



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Papel do Enfermeiro Especialista na Promoção da Alimentação Saudável

Sílvia Alexandra Gonçalves de Sousa

Orientação: Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto
Politécnico
de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O Papel do Enfermeiro Especialista na Promoção da Alimentação Saudável

Sílvia Alexandra Gonçalves de Sousa

Orientação: Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“Não penses que as coisas são impossíveis. Renove as suas esperanças. Nunca desista dos seus sonhos. Lute. Não importa onde você parou e em que momento da vida pensou em desistir. Lembre-se: quando o outono derruba uma flor, a primavera coloca outra no seu lugar.”

Lourdes Duarte

AGRADECIMENTOS

Ao terminar este longo caminho, são várias as palavras de agradecimento destinadas a quem ajudou a torná-lo mais colorido:

Ao Luís, pela tolerância e pleno papel de pai nas muitas ausências.

À Carolina e à Luísa pelos momentos sem a mãe. Havemos de os recuperar e acredito que servirão de exemplo no futuro.

À minha mãe pelo suporte nas horas apertadas.

À Rita e ao Emanuel, companheiros de viagem, pelo apoio e ajuda constantes e permanentes. Sem vocês, não teria sido a mesma coisa!

À Inês Simão pelo empurrão.

À Professora Doutora Maria Antónia Chora pela orientação e apoio na elaboração deste relatório, pelo acompanhamento, pelas sugestões oportunas, troca de ideias, ...

Às enfermeiras tutoras pelas aprendizagens transmitidas.

A todas as crianças e famílias que se cruzaram comigo. Permitiram-me crescer mais um pouco.

Ao Dr Pierre pela fantástica contribuição.

À Dolores Morgado e Ana Maria Pires pelos preciosos artigos.

Ao Zé Jerónimo pela ajuda fundamental.

A todos que não nomeei, mas fizeram parte desta viagem que não termina aqui!

RESUMO

A alimentação saudável na infância contribui para um crescimento e desenvolvimento adequados, para a promoção da saúde e prevenção de doenças, nomeadamente a obesidade.

Utilizamos a metodologia de trabalho projeto no âmbito da Saúde Escolar com objetivo de promover a alimentação saudável das crianças em idade pré-escolar.

O presente relatório pretende descrever a implementação do projeto durante estágio final e os seus principais resultados.

No documento está igualmente patente o relato das atividades desenvolvidas ao longo do percurso e a reflexão crítica sobre a aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e de mestre.

Concluimos que o papel do Enfermeiro Especialista na promoção da alimentação saudável da criança nos diferentes contextos de cuidados é fundamental, oferecendo contributos para obter ganhos em saúde.

Palavras-Chave: Alimentação Saudável, Criança Pré-Escolar, Obesidade, Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica.

ABSTRACT – THE ROLE OF SPECIALIST NURSE IN HEALTHY FEED PROMOTION

Healthy childhood nutrition contributes to adequate growth and development, promoting health and disease prevention, including obesity.

We used the methodology of work project in the field of School Health with the objective of promoting the healthy eating of children of preschool age.

This report is intended to describe the implementation of the project during the final stage and its main results.

The document also shows the activities carried out along the course of the project and the critical reflection on the acquisition and development of the skills of Child Health and Pediatric Specialist Nurses and Master.

We conclude that the role of the Specialist Nurse in the promotion of healthy child nutrition in the different contexts of care is fundamental, offering contributions to obtain health gains.

Key words: Healthy Eating, Pre-school Child, Obesity, Child and Pediatric Health Nursing .

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

COSI – Childhood Obesity Surveillance Initiative

CP – Cuidados Paliativos

CPP – Cuidados Paliativos Pediátrico

DP – Desvio Padrão

EEESIP – Enfermeira/o Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESPGHAN – European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition

IMC – Índice Massa Corporal

NIDCAP – Neonatal Individualized Care and Assessment Program

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPAS – Programa Nacional Promoção Alimentação Saudável

PNSE – Programa Nacional Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional Vacinação

RAM – Registo Aleitamento Materno

RN – Recém-Nascido

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrado

UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade Cuidados Saúde Personalizados

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

INDICE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das crianças por género	37
Figura 2 - Distribuição das crianças por idade	38
Figura 3 - Estado nutricional das crianças	39

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Grupos de alimentos que compõem os lanches	40
Tabela 2 – Composição dos lanches	41

INDICE

1. INTRODUÇÃO	12
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
2.1. Alimentação Saudável.....	15
2.2. Obesidade Infantil.....	18
2.3. Alimentação Saudável em Contexto Pré-Escolar	20
2.4. Saúde Escolar	22
2.5. Parceria de Cuidados.....	25
3. PROJETO INTERVENÇÃO	29
3.1. Diagnóstico Situação	29
3.2. Definição de Objetivos	31
3.3. Planeamento.....	32
3.4. Execução.....	33
3.4.1. Análise e Discussão dos Resultados Obtidos	37
3.5. Avaliação e Análise Reflexiva.....	42
4. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	44
4.1. Unidade de Neonatologia	44
4.2. Unidade de Cuidados na Comunidade – Saúde Escolar	54
4.2.1 Análise Reflexiva do Estágio 1	61
4.2.2 Análise Reflexiva do Estágio Final	63
4.3. Análise Reflexiva dos Momentos de Observação no Castelo	64
5. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	69
5.1. Análise Reflexiva das Competências Comuns	70
5.2. Análise Reflexiva das Competências Específicas do EEESIP	73
5.3. Análise Reflexiva das Competências de Mestre.....	76
6. CONCLUSÃO	78
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
APÊNDICES.....	91
APÊNDICE A - Cronograma.....	92
APÊNDICE B - Consentimento Informado	94
APÊNDICE C - Sessão Educação para a Saúde: <i>Roda dos Alimentos</i>	96
APÊNDICE D – Plano de Sessão Educação para a Saúde: <i>Visita ao Mercado</i>	98
	10

APÊNDICE E - Sessão Educação para a Saúde: <i>Visita ao Mercado</i>	100
APÊNDICE F - Atividade da Sessão de Educação para a Saúde: <i>Prova da Fruta</i>	103
APÊNDICE G - Dados Antropométricos.....	107
APÊNDICE H - Sessão Educação para Saúde dirigida aos Pais.....	109
APÊNDICE I – Plano de Sessão Educação para Saúde: <i>A Lancheira</i>	117
APÊNDICE J – Sessão de Educação para Saúde: <i>A Lancheira</i>	119
APÊNDICE K – Tabela para registo dos lanches	123
APÊNDICE L – Mapa Mensal dos Lanches	125
APÊNDICE M – Revisão Integrativa	127
ANEXOS	145
ANEXO I – Parecer Da Comissão de Ética da Universidade de Ética	146
ANEXO II – Declaração da UCC	148
ANEXO III – Pedido de Estágio de Observação	150
ANEXO IV – Certificado de Apresentação de Comunicação Livre	152

1. INTRODUÇÃO

O presente documento reflete o culminar de um percurso pessoal, académico e profissional: o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Com a descrição deste caminho pretende-se demonstrar a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e competências, transmitindo as conclusões do projeto inicialmente desenhado.

Nesta etapa de desenvolvimento profissional espera-se que o enfermeiro/estudante demonstre capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica e que as suas escolhas sejam fundamentadas na teorização e evidência científica.

O estágio centra-se na reflexão e na posterior melhoria e obtenção de ganhos em saúde (Falander & Shafranske, 2014). Assim, pretende-se que o enfermeiro seja capaz de descrever e refletir sobre as atividades e experiências desenvolvidas ao longo dos estágios caminhando para um agir profissional crítico.

O Projeto de Intervenção Profissional foi desenvolvido ao longo do Estágio Final do Mestrado em Enfermagem em Associação, no ramo de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob a linha de investigação *Segurança e Qualidade de Vida*. A temática selecionada foi a Alimentação Saudável e a promoção da mesma junto das crianças em idade pré-escolar. O período pré-escolar pode representar a melhor oportunidade de prevenção, já que é nesta fase que a criança aprende e adquire comportamentos e hábitos, que se forem promotores de estilos de vida saudáveis serão interiorizados e assim serão mais facilmente mantidos (Lourenço, 2015).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Diário da República, 2011b, p 8653). Foi com estes pressupostos que o estágio decorreu durante maior período de tempo na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), no âmbito da Saúde Escolar. A outra experiência decorreu na Unidade de Neonatologia num hospital na região do Alentejo.

Uma alimentação saudável na infância deve ser equilibrada quantitativa e qualitativamente, contribuindo para um bom estado de saúde e um bom desenvolvimento, prevenindo situações de doença no adulto. No nosso país a obesidade em crianças na idade pré-escolar ronda os 30%, o que constitui uma importante problemática (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Tendo em conta esta realidade torna-se relevante o papel do enfermeiro no âmbito da Saúde Escolar. A finalidade do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) “é contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens” (Direção Geral de Saúde, 2015, p. 4).

O PNSE evidencia como área de intervenção a Alimentação Saudável e Atividade Física, salientando a promoção de comportamentos alimentares saudáveis. De acordo com o PNSE, a promoção da saúde em meio escolar tem como ponto de partida as necessidades reais, desenvolve processos de ensino e aprendizagem que melhoram os resultados académicos e contribui para aumentar a literacia em saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade escolar (Direção Geral de Saúde, 2015).

Durante este período de tempo foi possível adquirir e desenvolver diferentes conhecimentos e competências e este documento tem como principal objetivo descrever reflexivamente as atividades desenvolvidas ao longo do estágio final. Este ensino clínico teve como finalidade a aquisição e desenvolvimento de variadas competências (clínicas e investigação) com vista a promover a prestação de cuidados à criança/jovem e família na maximização da sua saúde ao longo do seu ciclo de crescimento e desenvolvimento.

De acordo com o pretendido nesta etapa académica os objetivos deste documento são os seguintes:

- Evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica;
- Fundamentar as escolhas com base na teorização e na evidência científica;
- Descrever e avaliar o desenho e a implementação de projeto de intervenção;

- Apresentar um relatório para provas públicas.

A estrutura deste documento encontra-se organizada em 4 partes: inicialmente será exposto o enquadramento conceitual que sustentou todo este caminho no âmbito da Promoção da Alimentação Saudável; na segunda parte o projeto de intervenção desenhado; o terceiro capítulo pretende descrever os contextos da prática clínica e as atividades e aprendizagens desenvolvidas; em seguida será feita uma análise crítica às competências inerentes ao desempenho do EEESIP e competências de Mestre; e por último serão apresentadas as considerações finais decorrentes de todo este processo de evolução pessoal, profissional e académico.

O texto presente neste trabalho foi elaborado tendo em consideração as diretrizes do novo acordo ortográfico português e as referências bibliográficas seguiram as normas de referência da American Psychological Association (s.d.).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo pretende-se apresentar as temáticas que sustentaram todo o percurso sob a linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida. O grande tema trabalhado é a Alimentação Saudável e indissociavelmente a Prevenção da Obesidade Infantil, representando estes os pilares da pesquisa bibliográfica realizada.

A pesquisa efetuada assumiu três vetores: consolidar conhecimentos, orientar o caminho a percorrer durante os estágios realizados e a elaboração do presente relatório. Os principais conceitos estudados foram alimentação saudável; obesidade infantil; idade pré-escolar; saúde escolar.

2.1. Alimentação Saudável

Alimentação sempre foi uma das preocupações da humanidade, é um dos fatores ambientais que mais afeta a saúde. “É preciso “saber comer”, ou seja, saber escolher os alimentos de forma e em quantidade adequadas às necessidades diárias, ao longo das diferentes fases da vida” (Nunes & Breda, 2001, p.7). Comer satisfaz as necessidades básicas do organismo, mas representa igualmente aspetos sociais e culturais das populações.

Oferecer uma alimentação saudável é o que de melhor podemos dar às nossas crianças. Trata-se de um investimento no futuro, com ganhos garantidos na sua saúde enquanto adultos. Uma alimentação saudável deve ser completa, variada e equilibrada, proporcionando energia adequada e bem-estar físico ao longo do dia. Além disso, a sua prática está associada à prevenção de doenças crónicas (Direção Geral de Saúde, s.d.). Uma alimentação saudável apresenta diferentes benefícios, como assegurar a sobrevivência do ser humano, fornecer a energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo, ajudar à manutenção do nosso estado de saúde físico e mental, desempenhar um papel importante na prevenção de doenças e contribuir para o

adequado crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes (Candeias, Nunes, Morais, Cabral, & Da Silva, 2005; Direção Geral de Saúde, s.d.).

Os hábitos alimentares inadequados são responsáveis pelo número total de anos de vida saudáveis perdidos no nosso país. Este fator de risco poderá ser alterado através de uma estratégia sedimentada para a promoção da alimentação saudável (PNPAS, 2017). Cordeiro vai mais longe e sugere a criação e sedimentação de hábitos de vida saudáveis como uma atitude ética e socialmente correta. O mesmo autor atribui aos pais a responsabilidade de promover uma boa alimentação, já que os maus hábitos alimentares estão fixados na família e as crianças são influenciadas desde cedo numa alimentação errada, condicionando as suas escolhas e saúde (Cordeiro, 2015).

A vida fetal e os primeiros anos de vida são considerados etapas relevantes onde a nutrição e a alimentação imprimem o seu papel, seja relativamente à planificação da saúde a longo prazo, ou à aquisição de hábitos alimentares saudáveis. Doenças como a obesidade poderão sofrer alterações na sua evolução mundial, se forem assumidas mudanças estruturais na nutrição da grávida e nos hábitos alimentares do lactente e da criança até aos dois anos de vida (Goes et al., 2015; Lourenço, 2015; Neves, 2016).

A alimentação saudável durante a infância é essencial para permitir um desenvolvimento e crescimento normais, prevenindo diferentes problemas de saúde associados à alimentação, como é o caso da obesidade. Por estarem em período de crescimento, as crianças são dependentes de uma alimentação saudável e como tal são mais sensíveis às carências ou desadequações alimentares. Uma alimentação saudável necessita de alimentos seguros, seja em qualidade e higiene, e diversificados de forma a satisfazer as necessidades de todos os nutrientes essenciais. O crescimento infantil pode ficar comprometido se a alimentação da criança não for adequada em quantidade e qualidade (Nunes & Breda, 2001).

Interessa igualmente a perspetiva da alimentação enquanto direito humano fundamental e uma garantia da dignidade humana sendo um princípio fundamental para a promoção e proteção da saúde. O direito à alimentação adequada associado à garantia da segurança alimentar e nutricional funcionam como estratégia para assegurar a toda a população este direito, que deve estar assegurado para todos, o que significa que o acesso

a todos os alimentos deve estar disponível em quantidade suficiente, deve ser nutricional e culturalmente adequado e económica e fisicamente acessível, pelo que a disponibilidade, adequação e acessibilidade são os principais elementos para a realização deste direito (Queiroz, Mota, & Cardoso, 2015).

