniões próprias, e gostam de discutir os seus pontos de vista. (Moyses, 2009).

Foram ao longo do estágio entregues 50 maçãs de cada faixa etária. A adesão das crianças/jovens/pais à atividade foi satisfatória, sendo que as crianças/jovens e pais verbalizaram agrado com a ideia e demonstraram entusiasmo e participação ativa na discussão dos hábitos alimentares. Com esta abordagem educacional, favoreceu-se a aquisição de conhecimentos, compreensão e aprendizagem, permitindo sempre liberdade de escolha e tomada de decisão consciente e informada da criança/jovem e família.

Com o desenvolvimento desta atividade procurou-se sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança para a adoção de comportamentos potenciadores de saúde, utilizaram-se estratégias motivadoras da criança/jovem para assumpção dos seus papéis de saúde, adquirindo desta forma a competência – “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 3)

Neste estágio aprendi a adaptar-me a novas situações, a interrelacionar conhecimentos para uma resposta pronta e antecipatória a situações de urgência e emergência, a resolver problemas de maior complexidade. Compreendi a importância da valorização permanente da educação para a saúde, já que é uma oportunidade de sensibilizar a criança, jovem e família para a adesão a comportamentos promotores de saúde. Para além de que este contexto de estágio permitiu o meu desenvolvimento enquanto enfermeira, tenho agora a capacidade de identificar mais facilmente situações de instabilidade na criança, jovem e família.

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A promoção da saúde é um processo que consiste em capacitar as pessoas a aumentar o controlo sobre a sua saúde e a melhorá-la (OMS, 2009). Este processo implica que a criança/jovem e família se tornem agentes da sua própria saúde, através das suas próprias ações e escolhas (Ordem dos Enfermeiros, 2000).

A saúde resulta de muitos fatores, como abrigo, alimentos, educação, serviços sociais e de saúde, segurança social, rendimentos, respeito pelos direitos humanos e emprego. São estes, os fatores determinantes da saúde que influenciam as escolhas da criança/jovem e família relativamente à adoção de estilos de vida e comportamentos de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2000). Sendo assim, na promoção da saúde, há que ter em consideração, os múltiplos fatores determinantes da saúde a que cada criança/jovem e família, na sua situação particular, está sujeita.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), a intervenção de enfermagem junto da criança/jovem e família na promoção da saúde consiste em:

- ✚ Avaliar os conhecimentos e comportamentos da criança e do jovem relativo à saúde;
- ✚ Criar e aproveitar oportunidades para trabalhar com a criança/jovem e família para adoção de comportamentos potenciadores de saúde;
- ✚ Promover o potencial de saúde, através de intervenção nos programas de saúde escolar;
- ✚ Fornecer informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias;
- ✚ Utilizar estratégias motivadoras da criança/jovem para o desempenho adequado dos seus papéis na saúde;
- ✚ Sensibilizar os pais, cuidadores e profissionais para as situações de risco, consequências e sua prevenção.

A promoção da saúde deve impulsionar o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, da educação para a saúde e opção por estilos de vida saudáveis (OMS, 2009). Surge, assim associada à promoção da saúde, a educação para a saúde, que é definida, segundo Glanz (2008), como uma combinação de experiências de

aprendizagem projetadas para facilitar a mudança voluntária para comportamentos saudáveis.

Para que o processo de promoção da saúde se desenvolva da melhor forma, o enfermeiro tem a responsabilidade de avaliar as necessidades individuais e comunitárias de educação para a saúde, planejar e implementar efetivos programas de educação para a saúde, e avaliar a eficácia dos mesmos (OMS, 2012).

O planeamento e a preparação são a diferença entre o sucesso e o insucesso de uma atividade ou sessão de promoção da saúde. Moyse (2009) define como componentes chave no planeamento da sessão:

- *As necessidades* – podem ser: normativas (baseadas no julgamento dos profissionais), expressas (o que as pessoas expressam que precisam), e comparativas (identificadas através de uma comparação entre grupos similares);
- *Os objetivos* - são uteis não só durante o planeamento, mas também na avaliação. É fundamental que sejam claros, tanto para os profissionais como para os participantes na sessão, quais são os objetivos a serem alcançados;
- *O conteúdo* - deve ser apenas a informação chave apenas sobre o tema. Deve ser considerado o que realmente os participantes precisam de saber em relação ao objetivo da sessão;
- *Os métodos de ensino* - podem ser enquadrados em três domínios: apresentação (simplesmente apresentar a informação), interação (quando o conhecimento e experiências são partilhadas) e procura (quando os participantes exploram e descobrem a informação por eles mesmos). As crianças e jovens têm dificuldade em permanecer com concentração por longos períodos, por isso é fundamental interagir com eles durante a sessão, de forma a tornar a sessão mais divertida e interessante ajudando a prender a sua atenção. Os melhores métodos de ensino que podem ser usados são os métodos interativos. Estes incluem discussão, técnicas de interrogatório, role-play, atividade em pequenos grupos.
- *Avaliação da sessão* - é importante procurar saber exatamente o que os participantes aprenderam. A avaliação pode ser feita através de questões no final da sessão.

O Interesse central da Promoção da Saúde é o comportamento de saúde (Glanz, 2008). O termo comportamento em saúde é a variável dependente crucial na maioria das investigações sobre o impacto das estratégias de educação em saúde. As mudanças

positivas e informadas no comportamento de saúde são os objetivos derradeiros dos programas de educação em saúde.

De acordo com Ribeiro (2007) o comportamento de saúde é definido como qualquer comportamento realizado por uma pessoa, independentemente do estado de saúde em que se encontra, com vista a proteger, promover ou manter a saúde. Estes podem ser comportamentos que visam a promoção da saúde, que são implementados de forma consciente para melhorar o nível global de saúde, ou então comportamentos de manutenção da saúde, que visam a prevenção da doença.

O comportamento de saúde implica a adesão por parte da criança/jovem e família. A adesão define-se como a medida em que o comportamento do cliente é concordante com as recomendações do prestador de cuidados, abrangendo comportamentos alargados relacionados com a saúde nomeadamente a autogestão da saúde. A adesão é multifactorial e complexa, destacando-se os fatores individuais e ambientais. (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A idade é um dos fatores que influencia a adesão. A OMS (2003) refere que a adesão dos lactentes e crianças pré-escolares aos comportamentos de saúde é largamente influenciada pela competência dos pais na compreensão e gestão das recomendações dadas. Com o crescimento, a criança começa a ter a capacidade de gerir as recomendações, mas mantém necessidade da ajuda dos pais.

Os pais funcionam como um modelo no desenvolvimento de comportamentos de saúde. Se forem instituídos na infância, comportamentos disfuncionais, mais dificilmente, estes comportamentos, serão alterados quando as crianças se tornarem adultas, pelo que é aconselhável que o processo de aprendizagem e de modelação de comportamentos de saúde se inicie nos primeiros anos de vida. Os pais através das suas próprias escolhas, determinam as preferências da criança (Guidetti e Cavazza, 2007).

Quando as crianças entram na escola, passam menos tempo com os pais e começam assim a ser mais influenciadas pelos seus pares e pelo ambiente social. Pela pressão dos pares, a criança terá tendência a seguir os mesmos comportamentos (OMS, 2003).

Existem muitos modelos promoção da saúde que fornecem ideias e explicações sobre comportamentos relacionados com a saúde e como encorajar a adesão aos mesmos. O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, identifica os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, e ao mesmo tempo, serve de guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva as pessoas a adotarem

comportamentos produtores de saúde. A pessoa é definida como capaz de tomar decisões, resolver problemas, salientando o seu potencial de mudar comportamentos de saúde (Pender, 2002). Este modelo é usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo identificar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo dos seus três componentes principais: **as características; comportamento específico; resultado do comportamento e experiências individuais** (Pender, 2002).

A primeira componente diz respeito às **características e experiências individuais**, que são únicas para cada pessoa e afetam de forma particular as ações subseqüentes. Esta contempla 2 variáveis:

- *Comportamento anterior* - comportamento que deve ser mudado e que pode ter efeitos diretos ou indiretos sobre a probabilidade de ter comportamento de promoção de saúde;
- *Fatores pessoais* – biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade), psicológicos (autoestima, Auto motivação, estado de saúde percebido, definição de saúde) e socioculturais (raça, etnia, educação, nível socioeconómico).

A segunda componente diz respeito ao **comportamento específico**. Este é o núcleo central do modelo sendo considerado o componente com maior relevância. Comtempla cinco variáveis que são modificáveis através de intervenções de enfermagem:

- *Percebe benefícios para ação* - representações mentais positivas, que reforçam as consequências da adoção de um comportamento;
- *Percebe barreiras para a ação* - percepções negativas sobre um comportamento e entendidas como dificuldades e custos pessoais;
- *Percebe auto eficácia* - julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações;
- *Sentimentos em relação ao comportamento* - reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positiva, negativa, agradável ou desagradável;
- *Influências interpessoais* - o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais (Pender, 2002)

A terceira componente é **resultados do comportamento e experiências individuais**. Esta componente compreende três variáveis:

- *Compromisso com o plano de ação* - ações que possibilitam ao indivíduo manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem;
- *Exigências imediatas e preferências* - as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um elevado controle sob as ações de mudança de comportamento;
- *Comportamento de promoção de saúde* - resultado da implementação do modelo de Promoção da Saúde (Pender, 2002).

Miller e Whiting (2008) definem outras abordagens para a promoção da saúde: a abordagem educacional e abordagem centrada no cliente. A abordagem educacional permite liberdade de escolha e tomada de decisão consciente e informada da criança/família e jovem, sendo o papel do enfermeiro proporcionar conhecimentos, compreensão e aprendizagem. Enquanto, na abordagem centrada no cliente, para além de proporcionar à criança/jovem e família a liberdade de escolha e tomada de decisão, o enfermeiro dá oportunidade para que a criança/jovem e família identifiquem as suas necessidades de saúde. A promoção da saúde é estabelecida através de uma relação de parceria com a criança/família e jovem, em que o promotor de saúde e a criança/família e jovem são vistos como iguais.

A Ordem dos Enfermeiros (2009) defende a abordagem centrada no cliente, ao salientar que para a promoção do mais elevado estado de saúde o enfermeiro tem de trabalhar em parceria com a criança/família, em qualquer contexto que ela se encontre, prestando cuidados à criança saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde assim como identificando e mobilizando recursos de suporte à família/pessoa significativa.

Os cuidados de enfermagem implicam, assim, o envolvimento, participação, capacitação e negociação com a criança/família. Só com a integração dos pais ou pessoa significativa, a criança/família emerge como centro dos cuidados. Cabe ao enfermeiro, capacitar e disponibilizar o suporte necessário para os pais de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada em diferentes domínios do percurso assistencial. (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O cuidar em parceria com a criança/família, tem a sua base no modelo de enfermagem de parceria dos cuidados de Anne Casey.

Casey (1988) identifica de forma clara o papel dos pais na construção do processo de cuidados aos seus filhos, reconhecendo-os como os melhores prestadores de cuidados à criança. A família é entendida como o conjunto de pessoas que possuem a responsabilidade maior pela prestação de cuidados à criança e, que influenciam fortemente o seu crescimento e desenvolvimento. Embora os pais detenham a maior responsabilidade pela prestação de cuidados, Casey (1988) não exclui o envolvimento e influência de outros. Os cuidados prestados pela família ou, no caso da criança mais velha, os cuidados prestados por ela própria, são chamados “cuidados familiares” e incluem todos os cuidados prestados de forma a satisfazer as necessidades no dia-a-dia da criança.

O enfermeiro deve apenas desenvolver cuidados de enfermagem, que são os cuidados mais técnicos e especializados, incentivando os pais a prestarem os cuidados familiares, de suporte às necessidades básicas da criança, (higiene, alimentação...). Só deverá interferir se a família não tiver as capacidades ou conhecimentos necessários para garantir a eficácia desses mesmos cuidados. Como tal, o principal papel do enfermeiro é a supervisão. Deve prestar cuidados especializados à criança, sempre que o seu estado de saúde assim o exija, permitindo que a família desempenhe as atividades de cuidados familiares. Contudo, não deve existir uma fronteira fixa, devem sim ser desenvolvidas ações complementares tendo como fim o máximo bem-estar da criança. Deste modo, é possível o enfermeiro desempenhar atividades familiares e os pais desempenharem cuidados mais especializados, desde que devidamente orientados e supervisionados pelo enfermeiro (Farrel, 1994).

Os enfermeiros, pela prestação de cuidados em parceria, reconhecem os pais como sendo os melhores prestadores de cuidados à criança e desenvolvendo competências de comunicação, relação de ajuda e promoção da saúde. As estratégias de apoio visam o envolvimento dos pais nos cuidados a prestar ao filho, através de o desenvolvimento de uma relação de ajuda entre os pais e o enfermeiro. Através do ensino, o enfermeiro promove a saúde, orienta os pais nos cuidados a prestar, partilha conhecimentos e ensina técnicas apropriadas que possibilitem a aquisição de competências por parte dos pais para a satisfação adequada das necessidades dos seus filhos (Farrel, 1994).

A base deste modelo é o sentimento de negociação e de respeito pelos desejos da família, que deve ser encorajada a envolver-se nos cuidados à sua criança e através de um processo de negociação clarificar o papel do enfermeiro e da família nos cuidados à criança, de forma a determinar quais os cuidados que os pais desejam realizar, quando e como. Deve existir uma constante renegociação dos cuidados, de forma a tornar os pais parceiros nos cuidados à criança (Farrel, 1994).

3 - METODOLOGIA

Neste trabalho, desenvolveu-se uma revisão sistemática da literatura. De acordo com Sampaio e Mancini (2006) a revisão sistemática da literatura utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema, disponibilizando um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, através da aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. Deste modo, a prática baseada em evidência emerge como uma realidade ao alcance da enfermagem contemporânea, através “(...) da utilização da melhor evidência para subsidiar a tomada de decisão clínica” (Santos, Pimenta e Nobre, 2007: p.1).

De acordo com Santos et al (2007), a prática baseada em evidência, recomenda que os problemas que advêm da prática, sejam decompostos e organizados utilizando a estratégia **PIO**, que representa um acrônimo para **Paciente**, **Intervenção** e “**Outcomes**” (desfecho). Deste modo, tendo em conta o enquadramento teórico, o protocolo da revisão sistemática da literatura e questão PIO, foi definida a seguinte pergunta: Que estratégias de promoção da saúde (I), desenvolvidas pelo enfermeiro, promovem a adesão a comportamentos saudáveis (O), por parte da criança/família (P)? (**Quadro n.º1**)

Quadro n.1 – Protocolo da revisão sistemática de acordo com a pergunta PIO.

		Palavras-Chave	Descritores
População	Criança	Cuidados de	Nursing
Intervenção	Estratégias de Promoção da Saúde	Enfermagem Promoção da saúde	Health promotion
Outcomes	Adesão a Comportamentos Saudáveis	Comportamento de Saúde Criança	Health Behavior child

As palavras-chave definidas deram origem aos seguintes descritores: Nursing, Health Promotion, Health Behavior e Child.

Os descritores foram validados na MeSH Browser (2013), utilizando, desta forma, uma linguagem científica certificada. São definidos deste modo:

✚ **Nursing:** The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health;

✚ **Health Promotion:** Encouraging consumer behaviors most e likely to optimize health potentials (physical and psychosocial) through health information, preventive programs, and access to medical care;

✚ **Health Behavior:** Behaviors expressed by individuals to protect, maintain or promote their health status. For example, proper diet, and a appropriate exercise are activities perceived to influence health status. Life style is closely associated with health behavior and factors influencing lifestyle are socioeconomic, educational, and cultural;

✚ **Child:** A person 6 to 12 years of age.

A Ordem dos Enfermeiros (2010: 1) considera que a “(...) Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Com base nesta fundamentação, considero o grupo alvo crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos.

Foram estabelecidos critérios de inclusão dos artigos (**Quadro n.º 2**).

Quadro n.º 2 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
Artigos de 2005 (inclusive) até 2013 (inclusive).
Artigos com população alvo da faixa etária das crianças 2 a 18 anos
Artigos que tenham os seguintes descritores presentes: Nursing AND Healthpromotion AND Healthbehavior AND child
Artigos com texto completo em PDF.
Artigos de investigação.
Artigos em que qualquer autor é enfermeira.
Artigos que abordem a promoção da saúde na adesão a comportamentos saudáveis
Artigos que abordem cuidados de enfermagem
Artigos redigidos em Inglês e Português.

A partir deste ponto, iniciou-se a pesquisa de artigos, que foi efetuada no dia 29 de Janeiro de 2014, na base de dados científicos da ordem dos enfermeiros, via EBSCO, tendo sido efetuada no distrito de Santarém, com recurso a duas bases de dados: CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text.

Assim, iniciou-se o cruzamento dos descritores, cujos resultados estão discriminados nos quadros que se seguem (**Quadro n.º3, n.º4 e n.º5**).

Quadro n.3 – Resultados do cruzamento de cada descritor individualmente

Descritores	CINAHL Plus with Full Text + MEDLINE with Full Text
Nursing	46582
Health Promotion	7356
Health behavior	4882
Child	82302

Quadro n.º 4 – Resultados do cruzamento de dois descritores

Descritores	CINAHL Plus with Full Text + MEDLINE with Full Text
Nursing + HealthPromotion	82302
Nursing + HealthBehavior	576
Nursing + Child	4118
HealthPromotion + HealthBehavior	928
Healthpromotion + Child	1394
HealthBehavior + Child	704

Quadro n.º5 – Resultado do cruzamento dos 4 descritores

Descritores	CINAHL Plus with Full Text + MEDLINE with Full Text
Nursing	4118
Nursing + HealthPromotion	1369
Nursing + HealthPromotion+ HealthBehavior	142
Nursing + HealthPromotion+ HealthBehavior+ Child	30

Procedeu-se de seguida à leitura dos títulos e resumos dos 30 artigos encontrados, que se submeteram aos critérios de inclusão, obtendo como resultado final 5 artigos de interesse que serão alvo de análise no próximo capítulo. Foram construídas tabelas de análise dos artigos selecionados (**Anexo –XI**).

O nível de evidência de cada estudo encontra-se de acordo com o definido por Melnyk e Fineout-Overholt (2011), adaptado de Guyatt, Rennie (2002) e Harris *et al.* (2001).

4 - ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Neste capítulo apresenta-se a análise dos cinco artigos resultantes da revisão sistemática da literatura.