No ano de 2012, no âmbito dos programas prioritários da Direção Geral de Saúde surgiu o Programa Nacional de Promoção Alimentação Saudável (PNPAS) com a finalidade de melhorar o estado nutricional da população e nele constam cinco objetivos gerais:

Aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências;
Modificar a disponibilidade de certos alimentos, nomeadamente em ambiente escolar, laboral e em espaços públicos;
Informar e capacitar para a compra, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis, em especial nos grupos mais desfavorecidos;
Identificar e promover ações transversais que incentivem o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional de forma articulada e integrada com outros setores, nomeadamente da agricultura, desporto, ambiente, educação, segurança social e autarquias;
Melhorar a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar
(Direção Geral de Saúde, 2012b, p. 4).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) menciona a alimentação como um dos cuidados antecipatórios na idade pré-escolar. Neste ponto, o enfermeiro deve abordar a importância de restringir os alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras e reforçar a necessidade das refeições como o pequeno-almoço e o lanche a meio da manhã (Direção Geral de Saúde, 2012c). A Dieta Mediterrânica preconiza uma alimentação saudável e foi destacada como Património Cultural Imaterial da Humanidade em Portugal. Com ela pretende-se promover um estilo de vida saudável e ambientalmente sustentável. Trata-se de uma dieta caracterizada pelo consumo abundante de vegetais frescos, produtos regionais e sazonais, o azeite como fonte de gordura e consumo moderado de laticínios, carnes vermelhas, pescado e vinho, preferindo a água como bebida central ao longo do dia. É uma dieta que representa diversos benefícios para a saúde assim como qualidade de vida (Graça et al., 2014).

Como verificamos anteriormente, são várias as vantagens e benefícios de uma alimentação saudável, nomeadamente o adequado desenvolvimento e crescimento infantis e a prevenção de doenças, como é o caso da obesidade infantil. No item seguinte abordaremos esta doença, que atinge crianças de todas as idades e é considerada um problema grave de saúde pública.

2.2. Obesidade Infantil

Uma criança com alimentação saudável irá ter ganhos em saúde, enquanto que uma criança com excesso de peso ou obesidade terá problemas de saúde e produzirá despesas financeiras para o país. Os números da obesidade infantil têm aumentado nos últimos anos, constituindo-se esta como um problema de saúde pública, ou mesmo como a epidemia do século XXI (Baptista, 2006; Carvalho et al., 2013; Santos & Moreira, 2017; Vaz, Silva, Rego, & Viana, 2010).

O Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil que decorreu em Portugal durante o ano de 2012 e envolveu crianças com idade entre os 12 e 36 meses encontrou uma prevalência de 38% de excesso de peso (inclui obesidade) e 6,5% de obesidade (Rego, Pinto, Nazareth, Lopes, & Graça, 2013). Os números anteriores confirmam a necessidade de uma intervenção cada vez mais precoce, já que a obesidade infantil tem aumentado em grupos etários cada vez mais jovens (Duarte, 2011; Lourenço & Carmo, 2014).

O estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) cumpriu a sua quarta ronda no final de 2017 com a publicação dos dados relativos ao estado nutricional de crianças em idade escolar durante os anos de 2015/2016. Os últimos dados revelam que 30,7 % das crianças portuguesas têm excesso de peso e 11,7% obesidade, reduzindo os valores relativamente a 2008 (Rito, Sousa, Mendes, & Graça, 2017). O percurso é positivo, no entanto, e de acordo com PNPAS pretende-se que em 2020 seja possível impedir o aumento de crianças e jovens com peso a mais (PNPAS, 2017).

Verificamos que as consequências diretas da obesidade na saúde da criança não estão visivelmente definidas, mas há uma relação entre a doença e o risco para doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, patologias ortopédicas, doenças oncológicas e problemas psicossociais como discriminação, isolamento e baixa autoestima. Há ainda a referir a associação com a diminuição do sucesso escolar (Rito & Graça, 2015). A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para o potencial que o caráter epidémico da obesidade tem sobre o impedimento do desenvolvimento da saúde de uma criança, na sua plenitude (World Health Organization, 2016). Excesso de peso e obesidade infantil estão associados à redução da qualidade de vida, maior risco de bullying e isolamento social, tendo impacto negativo na saúde mental das crianças afetadas (Goes et al., 2015).

Crianças com excesso de peso e obesas são mais suscetíveis de serem adultos obesos e mais propensos a desenvolverem doenças não transmissíveis como a diabetes mellitus, doenças cardiovasculares numa idade mais jovem e cáries dentárias. Excesso de peso e obesidade, bem como as doenças relacionadas com esta morbilidade são, em grande parte, evitáveis, logo, a prevenção da obesidade infantil requer uma prioridade importante (Direção Geral de Saúde, 2016a; World Health Organization, 2017). Tal como referem Camarinha, Ribeiro e Graça (2015) um indivíduo com obesidade mórbida vê a sua esperança média de vida reduzida em 8 a 10 anos e uma pessoa com obesidade apresenta custos para a saúde 30% superiores aos das que têm peso normal.

Tudo isto está relacionado com as alterações socioeconómicas que fomos atravessando ao longo dos anos e assistimos a mudanças alimentares e diminuição da atividade física, que contribuem fortemente para o aumento da prevalência da obesidade infantil e as suas nefastas consequências na vida futura das crianças e jovens. Cordeiro (2015) afirma que os grandes problemas de saúde no nosso país são originados em hábitos e estilos de vida inadequados e a mudança de atitudes e de comportamentos serão fundamentais para a sua correção ou prevenção. Emerge a necessidade de implementação de hábitos de vida saudáveis junto das crianças e jovens para que percebam ser este um caminho correto.

A estratégia para combater este grande problema de saúde pública terá que ser multissetorial e envolver ações globais, conjuntas e estruturadas, de forma a envolver todos os intervenientes interessados e ser possível mudar o rumo desta epidemia (Rito &

Graça, 2015). Da mesma opinião partilha um estudo do mesmo ano, onde os autores referem que tratando-se de doenças crónicas não transmissíveis, a obesidade deve ter a sua atenção dirigida para a sua prevenção e que esta terá melhores resultados quanto mais cedo for implementada, com esforços do setor da saúde juntamente com outros setores e recorrendo a qualificações e atores diferentes dos atuais (Camarinha et al., 2015). A autora de um estudo realizado no Alentejo defende igualmente mudanças, seja no comportamento individual e até mesmo sociais para que seja possível prevenir riscos a nível pessoal e na comunidade (Chora, 2013).

Tendo em conta que a maioria das crianças com idade entre os 3 e os 5 anos passa grande parte do dia no ambiente escolar, faz sentido mencionar a alimentação saudável nesse contexto.

2.3. Alimentação Saudável em Contexto Pré-Escolar

A alimentação e nutrição na infância são essenciais para um crescimento e desenvolvimento saudáveis, determinando o estado de saúde atual e futuro. Uma criança deve fazer uma alimentação saudável, equilibrada, variada e completa, que seja capaz de suprir as suas necessidades nutricionais (Nazareth, Rego, Lopes, & Pinto, 2016).

Ao longo da infância, a criança passa por diferentes fases relativamente ao comportamento alimentar e a abordagem deve corresponder à fase em que ela se encontra. Na fase pré-escolar assiste-se a um aumento da variedade de alimentos consumidos e a criança escolhe os alimentos de acordo com o paladar, evitando os que não gosta. A influência da família é notória, pelo que deve proporcionar uma dieta adequada, que forneça o bom desenvolvimento e crescimento da criança em idade pré-escolar. Não deverão existir restrições, mas sim uma disponibilidade e estímulo para a ingestão de alimentos saudáveis (Carvalho et al., 2013).

Verificamos que cada vez mais crianças passam grande parte do seu dia na escola, sendo o jardim de infância o local privilegiado para a promoção de comportamentos que conduzam a uma alimentação mais saudável (Direção Geral de Saúde, s.d.; Direção Geral

de Saúde, 2015; Santos & Moreira, 2017; Vaz et al., 2010). Chora também concorda com a importância da escola quando afirma que a “maioria das crianças passa o dia fora do seu contexto familiar, fazendo apenas uma refeição em casa, pelo que os seus contextos de aprendizagem passaram para fora da família, nomeadamente para a escola” (Chora, 2013, p. 35).

O PNSE reitera que o contexto escolar é promissor para a melhoria da literacia em educação alimentar e estilos de vida saudáveis, sendo a escola um local estratégico já que integra no processo educativo a informação sobre alimentação saudável e simultaneamente fomenta uma oferta alimentar equilibrada, seja nos bufetes ou nos refeitórios (Direção Geral de Saúde, 2015).

A maioria dos esforços realizados na prevenção da obesidade recaem sobre a idade escolar, ficando o período pré-escolar um pouco aquém dos projetos e esforços desenvolvidos para contrariar essa problemática (Duarte, 2011; Lourenço, 2015). O período pré-escolar está identificado como segundo melhor momento para iniciar a prevenção da obesidade infantil, sendo o primeiro quando a mulher pensa em engravidar (Lourenço, 2015).

As intervenções realizadas no sentido da prevenção da obesidade devem iniciar-se na criança em idade pré-escolar, já que a prevalência está aumentada nas crianças com idade superior aos 4 anos. Desta forma, a atenção deve focar-se nos mais novos para que seja possível agir de forma eficaz, ou seja, precocemente, antes do problema estar instalado (Camarinha et al., 2015; Lourenço, 2015).

Pensamos ser apropriado dirigir projetos de promoção de saúde a esta faixa etária já que a fase dos 3 aos 5 anos é um período fulcral de aprendizagem, tornando-se mais fácil interiorizar comportamentos e estilos de vida saudáveis, promotores da sua saúde e de prevenção da doença, sendo mais fácil manter esses hábitos saudáveis no futuro, enquanto adulto. Os primeiros cinco anos de vida são um período rápido de crescimento físico e social, onde se adquirem hábitos alimentares que irão definir os padrões de consumo futuros (Vaz et al., 2010).

A infância é um período propício para a ação, primeiro porque é fundamental que as crianças cresçam saudáveis e se mantenham saudáveis ao longo da vida e, segundo porque é quando a promoção da saúde tem mais hipóteses de ser bem sucedida. Saúde na infância adquire papel de alicerce para a restante vida com saúde (World Health Organization, 2005).

Há autores que corroboram a ideia de que os jardins de infância têm a capacidade de lançar as bases para a adoção de uma alimentação mais saudável, já que os hábitos adquiridos durante a infância irão manter-se na vida adulta e que as escolhas alimentares nas crianças desta idade assumem uma grande importância (Santos & Moreira, 2017). É nesta fase que a criança pode adquirir conhecimentos diversificados sobre alguns conteúdos relacionados com alimentação, de acordo com o que ouve em casa, na escola ou na comunicação social (Lourenço, 2015).

Ao referirmos o âmbito pré-escolar, torna-se inevitável enunciar, de seguida o PNSE e todo o investimento e interesse dos profissionais de saúde e de educação para que este seja um sucesso na promoção da saúde de toda a comunidade escolar.

2.4. Saúde Escolar

De acordo com Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, este profissional trabalha com a criança e a família em qualquer contexto onde ela se encontre, nomeadamente a escola, promovendo o mais elevado estado de saúde possível (Diário da República, 2011b).

O PNSE atualizado em 2015, preconiza que todas as crianças e jovens têm direito à saúde e educação e devem frequentar uma escola que seja promotora da saúde e bem-estar. Importa evidenciar dois dos objetivos propostos, indo de encontro aos restantes conteúdos do presente relatório:

“Promover estilo de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa; (...) Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade

educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as” (Direcção Geral de Saúde, 2015, p. 4).

Consideramos a obesidade infantil um dos grandes desafios da atualidade, e se a intervenção da saúde escolar já passou pela prevenção e controlo das doenças transmissíveis, atualmente o foco dirige-se para uma intervenção sobre os determinantes de saúde com maior peso nas doenças crónicas não transmissíveis.

A Saúde Escolar, sem receio de perder a sua identidade, deve estar preparada para os grandes desafios da contemporaneidade, que exigem uma visão alargada de uma realidade social e económica complexa e mutante, a par de continuar a ajudar as gerações de jovens a atingir a plenitude do seu potencial de saúde (Direcção Geral de Saúde, 2015, p. 10).

Desde 1984 que Portugal integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde, cooperando para atingir as metas e os objetivos das políticas da OMS para a saúde e o bem-estar, *Health 2020* e *Europa 2020*. Este programa declara que promover melhor informação e mais saúde implica ter conhecimento das causas de morte ou doença e os respetivos fatores de risco, para reduzir os riscos evitáveis aos quais as crianças são expostas (Direcção Geral de Saúde, 2015).

O PNSE está estruturado em seis Eixos Estratégicos e respetivas áreas de intervenção. Relativamente à prevenção da obesidade infantil importa salientar o eixo estratégico *Capacitação* e a área de intervenção *Alimentação saudável e atividade física*. A população alvo a quem se destina este programa é toda a comunidade educativa, ou seja, crianças, alunos/as, pessoal docente e não docente, pais e mães ou encarregados de educação. O PNSE abrange a sua atividade desde o Jardim de Infância, passando pelo Ensino Básico até ao Ensino Secundário.

“A Saúde Escolar, ao trabalhar com a família e com a Escola, apoia a promoção de comportamentos alimentares saudáveis e intervém na alteração do padrão de doença (obesidade, excesso de peso e magreza), disponibilizando respostas adequadas e atempadas” (Direcção Geral de Saúde, 2015, p. 27).

Importa salientar que nunca é demais reunir esforços em prol da promoção da saúde e no que respeita ao pré-escolar, 78% das crianças inscritas foram alvo da ação do PNSE

no ano letivo 2014/2015. Os dados do relatório técnico referente ao mesmo período confirma os dados de que o primeiro ciclo, ou seja, crianças em idade escolar são as que são alvo de maior intervenção do PNSE (Direção Geral de Saúde, 2016b).

As conclusões do último relatório do PNSE evidenciam que o investimento em promoção da saúde nas escolas deve ser baseado na evidência científica e atualmente a atenção centra-se na promoção das competências socioemocionais. O sucesso dos projetos deve assentar nas competências socioemocionais e deve abranger o ciclo vital da criança com início no pré-escolar para assistirmos a uma diminuição de comportamentos de risco e a um desenvolvimento de recursos pessoais positivos que irão potenciar o sucesso escolar e também ao longo da vida (Direção Geral de Saúde, 2016b).

Houve uma grande aposta no aumento da literacia para a saúde no sentido de capacitar as crianças e alunos, e é dessa forma que poderão estar motivados para tomarem decisões fundamentadas no sentido na promoção e manutenção da saúde (Direção Geral de Saúde, 2016b).

Resumidamente há a realçar o investimento, custos e resultados que a promoção de saúde pode alcançar: uma das conclusões do referido relatório baseado em evidências científicas certifica que 1 € de investimento tem 80 € de retorno quando nos referimos à promoção de competências socioemocionais no contexto escolar (Direção Geral de Saúde, 2016b). Para este investimento ser eficaz e ter resultados positivos é necessário envolver todos os intervenientes: enfermeiros, família, escola, autarquias. É neste ponto que convém evidenciar a parceria de cuidados e relacioná-la com um dos modelos teóricos de enfermagem.

2.5. Parceria de Cuidados

Existem várias teorias e modelos conceituais a constituir e suportar todo um corpo de conhecimentos de Enfermagem. Estes fornecem diferentes perspetivas da enfermagem, de acordo com as características do modelo e são essenciais à prestação de cuidados como orientadores e criadores de um quadro de referência para os enfermeiros.

Levando em consideração a área de especialização estudada definimos como âncora o modelo da parceria de cuidados de Anne Casey. A filosofia deste modelo vai de encontro ao que está definido no regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem, onde reitera que o enfermeiro especialista desta área “utiliza um modelo conceitual centrado na criança e na família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” e “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa (Diário da República, 2011b).

Anne Casey é uma enfermeira inglesa que desenvolveu o seu modelo de enfermagem baseado no reconhecimento e respeito pelas capacidades de uma família no cuidado ao seu filho. A criança pode necessitar de ajuda para as suas necessidades de crescimento e desenvolvimento (Casey, 1995).

Cuidados familiares podem ser prestados pelo enfermeiro quando a família está ausente e cuidados de enfermagem poderão ser prestados pela família com o apoio e ensinamentos por parte do enfermeiro. Este modelo tem por base valores e crenças nos quais se incluem o reconhecimento que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança. Para que funcione torna-se necessária uma relação aprofundada entre enfermeiro e família, através da qual ocorre partilha de competências (Casey & Mobbs, 1988). É essencialmente neste ponto que encontramos semelhanças com o que pretendemos desenvolver junto das crianças em idade pré-escolar ao promover a alimentação saudável.

Apesar do modelo teórico dirigir a sua atenção para os cuidados à criança hospitalizada, a parceria de cuidados é igualmente fundamental na implementação de intervenções que se pretendem efetivar quando se aborda a criança com excesso de peso ou obesidade. O foco central continua a ser a criança, e a parceria de cuidados mantém a sua importância pelo facto de serem necessários esforços conjuntos, assim como a

partilha de competências para a promoção da saúde e prevenção da doença da criança. Além da parceria entre os profissionais de saúde e as crianças e suas famílias, é fundamental neste contexto, incluir o meio escolar onde a criança está inserida e também, não menos importante as autarquias, locais privilegiados com autonomia e poder executivo para atuar sobre os diversos determinantes da obesidade de acordo com as especificidades locais (World Health Organization, 2013). Relativamente à promoção da alimentação saudável na criança em contexto pré-escolar, a diferença é que a parceria estabelecida não decorrerá no ambiente hospitalar, mas sim no ambiente escolar e não será apenas entre enfermeiro e família, mas deverão ser incluídos os restantes atores, como a escola e autarquias.

De acordo com Casey (2008) um dos objetivos da parceria de cuidados é identificar as necessidades e desejos da criança e da família, sabendo que se podem alterar a qualquer momento da relação estabelecida.

A parceria com a família nesta faixa etária é crucial, pois é a família a principal prestadora dos cuidados à criança. Na idade pré-escolar existe uma dependência muito grande das crianças dos seus progenitores, sendo que estes possuem a responsabilidade pelas oportunidades, contingências e educação que proporcionam às suas crianças. É importante ajudar os pais a perceber as consequências, tanto a curto como a médio e longo prazo que as suas atitudes educacionais podem desencadear. Paralelamente, torna-se necessário empoderar os pais de ferramentas e estímulos que lhes ajudem a sentir-se motivados e realizados na árdua tarefa da educação alimentar das suas crianças (Lourenço, 2015). Na mesma linha de pensamento, Cordeiro (2015) afirma que é aos pais que cabe a promoção de uma boa alimentação e que os hábitos alimentares são adquiridos nos primeiros anos de vida.

Em intervenções junto dos pais devemos pensar em estratégias que permitam aumentar o nível de literacia em saúde e consequentemente o nível de saúde também. Um estudo português acerca de literacia em saúde, refere que 61% dos inquiridos apresenta um nível problemático ou inadequado de literacia geral em saúde (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016).

Lourenço (2015) refere que o investimento em educação para a saúde será uma boa estratégia para que tal aconteça e melhores níveis de saúde serão com certeza um contributo positivo para o desenvolvimento da sociedade. Constatamos que a saúde escolar também fornece contributos para aumentar o nível de literacia para a saúde, envolvendo toda a comunidade educativa e usando o trabalho projeto. A literacia para a saúde não é mais do que um conjunto de competências que permitem os indivíduos alcançar, compreender e usar a informação em benefício da promoção da sua saúde (Direcção Geral de Saúde, 2015).

Em Portugal, a promoção da literacia em saúde dos cidadãos tem sido identificada como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e uma literacia inadequada está intimamente ligada a um baixo conhecimento e pode estar relacionada com maior probabilidade de hospitalização, elevada prevalência e severidade de doenças crónicas, piores condições de saúde e baixa utilização de serviços de prevenção e rastreio da doença. Em diferentes estudos um baixo nível de literacia em saúde tem vindo a ser identificado como factor de risco para várias doenças, nomeadamente a obesidade, enquanto que níveis adequados de literacia poderão ter melhoria na condição de saúde das pessoas (Pedro et al., 2016).

Capacitação e *empowerment* são executáveis se numa relação de parceria, os pais/família forem pessoas capazes de se tornar competentes através da partilha de conhecimentos, de habilidades e de recursos (Lourenço, 2015).

São os pais os principais atores na vida da criança e dessa forma devem assumir a responsabilidade de educar os filhos, para que estes sejam adultos saudáveis, autónomos e igualmente responsáveis. As crianças necessitam de cuidados e proteção que lhes deve ser facultada pela família. Mais uma vez fica claro o papel da família enquanto base de transmissão de valores, afetos, competências e comportamentos. Sendo a família parte integrante do alvo da atenção do enfermeiro, é função deste profissional ajudar os pais a desempenhar o seu papel enquanto tal. Torna-se igualmente importante evidenciar e fazer reforço positivo dos esforços feitos pelos pais na saúde dos filhos enquanto um investimento no futuro dos mesmos (Lourenço, 2015).

Os pais/família são respeitados e têm o direito a decidir o que é importante para a sua família. O papel do enfermeiro é então o de apoiar, reforçar a capacidade da família, encorajar e promover o seu desenvolvimento para que desta forma os pais consigam fazer escolhas informadas e atuar no melhor interesse da criança (Lourenço, 2015, p. 48).

A EEESIP assume um papel importante na promoção da alimentação saudável em meio escolar, contribuindo para a capacitação das crianças e jovens para a tomada de decisão nas suas escolhas alimentares, e no envolvimento e trabalho em parceria com os pais, para que estes possam ser modelos promotores de estilos de vida saudáveis para a criança (Lourenço, 2015; Melo & Alves, 2013).

O mesmo é proposto pela Ordem dos Enfermeiros quando defende uma relação terapêutica caracterizada pela parceria estabelecida com o cliente, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel, para este ser ativo no seu projeto de saúde. Quando pretendemos a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida saudáveis e consequentemente a promoção da saúde, as intervenções de enfermagem são mais eficazes se toda a família for envolvida (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

3. PROJETO INTERVENÇÃO

A metodologia de projeto pretende resolver problemas e conseqüentemente adquirir capacidades e competências pessoais inerentes à sua elaboração e concretização. Acaba por ser uma ligação entre a teoria e a prática, ou seja, existe uma sustentação teórica que vai arquitetar a sua aplicação na prática (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

A Metodologia de Projeto baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia, através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência (Ferrito et al., 2010, p. 2).

Um projeto não é mais do que um plano de trabalho organizado para resolver um problema que preocupa os seus autores e neste caso, com o seu desenvolvimento pretendemos contribuir para a diminuição dos problemas identificados e fomentar ganhos em saúde relativamente aos hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar.

De acordo com as mesmas autoras, a metodologia projeto é constituída por 5 fases: diagnóstico da situação; planificação das atividades, meios e estratégias; execução do planeamento; avaliação e divulgação dos resultados (Ferrito et al., 2010).

O presente projeto foi desenvolvido durante o Estágio Final, no âmbito da Saúde Escolar entre 30 de outubro de 2017 e 22 de dezembro de 2017 num Jardim de Infância em Beja.

3.1. Diagnóstico Situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia projeto e caracteriza-se essencialmente pelo reconhecimento de um problema, sendo o ponto de partida para a restante acção.

Tavares citado por Ferrito et al (2010) afirma que o diagnóstico deve corresponder às necessidades de saúde das populações de forma a que a sua execução tenha em vista

resolver ou minimizar os problemas identificados e também otimizar ou aumentar a eficácia dos serviços prestados às populações.

É com base nestes propósitos que definimos a temática deste documento e iremos expor os dados recolhidos e os problemas identificados, salientando a pertinência do presente projeto.

Um dos instrumentos de diagnóstico de situação é a observação do contexto e das pessoas, que pode ocorrer naturalmente e concretizar-se através do registo de acontecimentos (Ferrito et al., 2010). Este instrumento foi útil durante o percurso académico e no âmbito da unidade curricular Obesidade Infantil, onde detetamos uma forte razão para a intervenção dos profissionais de saúde, neste caso dos EEESIP na área da promoção da alimentação saudável.

As crianças passam grande parte do dia em estabelecimentos escolares e a maioria delas faz as suas refeições na escola, sendo importante a qualidade dos alimentos ingeridos. No contacto que tivemos com uma das turmas do pré-escolar verificamos que os lanches eram constituídos por alimentos pouco ou nada saudáveis, sendo este o ponto de partida da nossa intervenção e a definição do problema.

Com os resultados obtidos e mediante um raciocínio indutivo, concluímos que as crianças observadas podem refletir um universo ainda maior no que diz respeito ao consumo de lanches não saudáveis, um fator predisponente para o excesso de peso e obesidade infantil. Perante a constatação de lanches constituídos por alimentos desadequados em crianças na idade pré-escolar pensamos ser oportuno a execução de um projeto que contribuísse para a promoção da saúde através de hábitos alimentares saudáveis como é exemplo o consumo de alimentos saudáveis ao lanche. Os conhecimentos sobre a prevalência da obesidade da criança em idade pré-escolar no nosso país são reduzidos e por essa razão consideramos importante caracterizar a população e também alguns dos seus hábitos.

A definição do problema encontrado vai de encontro ao referido por Ferrito et al quando refere que este deve ser descrito com factos verificáveis e é suportado em fatos recolhidos no contexto (Ferrito et al., 2010).

Os estágios foram realizados num Centro de Saúde do Baixo Alentejo, no âmbito da Saúde Escolar, e como tal optamos por direcionar a intervenção para o Centro Escolar geograficamente mais próximo.

O Centro Escolar selecionado constitui um dos estabelecimentos escolares do Agrupamento de Escolas duma cidade Alentejana que atualmente acolhe 4 salas do ensino pré-escolar e 17 salas regulares de 1º ciclo («Agrupamento de Escolas [REDACTED]», s.d.).

Estas 4 salas têm a capacidade máxima de 25 crianças cada, o que perfaz um total de cerca de 100 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos de idade. Decidimos intervir com uma das turmas, porque não seria eficaz nem pedagógico executar atividades em simultâneo para 100 crianças, e durante 8 semanas, não seria possível replicar todas as intervenções pelas quatro turmas.

3.2. Definição de Objetivos

Os objetivos permitem traçar o caminho que pretendemos alcançar e acabam por antecipar as ações a planear.

Mesmo que os objetivos não estejam totalmente explícitos desde o início, são essenciais para orientar a planificação (Barbier in Ferrito et al, 2010).

Tendo em conta a população pré-escolar definimos como objetivo geral deste projeto:

- Promover alimentação saudável nas crianças que frequentam o Jardim de Infância do Centro Escolar duma cidade do Baixo Alentejo.

De seguida e de forma a complementar o objetivo geral, definimos os seguintes objetivos específicos para a mesma população:

- Caracterizar qualitativamente o lanche das crianças em três momentos distintos;

- Desenvolver estratégias para melhorar a composição dos lanches;
- Capacitar mais de 50% dos pais e encarregados de educação na elaboração de lanches saudáveis.

3.3. Planeamento

É a fase que consiste em delinear um plano detalhado sobre a execução do projeto e contempla o cronograma, os diferentes recursos necessários, as atividades a desenvolver e os riscos que poderão surgir (Ferrito et al., 2010). As atividades pretendem caminhar para atingir os objetivos definidos anteriormente e desta forma elaboramos o cronograma (Apêndice A) onde estão identificadas as diferentes atividades que irão contribuir para a sua concretização.

Relativamente à previsão de recursos, contamos com recursos humanos, materiais e financeiros que permitissem assegurar todas as atividades planeadas.

Quanto aos recursos humanos estes dizem respeito aos elementos necessários à implementação das atividades e fomos nós e a Enfermeira responsável pela Saúde Escolar; nutricionista; educadora de infância e auxiliar de ação educativa. Todos os elementos deverão estar em sintonia e deverá existir um respeito mútuo entre todos (Ferrito et al., 2010).

No que concerne aos recursos materiais, estes contemplam todo o material e equipamento necessário para a realização das diferentes atividades, nomeadamente computador, impressora, internet, projetor, folhas de papel A4 e A3, balança, fita métrica, canetas, cartolinas, lápis e canetas de colorir, géneros alimentares, jogos lúdicos, papel autocolante, telemóvel, guardanapos, lancheiras e viatura automóvel da UCC.

Relativamente aos recursos financeiros e económicos tivemos custos reduzidos pelo facto dos recursos humanos usarem tempo do seu horário laboral para a execução das atividades e os recursos materiais existirem na UCC e na sala de aula das crianças.

Para a implementação do projeto, solicitamos parecer à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde e do Bem-Estar da Universidade de Évora ao qual obtivemos resposta favorável (Anexo I).

3.4. Execução

A presente etapa corresponde a materializar a realização do projeto, ou seja, colocar em prática o previamente planeado. Nesta fase são esperados diversos resultados, seja na aprendizagem, na resolução de problemas e no desenvolvimento de competências (Ferrito et al., 2010).

Conforme planeado, iniciamos este projeto com o diagnóstico de situação e a definição do problema e após pesquisa sobre o tema da alimentação saudável, elaboramos o enquadramento concetual, que serviu de sustentação e orientação para o desenvolvimento do projeto. Em seguida, reunimos com a equipa de saúde escolar e a educadora coordenadora do Jardim de Infância onde apresentamos o projeto e o que pretendíamos obter com o mesmo. Depois de aceite a nossa intervenção (Anexo II), e ainda durante a primeira semana do estágio, elaboramos o cronograma de acordo com a duração do estágio e programamos as atividades a realizar.

Há que referir que o planeamento e o cronograma sofreram algumas alterações, nomeadamente atividades que não estavam inicialmente previstas e que foram realizadas posteriormente como a avaliação dos dados antropométricos e elaboração e entrega do consentimento de informado aos pais e encarregados de educação (Apêndice B).

Uma das dificuldades sentidas prendeu-se com o agendamento das atividades, já que havia diferentes horários e disponibilidades a coordenar para se encontrar data e hora compatível a todos os intervenientes no projeto. Este foi um dos motivos que originou algumas das alterações no cronograma inicial.

No decorrer da segunda semana de estágio fizemos uma sessão de apresentação às crianças, onde transmitimos informações sobre a equipa da saúde escolar e o trabalho que

pretendíamos desenvolver com eles. As atividades executadas, foram sobretudo sessões de educação para a saúde. De acordo com o Referencial de Educação para a Saúde é importante promover a saúde e melhorar o nível de literacia para a saúde e a escola é o local onde as crianças, individualmente ou em grupo aprendem a gerir a saúde e a agir sobre os fatores que a influenciam. O setor da saúde, juntamente com as autarquias e outros são estimulados a colaborar na participação dos jovens nos projetos de Promoção e Educação para a Saúde. “Assim, a escola aparece mais uma vez como um local essencial para o desenvolvimento de competências alimentares, tanto ao nível de conhecimentos, como de atitudes e comportamentos” (Carvalho et al., 2017, p. 30).

No dia 13 de novembro 2017 realizamos a sessão de educação para a saúde sobre a Roda dos Alimentos (Apêndice C). A roda dos alimentos é um guia alimentar que tem como objetivo valorizar o padrão mediterrânico. A sua forma circular pretende transmitir o prato e o convívio das pessoas à mesa (PNPAS, s.d.).

As principais mensagens passadas às crianças foi que a roda tem 7 grupos de alimentos e que é importante comer alimentos de todos os grupos e que a água também é muito importante, por isso está no centro. De forma simples e perceptível indicamos que os alimentos saudáveis são os que estão na roda e tudo o que comerem que não esteja na roda não é alimento saudável.