Developing healthy childhood behaviour: outcomes of a summer camp experience.

O artigo relata um estudo quase experimental, desenvolvido por Seal e Seal (2010) a 18 crianças em idade escolar dos 8 aos 12 anos que participaram no programa “Summer Camp Wellness”. Pretende testar os efeitos deste programa a curto prazo na modificação do conhecimento das crianças sobre alimentos saudáveis e lanches saudáveis, comportamento alimentar e atividade física, e auto-percepção de competência.

O programa consistia num acampamento de 10 dias, com atividades adequadas ao desenvolvimento das crianças, que incluíam o desenvolvimento de competência de comportamentos de saúde, e reforço para escolhas de comportamento e padrões de ação eficazes.

As atividades consistiam em dois componentes principais – a atividade física e a alimentação, que eram organizados em módulos leccionados às crianças ao longo dos dias do acampamento.

O módulo I consistia em orientar as crianças, para o programa e o conceito de saúde e bem-estar. Iniciava-se com uma orientação para a autoanálise da intenção e normas subjetivas do seu comportamento.

No módulo II ensinava-se às crianças como refletir sobre a sua saúde, atitudes e crenças relativamente aos comportamentos de saúde, através de atividades em pequenos grupos.

No módulo III focava-se na atividade física, através de atividades no grande grupo e em pequenos grupos. As crianças aprendiam sobre os seus corpos e como os seus comportamentos influenciavam os seus corpos. Eram discutidas as atividades físicas adequadas à idade das crianças e como incluir a atividade física nas suas rotinas

diárias. Estas atividades incluíam caminhadas, atletismo, futebol, entre outras atividades físicas que eram integradas em todos os dias do acampamento.

Com o módulo 4 transmitia-se informação sobre a pirâmide dos alimentos, exemplos de alimentos saudáveis, nutrientes, refeições equilibradas, equilíbrio entre a energia consumida e a energia gasta, e leitura de rótulos dos alimentos, em atividades em pequenos grupos, como jogos de tabuleiro sobre alimentação, dramatização e aulas de cozinha.

Deste estudo resulta a evidência que o programa “Summer Camp Wellness” foi responsável pelo aumento de conhecimento da criança sobre alimentos saudáveis e lanches saudáveis, comportamento alimentar e atividade física, bem como auto-percepção de competência, o que originou um aumento significativo de comportamentos de saúde posteriores à intervenção. Assim, este estudo ressalta o desenvolvimento da autopercepção de competência. Uma das intervenções do enfermeiro na promoção da saúde passa por criar oportunidades para que as crianças desenvolvam a autopercepção de competência para lidar com o ambiente em que estão inseridas.

Engaging community partners to promote healthy behaviors in young children.

O artigo descreve um estudo quantitativo, desenvolvido por Moores (2010) que avalia a implementação de uma estratégia de promoção da saúde que incentiva a alimentação saudável e atividade física em crianças de idade pré-escolar e escolar que frequentam o ensino pré-escolar e o ensino fundamental dos 3 aos 8 anos, o programa CATCH.

Este consistia num Kit de Recursos com atividades promotoras da mudança de comportamentos relacionados com a alimentação e a atividade física, a ser utilizado por enfermeiros, funcionários de Centros de Apoio à família, creches, entre outros., nos diversos contextos comunitários. O kit foi composto por: saco com logotipo CATCH, fruta e pufes em forma de vegetais, cartões de imagens de alimentos, fantoches alimentares, atividades físicas, bola de lançamento, CD de música infantil, comida criativa e guias para as sessões a desenvolver para os executores do programa.

Os guias foram explicados aos potenciais executores do programa, cerca de 100 pessoas, através de workshops com orientações relativamente ao uso do kit de acordo com o contexto comunitário do executor do programa.

Os resultados deste estudo, apontam mudanças positivas nos comportamentos de saúde das crianças desde o kit foi introduzido no seu ambiente, enfatizam assim, o envolvimento de parceiros como uma intervenção relevante na promoção da saúde. Este demonstra que o envolvimento de parceiros na comunidade, compartilhando a responsabilidade de entregar mensagens saudáveis para as crianças em diversos contextos comunitários, pode expandir o alcance dos esforços de promoção de saúde.

Exploring youth development with diverse children: Correlates of risk, health, and thriving behaviors

O artigo narra um estudo exploratório e correlacional, desenvolvido por Smith e Barker (2009) a 61 crianças em idade escolar (alunos do 6º ano de escolas urbanas), com o intuito de explorar a relação entre as características internas e externas, os comportamentos de risco, comportamentos de saúde e comportamentos prósperos em crianças diversas.

As características internas incluíram vontade de aprender, comprometimento com a escola, completar os trabalhos de casa, ler por prazer, valores positivos, como afeto, igualdade, integridade, honestidade, justiça e responsabilidade para com os outros.

As características externas incluíram ações para com os outros, segurança em casa, na escola e na comunidade, e o suporte da família, escola, amigos, outros adultos e vizinhos.

Os comportamentos de risco incluíram o uso de tabaco, drogas e álcool, e atos delinquentes.

Os comportamentos de saúde incluíram atividade física, hora estabelecida para se deitar, visita um profissional de saúde no último ano e usar cinto de segurança.

Os resultados deste estudo afirmam que o acompanhamento por um profissional de saúde está positivamente relacionado com a autoidentidade positiva da criança e com os valores, identidade e competência da mesma. Este estudo comprova que tanto as características internas da criança, (valores, identidade e competência) como as características externas (apoio e empowerment disponibilizado pela família, colegas e escola) estão positivamente relacionadas com os comportamentos de saúde.

Foram encontrados como fatores promotores da saúde e indicadores de prosperidade, os relacionamentos mais fortes entre familiares, colegas e escola, demonstrando assim, importância dos mesmos enquanto influência da criança na adesão

a comportamentos de saúde. Tendo em conta este resultado é importante na intervenção de enfermagem junto da criança, o envolvimento dos pais ou pares para promover a aquisição de comportamentos de saúde.

Este estudo revela também que a disponibilidade de mentores e oportunidades de serviço voluntário na comunidade foi relacionado com a aquisição de comportamentos de saúde. Por esse motivo, intervenções que potenciam o sucesso académico, como uso de mentores, atividades programadas depois da escola, automotivação, uso construtivo do tempo e suporte, podem ser protetoras contra os comportamentos de risco, especialmente atos de delinquência, e são uteis na promoção de comportamentos saudáveis.

School children's own views, roles and contribution to choices regarding diet and activity in Spain

O artigo descreve um estudo etnográfico, desenvolvido por Lopes- Dicastillo, Grande e Caller (2011) que reforça a importância das influências externas na adesão das crianças a comportamentos de saúde. Este foi desenvolvido com 36 crianças em idade pré-escolar e escolar dos 5 aos 7 anos no sentido de averiguar a perspetiva da criança, funções e contribuições da mesma nas escolhas em relação à dieta e atividade, e identificar aspetos que podem ser usados na promoção da saúde e intervenções de prevenção da obesidade.

Este estudo foi desenvolvido num trabalho de campo realizado ao longo de um ano lectivo. Durante este tempo foram efetuadas observações que ocorreram durante os intervalos das crianças e refeições escolares. Foi entregue às crianças um diário, responsabilizando-as a completar os diários, durante 7 dias, de acordo com as suas escolhas relacionadas com a alimentação e exercício. O diário foi composto por diferentes seções relativas aos tipos de alimentação e atividades feitas pelas crianças em cada um dos 7 dias. Incluía espaço para desenhos, escrita à mão, de acordo com as preferências e competências das crianças. Antes de realizar as entrevistas, os diários das crianças e as notas de observação foram revistos para preparar perguntas sobre as atividades e os alimentos que haviam retratado ou omitido. Foi produzida uma lista de tópicos e questões sobre escolhas e preferências alimentares, influências sobre o consumo, a atividade física na escola e fora da escola, o uso de dispositivos de televisão e de tela.

O processo de entrevista foi adaptado empregando atividades divertidas para ajudar as crianças a sentirem-se confortáveis e confiantes. Atividades de aquecimento tiveram lugar no início das entrevistas: jogos, cantar músicas com microfone, desenhar, reproduzir gravações e entrevista ao pesquisador primeiro. Essas atividades dependiam dos desejos e preferências das crianças e foram utilizadas para preparar as crianças a concentrarem-se na tarefa.

Deste estudo resulta que a autonomia das crianças é muito limitada pela vontade dos cuidadores, as preocupações de segurança e agendas dos pais. Os pais são reconhecidos como mediadores potencialmente importantes de atividade física das crianças por causa de sua dependência dos adultos, pelo que o apoio dos pais, disponibilidade e compromisso com as atividades são aspetos fundamentais para que as intervenções que visam o aumento da atividade em crianças sejam bem-sucedidas. São também os pais que servem de modelo nas escolhas alimentares dos filhos, são os responsáveis pelas mesmas, já que as crianças experimentam os alimentos que os pais também ingerem. No entanto existe um processo de negociação entre as crianças e os pais, relativamente as escolhas, sendo no entanto, a vontade dos pais o aspeto decisivo na escolha.

Também os pares influenciam a escolha das crianças, que é mais evidente em relação à atividade física, as crianças tendem a escolher as atividades que lhes proporcionaram uma forma de aprender coisas novas, dominar as habilidades e socializar, desejando participar em atividades com os seus colegas e amigos. Desta forma, as intervenções que visam a promoção da saúde podem tirar proveito dos pontos de vista e atitudes positivas das crianças perante novas atividades, pelo que devem ser desenvolvidas por forma a proporcionar às crianças oportunidades de aprender coisas novas, de socializar, bem como promover o divertimento e a perceção de competência.

Ser divertido e evitar o tédio foram razões apontadas para começar ou manter uma atividade, pelo que a promoção da saúde junto da criança deve ser feita de forma interativa, divertida, de forma a evitar o tédio. Se a criança se sentir entediada vai perder o interesse na ação.

Com este estudo verifica-se que a intervenção de enfermagem na promoção da saúde à criança deve ser desenvolvida em conjunto com os pais, procurando o seu envolvimento em todo o processo, ou então em conjunto com os pares.

Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health

Este artigo apresenta um estudo qualitativo, realizado por Hopia, Tomlinson, Paavilainen, Astedt-Kurki (2005), a 29 famílias cujas crianças eram portadoras de uma doença crónica, com o intuito de descrever o processo de promoção da saúde da família durante a hospitalização da criança. Este estudo teve como instrumento de colheita de dados a entrevista, que foi efetuada a 83 membros da família, 43 pais e 39 crianças. Todas as crianças presentes neste estudo tinham idade inferior a 16 anos.

Conclui-se que as famílias descrevem a intervenção de enfermagem na promoção da saúde através de 5 domínios: reforço da parentalidade, cuidar do bem-estar da criança; a partilha da carga emocional; apoio e adopção de mecanismos de coping e criação de uma relação de cuidado confidencial.

Uma das intervenções de enfermagem a que as famílias dão importância é definir com os pais quais os cuidados que eles querem fazer, o que podem fazer e o que devem fazer para promover a saúde dos seus filhos. Com esta intervenção, ao definir com os pais quais os cuidados familiares, o enfermeiro estabelece uma relação de parceria nos cuidados. A parceria nos cuidados ajuda os pais a clarificar o seu papel e a promover a parentalidade durante a hospitalização da criança.

Para além de que, o envolvimento dos pais em toda a tomada de decisão sobre a criança desde o início do tratamento, é uma intervenção de enfermagem que os pais consideram importante. Esta intervenção permite à família influenciar e controlar a sua própria vida durante hospitalização da criança. As famílias esperam que os enfermeiros expliquem quais as opções disponíveis, e as ajudem a tomar decisões que promovam a saúde de toda a família. Descrevem o ajuste e transmissão de informação de acordo com as necessidades da família como importante para o bem-estar da família.

Outro resultado do estudo aponta para que em situações em que o enfermeiro pela sua avaliação verifique que a família não tem recursos para gerir a sua própria saúde, estes devem tomar a iniciativa e assumir temporariamente o controle e a responsabilidade dos pais no cuidado das crianças.

O estudo descreve como intervenção do enfermeiro conhecer os hábitos de vida da criança antes da hospitalização e a personalidade da criança. Desta forma as famílias não se sentem sozinhas com as mudanças que as crianças enfrentam, e sentem o suporte e ajuda dos enfermeiros.

O suporte dado pelo enfermeiro é visível através da disponibilidade e a escuta activa, surgem estas como intervenções fundamentais para a promoção da saúde da criança hospitalizada, já que as famílias sentem a necessidade de falar com uma pessoa de fora sobre a doença e as experiências emocionais que esta envolve. As famílias esperam que os enfermeiros tenham a coragem de intervir nas situações difíceis que esta vivencia, ajudando-os a resolver essas situações durante a hospitalização da criança.

Com esta análise dos resultados, pretende-se dar resposta à pergunta PIO inicialmente formulada: “Que intervenções de enfermagem na promoção da saúde promovem a adesão a comportamentos de saúde?”

Os estudos descrevem as seguintes intervenções de enfermagem na promoção da saúde como promotoras da adesão de comportamentos de saúde:

- ✚ Criar oportunidades para que as crianças desenvolvam a auto percepção de competência para lidar com o ambiente em que estão inseridas;
- ✚ Envolvimento de parceiros na comunidade, compartilhando a responsabilidade de entregar mensagens saudáveis para as crianças em diversos contextos comunitários;
- ✚ As intervenções que proporcionem às crianças oportunidades de aprender coisas novas, de socializar e divertimento;
- ✚ Atividades de promoção da saúde em grupo com os pares;
- ✚ O apoio dos pais, disponibilidade e compromisso, procurando o envolvimento dos pais em todo o processo;
- ✚ Na criança hospitalizada estabelecer uma relação de parceria com a família, promovendo a parentalidade;
- ✚ Ajuste e transmissão de informação de acordo com as necessidades da família, ajudando a família tomar decisões que promovam a saúde da família;
- ✚ Conhecer os hábitos de vida da criança antes da hospitalização e sua personalidade;
- ✚ Suporte e apoio à família da criança hospitalizada, através de disponibilidade e escuta aos membros da família;
- ✚ Ajudar a família a adoptar mecanismos de coping como forma de enfrentar e resolver as situações difíceis que numa criança hospitalizada, a família vivencia.

O próximo passo passa por incorporar o conhecimento obtido da revisão sistemática da literatura no contexto da prática clínica. Desta forma, de acordo com os resultados obtidos, para promover a adesão a comportamentos de saúde, ao intervir com a criança/jovem e família é fundamental envolver os pais, trabalhando em parceria com os mesmos, ao longo de todo o processo de promoção de saúde, desde a avaliação das necessidades de saúde, ao planejamento, à execução, até à avaliação dos resultados da intervenção. Na avaliação, o enfermeiro deve questionar os hábitos de vida e personalidade da criança, assim como a percepção de competência da criança ou família, já que os estudos evidenciam a importância do desenvolvimento da percepção de competência para lidar com o contexto em que estão inseridas. As intervenções de enfermagem passam também, pelo ensino e apoio às crianças, jovens e família, de forma a torná-los capazes de gerir com competência as atividades do dia a dia, tomando decisões que promovam a saúde da família e aquisição de comportamentos de saúde. O suporte e apoio à família deve ser uma constante na criança hospitalizada, com maior ênfase nas famílias que vivenciam situações difíceis. A promoção da saúde não deve ser um processo isolado, pelo que é vantajoso o envolvimento de parceiros. O enfermeiro deve trabalhar em parceria com a equipa multidisciplinar, compartilhando a responsabilidade na promoção da saúde. As atividades de promoção da saúde na criança e no jovem devem ser desenvolvidas com os pares, proporcionando às crianças oportunidades de aprender coisas novas, de socializar e divertimento.

Estas evidências dão um contributo para uma praxis diferente, com melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Os cuidados são prestados centrados na família, com a família como parte integrante de todo o processo. Os pais são evidenciados como os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos. O apoio, o suporte e o ensino prestados pelo enfermeiro, são valorizados enquanto intervenções promotoras de adesão a comportamentos de saúde. As atividades desenvolvidas com as crianças são mais adequadas ao seu estágio de desenvolvimento, procurando a aprendizagem, a socialização e o divertimento, o que vai ao encontro do interesse da criança/jovem.

Na minha intervenção mobilizei os resultados das evidências, ao estabelecer com a família uma relação de parceria de cuidados, caracterizada pelo apoio e suporte aos pais e criação de oportunidades através do ensino para o desenvolvimento da percepção de competência, de forma a tornar os pais proficientes nos cuidados aos seus filhos. Foram também identificadas as necessidades de saúde com a criança, jovem e família e realizada a avaliação dos hábitos de vida das crianças e jovens, transmitindo

informação de acordo com as necessidades da família, ajudando-a na tomada de decisões. Procurei sempre que as atividades desenvolvidas com as crianças fossem divertidas e de socialização, pelo que as sessões de educação para a saúde foram desenvolvidas em grupo, com os pares.

Esta revisão sistemática da literatura permitiu-me refletir sobre a prática relativamente à promoção da saúde. Com o desenvolvimento desta metodologia, dinamizou-se a incorporação do novo conhecimento no contexto da prática clínica, identificaram-se lacunas no conhecimento e procedeu-se à interpretação e organização dos dados provenientes da evidência, contribuindo desta forma para conhecimento novo e desenvolvimento da prática especializada. Por esse motivo, esta metodologia possibilitou a aquisição da competência comum do enfermeiro especialista - “Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 8).

5 - CONCLUSÃO

Este relatório apresentou o meu percurso de aquisição de competências, fundamentando as linhas teóricas e operacionais que sustentaram a aquisição de competências específicas no Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem II e Relatório. O relatório foi desenvolvido em torno de dois eixos: a promoção da saúde enquanto temática e o desenvolvimento de competências na área de especialidade de saúde infantil e pediatria.

Este estágio foi uma mais valia no desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que a interação com um contexto profissional diferente daquele em que se exerce funções, possibilitou uma visão dos cuidados de enfermagem à criança e família mais global e consolidada. Este permitiu, a observação da criança tendo em conta a sua especificidade e os seus problemas reais, aspetos do crescimento e desenvolvimento da criança, perceber a importância dos pais enquanto parceiros nos cuidados, do processo pedagógico para a capacitação dos pais na gestão proficiente dos cuidados dos seus filhos, assim como a adequação da intervenção ao estadio de desenvolvimento da criança/jovem, e complexidade do adolescente.