Depois de conhecerem a roda realizamos um jogo do semáforo alimentar, em que eram projetadas imagens de diferentes alimentos e as crianças faziam corresponder um círculo de cartolina com a respetiva cor do semáforo, verde, amarelo e vermelho.

Visitamos o Mercado Municipal, onde as crianças puderam observar as cores, os cheiros, o toque dos diferentes produtos frescos. As reações foram interessantes e positivas. Muitas das crianças reconheceram e identificaram produtos hortícolas e frutos menos comuns. No fim da visita ao mercado, e dada a proximidade física com o Jardim Público da Cidade, as crianças aproveitaram o bom tempo e estiveram a brincar, correr e saltar no parque infantil (Apêndice D e E). As visitas a mercados são importantes pelo apelo que é feito aos 5 sentidos e as crianças são incitadas a fazer, experimentar e a ter contacto direto com os produtos. A participação das crianças nestas atividades são um

brilhante contributo para o desenvolvimento de competências do domínio cognitivo, físico, social e linguístico (Lourenço, 2015).

Também fizemos a sessão de educação para a saúde sobre a prova da fruta. As crianças degustaram diferentes frutas da época e posteriormente preencheram um quadro com as diferentes características de cada uma das frutas (Apêndice F). As duas atividades estão relacionadas e permitiram identificar grande variedade de produtos frescos, assim como conhecer a história de alguns alimentos, como foi exemplo a fruta, os vegetais, a carne e o peixe.

Cada alimento tem uma história, desde que “nasce” até ser adquirido, preparado e consumido. Reconhecer essa história, conhecendo a sua origem, o local de proveniência, o período ou época do ano em que deve ser “recolhido”, é fundamental para otimizar as suas características nutricionais, bem como para minimizar o impacto das nossas escolhas alimentares na Natureza (Carvalho et al., 2017, p. 42).

Após as referidas atividades e no dia em que estavam presentes as 25 crianças foram avaliados os dados antropométricos, ou seja, peso e altura. Conforme as orientações do Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil, a avaliação decorreu no período da manhã, realizada por dois examinadores e foram usados os mesmos instrumentos para todas as crianças, uma balança digital e estadiómetro (Rito, Breda, & Carmo, 2010).

A antropometria é um método universal, barato e não invasivo para acesso ao peso, formato e composição do corpo humano. As informações fornecidas traduzem a saúde relativamente a nutrição, fatores de risco e sobrevivência. As medidas mais usadas para prever a gordura são os adipómetros, circunferências e peso e altura (Rito et al., 2010; Rolland-Cachera, Akrou, & Péneau, 2015).

Peso e altura são medidas altamente disponíveis e facilmente aceitáveis pelo sujeito e são mais reproduzíveis do que as dobras cutâneas. Nas crianças, o uso do peso por idade é recomendado pela OMS para avaliar o status nutricional. O Índice Massa Corporal (IMC) está associado aos índices de morbilidade e mortalidade em adultos, e nas crianças há estudos que demonstram associações entre o IMC e aumento da pressão arterial, diabetes tipo II e lesões de arteroesclose (Rolland-Cachera et al., 2015).

Não nos pareceu relevante o uso de outros instrumentos para obtenção de outros resultados para avaliação do estado nutricional destas crianças, no entanto, estão registados os valores do peso e da altura, o IMC de acordo com os critérios da OMS e o percentil correspondente a cada indivíduo avaliado (Apêndice G).

A OMS faz distinção entre obesidade e excesso de peso, usando como referência os Padrões de Crescimento Infantil. Obesidade é quando, referente ao IMC existem mais de 3 Desvio Padrão (DP) relativamente ao padrão médio de crescimento infantil, em crianças até aos 5 anos e mais de 2 DP em crianças dos 5 aos 19 anos. Excesso de peso é considerado quando se verifica mais de 2 DP relativamente ao padrão médio de crescimento infantil em crianças até aos 5 anos e mais de 1 DP em crianças dos 5 aos 19 anos (De Onis, 2015; World Health Organization, 2016).

O Boletim de Saúde Infantil e Juvenil utiliza as curvas da OMS e tem como unidade de referência os percentis, no entanto faz alusão aos limites correspondentes para excesso de peso e obesidade da OMS (Ministério da Saúde, 2017).

As referências antropométricas desempenham um papel importante na identificação de crianças com sobrepeso ou obesas ou então correndo o risco de se tornarem. De Onis (2015) afirma que as curvas de crescimento são uma ferramenta essencial e crucial já que a avaliação exata das trajetórias de crescimento e as intervenções necessárias para melhorar a saúde da criança baseiam-se nas mesmas.

As curvas de crescimento da OMS existem para avaliação das crianças em duas etapas distintas do desenvolvimento. Existem as curvas de crescimento dos 0 aos 60 meses (5 anos) e outras adequadas para o período escolar e adolescência, ou seja, dos 5 aos 19 anos. Elaboramos as curvas de crescimento de cada uma das crianças, que foram construídas usando a ferramenta *WHO Anthro*. No final do projeto foram facultados à enfermeira responsável pela saúde escolar e à nutricionista, os dados referentes às crianças identificadas com excesso de peso e obesidade para posterior convocatória e devido acompanhamento.

No dia 27 novembro 2017 foi realizada a sessão de educação para a saúde dirigida aos pais (Apêndice H), para a qual foi entregue previamente uma convocatória.

Planeamos e preparamos a sessão com a colaboração da nutricionista da UCC e esperamos adesão dos pais que não se efetivou. Estiveram presentes 3 mães e a sessão terminou antecipadamente por interrupção da educadora com o argumento de realizar atividades de preparação da festa de natal das crianças. Apesar da sessão ter sido realizada em horário pós-laboral e no período sugerido pela educadora, não cumprimos o objetivo proposto e desta forma, iremos enviar os dados obtidos, em suporte papel a cada um dos pais/encarregados de educação.

O Workshop com o Chefe Nuno Ribeiro não se realizou por indisponibilidade de agenda do convidado.

Depois da sessão com os pais fizemos a sessão de educação para a saúde sobre os alimentos que deviam constituir uma lancheira. Preparamos diferentes alimentos, presentes e não presentes na roda dos alimentos e as crianças, divididas em grupos de forma aleatória foram convidadas a colocar no interior da lancheira os alimentos que deveriam compor o seu lanche (Apêndice I e J).

A observação e registo dos alimentos que as crianças levavam para consumir ao lanche foram realizados em seis dias diferentes, três antes da intervenção com os pais e os outros três posteriores a essa atividade. Estes dados serão analisados na secção seguinte. De acordo com o que planeamos, o registo dos alimentos foi feito através do preenchimento de uma tabela, onde os alimentos foram divididos em três grupos: cereais, laticínios e fruta (Apêndice K). O mapa mensal ficou exposto na sala das crianças (Apêndice L), assim como o autocolante que pretende premiar os campeões dos lanches saudáveis no final de cada mês. As orientações sobre os lanches foram fornecidas à educadora e assistente operacional e explicamos às crianças que o autocolante seria oferecido a quem tivesse mais de 15 lanches saudáveis durante cada mês.

3.4.1. Análise e Discussão dos Resultados Obtidos

Os resultados que apresentamos referem-se à caracterização das crianças, ao seu estado nutricional e à prevalência do excesso de peso e obesidade.

A amostra é constituída por 25 crianças, das quais 60% são do género feminino e 40% do género masculino (Figura 1).

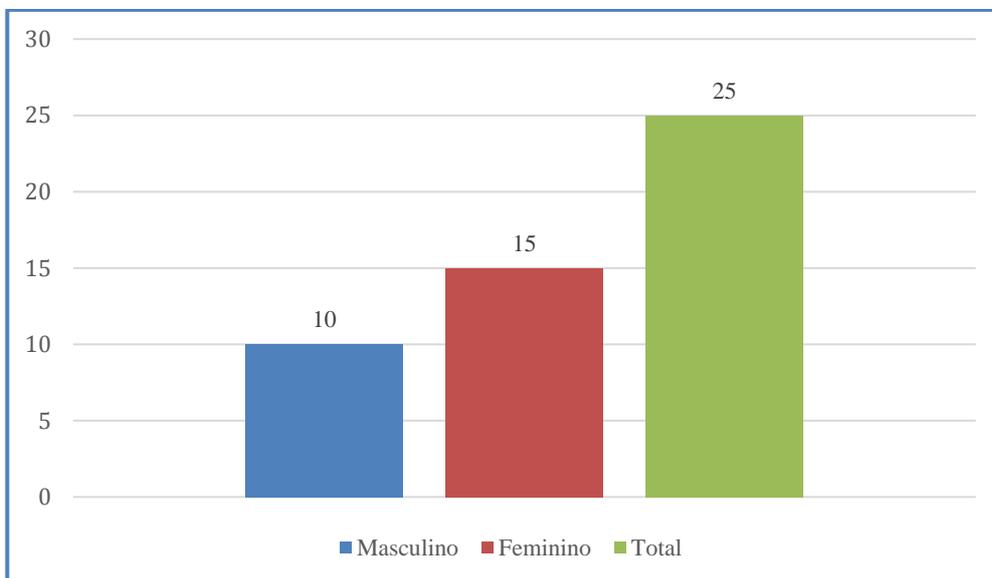


Figura 1 – Distribuição das crianças por género

Fonte: Dados da Pesquisa

A idade variou entre os 39 meses (3 anos) e os 72 meses (6 anos), com média de 62,72 meses (5 anos). Pela análise da figura 2 verificamos que a maioria das crianças (64%) pertence ao grupo etário dos 5 anos, enquanto que os restantes grupos etários estão distribuídos equitativamente (12% cada).

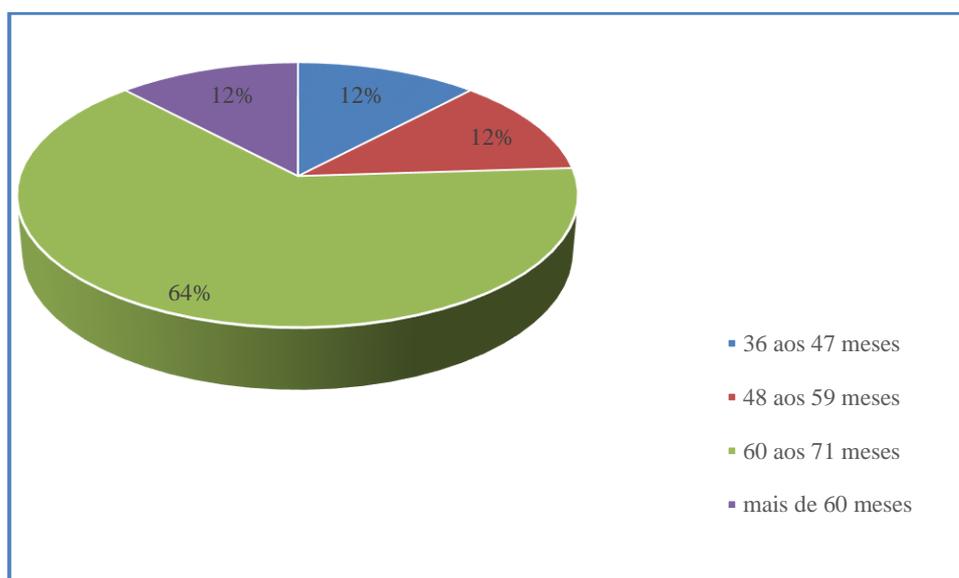


Figura 2 – Distribuição das crianças por idades

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto aos dados relativos ao estado nutricional das crianças apuramos que o peso variou entre 15,1 kg e 32,1 kg (média 19,3 kg), o comprimento entre 96 e 120 cm (média 110cm) e o IMC entre 13,2 kg/m² e 22,7 kg/m² (média 16 kg/m²). Da análise da figura 3 constatamos que 84% da amostra tem peso considerado normal para a sua idade e 16% tem excesso de peso, dos quais 8% tem obesidade. Salientamos que nenhuma das crianças tem baixo peso. Dos dados obtidos verificamos que das 4 crianças com excesso de peso, 3 pertencem ao género feminino e ao grupo dos 5 anos e 1 é do género masculino e tem 53 meses de idade. Embora dirigido a crianças em idade escolar, o último estudo COSI Portugal revela igualmente, que o IMC das raparigas foi superior aos dos rapazes em todas as regiões, à exceção dos Açores (Rito et al., 2017).

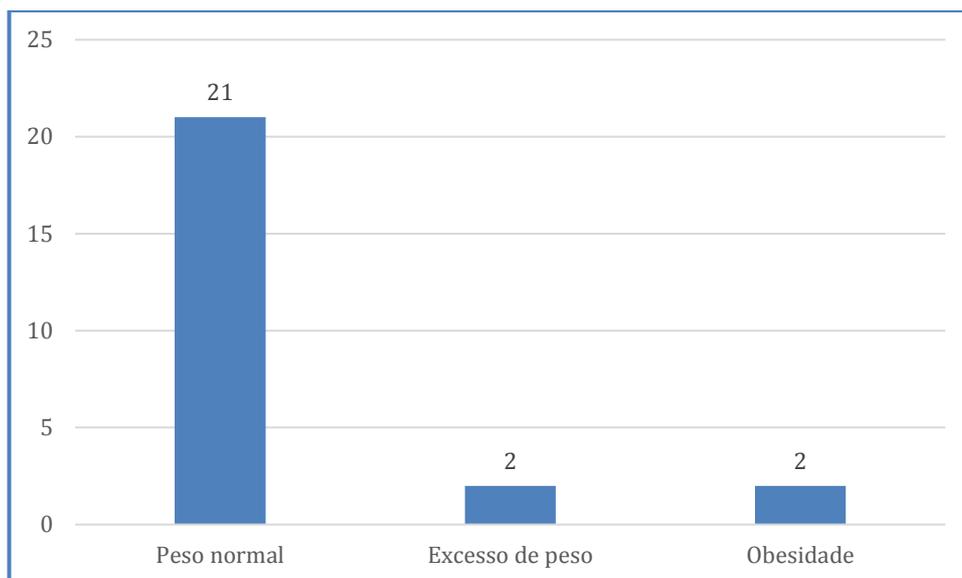


Figura 3 – Estado nutricional das crianças

Fonte: Dados da Pesquisa

Este estudo foi realizado com uma amostra de conveniência, composta por 25 crianças e como tal não é permitido fazer testes de hipóteses, dada a sua insignificância estatística. Trata-se de um estudo descritivo observacional, onde 16% das crianças manifestam um estado nutricional superior ao esperado para a sua idade. Nesse sentido

iremos fazer uma análise descritiva que relacione as quatro crianças com a composição dos seus lanches.

Nas três observações efetuadas antes da sessão de educação para a saúde dirigida aos pais, salientamos que, das quatro crianças com excesso de peso, o menino de 4 anos é o único que tem dois registos de fruta no lanche, uma das meninas tem três registos de alimentos processados e outra tem dois registos de iogurtes infantis.

Nas três observações posteriores à sessão de educação para a saúde salientamos que uma das crianças não esteve presente em duas observações. Verificamos um único registo de fruta numa das crianças, três registos de alimentos processados e três registos de iogurtes infantis.

Não verificamos evolução positiva na composição dos lanches destas quatro crianças e talvez possamos justificar devido ao facto dos pais não terem comparecido à sessão de educação para a saúde a eles dirigida. São os pais os principais responsáveis pelas escolhas nutricionais dos seus filhos, tendo por isso, a família um papel muito relevante na alimentação das crianças (Duarte, 2011).

Relativamente aos lanches do meio da manhã optamos por comparar os registos prévios à intervenção com os registos posteriores às atividades desenvolvidas com as crianças. Como parte de uma alimentação completa, equilibrada e variada, a associação portuguesa dos nutricionistas elaborou um guia com propostas de diferentes lanches, compostos por alimentos de três grupos como cereais, laticínios e fruta (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2012). Nas observações que efetuamos, organizamos os alimentos consumidos pelas crianças, essencialmente nos 3 grupos e os alimentos processados ou não pertencentes à roda classificamos como outros.

A tabela 1 representa os alimentos que compõem os lanches que as crianças consumiram a meio da manhã. Decidimos selecionar esta refeição intercalar, porque a meio da tarde algumas crianças já não estão presentes no estabelecimento escolar.

Tabela 1 – Grupos de alimentos que compõem os lanches

Grupos	Alimentos
Cereais	Pão, bolachas, outros (pão leite, croissant, panquecas, bolos, ...)
Laticínios	Leite simples, leite aromas, iogurtes simples, iogurte infantil
Fruta	Fruta natural, fruta líquida, sumos (iced-tea, néctares)

Fonte: próprio

Da observação e registos dos lanches das crianças verificamos algumas alterações nos lanches das crianças, relativamente a alguns aspetos que se encontram visíveis na tabela 2.

Da análise da seguinte tabela, destacamos positivamente o aumento do consumo da fruta, seja natural ou manipulada e diminuição do consumo de sumos. Podemos evidenciar também o aumento do leite simples, se bem que pouco significativo e a diminuição de produtos processados, como é o caso de croissants, bolos ou panquecas. Dados menos positivos são o aumento de registos nas bolachas e de leite com aroma, nomeadamente do achocolatado e diminuição dos iogurtes simples e aumento dos iogurtes infantis, que têm maior quantidade de açúcares. Tal análise leva-nos a crer que a intervenção junto das crianças é benéfica e os dados obtidos foram consequência de um projeto implementado num curto espaço de tempo, o que nos permite afirmar que os resultados seriam mais significativos se fruto de ações prolongadas e permanentes.

Tabela 2 – Composição dos lanches

		Composição do Lanche antes da Intervenção		Composição do Lanche depois da Intervenção	
		n	%	n	%
Cereais	Pão	23	33,3	17	24,3
	Bolachas	8	11,6	12	17,1
	Outros	23	33,3	16	22,8

<i>Laticínios</i>	Leite simples	2	2,9	3	4,3
	Leite aromas	5	7,2	11	15,7
	Iogurte simples	21	30,4	13	18,6
	Iogurte infantil	8	11,6	10	14,3
<i>Fruta</i>	Natural	10	14,5	16	22,8
	Líquida	5	7,2	9	12,9
	Sumos	7	10,1	4	5,7

Fonte: Dados da Pesquisa

3.5. Avaliação e Análise Reflexiva

A avaliação de um projeto pode ser intermédia, em simultâneo com a sua execução, ou final, quando se avalia o processo e o produto do mesmo (Ferrito et al., 2010).

Ao longo do desenvolvimento do projeto fomos debatendo as opções tomadas com a enfermeira preceptora, assim como os resultados obtidos foram alvo de discussão.

A elaboração deste projeto teve resultados positivos, foram atingidos os objetivos, à exceção do último objetivo proposto. Pensamos que poderíamos ter entregue o convite para a sessão de educação para a saúde com maior antecedência e talvez ter adotado outra forma de contacto com os pais e encarregados de educação, como por exemplo o telefone. Também podemos atribuir a falta de adesão à altura festiva do ano, o que talvez tivesse levado os pais a dirigirem as atenções para os ensaios da festa de Natal. Como compareceram três mães para a realização da atividade, não foi possível atingir o objetivo: Capacitar 50% dos pais e encarregados de educação na elaboração de lanches saudáveis.

Os restantes objetivos foram alcançados com sucesso e as crianças aprenderam a diferenciar os alimentos saudáveis e não saudáveis: no final da nossa intervenção os lanches tinham maior quantidade de alimentos saudáveis, conseguimos caracterizar os lanches das crianças em idade pré-escolar e desenvolvemos estratégias para melhorar a composição dos seus lanches.

Em termos profissionais foi gratificante receber a reação positiva das crianças à nossa presença, às nossas atividades e às nossas sugestões. A nível pessoal e académico foi extremamente positivo concluir este projeto e este percurso com resultados favoráveis. Todas as atividades desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento das competências de EEESIP e de Mestre.

4. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

De acordo com a temática da alimentação saudável, o objetivo geral definido para o desenvolvimento de competências especializadas foi promover a alimentação saudável nos diferentes contextos de cuidados. Durante o percurso de prática clínica desenvolvemos atividades que permitiram atingir o objetivo geral inicialmente proposto, salientando o papel do EEESIP. Os objetivos específicos de cada local de estágio serão tratados no respetivo capítulo.

O Estágio 1 decorreu numa UCC, no âmbito da Saúde Escolar, durante 8 semanas, entre maio e junho de 2017 e o Estágio Final foi dividido em duas partes: durante 6 semanas em contexto hospitalar, numa unidade de neonatologia e durante 10 semanas na mesma UCC do Estágio 1. Incluído nestas 10 semanas, está um estágio de observação na Unidade de Cuidados Pediátricos Integrados Castelo Marta Ortigão. (ANEXO III).

Os locais de estágio e as experiências serão expostos de acordo com a evolução do desenvolvimento infantil. Em primeiro lugar será abordado o estágio na Unidade de Neonatologia, tendo como foco o Recém-Nascido (RN) e posteriormente a experiência nos cuidados de saúde primários e as intervenções com as crianças em idade pré-escolar (Estágio 1 e Estágio Final).

4.1. Unidade de Neonatologia

A Unidade de Neonatologia onde decorreu parte do estágio foi inaugurada no ano de 1990 e integra a área materno-infantil do Hospital. Tem sofrido diferentes alterações no seu funcionamento e atualmente, garante apoio perinatal diferenciado a toda a região, sendo considerada Unidade Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de referência no Alentejo.

Dada a sua relevância para a região e capacidade assistencial ao RN com necessidades especiais de cuidados, tornou-se legítima a escolha deste local de estágio para o desenvolvimento de competências inerentes a este percurso profissional e acadêmico.

Fisicamente, a UCIN situa-se junto à Sala de Partos e tem uma lotação de dez camas distribuídas por três salas. A sala destinada à prestação de cuidados intensivos tem capacidade para três RN; sala destinada à prestação de cuidados especiais ou intermédios com capacidade para cinco RN em incubadora; e sala destinada à prestação de cuidados mínimos ou pré-alta com capacidade para dois RN em berço.

A proveniência dos RN é sobretudo da sala de partos, mas também são transferidos do serviço de obstetrícia ou do serviço de urgência ou ainda de outras unidades hospitalares por falta de vagas ou necessidade de cuidados mais diferenciados.

A unidade é constituída por diferentes espaços de apoio logístico e utilitário que permite o seu funcionamento diário. Na sua estrutura, e enquanto elemento de humanização existem dois quartos, onde as mães que residem a uma distância superior a 30 quilómetros podem ficar alojadas. Os pais podem permanecer junto dos seus filhos à exceção do período entre as 0h e as 8h (Neonatologia, s.d.).

São vários os profissionais que constituem a equipa multidisciplinar: enfermeiras, pediatras, assistentes operacionais, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta da fala e uma administrativa.

Relativamente à equipa de enfermagem, é composta por 22 elementos, e à exceção de uma enfermeira, todos os elementos são EEESIP, o que traduz maior diferenciação de conhecimento, experiência e perícia na área específica da prestação de cuidados. Os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem (Benner, 2001). No mesmo sentido “Os cuidados intensivos ao recém-nascido doente e imaturo requerem conhecimento especializado e competências em várias áreas. (...) os avanços nos cuidados intensivos criaram a necessidade de pessoal altamente qualificado e treinado na arte de cuidar em cuidados intensivos neonatais” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 334).

A equipa de enfermagem segue o método de trabalho individual, ou seja, cada enfermeiro fica responsável por um ou mais utentes, e desta forma os cuidados assumem maior dimensão holística. A prestação de cuidados não é fragmentada, sendo a totalidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro que está afeto ao respetivo utente durante a duração de todo o turno de trabalho (Costa, 2004).

Depois do contacto inicial com a UCIN e a enfermeira tutora foi possível delinear alguns aspetos fundamentais para o período de estágio e definimos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a estrutura física e funcional da UCIN;
- Adquirir conhecimentos sobre cuidados de enfermagem prestados ao RN internado na UCIN;
- Prestar cuidados de enfermagem ao RN prematuro;
- Colaborar num estudo para verificar a relação existente entre aleitamento materno e obesidade infantil.

Apesar de já ter havido contacto com a UCIN durante a formação inicial e haver experiência na prestação de cuidados ao RN prematuro, depositamos algumas expectativas inerentes ao grande prematuro com elevada necessidade de cuidados especializados.

O estágio nesta unidade proporcionou a oportunidade de adquirir conhecimentos relativos a cuidados especializados e complexos a uma população específica, num momento do ciclo vital familiar de extrema carga emocional, que é a chegada de um novo elemento. O nascimento de um filho é tempo de mudança na vida de uma família e simultaneamente um evento crítico de reorganização individual, conjugal e social (Cardoso, Silva, & Marín, 2015). De acordo com os mesmos autores (2015) o desempenho do papel parental é fundamental para garantir a sobrevivência, a segurança e o crescimento e desenvolvimento da criança.

De acordo com o referido, além de procedimentos técnicos são igualmente importantes a avaliação e promoção de competências parentais para que pai e mãe sejam capazes de as exercerem de forma cada vez mais autónoma. Foi notório o desempenho da equipa de enfermagem nesta área, incentivando continuamente os pais numa maior segurança na prestação de cuidados ao seu filho.

A gestão dos cuidados ao RN de alto risco abrange encorajar e facilitar o envolvimento dos pais, ao contrário de os isolar e afastar dos cuidados e do bebé, tendo em atenção o impacto e stress que o ambiente rodeado de equipamentos pode causar (Hockenberry & Wilson, 2014). É inevitável reconhecer nos pais a preocupação, o stress e a ansiedade relacionados com a separação e o facto do seu bebé se encontrar numa UCIN, local repleto de luzes, equipamentos e ruídos. “As enfermeiras têm de estar sensibilizadas para minimizar esses riscos dentro da unidade” (George, 2014, p. 25).

Além de minimizar os riscos do RN, também há que minimizar os riscos, as inseguranças e os medos dos pais e neste ponto a experiência profissional já existente nos cuidados às crianças e famílias foi essencial. A bagagem de cuidar crianças e famílias permitiu ter capacidade de resposta para as dúvidas e angústias manifestadas por algumas mães, assim como permitiu gerir situações emocionalmente exigentes. Mais uma vez se evidencia a parceria de cuidados com a família. Reforçando o papel do enfermeiro, a parceria dos cuidados suportada por uma comunicação de qualidade e uma negociação eficaz pode ser desafiante, no entanto conduz-nos para o profissional ideal (Casey, 2008).

Durante o estágio, os motivos de internamento foram essencialmente prematuridade; atraso crescimento intrauterino; recusa alimentar; convulsão; síndrome abstinência; infeção por vírus imunodeficiência humana e sépsis.

A prematuridade foi, sem dúvida, o motivo de admissão mais frequente e estiveram internados RN's prematuros entre as 28 e 36 semanas de idade gestacional. Na literatura, existe consenso relativamente ao facto da prematuridade ser responsável pelo maior número de internamentos numa UCIN (Hockenberry & Wilson, 2014).

Prematuro é o RN que nasce com menos de 37 semanas de gestação, RN de termo é aquele que nasce entre as 37 e 41 semanas, sendo RN pós termo o que nasce com 42 ou

mais semanas de gestação. Além da idade gestacional é simultaneamente relevante considerar o peso à nascença e a combinação entre os dois parâmetros fornecem dados sobre o risco do RN. RN com peso inferior a 2500 gramas é considerado pequeno para a idade gestacional, enquanto que inferior a 1500 e 1000 gramas é respetivamente um RN com muito baixo peso ao nascer e extremamente baixo peso ao nascer (Fanaroff & Fanaroff, 2015).

A prematuridade traz diferentes necessidades de cuidados e há que destacar a diversidade dos conhecimentos e aprendizagens adquiridos durante este período. São várias as especificidades ter em conta. As necessidades respiratórias, a temperatura, o posicionamento e a evicção de manipulações desnecessárias, a alimentação, as medidas de precaução para prevenção de infeção, o ruído, o estabelecer vinculação. Trata-se de vigiar e prevenir complicações neonatais, já que estas têm incidência mais elevada nos RN's pré-termo (Hockenberry & Wilson, 2014).

Neste período foi possível prestar cuidados globais e de forma autónoma a alguns RN's, tendo subjacente o processo de enfermagem, ou seja, identificar, planear, executar e avaliar os resultados das intervenções executadas e por outro lado, colaborar na realização de diferentes procedimentos de acordo com a especificidade do RN de alto risco.

Inicialmente prestamos cuidados aos RN's das salas pré-alta e de cuidados intermédios, havendo alguma insegurança inerente à localização de algum material, aos equipamentos mais específicos e à forma como eram transmitidas as informações aos pais, para estar de acordo com o estabelecido pelos profissionais da unidade.

De forma progressiva os cuidados foram assumidos cada vez mais autonomamente e sempre que possível a colaboração nos cuidados aos RN's de alto risco surgiu cada vez mais espontaneamente. Foram mobilizados alguns conhecimentos e experiências anteriores, tal como avaliação de sinais vitais, o banho do RN, administração terapêutica oral, colocação de sonda nasogástrica, punção para avaliação glicemia capilar e diagnóstico precoce, alimentação por tetina e registos de enfermagem entre outros.

Foram adquiridas e adaptadas novas aprendizagens relacionadas com a especificidade de cuidar numa UCIN. É de extrema importância a concentração de cuidados num determinado período, reduzindo a manipulação do RN e consequentemente os efeitos do stress ambiental, promovendo a tranquilidade e repouso (Direção Geral de Saúde, 2012a; Hockenberry & Wilson, 2014)

Os prematuros podem responder negativamente ao toque e como tal há a necessidade de diminuir o toque que os perturbem. Torna-se fundamental não acordar a criança para prestar cuidados ou alimentar, e quando inadiável há que fazê-lo de forma tranquila e faseada. A contenção diminui o stress comportamental durante prestação de cuidados como o banho, avaliação do peso ou punção do calcanhar. Medidas que evitem bruscas mudanças posturais são essenciais: contenção, flexão das extremidades e alinhamento na linha média (Hockenberry & Wilson, 2014).

É inevitável a referência ao Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP), que vem evidenciar a personalização dos cuidados de forma a diminuir o impacto negativo do ambiente da UCIN e as suas consequências no desenvolvimento do bebé prematuro. NIDCAP é o programa individualizado de avaliação e cuidados centrados no desenvolvimento do RN emergiu no início dos anos 80 e tem vindo a ser cada vez mais disseminado. A observação e interação com o RN é o foco principal porque é o ponto de partida para o plano de cuidados individualizado (Fanaroff & Fanaroff, 2015; Santos, 2011).

Esta filosofia de cuidados integra um projeto da UCIN, liderado pela enfermeira tutora, que desde sempre transmitiu o extremo valor dos pontos forte destes cuidados ao RN e família. Sendo assim, foi possível uma crescente melhoria na interação com o RN prematuro, onde o toque foi tomando dimensões cada vez mais conscientes em prol do conforto e tranquilidade.