A temática da promoção da saúde permitiu aprofundar conhecimentos, numa área de interesse pessoal, o que potenciou a motivação e empenho no desenvolvimento das actividades do ensino clínico.

Com este relatório ficou demonstrada a prática baseada na evidência relativamente à intervenção do enfermeiro na promoção da saúde da criança, jovem e família. Através da revisão sistemática da literatura encontraram-se evidências científicas que dão resposta à pergunta PIO formulada. Assim, as evidências científicas descrevem as seguintes intervenções de enfermagem na promoção da saúde como promotoras da adesão a comportamentos de saúde:

- ✚ Criar oportunidades para que as crianças desenvolvam a auto percepção de competência para lidar com o ambiente em que estão inseridas;
- ✚ Envolvimento de parceiros na comunidade, compartilhando a responsabilidade de entregar mensagens saudáveis para as crianças em diversos contextos comunitários;

- ✚ As intervenções de promoção de saúde devem ser desenvolvidas de forma a proporcionar às crianças oportunidades de aprender coisas novas, de socializar, bem como promover o divertimento e a percepção de competência;
- ✚ Atividades de promoção da saúde em grupo com os pares;
- ✚ O apoio dos pais, disponibilidade e compromisso, procurando o envolvimento dos pais em todo o processo;
- ✚ Na criança hospitalizada estabelecer uma relação de parceria com a família, promovendo a parentalidade;
- ✚ Ajuste e transmissão de informação de acordo com as necessidades da família, ajudando a família tomar decisões que promovam a saúde da família;
- ✚ Conhecer os hábitos de vida da criança antes da hospitalização e sua personalidade;
- ✚ Suporte e apoio à família da criança hospitalizada, através de disponibilidade e escuta aos membros da família
- ✚ Ajudar a família a adoptar mecanismos de coping como forma de enfrentar e resolver as situações difíceis que numa criança hospitalizada, a família vivencia.

É de enfatizar também a reflexão motivada por este estágio, centrada no autor enquanto pessoa e profissional, como um dos contributos fundamentais do mesmo. A reflexão das atividades desenvolvidas, favoreceu o repensar dos cuidados de enfermagem prestados, assim como a necessidade de integrar os contributos que emergem da reflexão, na prática diária como forma de melhorar a intervenção com a criança e jovem.

A prestação de cuidados, teve por base o modelo de promoção de saúde de Pender e o modelo de enfermagem de parceria de cuidados de Casey, o que foi facilitador, pois permitiu-me integrar conhecimentos, estruturar os cuidados e compreender o modo de utilização dos modelos teóricos na prática, melhorando desta forma o meu desempenho profissional.

Refletindo sobre o desenvolvimento do ensino clínico considera-se que os contextos de estágio foram bastante propícios à aquisição de aprendizagens, pela diversidade de actividades desenvolvidas que permitiram uma visão abrangente da realidade dos cuidados prestados à criança, jovem e família ao longo do seu ciclo de vida em meio hospitalar. Todos estes contextos tinham realidades diferentes do meu contexto profissional, no entanto não vivenciei dificuldades de adaptação. Para tal, foi facilitador o acompanhamento feito pelos enfermeiros/as cooperantes. Eles foram potenciadores da minha aprendizagem, através não só

do acompanhamento, mas também de momentos de reflexão sobre a ação vivenciados ao longo do estágio.

No decorrer deste estágio tive dificuldades, na conjugação das atividades enquanto aluna e enquanto profissional, no que diz respeito à carga horária e de trabalho que o estágio acarretou. No entanto, com motivação e empenho foi possível o seu desenvolvimento de um modo compensador, relativamente à quantidade de experiências enriquecedoras que emergiram do mesmo.

Este estágio permitiu-me adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, das quais saliento a aquisição das competências que se seguem.

“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:5) adquirida ao estabelecer com a criança, jovem e família uma parceria promotora da optimização da saúde, capacitando a família na gestão dos cuidados e promovendo a parentalidade.

Também a competência “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:5) foi adquirida ao mobilizar os recursos adequados para cuidar da criança/jovem em situações de particular exigência.

Por último, a competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:5) adquirida pelo conhecimento das especificidades e exigências do desenvolvimento, respondendo de forma eficaz, promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento, desde a vinculação à juventude.

6 – BIBLIOGRAFIA

Casey, A.; Mobbs, S. (1988) - Partnership in practice. *Nursing Times*. (84)(4), pp. 67-68.

Conferência internacional para a promoção da saúde, 1, Ottawa, (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Ottawa. Organização Mundial de Saúde.

Conselho Internacional de enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10/10/2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf.

Direcção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 01/02/2013. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435EB7200DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>.

Direcção Geral de Saúde (2005) -*Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 01/02/2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=23994>.

Direcção Geral de Saúde (2012) -*Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 01/02/2013 Disponível em http://www.plataformacontraoobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.aspx?menuid=113.

Farrel, Michael (1994). *Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica*; Nursing; Acedido em Março de 2013. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf.

Fertman, C. I; Allensworth. (2010). *Health promotion programs. From theoric to practice*. San Francisco: Jossey-Bass. Acedido a 07/01/2014. Disponível em <http://books.google.pt/books>.

Glanz, K. R. (2008). *Heath Behavior and Heath Education. Theory, Research and Practice*. (4^a ed). Acedido em 01/02/2013. Disponível em <http://books.google.pt/books>.

Guidetti, M.; Cavazza, N. (2007). Structure of the relationship between parents' and children's food preferences and avoidances: Na explorative study. *Appetite*, 50, pp. 83-90. Acedido a 05/01/2014. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019566630700308X>.

Hockenberry, M.J., Wilson, D. (2011). 8^a edição. *Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier editora.

Hopia, H; Tomlinson, P.; Paavilainen, E.; Astedt-Kurki, P. (2005). Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*.(14) pp. 212–222. Acedido a 29/01/2014. Disponível em <http://search.ebscohost.com/Community>.

Lopez-Dicastillo, O; Grande, G.; Callery, P. (2012). School children's own views, roles and contribution to choices regarding diet and activity in Spain. *Blackwell Publishing Ltd, Child: care, health and development* (39) (1) pp. 109–117. Acedido a 29/01/2014. Disponível em <http://search.ebscohost.com/Community>.

Melnik, B. e Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

MeSH browser (2014). Acedido a 12/12/2013. Disponível em:<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

Miller, S., & Whiting, L. (2009). Traditional, alternative and innovative approaches to health promotion for children and young people. *Paediatric nursing*.(21)(2), pp. 45-50. Acedido a 12/01/2014. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19331126>.

Moyse, K. (2009). *Promotion Health in children and Young People. The role of the nurse*. West Sussex: Wiley-Blackwell. Acedido a 20/10/2013. Disponível em <http://books.google.pt/books>.

Moore, P.S. (2010). Engaging community partners to promote healthy behaviours in young Children. *Canadian Journal of Public Health*.(101) (5) pp.369-373. Acedido a 29/01/2014. Disponível em <http://search.ebscohost.com/Community>.

Ordem dos Enfermeiros (2000). *O Conselho Internacional de Enfermagem e mobilização dos enfermeiros para a promoção da saúde*. Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10/10/2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 01/02/2013. Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Fpublicac>

oes%2FDocuments%2FCadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol
III.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa. Acedido a 01/02/2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem*. Lisboa. Acedido a 01/02/2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 01/02/2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (2009). *Milestones in health promotion. Statements from Global Conferences*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 01/02/2013. Disponível em http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf.

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 01/02/2013. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (2009). *Infant and young child feeding. Model Chapter for textbooks for medical student sandallied health professionals*. Organização

Mundial de Saúde. Acedido a 01/02/2013. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2012). *Health education: Theoretical concepts, effective strategies and core competencies. A foundation document to guide capacity development of health educators*. Organização Mundial de Saúde.

Pender N.J., Murdaugh C.L., Parsons M.A. (2002) *Health promotion in nursing practice*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Portugal, Assembleia da República – *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril REPE.

Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* .(2.^a ed.). Coimbra: Quarteto.

Sampaio, R. F.; Mancini, M. C. (2007)- Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia* (11) (1)(2007), p. 83-89.

Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A estratégia pico para a construção da pergunta. *Revista Latino – am Enfermagem* (15)(3).

Schon, D.A. *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*.(2000) PortoAlegre: Artmed Editora.

Seal, N.; Seal, J. (2011). Developing healthy childhood behaviour: Outcomes of a summer camp experience. *International Journal of Nursing Practice*. (17) pp. 428–434. Acedido a 29/01/2014. Disponível em <http://search.ebscohost.com/Community>.

Smith, L.H.; Barker, E. (2008). Exploring youth development with diverse children: correlates of risk, health, and thriving behaviors. *Journal Compilation*. (14) (1)

pp.13 – 21. Acedido a 29/01/2014. Disponível em <http://search.ebscohost.com/Community>.

Wright, L. (2009). *Enfermeiras e Família. Um guia para avaliação e Intervenção na família*. (4ªed.) São Paulo: Editora Roca.

ANEXOS

ANEXO I – Projeto de Estágio de enfermagem de saúde da criança e do jovem e
relatório II

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

ANO LETIVO 2012/2013

UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA
CRIANÇA E DO JOVEM II E RELATÓRIO

ESTÁGIO EM
ENFERMAGEM
DE SAÚDE DA
CRIANÇA E DO
JOVEM

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ÁREA DA
ALIMENTAÇÃO INFANTIL

COM ORIENTAÇÃO DE:

Professora Mestre Regina Céu Ferreira

ELABORADO POR:

Sandra Sofia Marques Nunes n.º1143505

SANTARÉM

2013

ÍNDICE

0- INTRODUÇÃO

1 - JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

2- PLANO DE ATIVIDADES

3 - CONCLUSÃO

4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

0 - INTRODUÇÃO

Este projeto insere-se na unidade curricular Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Consiste na fundamentação teórica e delineamento de objetivos e atividades que pretendo concretizar neste estágio, que irá permitir o desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria. Irá decorrer em três locais com valências distintas: no período de 29 de Abril a 30 de Maio no serviço de neonatologia, no período de 3 de Junho a 13 de Julho no serviço de Pediatria e no período de 16 de setembro a 12 de Outubro no serviço de Urgência Pediátrica, do Hospital de Santarém, com um total de 440 Horas.

Dado que, segundo a Ordem dos Enfermeiros, é cada vez mais importante para a enfermagem a produção de conhecimento, nomeadamente “o interesse pela produção de conhecimento que suporte paradigmas emergentes de formação, nomeadamente o desenvolvimento de competências e sua certificação” (ORDEM ENFERMEIROS, 2010, p.21), surge a necessidade de definir uma área temática, na qual vou incidir a minha intervenção, numa perspetiva de produção de conhecimento. Assim, surge como tema deste projeto “Promoção da saúde na área da alimentação infantil”. A escolha deste tema deve-se a um interesse pessoal, e à importância que eu considero que a promoção da saúde representa enquanto intervenção autónoma do especialista e nomeadamente em enfermagem de saúde infantil e pediatria, para que a criança/família adquiram hábitos de vida saudáveis na área da alimentação infantil, já que é nesta faixa etária que se introduzem regras e hábitos que são essenciais para toda a vida. No estágio anterior (Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem I) tive a oportunidade de desenvolver atividades no âmbito da promoção da saúde nesta área, em que ficou demonstrado a importância da promoção da saúde na influência dos hábitos alimentares da criança/família. Contudo, foram situações isoladas que não se podem generalizar. Parece-me assim importante, estabelecer um elo de ligação entre a prática profissional e a pesquisa, o que é possível através da prática baseada na evidência. Esta é a forma de valorizar a utilização de estudos desenvolvidos com rigor metodológico para a aquisição de novas competências na área do saber. Desta forma, a área temática será trabalhada de

acordo com a metodologia PIO, enquadrando o processo de teorização da prática com recurso à revisão sistemática da literatura.

Defino como objetivos deste projeto:

- Planear as atividades a desenvolver ao longo do estágio;
- Fundamentar a temática a aprofundar no estágio;

CONCEPTUALIZAÇÃO

No estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem I, desenvolvi atividades subordinadas a um tema que defini como a base desse estágio. Assim, realizei atividades na promoção da saúde da criança/jovem na área da alimentação infantil. Refletindo sobre as mesmas, apercebo-me da visibilidade que a promoção da saúde, nomeadamente em relação a esta área confere à intervenção de enfermagem. Foi patente em todas as sessões de educação para a saúde que realizei, o interesse do grupo alvo na intervenção, assim como os ganhos em saúde que emergiram das mesmas. Senti que contribui para a adoção de hábitos alimentares saudáveis da criança/família. Contudo terá sido uma situação isolada, ou será que existem estudos que o comprovam? Assim, tendo por ponto de partida esta situação particular é importante clarificar os conceitos que dela emergem com a finalidade de alcançar a evidência, tornando real, desta forma, a prática baseada na evidência. Os conceitos que emergem da situação descrita são os seguintes: a promoção da saúde, alimentação infantil, cuidados de enfermagem, pessoa (criança/família).

De acordo com a Carta de Ottawa (Organização Mundial de Saúde, 1986) a promoção da Saúde consiste em capacitar as pessoas a aumentar o controle sobre a sua saúde e a melhorá-la. A promoção da saúde deve promover o desenvolvimento pessoal e social, através da educação para a saúde e opção por estilos de vida saudáveis. As intervenções de promoção da saúde devem ser desenvolvidas na escola, em casa, por organismos educacionais, profissionais, entre outros.

A promoção da saúde é tida na prática de enfermagem, como essencial, com vista à procura permanente da excelência dos cuidados prestados. Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002, p.12) a especialidade em enfermagem de saúde infantil e pediátrica é “dirigida aos projetos de saúde da criança e do jovem a vivenciar processos de saúde / doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (ORDEM ENFERMEIROS, 2009, p.7)

A Ordem dos Enfermeiros enfatiza ainda, a promoção da saúde, enquanto requisito para a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde

infantil, afirmando que este “ trabalha em parceria com a criança/família, em qualquer contexto que ela se encontre, para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.5).

A promoção da saúde emerge como um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011). De acordo com estes, na promoção da saúde o enfermeiro especialista deve:

- Avaliar os conhecimentos e comportamentos da criança e do jovem relativo à saúde;
- Criar e aproveitar oportunidades para trabalhar com a criança/jovem e família para adoção de comportamentos potenciadores de saúde;
- Promover o potencial de saúde, através de intervenção nos programas de saúde escolar;
- Fornecer informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias;
- Utilizar estratégias motivadoras da criança/jovem para o desempenho adequado dos seus papéis na saúde;
- Sensibilizar os pais, cuidadores e profissionais para as situações de risco, consequências e sua prevenção. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2009), a alimentação surge como uma das áreas de eleição, na intervenção do enfermeiro para a Promoção da saúde da criança e do jovem. A otimização das práticas de alimentação infantil está entre as intervenções mais eficazes para melhorar a saúde da criança e do jovem. Em 2006, estima-se que, nos países subdesenvolvidos, 9,5 milhões de crianças morreram antes do seu quinto aniversário, e dois terços dessas mortes ocorreram no primeiro ano de vida em que a subnutrição está associada com, pelo menos, 35% das mortes. Estima-se que o aleitamento materno não exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, resulta em 1,4 milhão de mortes nos países subdesenvolvidos e 10% na carga de doenças em crianças com menos de 5 anos. Além de que a alimentação infantil com conteúdo nutricional desadequado, pode também conduzir para a obesidade infantil, que é problema de saúde crescente nos países desenvolvidos. Assim, a nutrição adequada durante a infância e

nomeadamente na primeira infância é essencial para assegurar o crescimento, saúde, e desenvolvimento das crianças e de todo o seu potencial.

A Organização Mundial de Saúde (2009) refere ainda que para que a melhoria da alimentação infantil seja uma realidade, as famílias precisam de apoio para iniciar e manter hábitos de alimentação infantil adequados. Desta forma, o enfermeiro pode desempenhar um papel fulcral no acompanhamento das famílias, influenciando de forma positiva as decisões criança/jovem e família sobre os hábitos alimentares. Assim, é essencial que os enfermeiros especialistas possuam conhecimentos e habilidades para dar aconselhamento adequado e ajuda na resolução de dificuldades de alimentação da criança/jovem.

De entre as recomendações globais para a alimentação infantil a OMS e UNICEF (2009) relevam a importância do aleitamento materno:

- A amamentação exclusiva por 6 meses (180 dias) é nutricionalmente adequada e segura;
- a partir da idade de 6 meses complementar a alimentação com a amamentação até aos 2 anos de idade ou mais.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) dá relevo à promoção da amamentação como uma intervenção indutora da vinculação e conseqüente maximização de desenvolvimento da criança.

Segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2012, p.7) no decurso da vigilância da saúde da criança e do jovem pretende-se “estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados com a nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados;”

Também o programa de Saúde Escolar evidencia a alimentação como uma das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis. (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2006).

O Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2012) p.3 “tem como finalidade melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica dos alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias.” Neste programa estão descritas alguns indicadores que se pretendem que sejam uma realidade relativamente à alimentação infantil, são eles: controlar a prevalência de excesso de

peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2016; Aumentar em 5 % o número de crianças em idade escolar que consome diariamente a quantidade recomendada de fruta e hortícolas; Aumentar em 5 % o número de crianças em idade escolar que consome diariamente um pequeno-almoço adequado.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.1) “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança/família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados”. Para que a criança e família sejam verdadeiramente o centro dos cuidados, é fundamental que os cuidados de enfermagem impliquem o envolvimento, participação e parceria, capacitação e negociação dos mesmos com a criança/família. Assim, conforme afirma a Ordem dos Enfermeiros (2011) os pais ou pessoa significativa têm de ser integrados nos cuidados à criança/jovem, através de um paradigma integrativo e holístico, onde impere a partilha de conhecimentos. Para que seja uma realidade “(...) é necessário que se capacite e disponibilize o suporte necessário para dotá-los de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada em diferentes domínios do percurso assistencial”, nomeadamente na área da alimentação infantil. Parece-me que o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey se enquadra na perfeição, nesta perspetiva dos cuidados de enfermagem à criança/família, na medida em que este modelo identifica de forma clara o papel dos pais na construção do processo de cuidados aos seus filhos.

Para Casey (1988), os cuidados centrados na família, prestados em parceria com a família, são a filosofia da enfermagem pediátrica. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança. Este modelo valoriza o amor como forma de cuidar, motivo pelo qual os pais são os melhores prestadores de cuidados ao seu filho.