Observamos a administração de surfactante num prematuro de 32 semanas que não respondia à *Continuous Positive Airway Pressure* (ventilação por pressão positiva contínua). A instabilidade respiratória foi aumentando e a cooperação dos profissionais para a execução da técnica de forma rápida e eficaz foi evidente.

O prematuro nasce antes da maturação pulmonar e sem o surfactante é incapaz de manter a insuflação alveolar, provocando um esforço enorme na expansão alveolar. A administração de surfactante é benéfico na melhoria dos parâmetros ventilatórios e diminuição de complicações pulmonares. Para o enfermeiro, a responsabilidade passa pela preparação do fármaco e do material necessário, assim como a avaliação e registo dos sinais vitais, posicionamento, e conforto pós procedimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

Ficamos a conhecer outra particularidade do prematuro que é o desenvolvimento do sistema auditivo e a forma como o ruído da UCIN o pode influenciar. Houve a oportunidade de acompanhar um RN a um rastreio auditivo e ficar com o conhecimento que os RN prematuros têm maior suscetibilidade de desenvolver neuropatia auditiva, originando maior risco de alterações no seu desenvolvimento neuro e psicomotor, assim como na linguagem (Cibin, Pichelli, Sanches e Carvallo, 2013).

Definimos o quarto objetivo de estágio de acordo com o tema da alimentação saudável e com a sugestão da enfermeira tutora, dando seguimento à concretização dos projetos *Hospital Amigo dos Bebés* e *Cantinho da Amamentação*. Para atingir este objetivo realizamos uma pesquisa bibliográfica sobre o aleitamento materno e uma revisão integrativa da literatura sobre o aleitamento materno exclusivo (AME) e a relação existente com a obesidade infantil na idade pré-escolar (Apêndice M).

Efetuamos uma recolha de dados junto da população que tinha constituído um estudo anterior sobre o aleitamento materno na UCIN (implementação do Cantinho da Amamentação) e depois de concluir o presente relatório pretendemos elaborar um artigo científico e sua posterior publicação.

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural adequado para a maioria dos recém-nascidos. As suas vantagens existem tanto para o bebé, como para a mãe. É o método mais barato e seguro para alimentar os bebés e é assumido mundialmente que é a melhor forma de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida (Levy & Bértolo, 2012).

Cordeiro (2015) alerta para o facto de amamentar ser uma opção e não uma obrigação e como tal as mães não deverão ser culpabilizadas pela impossibilidade ou escolha de não amamentar.

Apesar de alguns resultados contraditórios, existe evidência científica acerca dos benefícios do leite humano a longo prazo. Tal constatação deve-se à impossibilidade de implementar estudos clínicos randomizados, e os estudos observacionais levam a resultados com viés (Neves, 2016).

De acordo com o Registo de Aleitamento Materno (RAM), o apoio, proteção e promoção do aleitamento materno constituem uma mais-valia para a saúde pública pelo facto de que são as práticas alimentares que condicionam o estado nutricional dos lactentes e das crianças e desta forma podemos fomentar a promoção da saúde e prevenção da doença nas crianças, apostando numa alimentação saudável desde o início do seu ciclo de vida (Orfão, Santos, Gouveia, & Santos, 2014).

A forma como o leite materno previne algumas doenças é desconhecida parcialmente, mas sendo multifatorial, aspetos nutricionais e comportamentais são considerados. Relativamente à prevenção da obesidade, há diferenças entre o mamar ao peito e ser alimentado por biberão, já que os bebés que mamam terão maior capacidade de autorregulação, existindo a possibilidade de se prolongar até à idade adulta (Neves, 2016). São vários os estudos que apontam para a capacidade de autorregulação do apetite dos bebés amamentados e na influência que isso poderá ter no controlo da saciedade e prevenção da obesidade infantil (Meyer et al., 2017; J. A. C. Silveira, Colugnati, Poblacion, & Taddei, 2015; Uwaezuoke, Eneh, & Ndu, 2017; Zheng et al., 2014).

As mais recentes recomendações da European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) incluem o timing e diferentes tipos de alimentos que devem constituir a diversificação alimentar, destacando os benefícios do AME (Fewtrell et al., 2017).

A ESPGHAN reitera que o AME prolongado pode estar associado a um reduzido risco de infeções gastrointestinais e respiratórias e que pode existir um risco aumentado de alergia se os sólidos forem introduzidos antes dos 3 ou 4 meses. O momento da introdução da alimentação diversificada aos 4 ou 6 meses não mostrou influenciar

crescimento ou adiposidade durante a infância ou a primeira infância, mas a introdução antes dos 4 meses pode estar associada ao aumento da adiposidade posterior (Fewtrell et al., 2017).

Vários estudos tentam explicar a relação entre aleitamento materno e o excesso de peso em diferentes faixas etárias do desenvolvimento infantil, tendo em conta várias variáveis maternas durante o período pré-concepcional e gestacional. Encontram-se diferenças nos resultados entre os bebês que foram amamentados e os que o fizeram de forma exclusiva, havendo benefícios do AME perante o excesso de peso/obesidade das crianças estudadas (Caldeira, Souza, & Souza, 2015; Ehrental, Wu, & Trabulsi, 2016; J. A. C. Silveira et al., 2015; Zheng et al., 2014).

As principais conclusões retiradas da revisão sistemática realizada são a existência de benefício do AME perante o excesso de peso e obesidade e que a maior duração de AME está associada a menor risco de excesso de peso.

Tal como neste hospital, existem outros do nosso país onde existe a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês, uma medida conjunta da OMS e UNICEF que comporta 10 medidas importantes para o sucesso do aleitamento materno e “a promoção do aleitamento materno, e em especial do aleitamento materno exclusivo, é considerada uma das estratégias de saúde de maior custo-benefício” (Carvalho & Tavares, 2014, p. 28).

Apesar do leite materno ser a melhor opção para a maior parte dos RN's, no que diz respeito aos prematuros há a considerar a imaturidade dos mecanismos de ingestão e digestão, as necessidades nutricionais específicas e até a impossibilidade de se alimentar. O tamanho e o estado do RN's são determinantes para a quantidade e método de alimentação a selecionar, havendo a hipótese da via entérica, parentérica ou ambas (Hockenberry & Wilson, 2014).

É controversa a opinião sobre o momento de início da alimentação enteral em prematuros, no entanto sabe-se que deva começar assim que as condições clínicas o permitam (Gomella, 2006). São várias as vantagens associadas ao aleitamento materno no prematuro. Além dos benefícios nutricionais, são apontados os imunológicos,

económicos, endocrinológicos, neurocomportamentais, emocionais e a redução da dor (Pereira, Abrão, Ohara, & Ribeiro, 2015).

Um estudo sobre as dificuldades da amamentação na prematuridade revela que a amamentação é inversamente proporcional à idade gestacional (Pereira et al., 2015). Mais uma vez é indispensável transmitir aos pais a informação completa sobre os benefícios do aleitamento materno, assim como as alternativas de oferecer leite humano no seio materno. O papel do enfermeiro contribui para a redução da ansiedade e do medo e origina subsídios para que a mãe esteja disponível para a amamentação (Hockenberry & Wilson, 2014; Pereira et al., 2015). Salientamos novamente o alcance da parceria de cuidados e a importância de incluir precocemente os pais nos cuidados.

Os prematuros que não são capazes de coordenar a sucção com a deglutição ou que não tenham reflexo laríngeo podem ser alimentados através de sonda nasogástrica, satisfazendo as suas necessidades nutricionais de forma segura (Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante o estágio, grande parte dos RN's foi alimentada através de sonda nasogástrica por declive. São realizados procedimentos para avaliar a tolerância e a segurança da alimentação como avaliação do resíduo gástrico, características do abdómen, presença ou não de vômitos e reações do RN durante a alimentação. Devemos promover a sucção não nutritiva com a chupeta para ajudar o RN a associar a sucção com a sensação de saciedade (Hockenberry & Wilson, 2014).

A amamentação dos prematuros é considerada como um desafio, daí a pertinência das medidas hospitalares e atuação dos profissionais no sentido de apoio, promoção e proteção do aleitamento materno, contrariando as particularidades relacionadas com a prematuridade (Pereira et al., 2015).

No final deste estágio é possível afirmar que, nos cuidados dirigidos a RN's, a observação é uma ferramenta indispensável, principalmente em seres tão frágeis e em circunstâncias tão peculiares. São pequenas alterações ou pormenores e pequenos gestos ou procedimentos que podem fazer toda a diferença na evolução favorável dos RN's e

suas famílias, tornando o período de hospitalização mais curto e as consequências menos negativas para o seu percurso de vida.

Neste contexto onde se cruzam a elevada tecnologia com a delicadeza do RN é curioso lembrar a importância dos cuidados de enfermagem e as pequenas grandes coisas que os compõem. “Cuidados de enfermagem são assim, compostos de múltiplas ações que são sobretudo, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de «pequenas coisas» que dão a possibilidade de manifestar uma «grande atenção» ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares” (Hesbeen, 2000, p. 47).

Os objetivos delineados para este estágio foram alcançados com sucesso através da aquisição de conhecimentos e aprendizagens que superaram as expectativas iniciais. Após conclusão do relatório pretendemos publicar um artigo com os dados que foram colhidos, verificando a relação existente entre aleitamento materno e obesidade infantil.

4.2. Unidade de Cuidados na Comunidade – Saúde Escolar

O Estágio 1 e parte do Estágio Final decorreram na UCC, no Alentejo sob a orientação da EEESIP Lina Dias, responsável pelo Programa de Saúde Escolar.

A UCC integra uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde que tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, assim como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários para o exercício das competências da autoridade de saúde («ULS ■■■■■»), s.d.).

A Unidade Local de Saúde, Entidade Pública Empresarial desenvolve a sua atividade nos 3 níveis de prestação de cuidados, ou seja, cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares, e cuidados paliativos. A sua área de influência é representada por uma área geográfica de grande dimensão, com uma população envelhecida com dificuldade no acesso aos cuidados de saúde com uma incidência elevada de patologias crónicas e incapacitantes, nomeadamente as doenças

cardiovasculares («ULS ■■■», s.d.). Trata-se de um forte argumento para intervir precocemente no sentido da aquisição hábitos de vida saudáveis, promovendo a saúde e prevenindo a doença das crianças em idade pré-escolar.

A UCC é constituída por uma equipa de 10 enfermeiros, 1 médica, 1 psicóloga, 2 assistentes sociais, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta e 2 assistentes técnicas. O seu horário de funcionamento é das 9 às 17 horas, todos os dias, incluindo fins de semana e feriados, sempre de acordo com as necessidades dos utentes internados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (UCC ■■■, 2016).

As atividades desenvolvidas pela UCC encontram-se divididas em 2 grupos:

- Prestação de Cuidados domiciliários a utentes “internados” em Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

- Saúde Comunitária onde está incluído o programa da Saúde Escolar (UCC ■■■, 2016).

A Saúde Escolar é um dos programas e projetos da carteira de serviços que integram o plano de ação da UCC e é dirigido a toda a comunidade educativa dos Jardim-de-Infância, das Escolas do Ensino Básico, e das Escolas do Ensino Secundário do concelho de uma cidade Alentejana (cerca de 6000 alunos).

Depois da reunião inicial com a enfermeira tutora definimos os seguintes objetivos que foram transversais aos dois estágios:

- Conhecer a estrutura física e funcional da UCC;

- Adquirir conhecimentos sobre a prestação de cuidados do EEESIP no âmbito da saúde escolar;

- Participar nas atividades do EEESIP em contexto da saúde escolar;

- Implementar projeto de intervenção em Enfermagem no âmbito da Promoção da Alimentação Saudável (Estágio Final);

- Conhecer funcionamento da consulta de saúde Infantil e Juvenil da Unidade Cuidados Saúde Personalizados (UCSP);

-Participar na consulta de saúde infantil e juvenil.

Foram várias as atividades realizadas que permitiram atingir os objetivos propostos, e estas consistiram sobretudo em sessões de educação para a saúde, que foram realizadas de acordo com o planeamento da UCC ou solicitadas pelo estabelecimento escolar mediante as necessidades sentidas.

Em cada estabelecimento escolar de 2º e 3º ciclos está sediado um Gabinete da Saúde, que funciona mensalmente cerca de 1 hora em cada escola. Este atendimento está disponível para toda a comunidade escolar e tem como objetivo a promoção da educação para a saúde no meio escolar.

A enfermeira tutora refere que a afluência é maior por parte dos funcionários, comparativamente à dos alunos. Talvez se deva ao facto de não quererem ser identificados entre os pares.

Durante as primeiras semanas, foi possível participar numa sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 8º ano sobre o bullying. A sessão decorreu sob a forma de dramatização, elaborada por enfermeiros da equipa da Saúde Escolar e da Unidade de Saúde Pública em parceria com Contrato Local de Desenvolvimento Social, 3ª Geração. A reação dos alunos e dos professores presentes foi muito positiva. Os alunos não colocaram dúvidas nem comentaram e os professores teceram comentários e elogios à forma como o tema tinha sido abordado.

Esta temática é muitíssimo atual e adequada a jovens adolescentes, tendo o objetivo de prevenir diferentes formas de violência no ambiente escolar. “O bullying é uma forma de violência entre pares, que se diferencia da agressão ocasional, tanto pela sua

persistência no tempo, como pela desigualdade de poder entre o agressor e a vítima” (Freire, Simão, & Ferreira, 2006, p. 31).

A intervenção neste campo assume relevância porque o bullying pode assumir diferentes formas. Na adolescência, os agressores e as vítimas podem trocar de posições e pode haver casos em que a vítima reaja perante uma situação de bullying e gere uma situação de conflito físico (Simões, Ferreira, Braga, & Vicente, 2015). É importante conhecer toda a sua diversidade para uma prevenção verdadeiramente efetiva.

De acordo com OMS (2012), além de variadas doenças, as crianças com obesidade têm redução da qualidade de vida, associada ao risco de bullying e isolamento social. Podemos associar o aparecimento da problemática aos efeitos da obesidade infantil, sendo fundamental o papel do enfermeiro na sua vigilância e prevenção, assim como na gestão atempada das suas consequências.

Outra atividade na qual tivemos oportunidade de participar foi dirigida a um grupo de meninas adolescentes com necessidades especiais sobre educação sexual. São jovens que num futuro próximo deixarão o mundo escolar e estarão menos protegidas face aos riscos sexuais, daí a pertinência destes conhecimentos transmitidos de forma simples e eficaz.

Ainda sobre o tema da prevenção do abuso sexual, participamos numa sessão de educação para a saúde que integra o projeto vencedor da missão continente na edição 2016. *Des(Cobre) o teu Corpo* abrange todas as crianças do pré-escolar do distrito Alentejano. A intervenção decorre em mais do que uma sessão com o objetivo de promover literacia em saúde no domínio da sexualidade. É um projeto desenvolvido pela equipa de saúde escolar em parceria com a Comissão Proteção a Crianças e Jovens e o Centro de Aconselhamento e Detecção.

Dentro do mesmo tema, e juntamente com psicóloga, foi feita uma sessão de educação para a saúde sobre a sexualidade para adolescentes e jovens adultos que frequentam um curso profissional. Foi interessante constatar o comportamento e atitudes dos rapazes face ao das raparigas e como tal não se proporcionou um momento de debate e esclarecimento de dúvidas que pudessem existir.

Verificamos que a sexualidade é um tema transversal a toda a idade pediátrica e realçamos a importância da comunicação e da linguagem adequadas para alcançar os objetivos pretendidos.