O modelo de Casey de parceria nos cuidados engloba cinco conceitos principais: a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro (FARREL, 1994).

- **Criança**

As necessidades da criança são, desde o momento do nascimento, muito dependentes de outras pessoas. A maioria destas necessidades é satisfeita pelos pais ou por outros familiares. À medida que a criança se desenvolve, adquire novas capacidades e conhecimentos, sendo cada vez mais capaz de satisfazer as suas próprias necessidades,

tornando-se assim mais independente em relação aos seus prestadores de cuidados até à independência total. (FARREL, 1994).

- **Saúde**

A saúde é o estado ótimo de bem-estar físico e mental que permite que a criança atinja todo o seu potencial. A existência de um déficit de saúde não reconhecido ou não corrigido, pode comprometer o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança (FARREL, 1994).

- **Ambiente**

O desenvolvimento de uma criança pode ser afetado por um certo número de estímulos que têm origem no ambiente que a rodeia. Assim, a criança para atingir a sua independência necessita de proteção, segurança, estímulo e amor. (FARREL, 1994).

- **Família**

A família é descrita como o conjunto de pessoas que possuem a responsabilidade maior pela prestação de cuidados à criança e, que influenciam fortemente o seu crescimento e desenvolvimento. Embora os pais detenham a maior responsabilidade pela prestação de cuidados, o modelo não exclui o envolvimento e influência de outros. Os cuidados prestados pela família ou, no caso da criança mais velha, os cuidados prestados por ela próprios, são chamados “cuidados familiares” e incluem todos os cuidados prestados de forma a satisfazer as necessidades no dia-a-dia da criança (FARREL, 1994).

- **Enfermeiro**

O enfermeiro deve apenas desenvolver cuidados de enfermagem, que são os cuidados mais técnicos e especializados, incentivando os pais a prestar os cuidados familiares, de suporte às necessidades básicas da criança, (higiene, alimentação...). Só deverá interferir se a família não tiver as capacidades ou conhecimentos necessários para garantir a eficácia desses mesmos cuidados. Como tal, o principal papel do enfermeiro é a supervisão. Deve prestar cuidados especializados à criança, sempre que o seu estado de saúde assim o exija, permitindo que a família desempenhe as atividades de cuidados familiares. Contudo, não deve existir uma fronteira fixa, devem sim ser desenvolvidas ações complementares tendo como fim o máximo bem-estar da criança. Deste modo, é possível o enfermeiro desempenhar atividades familiares e os pais desempenharem cuidados mais especializados, desde que devidamente orientados e supervisionados pelo enfermeiro (FARREL, 1994).

Os enfermeiros, para prestar cuidados em parceria, devem reconhecer os pais como sendo os melhores prestadores de cuidados à criança e desenvolver competências de comunicação, relação de ajuda, ensino e trabalho em grupo. As estratégias de apoio visam o envolvimento dos pais nos cuidados a prestar ao filho, através de o desenvolvimento de uma relação de ajuda entre os pais e o enfermeiro, como se realça através da figura 2. Através do ensino, o enfermeiro orienta os pais nos cuidados a prestar, partilhando conhecimentos e ensinando técnicas apropriadas que possibilitem a aquisição de competências por parte dos pais que permitam a satisfação adequada das necessidades dos seus filhos (FARREL, 1994).

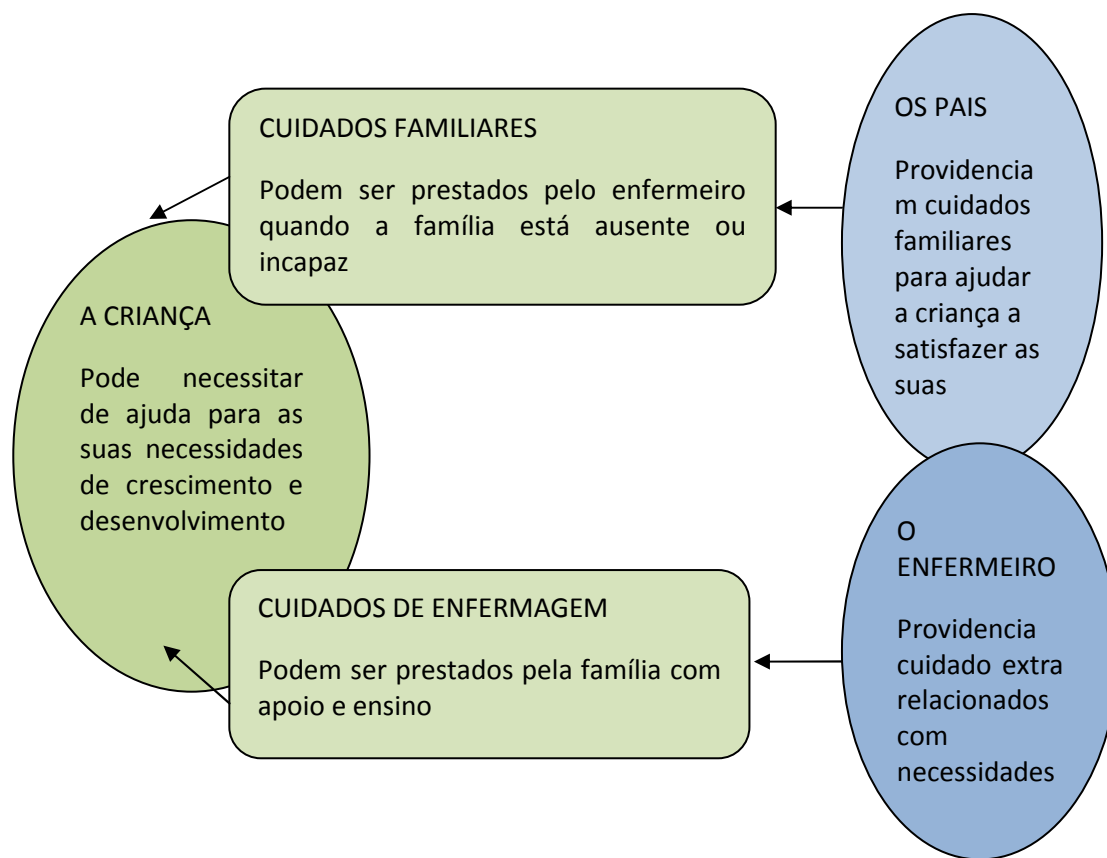


Figura 2 – Modelo de Enfermagem de Parceria nos cuidados (adaptado de MANO, 2002)

A base deste modelo é o sentimento de negociação e de respeito pelos desejos da família. A família deve ser encorajada a envolver-se nos cuidados à sua criança e o enfermeiro e família devem através de um processo de negociação clarificar o seu papel nos cuidados à criança, de forma a determinar quais os cuidados que os pais desejam

realizar, quando e como. Deve existir uma constante renegociação dos cuidados, de forma a tornar os pais parceiros nos cuidados à criança (FARREL, 1994).

De acordo com Casey (1993, citado em FARREL, 1994), o enfermeiro presta cuidados à família para que a criança tenha as suas necessidades satisfeitas. Este modelo permite um crescimento físico, social e emocional, quer da criança, quer da própria família, pois nele os pais não são visitantes, nem técnicos, mas sim parceiros.

Existe outro modelo que considero de extrema relevância na abordagem dos cuidados a nível da promoção de saúde - o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, na medida em que este modelo surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, e ao mesmo tempo, serve de guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva as pessoas a adotarem comportamentos produtores de saúde. (PENDER, 2002)

Este modelo engloba os seguintes conceitos: saúde, ambiente, pessoa e cuidados de enfermagem. (PENDER, 2002)

- **Saúde**

É vista sob os aspetos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doença.

- **Ambiente**

Deve ser compreendido como resultado das relações entre indivíduo e seu acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos.

- **Pessoa**

- É definido como capaz de tomar decisões, resolver problemas, salientando o seu potencial de mudar comportamentos de saúde).

- **Cuidados de enfermagem**

Intervenções e estratégias que a enfermeira deve dispor para o comportamento de promoção da saúde, sendo que um dos principais papéis do enfermeiro é o estímulo ao autocuidado.

De acordo com PENDER (2002), o Modelo de Promoção da Saúde é usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo dos seus três componentes principais:

1. As características,

2. Comportamento específico;
3. Resultado do comportamento e experiências individuais

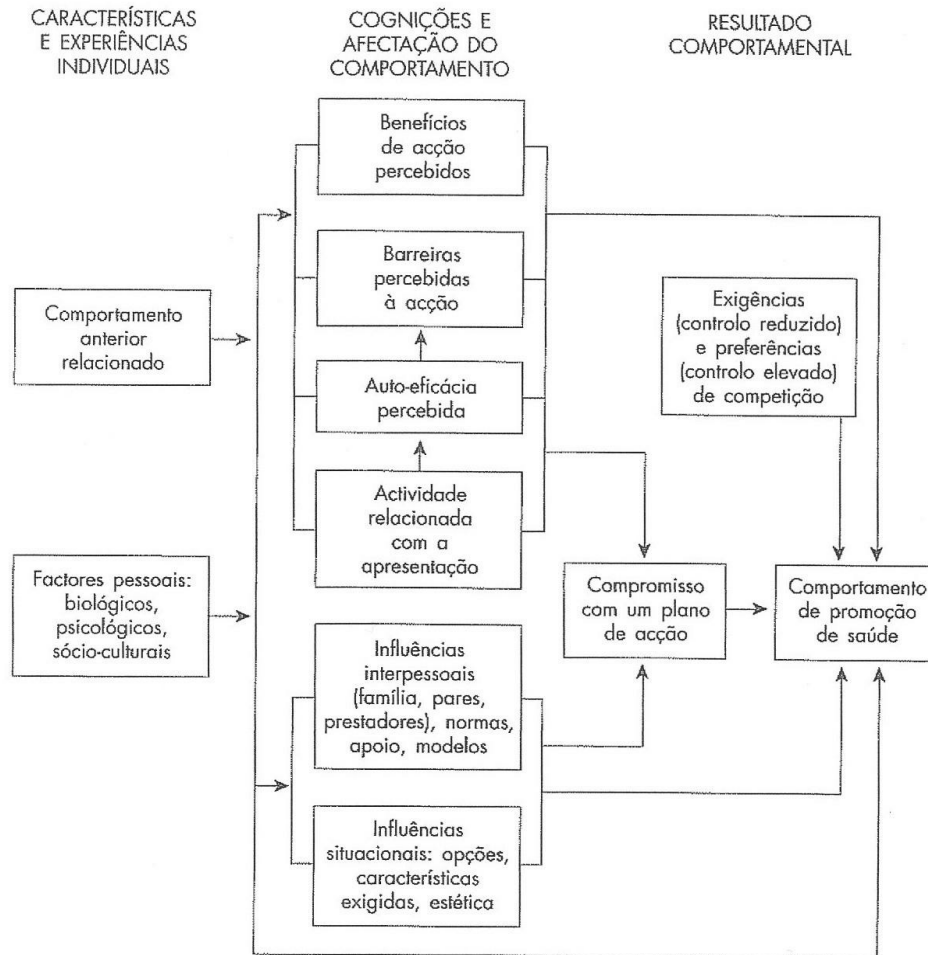


Figura n.2 – Modelo de Promoção de Saúde de Pender (PENDER, 2002)

1. Características

A primeira componente diz respeito às características e experiências individuais, que são únicas para cada pessoa e afetam de forma particular as ações subsequentes. (PENDER, 2002)

Esta componente contempla 2 variáveis:

- **Comportamento anterior** - comportamento que deve ser mudado que pode ter efeitos diretos ou indiretos sobre a probabilidade de ter comportamento de promoção de saúde;
- **Fatores pessoais** – biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade), psicológicos (autoestima, Auto motivação, estado de saúde percebido, definição de saúde) e socioculturais (raça, etnia, educação, nível socioeconómico); Os

enfermeiros podem ajudar os clientes a terem comportamentos promotores de saúde ao focar os benefícios do mesmo, ao ensinar estratégias para ultrapassar dificuldades e ao fornecer reforço positivo. (PENDER, 2002)

2 - Comportamento específico

É o núcleo central do modelo sendo considerado o componente com maior relevância. Contempla seis variáveis que são modificáveis através de intervenções de enfermagem: (PENDER, 2002)

Percebe benefícios para ação - representações mentais positivas, que reforçam as consequências da adoção de um comportamento;

- ***Percebe barreiras para a ação*** - percepções negativas sobre um comportamento e entendidas como dificuldades e custos pessoais
- ***Percebe auto eficácia*** - julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações;
- ***Sentimentos em relação ao comportamento*** - reação emocional directa ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positiva, negativa, agradável ou desagradável;
- ***Influências interpessoais*** - o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais. As fontes primárias de influências são as famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde sendo ainda reconhecida a importância da cultura a este nível

3 - Resultados do comportamento e experiências individuais

Esta componente compreende três variáveis: (PENDER, 2002)

- ***Compromisso com o plano de ação*** - ações que possibilitam ao indivíduo manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem
- ***Exigências imediatas e preferências*** - as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um elevado controle sob as ações de mudança de comportamento;

- ***Comportamento de promoção de saúde*** - resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde. Este modelo engloba uma perspectiva integrativa das variáveis que influem no comportamento promotor de saúde.

METODOLOGIA

A forma de pesquisa utilizada neste trabalho foi a revisão sistemática da literatura. De acordo com Linde (2003, citado em Sampaio e Mancini, 2006, p.84) esta “utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada”.

PLANO DE ATIVIDADES

Neste capítulo estão descritos os objetivos e as atividades planeadas para a concretização destes, tendo em conta a área temática definida, o enquadramento teórico e as necessidades de intervenção identificadas por mim e pela enfermeira cooperante do serviço de Neonatologia, Pediatria e Urgência Pediátrica do Hospital de Santarém.

Tenho como objetivos gerais do estágio:

- ❖ Desenvolver competências específicas na área de enfermagem de saúde da criança e do jovem, no âmbito dos Cuidados Diferenciados.
- ❖ Desenvolver competências no âmbito da promoção da saúde na área da alimentação infantil.

OBJETIVOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	COMPETÊNCIAS	INTERVENIENTES	LOCAL	TEMPO
<p>Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do Serviço de Neonatologia, Pediatria e Urgência Pediátrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com enfermeira cooperante para conhecer: <ul style="list-style-type: none"> • A estrutura orgânica e funcional dos serviços • Horários; • Método de trabalho; • Visita com a enfermeira cooperante às instalações do serviço <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação à equipa multidisciplinar • Consulta de documentação interna, programas de saúde, projetos e normas; • Manuseamento dos materiais e equipamentos disponíveis no serviço • Observação da prestação de cuidados da enfermeira cooperante à criança e família • Colaboração com a enfermeira cooperante na prestação de cuidados à criança e família • Identificação do circuito de atendimento do recém-nascido, criança e jovem quando admitido no Hospital de Santarém • Identificação da articulação existente entre o serviço de Neonatologia, Obstetria, Pediatria e Urgência Pediátrica. • 	<p>C.2.1 – Optimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados</p>	<p>Sandra Nunes , en^o Cooperante,</p>	<p>Em todos os serviços</p>	<p>1º dia de estágio de cada módulo</p>

OBJETIVOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	COMPETÊNCIAS	INTERVENIENTES	LOCAL	TEMPO
<p>Realizar uma revisão sistemática, como suporte à prática baseada na evidência, em relação à promoção da saúde, na área da alimentação infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão sobre a prática em relação à promoção da saúde na área da alimentação infantil (relatório crítico do Estágio de enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem I) • Conceptualização dos conceitos que emergem da reflexão: promoção da saúde, cuidados de enfermagem, alimentação infantil, pessoa (criança/família) • Elaboração de pergunta PIO • Pesquisa de artigos nas bases de dados científicas • Estabelecimento de uma relação entre os resultados provenientes da revisão sistemática com as atividades desenvolvidas no estágio. 	<p>D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>D2.2 - Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade</p> <p>D2.3 - Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho</p>	<p>Sandra Nunes</p>	<p>Escola Superior de Saúde de Santarém</p>	<p>Outubro</p>

OBJECTIVOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	COMPETÊNCIAS	INTERVENIENTES	LOCAL	TEMPO
Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde	<ul style="list-style-type: none"> Validação com a enfermeira cooperante das atividades desenvolvidas que englobam a promoção de saúde na alimentação infantil; Colheita de dados relativos à criança/família, através da realização da avaliação inicial, com ênfase nos hábitos alimentares Avaliação dos conhecimentos e comportamentos da criança, jovem e família relativo à saúde, nomeadamente em relação à alimentação infantil Identificação de problemas de enfermagem e formulação de diagnósticos. Estabelecimento com os pais de um plano de cuidados, gerindo em parceria os cuidados a prestar ao recém-nascido, criança/jovem, negociando a participação dos mesmos em todo o processo de cuidar; Negociação com os pais dos cuidados familiares e dos cuidados de enfermagem, na prestação de cuidados Realização de sessões de educação para a saúde individuais, sobre os estados de sono/vigília do recém-nascido e os comportamentos de resposta dos pais, nomeadamente em relação à amamentação 	<p>E1.1. Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime terapêutico e da reinserção social da criança /jovem.</p> <p>E.3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura.</p>	Sandra Nunes	<p>Em todos os serviços</p> <p>Serviço de Pediatria e Neonatologia</p> <p>Serviço de Neonatologia</p>	<p>1º dia de estágio em cada módulo</p> <p>03/05/2013 a 13/07/2013</p> <p>03/05/2013 a 31/05/2013</p>

- Elaboração e aplicação de grelha de avaliação de conhecimentos dos pais relativamente aos estados de sono/vigília do recém-nascido
- Realização de sessões de educação para a saúde individuais, sobre competências do recém-nascido e os comportamentos de resposta dos pais.
- Realizar sessões de educação para a saúde em grupo sobre alimentação saudável, adequando-as ao estadio de desenvolvimento da criança e jovem, elaborando 2 apresentações distintas, uma direcionada para a criança em idade pré-escolar e idade escolar e outra para o adolescente.
- Realizar sessões de educação em grupo para os pais de crianças até aos 9 meses relativamente sobre alimentação no 1º ano de vida
- Elaboração de folheto informativo relativo ao tema alimentação saudável
- Elaboração de folheto informativo relativo ao tema alimentação no 1º ano de vida.