No PNSE a sexualidade é uma das áreas de intervenção do Eixo da Capacitação e refere que deve ter uma abrangência global para ser um contributo na tomada de decisões responsáveis, assim como na redução de comportamentos sexuais de risco e suas consequências (Direcção Geral de Saúde, 2015). Podemos evidenciar o papel do EEESIP na saúde escolar para intervir preventivamente ao longo de todas as etapas do desenvolvimento infantil.

Houve ainda a oportunidade de colaborar com a Enfermeira Rita no âmbito do seu projeto para obtenção da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Participamos em algumas sessões de educação para a saúde sobre a prevenção de acidentes rodoviários destinada ao 5º ano de escolaridade e outra sobre primeiros socorros destinada a crianças do 3º ano de escolaridade. Ambas as sessões de educação para a saúde foram replicadas por diversas turmas nos diferentes estabelecimentos escolares.

É fundamental que a escola ofereça às crianças um ambiente seguro e saudável para viver, crescer, brincar e aprender e dessa forma teremos um crescimento e desenvolvimento positivos no sentido de adquirir um estilo de vida mais saudável. No eixo do Ambiente Escolar e Saúde do PNSE são abordadas as áreas de intervenção, nomeadamente a segurança rodoviária e prevenção de acidentes e primeiros socorros (Direcção Geral de Saúde, 2015).

Já que as crianças e jovens podem assumir diferentes papéis enquanto passageiros, peões e condutores, é fundamental a sua formação no âmbito desta temática para que possam assumir comportamentos seguros. Sendo o risco um elemento sempre presente, há que prevenir e saber atuar quando os acidentes acontecem. A escola deve possuir um local para a prestação de primeiros socorros e a maioria dos profissionais deve ter formação em suporte básico de vida (Direcção Geral de Saúde, 2015).

Ainda no âmbito dos cuidados de saúde primários, tivemos oportunidade de participar nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil na UCSP do Centro de Saúde de Beja.

O atendimento da criança e família é feito, na maioria das vezes, em primeiro lugar pela enfermeira e posteriormente pela médica, ou também acontece ser realizada em simultâneo pelas duas profissionais.

Observamos, avaliamos, aconselhamos crianças e famílias de diferentes idades que recorreram aos cuidados saúde primários para fazer a vigilância do seu estado de saúde ou para atualizar o seu esquema vacinal, ou as duas situações em simultâneo.

Tal como orientação das linhas – mestras do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) as consultas são agendadas de acordo com as idades-chave das crianças, ou seja, em momentos importantes na vida do bebé, criança ou adolescente e sempre que possível devem coincidir com o esquema cronológico do Programa Nacional de Vacinação (PNV), reduzindo o número de deslocações aos serviços de saúde (Direção Geral de Saúde, 2012c).

Com foco na obtenção contínua de ganhos em saúde nas crianças e jovens, o PNSIJ assenta em dez objetivos, que devem ser alcançados pelas equipas de saúde juntamente com as famílias e comunidade, de forma a assegurar e otimizar a vigilância adequada da saúde das mesmas (Direção Geral de Saúde, 2012c).

Durante as consultas preocupamo-nos com os diferentes parâmetros a avaliar e com os cuidados antecipatórios dirigidos a cada idade específica, valorizando estes elementos como fator de promoção de saúde e prevenção da doença e efetuamos os registos em suporte informático.

São vários os pontos a abordar e avaliar em cada consulta, mas há aspetos que focamos de forma mais incisa e repetida como a segurança, o ambiente e desempenho escolar, a saúde oral, os hábitos alimentares, o PNV e as preocupações e dúvidas dos pais.

Relativamente ao desenvolvimento psicomotor das crianças até aos 5 anos, os parâmetros de cada criança são avaliados através da escala de desenvolvimento de Mary Sheridan modificada que permite detetar alterações aos padrões de referência de normalidade. É um método de avaliação usado há algumas décadas que atualmente

integra os registos informatizados, facilitando os próprios registos de enfermagem e a gestão do tempo de cada consulta (Direção Geral de Saúde, 2012c).

Os dados decorrentes da avaliação do desenvolvimento físico são registados no programa informático e igualmente no boletim de saúde infantil e juvenil. Realçamos que no momento do registo informático, se os parâmetros avaliados corresponderem a excesso de peso ou a obesidade, os valores surgem destacados a cor diferente. Se alguma criança estiver acima dos valores de referência normais, além das orientações fornecidas pela enfermeira é encaminhada para a consulta com a nutricionista.

Verificamos que a amamentação é motivo de atenção da enfermeira, que fomentou esse hábito nos latentes observados, avaliando o desenvolvimento e crescimento dos mesmos e respondendo às dúvidas colocadas pelas mães. Foi neste ponto que a nossa intervenção se destacou, promovendo o aleitamento materno através das informações transmitidas às mães dos latentes sobre os benefícios do mesmo.

Relativamente ao PNV, consideramos que existe uma forte adesão ao mesmo e há uma preocupação com a imunização de doenças transmissíveis extra PNV, como é o caso da Bexero (vacina contra Meningococo do grupo B, administrada a crianças a partir dos 2 meses de idade). O atual PNV foi atualizado em 2017, mas mantém a sua universalidade, protegendo a saúde e prevenindo doenças de forma equitativa. Trata-se de um exemplo de boas práticas e de eficiência em políticas públicas (Leça et al., 2016).

“O Programa já mudou o perfil das doenças infecciosas em Portugal. Um assinalável sucesso. Reduziu a mortalidade infantil. Erradicou a varíola. Eliminou a paralisia infantil, a rubéola, o sarampo. Outras doenças seguir-se-ão a caminho do passado” (Leça et al., 2016, p. 15).

Apesar dos ganhos em saúde evidenciados, existem alguns movimentos antivacinais e nesse sentido é necessário reforçar a importância da vacinação para a proteção da saúde das crianças, seja individual, seja coletiva (Direção Geral de Saúde, 2012c). Salientamos ainda, a evolução na produção das vacinas e a possibilidade de conferir proteção contra 6 doenças apenas numa única punção. Com a vacina hexavalente administrada aos 2 e 6 meses o desconforto da criança é menor.

4.2.1 Análise Reflexiva do Estágio 1

O estágio 1 decorreu entre maio e junho de 2017, período no qual já pensávamos no trajeto que pretendíamos seguir enquadrado na linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida. Para dar resposta ao objetivo *Promover a Alimentação Saudável* foi implementada uma intervenção sobre o mesmo tema junto de crianças em idade pré-escolar numa das freguesias rurais dum Concelho do Baixo Alentejo.

A Escola Básica e Jardim de Infância é um dos estabelecimentos de ensino do Agrupamento de Escolas numa cidade Alentejana e fica situada numa das freguesias rurais do mesmo concelho. Como unidade do agrupamento possui quatro salas de aula regulares, e uma unidade de ensino pré-escolar. A escola está também equipada com uma biblioteca. Possui igualmente recintos desportivos interiores e exteriores, bem como uma grande área verde que envolve todo o edifício escolar («Ae2 ■■■■■»), sem data).

No início de ano letivo 2016/2017 estavam inscritas, neste estabelecimento 18 crianças, das quais 5 eram de etnia cigana que pouco ou nada frequentaram a instituição. Depois de iniciada a intervenção uma das crianças foi transferida para outro estabelecimento de ensino, ficando a população alvo a ser constituída por 12 crianças.

A escolha deste estabelecimento de ensino foi feita pelo facto de ainda não ter sido alvo de nenhuma intervenção da equipa de Saúde Escolar no âmbito da Alimentação Saudável. Após reunião com a enfermeira responsável pela Saúde Escolar foi feito o contacto com a Educadora, que desde logo se demonstrou interessada e receptiva ao plano que lhe foi apresentado.

A intervenção realizada com as crianças do referido Jardim de Infância será descrita resumidamente, sendo apresentados as principais etapas e resultados.

Depois de avaliados e registados os dados antropométricos podemos referir que num total de 13 crianças, 3 têm excesso de peso, perfazendo um total de 23%. Estes dados são possíveis se considerarmos que uma das crianças com 59 meses se encontra na faixa etária superior aos 60 meses, já que, no momento da avaliação estava a 3 dias de completar essa idade.

A interpretação dos dados foi efetuada com base nas orientações da OMS e nesse sentido, a população estudada tem duas crianças obesas e uma com excesso de peso, correspondendo a 15 e 7,7%, respectivamente. Poderia ser considerada a avaliação de outra criança com 58 meses (que aos 60 meses) e de acordo com os parâmetros da OMS seria identificada com excesso de peso, totalizando cerca de 31%. Este valor encontra-se numa realidade transversal a todo mundo, pelo que numa população desta dimensão (n=13) os dados encontrados refletem os resultados de vários estudos atuais.

Uma das crianças obesas foi transferida do estabelecimento escolar, não tendo sido alvo das atividades desenvolvidas.

Os dados antropométricos não foram reavaliados devido ao reduzido período de tempo que durou o projeto, e com certeza não teriam sofrido alterações significativas, no entanto, serão alvo de atenção na próxima intervenção.

Quanto aos lanches, há a referir que nas primeiras avaliações, apenas duas crianças tinham fruta na sua lancheira, correspondendo a cerca de 15 % (n= 13).

Foi especialmente esta realidade que constituiu a motivação para as atividades desenvolvidas junto das crianças e dos pais/encarregados de educação.

Desenvolvemos atividades que tiveram como tema principal a alimentação saudável e também o consumo de fruta. As atividades foram adequadas ao estadió de desenvolvimentos das crianças: contamos uma história alusiva ao consumo da fruta, fizemos o jogo do semáforo alimentar, fizemos uma prova cega de fruta e uma atividade em que as crianças selecionaram alguns alimentos para constituir o lanche que levariam para a escola.

Nas avaliações efetuadas após as atividades são as mesmas duas crianças que têm fruta na composição do seu lanche, ou seja 16 % (n= 12).

Intervir junto dos pais será um elemento favorável à mudança e um contributo para a literacia em saúde.

(...) a família é considerada como parceira de cuidados, sendo esta parceria entre o profissional e os pais um importante mecanismo, quer de capacitação quer de empowerment. Aos profissionais compete-lhes a função de apoiar, reforçar a capacidade da família, de encorajar e de promover o seu desenvolvimento (Lourenço, 2015, p. 143).

4.2.2 Análise Reflexiva do Estágio Final

O estágio final decorreu na mesma UCC e para ser possível alcançarmos o objetivo referente à implementação de um projeto de intervenção em enfermagem, selecionamos uma população diferente do estágio anterior.

Neste estágio o projeto foi destinado igualmente a crianças em idade pré-escolar, e do mesmo agrupamento de escolas, no entanto, num estabelecimento escolar duma das freguesias urbanas do Concelho duma cidade do Baixo Alentejo.

O projeto foi descrito detalhadamente no capítulo 3, onde apresentamos o desenho da intervenção que foi implementada.

Conforme já descrito, atingimos resultados discretos, mas positivos e benéficos para as crianças. Embora com atividades e populações diferentes podemos comparar os resultados entre as crianças da região rural e da região urbana. Enquanto que na freguesia rural 23% das crianças estudadas tinham excesso de peso, no centro da cidade esse número reduz para 16%. Estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos no COSI 2016, no qual foram identificadas maiores prevalências de excesso de peso e obesidade nas áreas rurais (Rito et al., 2017).

Pensamos que poderíamos ter tido mais sucesso na implementação do projeto, no entanto confirmamos reduzido envolvimento por parte da educadora, que tem um papel importante na mediação entre as crianças e famílias. Num estudo sociológico sobre o dilema dos pais de crianças com excesso de peso, estes consideram fundamental o papel que o professor tem perante a aprendizagem da criança. Desta forma, família e escola transparecem um objetivo comum, que passa por educar crianças e adolescentes, transmitir valores éticos e morais considerados importantes para viver em sociedade (Chora, 2013).

Relativamente às atividades desenvolvidas no âmbito da UCC podemos afirmar que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista.

4.3. Análise Reflexiva dos Momentos de Observação no Castelo

No decorrer do estágio final decidimos reservar a última semana para conhecer a recente Unidade de Cuidados Pediátricos Integrados Castelo Marta Ortigão.

A escolha justifica-se por uma das áreas de investimento e preferência pessoal ser os Cuidados Paliativos (CP), uma disciplina que transparece genuinamente a essência do cuidar.

Para este momento de observação definimos como objetivos específicos conhecer a estrutura física e funcional do Castelo e conhecer recursos de apoio à criança e família em situações de especial complexidade.

Em Portugal, os CP têm evoluído no bom caminho desde 2004, no entanto os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) necessitam ainda de diversos investimentos. É bastante recente a Portaria nº 66/2018 que foi publicada durante a elaboração do presente relatório e dela salientamos a importância dos CP:

Os cuidados paliativos são considerados essenciais a um SNS de qualidade, devendo ser prestados em continuidade nos cuidados de saúde, a todas as pessoas, ao longo do ciclo de vida, com doenças muito graves e/ou avançadas e progressivas, que deles necessitem, e onde quer que se encontrem, designadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares ou continuados integrados (Diário da República, 2018, p. 1178).

A presente portaria indica a relevância de promover a criação de equipas intra-hospitalares pediátricas de suporte em CP e reforçar o suporte em CP de crianças e jovens, nos três níveis de cuidados de saúde, articulando estas equipas com as restantes existentes na Rede Nacional de Cuidados Paliativos, assegurando uma resposta de qualidade de

cuidados de saúde adaptada e integrada às necessidades da criança e da família (Diário da República, 2018).

No mesmo sentido, os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros constataam um aumento da doença crónica e da esperança de vida nas crianças, o que implica a necessidade de cuidados paliativos e pediátricos (Diário da República, 2015b).

Os CPP têm vindo a crescer e em 2012 existiam algumas equipas com experiência na área, como a equipa do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Centros de Saúde que prestam cuidados domiciliários e a Unidade Móvel do Gil (Mendes, Silva, & Santos, 2012). Em junho de 2016 é inaugurada a Unidade de Cuidados Pediátricos Integrados Kastelo Marta Ortigão, mais usualmente denominada de Kastelo.

É a primeira Unidade de Cuidados Pediátricos Integrados do país e foi com grande expectativa que solicitamos estágio à diretora técnica da mesma, a enfermeira Teresa Fraga, que demonstrou entusiasmo e disponibilidade constantes (Anexo III).

A breve, mas intensa história de vida do Kastelo foi transmitida em primeira pessoa pela protagonista e impulsionadora de tudo aquilo que observamos e experienciamos durante uma semana.

O Kastelo encontra-se integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Assim, qualquer admissão nesta unidade terá que ser efetuada através desta rede. Após o término do tempo estipulado para o internamento na unidade, a criança regressa ao domicílio com o apoio da Equipa de Cuidados Continuados Integrados local ou quando existe necessidade é feito um prolongamento do prazo de internamento, que permite dar resposta aos problemas que persistem. Esta transferência é efetuada através da RNCCI.

A equipa de profissionais que constitui esta instituição é multidisciplinar e conta com a colaboração de diferentes voluntários. As instalações são recentes e têm tudo o que é essencial ao conforto e bem-estar das crianças e famílias que lá permanecem.

O Kastelo tem capacidade para receber 10 crianças em regime de internamento e 10 crianças em regime de ambulatório que funciona de segunda a sexta das 9 às 19h. Os principais motivos de admissão são descanso do cuidador, reabilitação e cuidados paliativos.

Ao chegarmos à Unidade forneceram-nos uma t-shirt habitualmente usada pelos voluntários da instituição. Importa mencionar que não existe uma farda informal. Os profissionais vestem uma roupa confortável comum a todos, diferindo apenas num apontamento colorido na manga da t-shirt consoante a atividade profissional.