Serviço
de
Pediatria

03/06/20
13 a
13/07/20
13

OBJECTIVOS	ATIVIDADES	COMPETÊNCIAS	INTERVENIENTES	LOCAL	TEMPO
Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade	<ul style="list-style-type: none"> • Detetar rapidamente focos de instabilidade e dar resposta pronta antecipatória • Gestão da dor através do uso de técnicas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor. • Identificar e/ou referenciar as crianças/jovens com situações de especial complexidade para outros profissionais sempre que necessário • Acolher o recém-nascido, criança, jovem e família, na admissão no serviço • Minimizar o stress dos pais relacionado com as situações de especial complexidade do recém-nascido, criança e jovem através da participação dos pais nos cuidados como parte integrante da equipa. • Minimizar os efeitos negativos da hospitalização na criança e jovem que advém dos stressores (separação, perda de controle, 	<p>E.2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados</p> <p>E.2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, otimizando as respostas</p> <p>E.2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade</p>	Sandra Nunes e enfermeira cooperante	Em todos os serviços	03/05/2013 a 12/10/2013
				Serviço de Neonatologia e Pediatria	03/05/2013 a 13/07/2013
				Em todos os serviços	03/05/2013 a 12/10/2013
				Serviço de Pediatria	03/06/2013 a 13/07/2013

lesão corporal e dor)

- Detetar necessidades especiais e incapacitantes na criança/jovem, promovendo a adaptação à doença através da adoção de estratégias de coping e de adaptação
- Aproveitar oportunidades para trabalhar com a criança/família para adoção de comportamentos promotores de saúde, através de ensino oportuno no momento da triagem e sempre que se justifique.
- Minimizar os estímulos que podem influenciar o equilíbrio dos recém-nascidos prematuros (ruído, intensidade da luz, posicionamento e manipulação frequente).

Serviço de Urgência Pediátrica 16/09/2013 a 12/10/2013

Serviço de Neonatologia 03/05/2013 a 31/05/2013

OBJECTIVOS	ATIVIDADES	COMPETÊNCIAS	INTERVENIENTES	LOCAL	TEMPO
Prestar cuidados especializados de Enfermagem, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, em situações de saúde e/ou de risco.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o crescimento, nomeadamente o peso, estatura, índice de massa corporal e respetivos percentis, por forma a detetar situações de malnutrição ou excesso de peso em todas as crianças internadas; • Avaliar o desenvolvimento com a aplicação do teste de Mary-Sheridan nas crianças internadas, para detetar precocemente situações de atraso no desenvolvimento • Elaboração de uma grelha de observação física recém-nascido • Observação física dos recém-nascidos internados na Obstetria e no serviço de Neonatologia, através da grelha de observação • Elaboração de grelha para identificação dos estádios de sono/vigília do recém-nascido saudável • Identificação dos estados de sono/vigília do recém nascido internados no serviço de Obstetria; • Associar os estádios de sono/vigília com o momento oportuno para a amamentação • Incentivar a amamentação com o recém-nascido no estado de alerta ativo 	E.3.1. Promove o crescimento e desenvolvimento infantil	Sandra Nunes e enfermeiro cooperante	Serviço de Pediatria	03/06/2013 a 13/07/2013
		E.3.2 – Promove a vinculação de forma sistemática		Serviço de Neonatologia	03/05/2013 a 31/05/2013

- Promoção da amamentação, sempre que possível através de ajuda às mães para iniciar a amamentação, incentivar a amamentação frequente em horário livre e encorajar o pai a desempenhar um papel positivo ao apoiar a mãe na amamentação
- Promoção da parentalidade, através de ensino aos pais sobre os cuidados ao recém-nascido por forma a capacitá-los para gestão proficiente dos cuidados dos seus filhos;
- Promoção da vinculação através do contacto pele com pele e contacto visual entre a mãe e o recém nascido.
- Colheita de dados ao adolescente sobre os hábitos alimentares;
- Negociar um contrato de saúde com o adolescente que implique a adoção de hábitos alimentares saudáveis, reforçando a tomada de decisão responsável do adolescente

E.3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

Serviço de
Pediatria

OBJETIVOS	ATIVIDADES	COMPETÊNCIAS	INTERVENIENTES	LOCAL	TEMPO
<p>Adquirir conhecimentos sobre liderança e gestão dos recursos humanos e materiais, visando a otimização da qualidade dos cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação participativa do enfermeiro chefe. • Conversa informal com o enfermeiro chefe para conhecer a sua perspectiva em relação: às funções do chefe, liderança, gestão de conflitos, gestão de materiais e formação 	<p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p>	<p>Sandra Nunes e enfermeiro chefe</p>	<p>Serviço de Pediatria</p>	

OBJETIVOS	ATIVIDADES	COMPETÊNCIAS	INTERVENIENTES	LOCAL	TEMPO
Facilitar a aprendizagem, em contexto de trabalho em enfermagem de saúde da criança e do jovem	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de necessidades formativas; • Realização de sessão de formação em serviço, relativa às necessidades de formação identificadas • Avaliação do impacto da atividade formativa 	D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	Sandra Nunes	No serviço em que forem identificadas necessidades formativas	
OBJETIVOS	ATIVIDADES	COMPETÊNCIAS	INTERVENIENTES	LOCAL	TEMPO
Promover o desenvolvimento de aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Conversas informais com o enfermeiro cooperante, refletindo em conjunto sobre a prática clínica por forma a ultrapassar dificuldades e a potenciar aprendizagens; • Autorreflexão • Esclarecer dúvidas com a enfermeira cooperante. • Pesquisa bibliográfica sempre que necessário para aprofundar conhecimentos e fundamentar a prática. • Reunião com enfermeira cooperante e professora orientadora para avaliação do estágio. • Reflexão crítica através de elaboração do relatório de estágio 	D.1.1 - Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	Sandra Nunes	Em todos os serviços	

CONCLUSÃO

Este projeto permite o planeamento das atividades que pretendo realizar no Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório, de acordo com os objetivos traçados. Para além disso, permite também aprofundar conhecimentos através da pesquisa bibliográfica dos conteúdos inerentes ao tema escolhido assim como dos modelos teóricos que vão sustentar a minha intervenção. É fundamental que a intervenção do enfermeiro seja fundamentada num modelo teórico de referência e dado o tema escolhido parece-me que o modelo de Casey e de Pender são aqueles que mais se enquadram na minha prestação de cuidados. Espero que este estágio me proporcione uma visão dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família mais consolidada, que permita também uma reflexão crítica da ação, de forma a fazer a ponte entre a prática e o preconizado pelos teóricos da enfermagem. Pretendo sobretudo crescer enquanto pessoa e profissional, prestar cuidados de enfermagem especializados, fundamentados e centrados na criança/família, com vista à maximização do seu potencial de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, Ottawa,(1986).**Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Ottawa. Organização Mundial de Saúde.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2006). **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2005) - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2012) - **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

FARREL, Michael (1994). **Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica**; Nursing; Março

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Áreas prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bienal**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem**. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). **Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.** Ordem dos Enfermeiros.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2009). **Infant and young child feeding. Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.** Organização Mundial de Saúde.

PENDER N.J., MURDAUGH C.L., PARSONS M.A. (2002) **Health promotion in nursing practice.** Upper Saddle River: Prentice Hall

PORTUGAL, Assembleia da República – **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.** Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril REPE.

ANEXO II – Manual de avaliação comportamental do recém-nascido

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
1º CURSO DE MESTRADO DA CRIANÇA E DO JOVEM

ANO LECTIVO – 2012/2013

UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA
CRIANÇA E DO JOVEM II
MÓDULO – NEONATOLOGIA
HOSPITAL DE SANTARÉM
SERVIÇO DE NEONATOLOGIA



ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE DA CRIANÇA E DO
JOVEM

COMPETÊNCIAS DO RECÉM-
NASCIDO



ELABORADO POR:

Sandra Sofia Marques Nunes
n.º11435005



COM ORIENTAÇÃO DE:

Professora Mestre Regina Céu Ferreira

Santarém, Maio de 2014

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º1 – Competências sensoriais do recém-nascido e comportamentos de resposta da mãe

Quadro n.º2 - Estados de Sono/vigília do recém-nascido e comportamentos de resposta da mãe

Quadro n.º3 – Reflexos do recém-nascido

Quadro n.º4 – Avaliação da competência relativamente aos estados de sono/vigília do recém-nascido e comportamentos de resposta, nomeadamente a amamentação

Quadro n.º5 –Avaliação da competência relativamente às competências do recém-nascido e comportamentos de resposta

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO

1 – CAPACIDADE PARA RECEBER INFORMAÇÃO

2 – CAPACIDADE PARA TRANSMITIR INFORMAÇÃO

2.1 – ATIVIDADES

2.2 – ESTADOS DE SONO/VIGÍLIA

3 – CAPACIDADE PARA ATUAR

4 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

5 – CONCLUSÃO

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

0 – INTRODUÇÃO

A realização deste manual insere-se no Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II, do 1º Curso de Mestrado da Criança e do Jovem, no módulo de Neonatologia, que desenvolvi no serviço de Neonatologia do Hospital de Santarém.

O recém-nascido tem uma aparência frágil que suscita nas pessoas que o rodeiam sentimentos de proteção e afeto. No entanto, é um ser altamente complexo e organizado, dotado de competências, que permitem a sua adaptação à vida extra uterina, tendo a capacidade de receber e transmitir informação e atuar consoante a informação recebida. Desta forma o recém-nascido apresenta, desde o momento do nascimento um conjunto de competências sensoriais e comportamentais que lhe permitem uma interação ativa. Utilizando respostas comportamentais, comunica com o meio envolvente. As competências do recém – nascido, englobam a capacidade para receber informação, para transmitir informação e para atuar.

É fundamental, que o enfermeiro que cuida do recém-nascido, tenha conhecimento destas competências, para poder compreender o recém-nascido e ajudar os pais a cuidá-lo. Para além de que, cabe ao enfermeiro transmitir conhecimentos aos pais, através de sessões de educação para a saúde, acerca das capacidades do recém-nascido para que os pais compreendam as reações deste e o estimulem, permitindo um maior desenvolvimento social e cognitivo do recém-nascido e aos pais uma gestão proficiente dos cuidados aos seus filhos.

Assim, este trabalho visa servir de guia orientador na avaliação comportamental do recém-nascido e sistematização dos conteúdos a abordar nas sessões de educação para a saúde aos pais.

Define-se como objetivos:

- Descrever as competências sensórias do recém-nascido
- Descrever as competências comportamentais do recém-nascido

1 – CAPACIDADE PARA RECEBER INFORMAÇÃO

O recém-nascido detém competências sensoriais fundamentais para sustentar a sua ligação e a relação com o meio, que usa para receber informação. (HOCKENBERRY e WILSON, 2011)

Visão: Quando o bebê nasce a visão não está ainda totalmente desenvolvida. É enevoada e sem profundidade, como se contemplasse o mundo através de um vidro embaciado. As pupilas reagem à luz e o reflexo de “pestanejar” é facilmente observável. É capaz de focar e contemplar intencionalmente os objetos (preferencialmente o rosto humano) sendo a distância ideal de cerca de 20 a 30 cm. Prefere tons suaves e avermelhados a luzes fortes e brilhantes. (HOCKENBERRY e WILSON, 2011)

Audição: A escuta seletiva dos sons e ritmos da voz materna durante a vida intrauterina prepara o bebê para reconhecer e interagir imediatamente com a mãe desde o primeiro momento de vida. Tem preferência pela voz humana, especialmente pela da mãe. O som suave e rítmico suscita-lhe interesse e promove-lhe tranquilidade. (HOCKENBERRY e WILSON, 2011)

Olfato: O bebê tem o sentido do olfato fortemente apurado, estando apto a distinguir os cheiros agradáveis dos desagradáveis. Não gosta de cheiros fortes e agressivos como o de desinfetantes e perfumes. Por outro lado, sente-se atraído por odores doces, como o leite materno. Com poucas semanas de vida é capaz de distinguir o cheiro da mãe. (HOCKENBERRY e WILSON, 2011)

Paladar: Desde o nascimento o bebê apresenta um paladar desenvolvido, conseguindo reconhecer os sabores básicos: doce, amargo, salgado e ácido, embora apenas o doce lhe agrade (leite da mãe). (HOCKENBERRY e WILSON, 2011)

Tato: O tato constitui um importante meio de comunicação entre o bebê e o mundo que o rodeia, funcionando simultaneamente para o despertar ou acalmar. As zonas do corpo mais sensíveis são a boca, as palmas das mãos e as plantas dos pés. O toque assume assim um papel importante na relação. Um toque suave produz um efeito calmante e relaxante, enquanto um toque mais forte e rápido desencadeia, com frequência, sinais de desconforto (irregularidade da respiração, alteração da coloração da pele, movimentos bruscos e descoordenados). Quando o recém-nascido está desperto

é importante conversar com ele num tom de voz suave e tocá-lo com serenidade.
(HOCKENBERRY e WILSON, 2011)

Quadro n.º1 – Competências sensoriais do recém-nascido e comportamentos de resposta da mãe

COMPETÊNCIA SENSORIAL	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	COMPORTAMENTO DE RESPOSTA DA MÃE
Visão	Foca e contempla intencionalmente os objectos (preferencialmente o rosto humano) sendo a distância ideal de cerca de 20 a 30 cm.	Estabelecer contato visual com o recém-nascido a uma distância de 20 a 30 cm
Audição	Tem preferência pela voz humana, especialmente pela da mãe. O som suave e rítmico suscita-lhe interesse e promove-lhe tranquilidade	Falar com o recém-nascido Colocar música suave e rítmica junto do recém-nascido Cantarolar canções melódicas e suaves
Olfato	Não gosta de cheiros fortes e agressivos como o de desinfetantes e perfumes.	Promover um ambiente sem cheiros fortes
Paladar	Preferência pelo doce (o leite da mãe)	Amamentar (preferencialmente ao aleitamento artificial)
Tacto	Toque suave – calmante e relaxante Toque forte e rápido – sinal de desconforto	Quando o recém-nascido está desperto tocá-lo com serenidade

2 – CAPACIDADE PARA TRANSMITIR INFORMAÇÃO

As diferenças comportamentais das crianças, nas primeiras semanas de vida, não estão apenas relacionadas com a personalidade dos pais ou com a forma como são cuidadas mas essencialmente com o seu temperamento pelo que alguns bebés são mais fáceis de cuidar: acordam e alimentam-se em ciclos regulares, são moderadamente ativos, adaptam-se rapidamente à mudança e estão normalmente de bom humor. Outros porém são bebés mais sensíveis, não têm ciclos regulares de sono e fome e as suas necessidades variam de dia para dia. Adaptam-se menos facilmente à mudança. Em certas ocasiões choram intensamente e podem ficar irritados por razões variadas. Podem ser mais sensíveis ao barulho, à luz e ao movimento. Estes necessitam de maior flexibilidade e de uma rotina clara e estável para ganharem confiança. (BOBAK, LOWDERMILK, JENSEN, 1999)

2.1 - ATIVIDADES

O recém-nascido transmite informação através de duas formas: o sorriso e o choro. (BOBAK, LOWDERMILK, JENSEN, 1999)

Choro

No recém-nascido o choro é uma forma de comunicação que ocorre a partir de uma resposta reflexa a um mau estar, fome, sofrimento, necessidade de atenção ou agitação.

Existem essencialmente 3 padrões diferentes de choro:

- Padrão básico: o recém-nascido chora quando está chateado ou rabugento;
- Padrão colérico: choro de baixa intensidade e com pouca intermitência;
- Dor: choro intenso logo de início com pausas longas;

Sorriso

O sorriso endógeno ou reflexo, não é de todo um sorriso social, é sim um sorriso puramente fisiológico. Manifesta-se essencialmente quando o bebé está de satisfeito e no momento em que o que vai dormir. Este sorriso manifesta a sua satisfação interna

2.2 – ESTADOS DE SONO/VIGÍLIA

De acordo com Hockenberry e Wilson (2008) o comportamento do lactente ajuda a dar forma ao seu ambiente, e sua capacidade de reagir a vários estímulos afeta a forma como os outros se relacionam com ele. As principais áreas de comportamento para os recém-nascidos são sono, vigília e atividades, como o choro. Os enfermeiros têm um papel essencial em orientar os pais, transmitindo-lhes conhecimentos que permitam aos pais compreender o significado das respostas comportamentais do recém-nascido aos cuidados diários e como estes podem ser alterados, para que os pais sejam capazes de efetuar uma gestão proficiente de cuidados aos seus filhos. O conhecimento dos pais sobre comportamentos do recém-nascido ajudam a promover a vinculação e contribuem para o sucesso alimentar do recém-nascido, nomeadamente em relação à amamentação. Um exemplo clássico é o fato de o recém-nascido mamar vigorosamente no estado totalmente alerta e não no estado de sono profundo. O recém-nascido possui 6 estados de sono/vigília. Cada estado deve ser acompanhado de comportamentos de resposta para satisfazer as necessidades do recém-nascido. No quadro que se segue estão descritos os estados de sono/vigília de acordo com os sinais que o recém-nascido manifesta e quais as respostas comportamentais dos pais em cada estado. Pretende-se estabelecer uma relação entre o estado de sono/vigília e o momento ideal para a amamentação.

Quadro n.2 - Estados de Sono/vigília do recém-nascido e comportamentos de resposta da mãe

ESTADO DE SONO /VIGILIA	SINAIS					COMPORTAMENTOS DE RESPOSTA
	Movimento ocular	Movimento facial	Respiração	Atividade Corporal	Nível de Resposta	
Sono profundo	Olhos fechados	nenhum	Regular	Sem movimento, exceto tremor repentino do corpo	O estímulo externo não desperta o recém-nascido	Manter os barulhos usuais; Deixar o recém-nascido sozinho, caso um barulho repentino o acorde e ele comece a chorar Não amamentar
Sono Leve (Ativo)	Olhos fechados; movimento rápido dos olhos sob as pálpebras fechadas	Pode sorrir Pode emitir choro e gemidos periódicos	Irregular	Leve contração do corpo	Estímulos externos mínimos podem despertar o recém-nascido	Não interpretar o choro e gemidos periódicos que podem acontecer como sinal de dor ou desconforto Não amamentar
Sonolento	Olhos podem estar abertos	Raros	Irregular	Variáveis, ocasionalmente leves sobressaltos	A maioria dos estímulos pode despertar o bebê, mas este pode retornar a dormir	Retirar o latente do berço; Provocar um estímulo suave para acordá-lo. Pode gostar de chuchar algo que não seja nutritivo (chupeta) Não amamentar
Alerta Quieto	Olhos bem abertos e brilhantes	Radioso	Regular	Mínima. Responde ao	Focaliza com atenção um estímulo	Amamentar ou sucção não nutritiva Colocar o recém-nascido num local

				ambiente através de movimentos ativos do corpo		da casa com atividade contínua Colocar brinquedos ou objetos a 17,5 a 20 cm do campo de visão do recém-nascido Consolar o recém-nascido
Alerta ativo	Olhos abertos	Intenso, menos radioso	Irregular	Elevada	Aumenta a sensibilidade a estímulos perturbadores – fome, fadiga, barulho, manipulação	Retirar estímulos perturbadores Amamentar
Choro	Olhos abertos ou fortemente fechados	Caretas	Irregular	Agitação não coordenada, com alteração da coloração da pele	Resposta extrema a estímulos externos desagradáveis	Acolar Balançar Intervir para reduzir a fadiga, fome ou desconforto

3 – CAPACIDADE PARA ATUAR

Reflexos

Assim que nasce o recém-nascido é dotado de um certo número de reflexos, isto é, reações automáticas desencadeadas por estímulos que impressionam os seus diversos recetores. Este conjunto de habilidades tendem a favorecer a sua adaptação ao ambiente. (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

O quadro seguinte resume os reflexos existentes nesta fase da vida.

Quadro n.º3 – Reflexos do recém-nascido

REFLEXO	ESTIMULAÇÃO	RESPOSTA COMPORTAMENTAL ESPERADA	
Glabelar	Toque rápido sobre a ponta do nariz	Fecho rápido dos olhos	
Sução	Estimulação da área perioral	Inicia fortes movimentos de sucção	
Pontos cardeais/rotação	Tocar a bochecha ao lado da boca	Vira a cabeça para esse lado	
Extrusão	Tocar a língua ou pressioná-la para baixo	Força a língua para fora	
Preensão Palmar/Plantar	Tocar as regiões palmares ou plantares próximo à base dos dedos	Flexão das mãos/pés	
Babinsky	Acariciar o exterior da região plantar a partir do calcanhar e através do arco do pé	Os dedos sofrem hiperextensão e o polegar dorsiflexão	
Moro	Colocar o recém-nascido na posição sentado e permitir que a cabeça e o tronco descaiam para trás	Súbita abdução e extensão dos membros/abertura dos	

		dedos em leque	
Sobressalto	Ruído súbito alto	Braços em abdução com flexão dos cotovelos e mãos cerradas	
Tónico-cervical	Rodar a cabeça rapidamente para um lado	Membros desse lado em extensão, do lado oposto em flexão	
Marcha	Segurar o recém-nascido de modo que a planta dos pés toque numa superfície rígida	Flexão e extensão recíprocas das pernas, simulando a deambulação	
Rastejar	Colocar o recém-nascido em decúbito ventral	Movimentos dos braços e pernas para se arrastar	
Tendinosos profundos	Com o dedo provocar o reflexo rotiliano	Espasmo do joelho	
Tração	Puxar pelos punhos da posição supina, com a cabeça na linha média	A cabeça descai até estar direita, depois momentaneamente é mantida no mesmo plano com tronco e ombros e seguidamente cai para a frente	
Curvatura do tronco	Acariciar as costas do recém-nascido ao longo da coluna vertebral	Os quadris movimentam-se em direção ao lado estimulado	
Posicionamento	Recém-nascido ereto, sustentado sob os braços e o lado dorsal do pé rapidamente colocado contra um	As pernas levantam como se o pé fosse subir a mesa	

	objeto rígido como uma mesa		
Extensor contra lateral	Em decúbito dorsal estender uma perna, pressionando o joelho e estimular a planta do pé	Perna oposta fletida em abdução e depois em extensão	

4 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O recém-nascido é um ser que precisa de ser compreendido em toda a sua complexidade para que as suas necessidades sejam satisfeitas. Assim é importante capacitar os pais a responder de forma adequada aos comportamentos do recém-nascido, o que só será possível se estes forem detentores de conhecimentos acerca das competências do recém-nascido. Deste modo, cabe ao enfermeiro a realização de sessões de educação para a saúde sobre esta temática, cujos planos de sessão se seguem.

PLANO DE SESSÃO INDIVIDUAL

Tema

Estados de sono/vigília e comportamentos de resposta da mãe

Quem executa

Enfermeiro

Alvo

Mães em internamento no serviço de Obstetria, ou em acompanhamento de filhos internados no Serviço de Neonatologia

Local

Serviço de Obstetria ou Serviço de Neonatologia do Hospital de Santarém

Duração

15 minutos.

Metodologia

Método interativo

Fundamentação e pertinência

De acordo com Hockenberry e Wilson (2008) o comportamento do lactente ajuda a dar forma ao seu ambiente, e sua capacidade de reagir a vários estímulos afeta a forma como os outros se relacionam com ele. As principais áreas de comportamento para os recém-nascidos são sono, vigília e atividades. Os enfermeiros têm um papel essencial em orientar os pais, transmitindo-lhes conhecimentos que permitam aos pais compreender o significado das respostas comportamentais do recém-nascido aos cuidados diários e como estes podem ser alterados, para que os pais sejam capazes de efetuar uma gestão proficiente de cuidados aos seus filhos. O conhecimento dos pais sobre comportamentos do recém-nascido ajudam a promover a vinculação e contribuem para o sucesso alimentar do recém-nascido, nomeadamente em relação à amamentação. Um exemplo clássico é o fato de o recém-nascido mamar vigorosamente no estado totalmente alerta e não no estado de sono profundo. O recém-nascido possui 6 estados de sono/vigília. Cada estado deve ser acompanhado de comportamentos de resposta para satisfazer as necessidades do recém-nascido.

Objectivos:

Que as mães sejam capazes de:

- Compreender os principais sinais relativamente aos estados de sono/vigília do recém-nascido
- Amamentar o recém-nascido no estado de alerta quieto e alerta ativo
- Não amamentar o recém-nascido no estado de sono profundo;
- Não amamentar o recém-nascido no estado sonolento e provoca um estímulo para acordá-lo;
- Intervir no estado choro para reduzir a fadiga, fome ou desconforto

Conteúdos a abordar

Principais sinais de cada estado de sono/vigília

- **Sono profundo**
- **Sono leve**
- **Sonolento**
- **Alerta quieto**
- **Alerta ativo**
- **Choro**

Resposta comportamental dos pais a cada estado, com particular ênfase na amamentação

Esclarecimento de dúvidas

PLANO DE SESSÃO INDIVIDUAL

Tema

Competências sensoriais do recém-nascido

Quem executa

Enfermeiro

Alvo

Mães em internamento no serviço de Obstetrícia, ou em acompanhamento de filhos internados no Serviço de Neonatologia

Local

Serviço de Obstetrícia ou Serviço de Neonatologia do Hospital de Santarém

Duração

15 minutos.

Metodologia

Método interativo

Fundamentação e pertinência

De acordo com HOCKENBERRY e WILSON (2011) o recém-nascido detém competências sensoriais fundamentais para sustentar a sua ligação e a relação com o meio, que usa para receber informação.

Cabe ao enfermeiro transmitir conhecimentos aos pais, através de sessões de educação para a saúde, acerca das capacidades do recém-nascido para que os pais compreendam as reações deste e o estimulem, permitindo um maior desenvolvimento social e cognitivo do recém-nascido e aos pais uma gestão proficiente dos cuidados aos seus filhos.

Objetivos:

Que as mães sejam capazes de:

- Compreender quais as competências do recém-nascido.
- Estabelecer contato visual com o recém-nascido a uma distância de 20 a 30 cm
- Falar com o recém-nascido e usa melodias suaves e rítmicas para tranquilizar o recém-nascido

- Promove um ambiente sem cheiros fortes
- Quando o recém-nascido está desperto tocá-lo com serenidade

Conteúdos a abordar

Competências sensoriais do recém-nascido

- **Visão**
- **Audição**
- **Cheiro**
- **Paladar**
- **Tato**

Resposta comportamental dos pais a cada competência sensorial do recém-nascido

Esclarecimento de dúvidas

De forma a compreender o impacto da intervenção do enfermeiro é fundamental a avaliação da competência dos pais relativamente aos conteúdos transmitidos nas sessões de educação para a saúde. Esta avaliação é efetuada através da aplicação das grelhas de avaliação de competência.

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIA

Conteúdos:

Identificação do utente: _____

Quadro n.º4 – Avaliação da competência da mãe relativamente aos estados de sono/vigília do recém-nascido e comportamentos de resposta, nomeadamente a amamentação

ASPETOS A AVALIAR	D A T A	ENF.	COMPETÊNCIA			D A T A	ENF	COMPETÊNCIA		
			C	PC	NC			C	PC	NC
Não amamenta o recém-nascido no estado sono profundo										
Não amamenta o recém-nascido no estado sonolento e provoca um estímulo para acordá-lo										
Amamenta o recém-nascido no alerta quieto e alerta ativo										
No choro intervém para reduzir a fadiga, fome ou desconforto										

LEGENDA

Competente: sabe e faz

Pouco competente: sabe, mas não faz

Não competente: não sabe e não faz

INTERVENÇÕES APÓS AVALIAÇÃO

Competente: Reforço positivo

Pouco competente e não competente: Instruir e treinar os comportamentos de resposta aos estados de sono/vigília.

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIA

Conteúdos: Competências sensoriais do recém-nascido

Identificação do utente: _____

Quadro n.º5 – Avaliação da competência relativamente às competências do recém-nascido e comportamentos de resposta.

ASPETOS A AVALIAR	DA TA	ENF	COMPETÊNCIA			DA TA	ENF	COMPETÊNCIA		
			C	PC	NC			C	PC	NC
Estabelece contato visual com o recém-nascido a uma distância de 20 a 30 cm										
Fala com o recém-nascido e usa melodias suaves e rítmicas para o tranquilizar										
Promove um ambiente sem cheiros fortes										
Quando o recém-nascido está desperto toca-o com serenidade										

LEGENDA

Competente: sabe e faz

Pouco competente: sabe, mas não faz

Não competente: não sabe e não faz

INTERVENÇÕES APÓS AVALIAÇÃO

Competente: Reforço positivo

Pouco competente e não competente: Instruir e treinar os comportamentos de resposta às competências do recém-nascido.

5 - CONCLUSÃO

Este trabalho resultou de um processo pessoal de pesquisa e reflexão, que deu origem à formulação de grelhas que serviram de guia na minha intervenção junto do recém-nascido e representa o culminar do trabalho que desenvolvi no serviço de Neonatologia, com o recém-nascido e família, sempre na vertente de capacitar os pais a cuidar dos seus filhos de forma proficiente. Este operacionaliza a intervenção do enfermeiro na promoção da saúde do recém-nascido/família, demonstrando desta forma a importância do enfermeiro nesta área, pelo que espero que este trabalho seja um contributo válido para o serviço de Neonatologia.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBAK, I.M; LOWDERMILK, D.L; JENSEN, M.D.(1999)– Enfermagem na Maternidade. 4ª edição. Loures: Lusociência

HOCKENBERRY, M.J., WILSON, D. (2011). 8ª edição. Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier editor Inc.

ANEXO III – Grelha de avaliação física do recém-nascido

OBSERVAÇÃO FÍSICA	ASPETOS A AVALIAR	VALORES MÉDIOS	DESVIOS
Sinais vitais	Temperatura	35,6 – 37,4	<35,5
			>37,5
	Pulso apical	120 - 140	Bradicardia <80-100
			Taquicardia >160 - 180
	Pulsos femurais	Iguais/cheios	Fraco/ausente
Respiração	30 – 60	Taquipneia >60	
Postura	Posição	Intrauterina	
		Flexora	Postura Flácida
	Mobilidade	Resiste à extensão das extremidades com choro	Não resiste à extensão das extremidades
		Movimento espontâneo assíncrono (pernas em bicicleta), mas igual extensão das extremidades	Limitação de movimentos
	Tónus muscular	Tonus sem alterações	Hipotonia
Hipertonia			
Opistótonos			
Pele	Coloração	Rosado	Marmoreada
		Eventual acrocianose	Cianose generalizada
			Icterícia progressiva
			Coloração acinzentada
			Pletórica
			Palidez
	Textura	Hidratada	Fina, com rede venosa superficial no abdómen
		Vernix Caseoso	
		Lanugo	
		Integra	Seca
	Alterações cutâneas	Hemangiomas capilares	Equimoses ou petéquias que persistem
		Milia	
		Petéquias apenas na área da apresentação	Edema das mãos e pés
		Manchas mongólicas	Pústulas

				Vesículas	
				Rush cutâneo	
				Manchas café com leite ou coloração vinho do porto	
Cabeça	Fontanela anterior e posterior	Normotensas			
		Macias firmes		Deprimida	
	Suturas	Palpáveis		Separadas	
				Sobrepostas	
			Afastadas		
			Caput succedaneum		
		cefalohematoma			
	Cabelo	Presente		Ausente	
Olhos	localização	Simetria		Assimetria	
				Pregas nos cantos	
	Movimentos oculares	Sem alterações		Estrabismo	
				Nistagmo	
	Pupilas	Isocóricas		Desiguais	
		Isoreativas em resposta à luz		Dilatadas	
	Secreção	Ausente		fixas	
			Purulenta		
		Ausência de lágrimas			
Arcada Supraciliar	Distinta		Sobrancelhas juntas na linha média		
Nariz	Localização	Linha média		Fora da linha média	
	Permeabilidade de	Presente		Malformações	
				Adejo nasal	
	Secreções	Presentes		Abundantes e	
Muco esbranquiçado			espessas		
Pavilhões auriculares	Tamanho	Tamanho e formato regular		Tamanho e formato irregular	
		Cartilagem presente		Agenésia	
				Ausência de cartilagem	
	Implantação	Ponta da orelha na linha horizontal em relação ao canto externo dos olhos		Inserção baixa das orelhas	
	Permeabilidade do canal auditivo	Presente		Ausente	
Audição	Reage a voz e sons		Não reage		

Boca	Simetria dos movimentos labiais	Reflexo de sucção		Ausente		
	Integridade	Integridade labial		Lábio leporino		
		Integridade do palato		Fenda palatina		
	Freio	Sem alterações		Freio Curto		
	Choro	Vigoroso		Fraco		
				Rouco		
				Ausente		
	Língua	Sem alterações		Grande		
			Protusa			
			Deslocada			
Salivação	Ausente ou mínima		Profusa			
			Baba			
Dentes	Presente		Ausente			
Pescoço	Tamanho	Curto		Dobras de pele em excesso		
		Pequeno				
		Circundado pelas dobras cutâneas				
	Mobilidade	Amplitude de movimentos		Inclinação resistência à flexão		
Tórax	Formato	Barril		Funil (pectus excavatum)		
				Pombo (pectus carinatum)		
	Expansão	Simétrica		Assimétrica		
	Sinais de dificuldade respiratória	Sem sinais de dificuldade respiratória	Leve retração externa		Tiragem intercostal	
					Tiragem infracostal	
					Tiragem supraesternal	
					Tiragem global	
					Gemido expiratório	
					Estridor inspiratório	
		Respiração irregular persistente				
	Periodos de apneia > 20 segundos					
	Respiração paradoxal					
Clavícula	Sem alterações		Crepitação			
Mama	Entumescimento da mama		Rubor ou firmeza ao redor dos mamilos			
	Ausência de secreção		Secreção de			

				substância leitosa		
	Mamilos	2 mamilos proeminentes		Mamilos supranumerários		
		Simétricos		Assimétricos		
Abdómen	Formato	Arredondado		Distensão abdominal		
		Proeminente		Abaulamento		
				Localizado		
				Abdómen côncavo Hérnia umbilical		
	Integridade	Presente		Ondas peristálticas visíveis		
				Urina, fezes ou secreção purulenta extravazadas		
	Ruídos	Ruídos intestinais presentes		Ausência de ruídos intestinais		
	Coto umbilical	2 Artérias e 1 veia		Apenas 1 artéria no cordão		
		Coloração branca e azulada ao nascimento		Coloração esverdeada ao nascimento		
		Inodoro ou Secreção			Secreção purulenta	
					Cheiro fétido	
					Eritema periumbilical	
			Sangramento			
			Hematoma			
			Rubor no tecido circundante ou então com sinais inflamatórios			
Genitália feminina	Clitóris, grandes e pequenos lábios	Geralmente edemaciados		Grandes lábios muito afastados e proeminentes dos pequenos lábios		
				Ambiguidade genital		
				Lábios fundidos		
	Meato uretral	Localizado atrás do clitóris		Clitóris aumentado com o meato uretral na extremidade		
	Abertura vaginal	Presente		Ausente		
				Pseudomestruação		
				Mecônio na abertura genital		

Genitália masculina	Abertura uretral	Localizada na extremidade do pênis		Epispádias		
				Hipospádias		
	Prepúcio	Retração do prepúcio presente				
		Incapacidade de retrair o prepúcio				
		Abertura uretral coberta pelo prepúcio				
	Escroto	Grande		Testículos não palpáveis na bolsa escrotal		
		Edemaciado				
		Pendente				
		Coberto por rugas		Testículos palpáveis no canal inguinal		
		Testículos palpáveis na bolsa			Testículos não palpáveis	
					Bolsa escrotal pequena	
					Escroto liso	
					Hérnias inguinais	
				Hidrocelo		
			Massa na bolsa escrotal			
		Ambiguidade genital				
Reto	Integridade	Coluna intacta		Espinha bífida		
		Sem aberturas, sem massas ou curvas proeminentes		Tufos de pelos ao longo da espinha		
	Abertura Anal	Permeável		Ânus imperfurado		
			Fissuras anais			
Membros	Anca	Sinal de Ortolani negativo		Sinal de Ortolani positivo		
	Superiores e inferiores	Simetria do comprimento das extremidades/membros		Assimetria do comprimento das extremidades/membros		
		Tónus muscular igual em ambos os lados			Assimetria de tónus	
					Assimetria de	

		Amplitude total de movimentos		movimentos	
		Pulsos braquiais palpáveis		Ausência da parte distal do membro	
		Assimetria das pregas cutâneas dos membros inferiores		Pulsos braquiais ausentes	
		Membros com grau de flexão			
	Mãos e pés	5 dedos em cada mão		Polidactilia	
		5 dedos em cada pé		Sindactilia	
		Amplitude total de movimentos		Membranas interdigitais	
		Região plantar geralmente achatada			
				Deformidade congênita do pé	
	Leitos ungueais	Róseos		Cianose persistente	
Cianose transitória			Coloração amarelada		

REFLEXO	ESTIMULAÇÃO	RESPOSTA COMPORTAMENTAL ESPERADA
Glabeelar	Toque rápido sobre a ponta do nariz	Fecho rápido dos olhos
Sução	Estimulação da área perioral	Inicia fortes movimentos de sucção
Pontos cardeais/rotação	Tocar a bochecha	Vira a cabeça para esse lado
Extrusão	Tocar a língua ou pressioná-la para baixo	Força a língua para fora
Preensão Palmar/Plantar	Tocar as regiões palmares ou plantares próximo à base dos dedos	Flexão das mãos/pés
Babinsky	Tocar o exterior da região plantar a partir do calcanhar e através do arco do pé	Os dedos sofrem hiperextensão e o polegar dorsiflexão
Moro	Colocar o recém-nascido na posição sentado e permitir que a cabeça e o tronco descaiam ligeiramente para trás	Súbita abdução e extensão dos membros/abertura dos dedos em leque
Sobressalto	Ruído súbito alto	Braços em abdução com flexão dos cotovelos e mãos cerradas
Tónico-cervical	Rodar a cabeça rapidamente para um lado	Membros desse lado em extensão, do lado oposto em flexão
Marcha	Segurar o recém-nascido de modo que a planta dos pés toque numa superfície rígida	Flexão e extensão recíprocas das pernas, simulando a deambulação
Rastejar	Colocar o recém-nascido em decúbito ventral	Movimentos dos braços e pernas para se arrastar
Tendinosos profundos	Com o dedo provocar o reflexo rotiliano	Espasmo do joelho
Tração	Puxar pelos punhos da posição supina, com a cabeça na linha média	A cabeça descai até estar direita, depois momentaneamente é mantida no mesmo plano com tronco e ombros e seguidamente cai para a frente
Curvatura do tronco	Acariciar as costas do recém-nascido ao longo da coluna vertebral	Os quadris movimentam-se em direção ao lado estimulado

Posicionamento	Recém-nascido ereto, sustentado sob os braços e o lado dorsal do pé rapidamente colocado contra um objeto rígido como uma mesa	As pernas levantam como se o pé fosse subir a mesa	
Extensor lateral contra lateral	Em decúbito dorsal estender uma perna, pressionando o joelho e estimular a planta do pé	Perna oposta fletida em abdução e depois em extensão	

ANEXO IV – Planeamento das sessões de educação para a saúde realizadas no serviço
de pediatria

PLANO DE SESSÃO

Tema

Alimentação no 1º ano de vida

Formador

Sandra Nunes

Formandos

Pais de latentes até aos 9 meses internados no serviço de pediatria

Data/Hora

A definir de acordo com a taxa de ocupação do serviço de internamento

Local

Sala de atividades no serviço de Internamento

Duração

45 minutos.

Metodologia

Método expositivo com recurso aos meios auxiliares de ação educativa.

Método interativo com distribuição de suporte escrito relativo à temática abordada e esclarecimento de dúvidas.

Escolha do Tema

A Organização Mundial de Saúde (2009) refere que a alimentação infantil é uma das áreas de eleição de intervenção para a promoção da saúde da criança. Para que a melhoria da alimentação infantil seja uma realidade, as famílias precisam de apoio para iniciar e manter hábitos de alimentação infantil adequados. Desta forma, o enfermeiro pode desempenhar um papel fulcral no suporte, influenciando de forma positiva as decisões criança/jovem e família sobre os hábitos alimentares. Assim, cabe aos enfermeiros dar aconselhamento adequado, conselhos e ajuda na resolução de dificuldades de alimentação da criança.

Objetivos:

Que os pais sejam capazes de:

- Identificar quais os novos alimentos a introduzir de acordo com a faixa etária.

Conteúdos	Meios auxiliares de ação educativa	Formador	Tempo
Introdução Apresentação do formador Apresentação do tema e seu propósito e metodologia	Apresentação por diapositivos	Sandra Nunes	3 minutos
Alimentação no 1º ano de vida Amamentação; Introdução dos novos alimentos aos 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses; Conselhos	Apresentação por diapositivos	Sandra Nunes	22 minutos
Conclusão Recapitulação dos pontos chaves da sessão; Esclarecimento de dúvidas Entrega de folheto informativo Avaliação de conhecimentos após a sessão	-----	Sandra Nunes	15 minutos

PLANO DE SESSÃO

Tema

Alimentação Saudável

Formador

Sandra Nunes

Formandos

Crianças em idade pré-escolar (3 aos 5 anos) e crianças em idade escolar (6 aos 10 anos) internadas no serviço de Pediatria

Data/Hora

A determinar de acordo com a ocupação do serviço

Local

Sala de atividades do serviço de pediatria do Hospital de Santarém

Duração

30 minutos por sessão.

Metodologia

Método expositivo com recurso a diapositivos.

Método interativo através da colocação de questões às crianças e esclarecimento de dúvidas

Escolha do Tema

O programa de Saúde Escolar evidencia a alimentação como uma das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis. (Direção Geral de Saúde, 2006. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2009) a alimentação infantil com conteúdo nutricional desadequado, pode conduzir para a obesidade infantil que é um problema crescente na sociedade atual. Uma das metas do Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (Direção Geral de Saúde, 2012) é controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, aumentar em 5 % o número de crianças em idade escolar que consome diariamente a quantidade recomendada de fruta e hortícolas e aumentar em 5 % o número de crianças em idade escolar que consome diariamente um pequeno-almoço adequado. Assim, para que tal aconteça, é fundamental a realização de ações de promoção da saúde no âmbito da

alimentação infantil por forma a influenciar de forma positiva as decisões da criança sobre os hábitos alimentares.

Objetivos:

Que as crianças sejam capazes de:

- Identificar os alimentos que fazem parte da alimentação saudável e que devem ser consumidos diariamente;
- Identificar os alimentos que só se devem consumir esporadicamente e são prejudiciais à saúde.

Conteúdos	Meios auxiliares de ação educativa	Formador	Tempo
Introdução Apresentação do formador Apresentação do tema e seu propósito	Apresentação por diapositivos	Sandra Nunes	3 minutos
Os nutrientes A roda dos alimentos Complicações de uma alimentação incorreta <ul style="list-style-type: none">• Obesidade• Caries dentárias Caracterização de uma alimentação saudável Regras a cumprir para uma alimentação saudável	Apresentação por diapositivos	Sandra Nunes	17 minutos
Conclusão Recapitulação dos pontos chaves da sessão; Esclarecimento de dúvidas Avaliação de conhecimentos.	-----	Sandra Nunes	10 minutos

PLANO DE SESSÃO

Tema

Alimentação Saudável

Formador

Sandra Nunes

Formandos

Adolescentes (11 aos 17 anos) internados no serviço de Pediatria

Data/Hora

A determinar de acordo com a ocupação do serviço

Local

Sala de atividades do serviço de pediatria do Hospital de Santarém

Duração

40 minutos por sessão.

Metodologia

Método expositivo com recurso a diapositivos.

Método interativo através da colocação de questões aos adolescentes, esclarecimento de dúvidas e distribuição de suporte escrito relativo à temática abordada.

Escolha do Tema

O programa de Saúde Escolar evidencia a alimentação como uma das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis. (Direção Geral de Saúde, 2006. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2009) a alimentação infantil com conteúdo nutricional desadequado, pode conduzir para a obesidade infantil que é um problema crescente na sociedade atual. Uma das metas do Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (Direção Geral de Saúde, 2012) é controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, aumentar em 5 % o número de crianças em idade escolar que consome diariamente a quantidade recomendada de fruta e hortícolas e aumentar em 5 % o número de crianças em idade escolar que consome diariamente um pequeno-almoço adequado. Assim, para que tal aconteça, é fundamental a realização de ações de promoção da saúde no âmbito da alimentação infantil por forma a influenciar de forma positiva as decisões da criança sobre os hábitos alimentares.

Objetivos:

Que as crianças sejam capazes de:

- Identificar os alimentos que fazem parte da alimentação saudável e que devem ser consumidos diariamente;
- Identificar os alimentos que só se devem consumir esporadicamente e são prejudiciais à saúde.
- Conhecer as regras da alimentação saudável

Conteúdos	Meios auxiliares de ação educativa	Formador	Tempo
Introdução Apresentação do formador Apresentação do tema e seu propósito	Apresentação por diapositivos	Sandra Nunes	3 minutos
Os nutrientes Relação entre ingestão de alimentos e atividade física (calorias) Complicações de uma alimentação incorreta <ul style="list-style-type: none">• Obesidade• Caries dentária Roda dos alimentos Porções Constituição das refeições Importância da água Regras a cumprir para uma alimentação saudável	Apresentação por diapositivos	Sandra Nunes	17 minutos
Conclusão Recapitulação dos pontos chaves da sessão; Esclarecimento de dúvidas Entrega de folheto informativo Avaliação de conhecimentos.	-----	Sandra Nunes	10 minutos

ANEXO V – Grelhas de Avaliação de conhecimentos

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Tema: Alimentação no 1º ano de vida

Grupo alvo - Pais de crianças internadas até aos 9 meses de idade

Identificação do utente: _____

CONTEÚDOS	DATA	ENF ^a	Conhecimento	
			C	SC
Regras na introdução de novos alimentos				
Introdução da papa, sopa e fruta aos 4 a 6 meses				
Introdução da carne aos 5 ou 6 meses				
Introdução da papa com glúten aos 6 meses				
Introdução do iogurte aos 9 meses				
Introdução do peixe aos 10 meses				
Introdução do ovo a partir dos 12 meses				
Regras da alimentação diversificada a partir dos 12 meses				

LEGENDA

C: Com conhecimento

SC: Sem conhecimento

INTERVENÇÕES APÓS AVALIAÇÃO

C – Reforço positivo

SC – Ensinar sobre alimentação no 1º ano de vida

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Tema: Alimentação saudável

Grupo alvo: Crianças em idade pré-escolar e escolar internadas no Serviço de Pediatria

Identificação do utente: _____

CONTEÚDOS	DATA	ENF ^a	Conhecimen to	
			C	SC
Alimentos que fazem parte da alimentação saudável				
Alimentos que só devem ser consumidos esporadicamente				

LEGENDA

C: Com conhecimento

SC: Nenhum conhecimento

INTERVENÇÕES APÓS AVALIAÇÃO

Com conhecimento: Reforço positivo

Sem conhecimento: Ensinar sobre alimentação saudável

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Tema: Alimentação saudável

Grupo alvo – Adolescentes internados no serviço de pediatria

Identificação do utente: _____

ASPETOS A AVALIAR	DATA	ENF ^a	Conhecimen to	
			C	SC
Alimentos que fazem parte da alimentação saudável				
Alimentos que só devem ser consumidos esporadicamente				
Complicações de uma alimentação incorreta				
Relação entre a ingestão de alimentos e a atividade física (calorias)				
Constituição das refeições				
Importância da água				
Regras numa alimentação saudável				

LEGENDA

C: Com conhecimento

SC: Nenhum conhecimento

INTERVENÇÕES APÓS AVALIAÇÃO

Com conhecimento: Reforço positivo

Sem conhecimento: Ensinar sobre alimentação saudável

ANEXO VI – Folheto - Alimentação nos primeiros anos de vida

Aos 5-6 meses – Introduzir a carne.

Frango, peru, coelho, borrego, carneiro e cabrito. Sem pele e sem gorduras, até ao máximo 25-30g/dia

Aos 6 meses – Introduzir papa com glúten, a bolacha e o pão

Aos 9 meses – Introduzir iogurte natural, que pode substituir a papa

Adicionar **bolacha** ou fruta crua ralada/esmagada.

A sopa deve começar a ser menos passada de modo a ter alguns grumos.

Aos 10 meses - Introduzir o Peixe

Dourada, pescada, robalo, linguado, cação, maruca, abrótea, corvina, cherne. Aumentar progressivamente a quantidade até 25-30g/dia. Não dar salmão, sardinha, carapau, bacalhau.

Aos 11 meses - introduzir leguminosas secas: feijão, grão, favas, lentilhas, ervilhas, de preferência sem casca.

A carne, o peixe grelhado ou cozido podem ser dados à parte e acompanhados com batata (pequenos pedaços ou puré), arroz



ou massas.

A partir dos 12 meses - Introduzir a gema do ovo, gradualmente.

Começar por 1/4 de gema e aumentando até ao máximo de 1 gema por refeição até 2 vezes por semana, na sopa em substituição da carne e do peixe. Posteriormente introduza o ovo inteiro.

Introduzir o tomate, o kiwi, o alperce, o pêssego, o ananás e os citrinos.

O regime alimentar deve ser mais semelhante ao da família. O ideal é que toda a família se habitue a uma **alimentação com pouco sal.**

Os doces não devem fazer parte da alimentação diária da criança. Devem ser dados apenas ocasionalmente



A partir dos 2 anos

Podem ser introduzidos morangos, kiwi, framboesas, amoras, maracujá.

HOSPITAL DE SANTARÉM

ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA



Serviço de Pediatria



Uma alimentação adequada é um indispensável para o crescimento e desenvolvimento da criança.

O ritmo de novas aquisições alimentares é diferente em todos os bebés e deve ser respeitado

Do nascimento aos 4 a 6

Meses de vida

Nos primeiros 4 meses de vida, a alimentação do bebé é totalmente satisfeita pelo **leite**, quer seja **materno** ou **adaptado**.

O aleitamento materno pode ser mantido, sem outros alimentos, pelo menos até aos 6 meses.

Conselhos gerais

A refeição deve ser um **momento tranquilo**, sem pressa, mas não demasiado longo.

Não obrigue o seu filho a comer mais do que tem vontade.

Só se deve introduzir **um alimento novo a cada três dias**.

Todos os alimentos sólidos (sopa, papa, fruta, iogurte, ...) devem ser dados à colher.

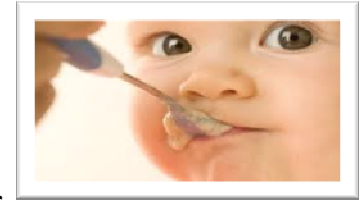
A sopa pode ser guardada no frigorífico, de preferência 24 h ou em alternativa no congelador.

Os alimentos devem ser frescos e bem cozinhados

A alimentação deve ser a mais variada possível, para dar uma maior variedade de nutrientes.



Início da diversificação alimentar - entre os 4 a 6



meses

Iniciar **sopa ou papa** a uma refeição (almoço ou jantar)

Sopa com batata, cenoura (em alternativa pode ser usada abóbora) +cebola + fio de azeite no final da cozedura, **sem sal**.

Adicionar progressivamente 1 legume: couve branca, alface, alho francês, curgete, brócolos, alho...

Não introduzir espinafre, nabo, nabiça aipo, beterraba.

A primeira papa láctea ou não láctea deve ser **sem glúten**.

Uma semana depois da sopa, introduzir a **fruta** que deve ser dada como sobremesa **crua ralada ou esmagada**



Maça

Pêra

Banana

ANEXO VII – Folheto - Alimentação Saudável

Regras na alimentação

- A Família é o modelo, por isso **toda a família** deve ter uma alimentação saudável.



- As refeições devem ser em **horário fixo** e distribuídas em 5 ou 6 refeições por dia.
- O **pequeno-almoço** é **imprescindível**.... A criança deve sempre tomar o pequeno-almoço e não estar mais de três horas e meia sem comer.
- **Comer com calma e mastigar bem os alimentos.**
- O almoço e jantar deve **começar sempre por uma sopa** rica em hortaliças e legumes.
- Prefira os estufados, cozidos e grelhados.

- O prato do almoço e jantar, deve ter carne, peixe ou ovo, um cereal (massa, arroz) e **legumes ou hortícolas em maior quantidade** que os restantes. A melhor **sobremesa é sempre a fruta.**

- A criança deve **beber água no intervalo das refeições**

- Deve ingerir pelo menos **500ml de leite por dia** (equivalente a 4 iogurtes).

- **Moderar a quantidade de sal** na confecção dos alimentos.

- Deve **evitar o consumo** de alimentos doces, gorduras e fritos ou fazer deles **uma ocasião e não um hábito.**



- **Privilegie sempre o consumo do azeite** em relação às outras gorduras.

HOSPITAL DE SANTARÉM

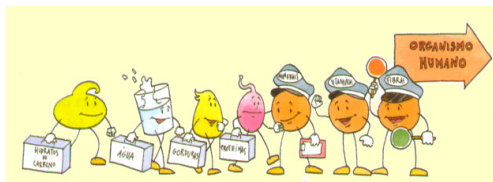
**ALIMENTAÇÃO
SAUDÁVEL**



SERVIÇO DE PEDIATRIA

Uma **alimentação saudável**, é uma alimentação variada e equilibrada, que permite que às crianças e jovens um desenvolvimento físico e intelectual adequado.

Uma alimentação saudável deve possibilitar a reposição, manutenção e reserva adequadas de nutrientes no organismo.



Os nutrientes são compostos resultantes da decomposição dos alimentos e podem-se agrupar em:

- Hidratos de carbono
- Proteínas
- Lípidos (Gorduras)
- Fibras
- Vitaminas
- Cálcio e outros minerais
- Água

Comer bem, é viver melhor!

Uma alimentação saudável encontra-se representada através **roda dos alimentos**



É composta por 8 grupos. Em cada grupo estão reunidos alimentos nutricionalmente semelhantes entre si que devem ser regularmente substituídos, assegurando a variedade nutricional e alimentar. **Deve-se consumir em maior quantidade os alimentos** que pertencem aos **grupos maiores** e em **menor quantidade** os que estão nos **grupos mais pequenos**.

Complicações de uma alimentação inadequada:

- ✓ Défice vitamínico e de minerais
- ✓ Diminuição do rendimento físico e intelectual
- ✓ Obesidade



- ✓ Desidratação
- ✓ Desmaios
- ✓ Prisão de ventre
- ✓ Infecções urinárias
- ✓ Diabetes
- ✓ Doenças cardiovasculares
- ✓ Cárie dentária



ANEXO VIII – Relatório de Conteúdo do Tabuleiro de Entubação

RELATÓRIO DE CONTEÚDO: TABULEIRO DE ENTUBAÇÃO

DESIGNAÇÃO	QUANTIDADE	VALIDADE
Pinça De Maguil	1	Sem validade
Lâmina laringoscópio n.1 reta	1	Sem validade
Lâmina laringoscópio n.2 curva	1	Sem validade
Lâmina laringoscópio n.3 curva	1	Sem validade
Cabo laringoscópio	1	Sem validade
Pilhas	2	06/2017
Tubo endotraqueal n.º 2,5	1	10/2014
Tubo endotraqueal n.º 3	1	08/2014
Tubo endotraqueal n.º 3,5	1	03/2016
Tubo endotraqueal n.º 4	1	11/2013
Tubo endotraqueal n.º 4,5	1	09/2013
Tubo endotraqueal n.º 5	1	06/2015
Tubo endotraqueal n.º 5,5 com cuff	1	02/2016
Tubo endotraqueal n.º 6 com cuff	1	05/2017
Tubo endotraqueal n.º 6,5 com cuff	1	09/2016
Tubo endotraqueal n.º 7 com cuff	1	01/2016
Tubo endotraqueal n.º 7,5 com cuff	1	05/2015
Tubo endotraqueal n.º 8 com cuff	1	11/2017
Tubo guedel n.º 0	1	09/2014
Tubo guedel n.º1	1	10/2014
Tubo guedel n.º2	1	
Tubo guedel n.º3	1	01/2014
Tubo guedel n.º4	1	10/2013
Seringa 10 ml	1	05/2018
Água destilada 10 ml	1	10/2015
Nastro	1	Sem validade
Luvras esterilizadas 6,5	1	12/2017
Luvras esterilizadas 7,5	1	12/2017

ANEXO IX – Poster



ANEXO X- Maçãs entregues às crianças

Grupo alvo – idade pré-escolar e escolar



Grupo alvo - Adolescência



ANEXO XI – Tabelas de análise dos artigos

TÍTULO	Developing healthy childhood behaviour: outcomes of a summer camp experience
AUTORES	Nuananong Seal, University of Wisconsin-Milwaukee. College of Nursing John Seal - Consultant, Seal Consulting, Minnesota
PAIS/ANO	USA, 2010
TIPO DE ESTUDO	Estudo quase experimental
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	VI
OBJECTIVOS	Testar os efeitos a curto prazo do programa Summer Camp Wellness (WSC) na modificação do conhecimento das crianças sobre alimentos saudáveis e lanches saudáveis, comportamento alimentar e atividade física, e auto-percepção de competência em crianças em idade escolar
PARTICIPANTES	18 Crianças, entre 8 a 12 anos de idade que participaram do programa WSC de 10 dias
INTERVENÇÕES	A coleta de dados foi administrada em dois períodos separados: no primeiro dia de campo (pré-teste) e no último dia de campo (pós-teste). As atividades do acampamento consistiam em dois componentes principais: atividade física e nutrição. As atividades físicas foram integradas em todos os dias do acampamento. Conselheiros treinados do acampamento trabalhavam com as crianças em pequenos grupos (4-5 crianças por grupo), sendo que cada criança recebeu intervenções apropriadas à idade e atenção individualizada. A componente de alimentação incluiu nutrição que enfatizava uma dieta rica em vegetais, frutas, gorduras insaturadas e grãos integrais e pobre em gordura saturada e açúcar. As crianças tiveram a oportunidade de participar através de uma variedade de atividades práticas experimentais, tais como jogos de tabuleiro sobre nutrição, dramatização e aulas de cozinha.

RESULTADOS

MAJOR

- ✚ O WSC teve efeitos positivos a curto prazo no conhecimento da criança sobre alimentos saudáveis e lanches saudáveis, comportamento alimentar e atividade física, bem como na auto-percepção de competência.
- ✚ O aumento do conhecimento das crianças e capacidade de identificar alimentos saudáveis e lanches saudáveis, conduziu a um aumento significativo de comportamentos alimentares saudáveis e uma diminuição de comportamentos alimentares pouco saudáveis.
- ✚ As crianças após o programa aumentaram a prática de exercício físico fora do horário escolar
- ✚ A auto-percepção de competência aumentou após a intervenção. A auto-percepção de competência tem grande influência na cognição e comportamentos de saúde.
- ✚ Os enfermeiros podem facultar às crianças oportunidades para o desenvolvimento da auto-percepção de competência, para lidar com o ambiente em que estão inseridas.

TÍTULO	Engaging community partners to promote healthy behaviours in young children
AUTORES	Pamela S. Moores, Western Regional School of Nursing, Corner Brook, and Western Regional Health Authority, Corner Brook.
PAIS/ANO	Canadá, 2010
TIPO DE ESTUDO	Quantitativo
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	VI
OBJECTIVOS	Avaliar a implementação de uma estratégia de promoção da saúde que incentiva a alimentação saudável e atividade física em crianças de idade pré-escolar e escolar.
PARTICIPANTES	Crianças de três a oito anos de idade que frequentam programas de pré-escolar e ensino fundamental. Executores potenciais do programa incluem enfermeiros de saúde pública, funcionários e voluntários em centros de apoio à família, creches e programas pré e pós escola.
INTERVENÇÕES	<p>Uma intervenção desenvolvida pelo Ministério da Saúde Ocidental "Crianças visando escolher saúde" (CATCH), tem como alvo as crianças, promovendo mensagens saudáveis em diversos contextos comunitários através do uso de um kit de recursos. O kit de recursos contém atividades que promovem a mudança de comportamento em torno de uma alimentação saudável e atividade física.</p> <p>Componentes do Kit CATCH:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saco com logotipo CATCH; • fruta e pufes em forma de vegetais; • cartões de imagem de alimentos;

- Fantoches Alimentares (sete, representando os quatro grupos de alimentos);
- Mover e Crescer : Atividades Físicas para 2, 3, 4, 5 e 6 anos;
- Bola de lançamento – Nutrição;
- CD de música infantil;
- Comida criativa;
- Guias para os executores do programa:
 - CATCH – itivity – sessões estruturadas de 30 minutos
 - CATCH – O – Drama – roteiro de teatro de fantoches interativo;
 - CATCH – y – Variedade de jogos de interior e exterior;
 - Recursos para apoiar o facilitador, como apontamentos, dicas, entre outros.

Estes Kits de recursos foram explicados aos potenciais executores em workshops durante o outono de 2008. Cerca de 100 pessoas compareceram num dos cinco workshops que forneceram orientações sobre como usar o recurso dentro de seu ambiente comunitário. Estes workshops de meio-dia eram liderados pelos consultores do programa que desenvolveram o recurso. Entre os participantes, estavam enfermeiros de saúde pública, pessoal de centros de apoio à família, equipa do centro de acolhimento de crianças e pessoal do programa pré-escolar.

Os dados quantitativos foram obtidos através de pesquisas de feedback do workshop (outono de 2008) e pesquisas de acompanhamento (inverno2009). O feedback do workshop avaliou o nível de satisfação e se os participantes sentiram-se adequadamente preparados para usar o recurso. A pesquisa de seguimento perguntou quantas vezes utilizaram o kit de recursos desde a entrega no workshop e avaliação dos itens do kit de recursos.

- ✚ Os resultados indicaram que, em geral, os participantes (99%) sentiram que o workshop forneceu informação nova, útil e os motivou a fazer mais promoção da saúde.
- ✚ Setenta por cento dos entrevistados relataram que estavam a fornecer informações e a desenvolver atividades

RESULTADOS

MAJOR

sobre alimentação saudável e atividade física desde que receberam o kit de recursos.

- ✚ Quarenta e quatro por cento nota mudanças positivas em crianças desde que o kit de recursos foi introduzido no seu ambiente.
- ✚ Programas baseados na comunidade podem proporcionar inúmeras vantagens estratégicas para os esforços de promoção da saúde, uma das quais é envolver parceiros. Envolver os facilitadores e as crianças na promoção de mensagens saudáveis através do kit CATCH é um exemplo de uma estratégia de promoção de saúde.
- ✚ Os resultados demonstraram que o envolvimento de parceiros na comunidade, compartilhando a responsabilidade de entregar mensagens saudáveis para as crianças, pode expandir o alcance dos esforços de promoção de saúde.
- ✚ Apoio e acompanhamento permanente é necessário para garantir que os parceiros da comunidade têm a capacidade de ajudar na entrega desses esforços de promoção da saúde.

TÍTULO	Exploring youth development with diverse children: Correlates of risk, health, and thriving behaviors
AUTORES	Laureen H. Smith, Assistant Professor, Ohio State University College of Nursing, Columbus, OH Elizabeth Barker, Associate Professor (Clinical), Ohio State University College of Nursing, Columbus, OH
PAIS/ANO	USA, 2009
TIPO DE ESTUDO	Estudo exploratório e correlacional
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	VI
OBJECTIVOS	Explorar a relação entre as características internas e externas, os comportamentos de risco, comportamentos de saúde e comportamentos prósperos em crianças diversas.
PARTICIPANTES	Amostra de 61 alunos do 6º ano de escolas urbanas
INTERVENÇÕES	Aplicação de questionário, que durou cerca de 1 a 1,5 horas. A pesquisa foi concluída numa única sessão numa sala designada por cada escola participante.
RESULTADOS MAJOR	<ul style="list-style-type: none"> ✚ O acompanhamento das crianças por um profissional de saúde está relacionado com uma autoidentidade positiva por parte das crianças. ✚ As características internas que incluem valores, identidade, competências sociais e compromisso com a aprendizagem estão positivamente relacionadas com o acompanhamento por um profissional de saúde nos últimos 12 meses. ✚ As características externas, que incluem o apoio, empowerment e uso construtivo do tempo, que é dado pelas

famílias, escolas, congregações, vizinhos, e as organizações de juventude, também foram positivamente relacionados com os comportamentos de saúde.


- ✚ As características, quer internas ou externas, não foram relacionados a todos os comportamentos de risco estudados.
- ✚ Este estudo oferece suporte que tanto os valores, identidade e motivação, como a família, colegas e escola são importantes para ajudar os jovens tornarem-se adultos "prósperos" e para a promoção de comportamentos saudáveis.
- ✚ Foram encontrados como fatores promotores de saúde e indicadores de prosperidades, os relacionamentos mais fortes entre familiares, colegas e escola.
- ✚ A disponibilidade de mentores e oportunidades de serviço voluntário na comunidade estavam relacionados com os dois indicadores de prosperidade e comportamentos de saúde.
- ✚ Intervenções que potenciam o sucesso acadêmico, como uso de mentores, atividades programadas depois da escola, e suporte, também podem ser protetoras contra os comportamentos de risco, especialmente atos de delinquência, e é útil na promoção de comportamentos saudáveis.
- ✚ As intervenções de enfermagem que promovem a auto motivação, uso construtivo do tempo, tais como atividades programadas após a escola, reforçando as oportunidades de liderança e ajuda aos outros pode ser frutífera.

TÍTULO	School children's own views, roles and contribution to choices regarding diet and activity in Spain
AUTORES	O. Lopez-Dicastillo - School of Nursing, University of Navarra, Pamplona, Spain G. Grande and P. Caller - School of Nursing, Midwifery and Social Work, The University of Manchester, Manchester, UK
PAIS/ANO	Espanha, 2011
TIPO DE ESTUDO	Estudo etnográfico
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	VI
OBJECTIVOS	<ul style="list-style-type: none"> Averiguar a perspectiva da criança, funções e contribuições da mesma nas escolhas em relação à dieta e atividade, e identificar aspetos que podem ser usados na promoção da saúde e intervenções de prevenção da obesidade.
PARTICIPANTES	38 Crianças espanholas com idades entre os 5 e os 7 anos.
INTERVENÇÕES	O trabalho de campo foi feito ao longo de um ano letivo, de Setembro a Junho. Foram feitas observações que ocorreram durante os intervalos das crianças e as refeições escolares para um total de aproximadamente 175 h. Às crianças foram entregues um diário, tendo estas a responsabilidade de completar os diários com as suas escolhas relacionadas com a alimentação e exercício. O diário foi usado para fomentar a discussão em entrevistas. As entrevistas duraram em média 30 minutos. O processo de entrevista foi adaptado empregando atividades divertidas para ajudar as crianças a sentirem-se confortáveis e confiantes. Atividades de aquecimento tiveram lugar no início das entrevistas: jogos, cantar músicas com o microfone, desenhar, reproduzir gravações e entrevista ao pesquisador primeiro. Essas atividades dependiam de desejos e preferências das crianças e foram utilizados para prepará-los para

	se concentrarem na tarefa.
RESULTADOS MAJOR	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="568 277 2024 363">✚ As crianças escolheram as das atividades que lhes proporcionaram uma forma de aprender coisas novas, dominar as habilidades e socializar;<li data-bbox="568 386 2024 533">✚ Outra razão para a seleção de atividades enfatizadas pelas crianças era passar o tempo com outras crianças que conheciam bem, incluindo irmãos, primos ou amigos, que eram geralmente seus colegas. As crianças queriam participar de atividades com seus amigos.<li data-bbox="568 555 2024 587">✚ Ser divertido e evitar o tédio foram razões apontadas para começar ou manter uma atividade.<li data-bbox="568 609 2024 865">✚ As crianças não tendem a experimentar novos alimentos facilmente ou por sua própria iniciativa. Eles experimentam novos alimentos ou alimentos que não gostam, principalmente quando incentivados por seus pais, ou quando as pessoas que lhes são significativas, nomeadamente os membros da família mais velhos que eles os ingerem. O envolvimento dos pais é fundamental para incentivar escolhas alimentares informadas, incluindo a introdução de alimentos desconhecidos.<li data-bbox="568 887 2024 1034">✚ A autoridade dos adultos não era absoluta. Havia um processo de negociação entre as crianças e os pais sobre as quantidades e os tipos de alimentos que eles poderiam comer. As crianças têm um controle indireto sobre sua ingestão através de deixar que os adultos saibam as suas preferências<li data-bbox="568 1056 2024 1257">✚ As intervenções que visam a saúde e prevenção da obesidade podem tirar proveito dos pontos de vista e atitudes positivas das crianças perante novas atividades. A atividade física pode ser incentivada, proporcionando às crianças oportunidades de aprender coisas novas, de socializar, bem como promover o divertimento e a percepção de competência.<li data-bbox="568 1279 2024 1366">✚ Divertir-se e evitar o tédio afetou o uso que as crianças de aparelhos de televisão e de computador. As crianças foram seletivas e usaram a televisão como entretenimento. Tendo em conta apenas as crianças, não

levando em consideração limitações externas para as suas escolhas, parece que se as crianças foram entretidas e divertirem-se com outros tipos de atividade, assistir televisão não seria tão atraente para eles. O tempo de assistir televisão e computador poderia ser diminuído oferecendo alternativas mais atraentes para as crianças;

- ✚ O envolvimento em atividades não dependia apenas das crianças, os pais, outros adultos e irmãos mais velhos afetaram suas escolhas. Autonomia das crianças é muito limitada pela vontade dos cuidadores, as preocupações de segurança e agendas dos pais. Os pais são reconhecidos como mediadores potencialmente importantes de atividade física das crianças por causa de sua dependência dos adultos;
- ✚ O apoio dos pais, disponibilidade e compromisso com as atividades são aspectos fundamentais para que as intervenções que visam o aumento da atividade em crianças sejam bem-sucedidas;

TÍTULO	Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health
AUTORES	Hanna Hopia - Researcher, Doctoral Student, Department of Nursing Science, University of Tampere, Tampere, Finland Patricia S Tomlinson - Professor Emeritus, Maternal, Child, Family Scholar, School of Nursing, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota, USA Eija Paavilainen - Acting Professor, Department of Nursing Science, University of Tampere/Etelä-Pohjanmaa Hospital District, Tampere, Finland Paivi Astedt-Kurki - Professor, Department Head, Department of Nursing Science, University of Tampere/Pirkanmaa Hospital District, Research Unit, Tampere, Finland
PAIS/ANO	Filândia, 2005
TIPO DE ESTUDO	Estudo Qualitativo
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	VI
OBJECTIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever o processo de promoção da saúde da família durante a hospitalização da criança
PARTICIPANTES	29 famílias cujas crianças apresentam uma doença crónica. A idade média dos pais entrevistados foi 37 anos, de um intervalo de 23 aos 51 anos. Todas as crianças tinham menos de 16 anos de idade.
INTERVENÇÕES	O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista. Foram entrevistadas 31 famílias. As entrevistas envolveram 82 membros da família, 43 pais e 39 crianças.
	 As famílias descrevem a intervenção do enfermeiro na promoção da saúde através de 5 domínios: reforço da

RESULTADOS

MAJOR

parentalidade , cuidar do bem-estar da criança, a partilha da carga emocional, apoio e adoção de mecanismos de coping e criação de relação de cuidado confidencial.

- ✚ É importante que os enfermeiros estabeleçam com os pais quais os cuidados que eles querem fazer, o que podem fazer e o que devem fazer para promover a saúde dos seus filhos. Esta intervenção ajuda os pais a clarificar o seu papel e promove a parentalidade durante a hospitalização da criança
- ✚ Os pais necessitam de incentivo e feedback positivo da sua parentalidade.
- ✚ As famílias esperam que os enfermeiros expliquem quais as opções disponíveis, e ajudem-nos a tomar decisões que promovam a saúde de toda a família. O ajuste e transmissão da informação de acordo com as necessidades da família foi importante para o bem estar da família.
- ✚ Em situações em que a família não tem recursos para gerir a sua própria saúde, os enfermeiros devem tomar a iniciativa e assumir temporariamente o controle e a responsabilidade dos pais no cuidado das crianças: este aspecto é crucial para a promoção da saúde de toda a família
- ✚ As famílias esperam que os enfermeiros mostrem interesse em conhecer os hábitos de vida da criança antes da hospitalização e a personalidade da criança. Desta forma as famílias não se sentem sozinhas com as mudanças que a crianças enfrentam, e sentem o suporte e ajuda dos enfermeiros
- ✚ As famílias sentem necessidade de falar com uma pessoa de fora sobre a doença do seu filho e as experiências emocionais que esta envolve. Por esta razão, é importante que o enfermeiro esteja disponível e escute os membros da família
- ✚ As famílias esperam que os enfermeiros tenham a coragem de intervir nas situações difíceis que a família vivencia, ajudando-os a resolver essas situações durante a hospitalização da criança.
- ✚ O envolvimento da família em toda a tomada de decisão sobre a criança, desde o início do tratamento permite à família influenciar e controlar a sua própria vida durante hospitalização da criança.