Foi feita uma breve apresentação das instalações e de seguida dirigimo-nos para a sala de refeições, onde estavam todas as crianças internadas e algumas das que integram o regime ambulatório. A maioria das crianças são alimentadas por botão gástrico e são poucos os recursos humanos para suprir esta necessidade num curto espaço de tempo. Os vários profissionais que constituem a equipa colaboram na alimentação dos meninos, no entanto apenas nos que mantêm a via oral. Apenas e exclusivamente os enfermeiros alimentam as crianças através da sonda.

Em seguida é chegada a hora das atividades pedagógicas, terapêuticas ou mesmo lúdicas. Dependendo das condições climáticas privilegia-se o espaço exterior para a realização das atividades. Existem dias destinados para algumas atividades específicas. As segundas e sextas feiras estão destinadas para a música e histórias, um projeto em articulação com a Câmara Municipal de Matosinhos. As terças feiras incluem yoga, aos sábados privilegiam-se as atividades com as famílias e há sempre tempo para celebrações de aniversários ou visitas ao exterior.

Enquanto algumas crianças ficam livres para as atividades mais descontraídas, outras cumprem o seu tempo com terapias (fisioterapia, terapia da fala, cinesiterapia, snoezelen) ou com atividade pedagógica com o professor (de acordo com o seu desenvolvimento psicomotor) e outras são alvo de cuidados de enfermagem (aspiração de secreções, cuidados a feridas, mudança de fralda).

Seja no quotidiano ou situações de extrema complexidade, verificamos a importância do trabalho em equipa. Assistimos a uma situação de dispneia grave, na qual

a criança recuperou de forma mais evidente depois da colaboração da fisioterapeuta juntamente com o médico e a enfermeira.

Todos os dias são especiais no Castelo e apesar das rotinas que estão estabelecidas para se organizar o dia-a-dia, tudo é adaptado àquela criança e àquele momento. Observamos a atenção especial com a alimentação dum criança ventilada, em que lhe são atendidas as suas preferências pessoais como douradinhos, arroz de feijão ou triângulos de queijo. Uns curtos instantes a saborear o alimento que lhe apetece é de elevada satisfação para o próprio, mas também para o profissional pois é capaz de atender o seu pedido e proporcionar momentos de alegria e satisfação. Indo de encontro ao tema da alimentação saudável constatamos que a ementa das crianças é elaborada por uma nutricionista, que tem em conta as necessidades individuais e que alguns dos alimentos confeccionados são provenientes da horta do Castelo, onde é colhida uma grande variedade de produtos frescos.

Especial é o momento de receber a criança em regime de ambulatório; ouvir com atenção todas as informações transmitidas pelo pai ou pela mãe pois vão orientar os cuidados ao longo do dia. A ida às diferentes consultas de especialidade assume uma importância vital, é dali que podem vir boas ou más notícias. Reparámos no grande contentamento relacionado com o facto de ir a apenas uma consulta e regressar com a consulta de uma outra especialidade também resolvida. Tudo o que possa parecer habitual e isento de preocupações para uma criança saudável, para estas crianças e famílias assume uma dimensão gigantesca e somos levados a concordar com a filosofia do Castelo, onde o importante é *dar vida aos dias* e não aumentar dias à vida. Surge igualmente a esperança, que de acordo com Charepe (2014) é um fenómeno amplo e multidimensional, que é importante para a promoção, manutenção e sustentação da vida, que está associado ao bem-estar dos pais e à proteção dos mesmos face à ansiedade e sofrimento.

No final do período de observação podemos afirmar que alcançamos os objetivos inicialmente propostos e que foi inteiramente gratificante conhecer esta instituição. Após uma semana junto de crianças em situação de especial complexidade salientamos o papel do EEESIP na promoção do conforto, através do alívio da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, assim como no relacionamento estabelecido com a família para promover a adaptação à incapacidade e doença crónica. A prestação de

cuidados como EEESIP traduz-se numa prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e família tendo em consideração o universo da criança procurando eliminar barreiras e introduzir instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente (Diário da República, 2011b).

5. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Durante o percurso acadêmico e profissional narrado neste documento, pretende-se que sejam adquiridas e desenvolvidas competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do EEESIP e competências de Mestre. Iremos desenvolver uma análise crítica sobre as referidas competências no decorrer do presente capítulo e relacioná-las com as atividades desenvolvidas durante os diferentes estágios. Inicialmente serão tratadas as competências comuns do Enfermeiro Especialista, em seguida, as competências específicas do EEESIP e por fim as competências de Mestre.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, competência significa “saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 11). A competência abarca os saberes ou comportamentos decorrentes da formação inicial ou contínua e ao longo da vida profissional e a sua avaliação não é imediata, só é possível após mobilizadas as habilidades para situações concretas (Mestrinho, 2008).

As competências clínicas especializadas resultam do aprofundamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais, levando à aquisição daquilo que são as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2011a).

Enfermeiro Especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem ao qual foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Diário da República, 1996).

5.1. Análise Reflexiva das Competências Comuns

Independentemente da área de especialização, os enfermeiros especialistas partilham competências comuns, sendo que o enfermeiro especialista demonstra competências que são aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde quer sejam de cuidados de saúde primários, secundários ou terciários (Diário da República, 2011a).

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista define competências comuns como:

Competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Diário da República, 2011a).

As competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se divididas por quatro domínios, sendo estes; a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são duas:

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e responsabilidades profissionais (Diário da República, 2011a)

Cabe-nos referir que este domínio esteve sempre presente ao longo de todos os estágios e atividades desenvolvidas, baseando a prática clínica no Código Deontológico da profissão, respeitando os direitos humanos e responsabilidades profissionais e tendo em conta os princípios éticos. Relembrando o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem da saúde da criança e do jovem, que pretendem promover uma reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional importa

saber que a sua visão fomenta a equidade no acesso aos cuidados especializados numa perspectiva de promoção de saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, respeitando os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível indo de encontro ao que se pretende alcançar com estas competências (Diário da República, 2015b).

Garantimos que em todos os contactos estabelecidos com a criança e sua família foram desenvolvidas as competências inseridas neste domínio. As decisões foram tomadas em parceria com o binómio criança/família não esquecendo a importância de prevenir as práticas de risco.

Ainda no campo ético e legal, elaboramos um trabalho sobre a Presença do Acompanhante no Serviço de Urgência Pediátrica, onde constou uma reflexão crítica sobre o tema e a importância do agir reflexivo em Enfermagem. Ainda sobre a realização deste trabalho, apresentamos uma comunicação livre no congresso da OE com a mesma temática (Anexo IV).

Quanto ao domínio da melhoria da qualidade são apresentadas três competências e relativamente ao estágio na UCIN destacamos a primeira e terceira. Colaboramos na continuidade de um projeto da UCIN relativamente à promoção do aleitamento materno e a sua influência na prevenção da obesidade infantil. Os dados recolhidos encontram-se a ser trabalhados e pretendemos divulgá-los posteriormente com a sua publicação. Em todos os cuidados prestados foi assegurado um ambiente terapêutico seguro e salientamos medidas de prevenção e controlo de infeção constantes e preocupação manifestada no respeito pela identidade cultural das crianças e famílias.

Quanto à saúde escolar reforçamos a implementação do projeto de intervenção de enfermagem sobre a Promoção da Alimentação Saudável dirigido a crianças em idade pré-escolar.

Durante o período de observação no Castelo destacamos a competência *cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro*, já que a maioria dos cuidados têm subjacente o conforto, nomeadamente o alívio da dor, a promoção de um ambiente calmo e tranquilo, a prevenção de quedas e de úlceras de pressão (Diário da República, 2011a).

As atividades de gestão, coordenação e supervisão desenvolvidas ao longo dos diferentes estágios permitiram o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados. Na UCIN evidenciamos uma prestação de cuidados responsável e integrada no seio da equipa multidisciplinar, bem como otimizamos os diferentes recursos às necessidades de cada doente e de cada turno. A enfermeira tutora assumiu o papel de responsável de turno e colaboramos nalgumas atividades inerentes à gestão do serviço. É necessário gerir e distribuir os cuidados pela equipa de enfermagem, assim como as tarefas das assistentes operacionais, gerir os diferentes materiais e equipamentos necessários ao funcionamento do serviço e assegurar condições de conforto e segurança na unidade.

Relativamente à experiência de cuidados na comunidade, apontamos a evolução na capacidade de liderança e gestão dos recursos para a execução do referido projeto de intervenção. Foi notória a diferença de desempenho no estágio 1, comparativamente ao estágio final, onde assumimos claramente a tomada de decisão sobre as atividades a desenvolver, bem como os recursos e estratégias a utilizar.

Referindo a experiência no Castelo, asseguramos a qualidade dos cuidados prestados nesta instituição, como a real articulação existente entre os diferentes profissionais que constituem a equipa multiprofissional evidenciando-se a tomada de decisões conjunta.

Transversal a todos os contextos de estágio destacamos o método de cuidados de enfermeira responsável que se traduz em cuidados individualizados e holísticos, trazendo ganhos para os destinatários dos mesmos. O enfermeiro tem uma visão global dos utentes e toma decisões tendo em conta a totalidade da pessoa e não só partes da mesma.

No que respeita ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram notórios o autoconhecimento e a assertividade perante situações de especial complexidade emocional, onde destacamos o estabelecimento da relação profissional e a capacidade de resolução de conflitos.

Referindo a competência da prática clínica especializada baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento foi garantida ao longo de todo o estágio através da

demonstração de conhecimentos válidos e atuais e no contributo para produzir novo conhecimento para o desenvolvimento da prática clínica especializada ao elaborar uma revisão sistemática sobre o aleitamento materno e sua relação com a obesidade infantil e a colaboração na continuidade do projeto existente na UCIN.

Na busca e desejo de atingir elevados padrões de conhecimento e sustentar a prática clínica em evidência científica atualizada desenvolvemos o último domínio de competências comuns do Enfermeiro Especialista. Além das atividades desenvolvidas em estágio, também contribuíram para estas competências a frequência e aprovação das diferentes unidades curriculares, como também as diferentes formações pertinentes neste contexto (Diário da República, 2011a).

5.2. Análise Reflexiva das Competências Específicas do EEESIP

A especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem engloba a prestação de cuidados desde o nascimento até aos 18 anos, podendo a idade ser alargada para os 21 anos em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência (Diário da República, 2011b).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa,...), 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 (Diário da República, 2011b, p. 8653).

Nesta área de especialização o enfermeiro deve deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência bem como avaliar a família e responder às suas necessidades, tendo em consideração o alvo dos seus cuidados como um binómio criança e família, com vista à sua adaptação às mudanças de saúde e dinâmica familiar (Diário da República, 2011b).

Relativamente às competências específicas do EEESIP, assumimos que adquirimos e desenvolvemos capacidades no âmbito das três competências: assistimos o RN, crianças e adolescentes com a família, na maximização da sua saúde; cuidamos do RN, crianças e adolescentes e família em situações de especial complexidade e prestamos cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento do RN, crianças e adolescentes (Diário da República, 2011b). Pensamos que a descrição das atividades ao longo do capítulo anterior permite evidenciar o desenvolvimento pessoal e profissional no sentido da prática especializada.

De acordo com a primeira competência e durante o percurso na UCIN os cuidados foram planeados, executados e avaliados de acordo com cada RN e sua família, promovendo a parentalidade e a adoção de comportamentos potenciadores de saúde, garantindo o encaminhamento dos mesmos para as instituições existentes na comunidade na preparação da alta. Perante as situações identificadas como risco de maus tratos e /ou negligência encaminhamos para outros profissionais no seio da equipa para melhor resolução e segurança do RN.

No que respeita aos cuidados de saúde primários, na competência *Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde* destacamos essencialmente a execução do projeto de intervenção e as atividades realizadas com e para a crianças em idade pré-escolar. Intervimos em programas no âmbito da saúde escolar, tendo em conta a participação e motivação das crianças para assumir o seu papel para aquisição de hábitos de vida saudáveis. As consultas de Saúde Infantil e Juvenil foram igualmente uma oportunidade para trabalhar com as crianças/adolescentes e suas famílias no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, assim como da avaliação de conhecimentos e comportamentos relativos à sua própria saúde.

Quanto ao Castelo confirmamos o desenvolvimento da primeira competência específica, na qual o binómio criança/família assume uma dimensão constante e fomentamos conhecimento e aprendizagem de habilidades facilitadoras do desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de doença.

Relativamente à competência *Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*, adquirimos novos contributos e conhecimentos que permitiram

alcançar o seu desenvolvimento (Diário da República, 2011b). Garantimos a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor associadas a conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

Durante o estágio no Kastelo foram mobilizados recursos em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a diferentes abordagens e terapias. Fomentamos a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica e à deficiência/incapacidade, assim como estratégias promotoras da esperança.

Na competência *Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem* evidenciamos a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, assim como a promoção da vinculação no caso do RN doente ou com necessidades especiais (Diário da República, 2011b). Ao longo do estágio na UCIN ficou claro o desempenho na promoção da amamentação e no envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN quando possível.

A terceira competência foi igualmente desenvolvida com a execução do projeto de intervenção com o objetivo de promover a alimentação saudável, e consequentemente promover o crescimento e o desenvolvimento infantil. As atividades desenvolvidas ao longo do estágio expressam naturalmente o desempenho manifestado quanto aos conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças pré-escolares; à avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e na transmissão de orientações antecipatórias às famílias, maximizando o potencial de desenvolvimento infanto-juvenil. Para este aspeto também contribuíram as consultas de saúde infantil e juvenil realizadas na UCSP. Os adolescentes representam uma franja da idade pediátrica e a promoção da sua auto-estima e auto-determinação foram desenvolvidas durante as consultas de saúde infantil e juvenil e nas sessões para a saúde realizadas com os temas da sexualidade e do bullying. Realçamos a comunicação estabelecida com as diferentes crianças, onde o feedback foi extremamente positivo evidenciado pelo entusiasmo e participação durante o decorrer das sessões de educação para a saúde.

5.3. Análise Reflexiva das Competências de Mestre

Referente ao Ministério da Educação, o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro regulamenta o regime jurídico dos graus e diplomas do Ensino Superior e refere quais as competências necessárias para conferir o grau de Mestre (Diário da República, 2016).

Nesse sentido, no artigo 15º são declarados os elementos que o candidato deve demonstrar para lhe ser conferido o grau de mestre e neste percurso foram vários os conhecimentos, habilidades, experiências, atividades que contribuíram para o seu alcance.

Em primeiro lugar, o grau de mestre é conferido a quem demonstre possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que desenvolva e aprofunde os conhecimentos na licenciatura e que permitam e constituam a base de desenvolvimentos ou aplicações originais, em muitos casos de investigação (Diário da República, 2016). Esta competência foi desenvolvida ao longo de todo o percurso do curso de mestrado com perfil profissional, onde evidenciamos um crescimento e diferenciação pessoais e profissionais. Evoluímos em relação aos conhecimentos obtidos no 1º ciclo de estudos e obtivemos contributos para desenvolver capacidades no domínio de investigação, visíveis nos trabalhos elaborados até este momento.

Quanto a saber aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas em novas situações em contextos alargados foi atingido pelo facto de termos contactado com novas realidades na maioria das unidades curriculares e também nos locais de estágio (Diário da República, 2016). Foram mobilizados conhecimentos e atitudes que permitiram desenvolver a capacidade de resolução de problemas até agora desconhecidos, nomeadamente no âmbito da alimentação saudável.

Para a aquisição da terceira competência, demonstramos capacidade para incorporar conhecimentos, lidar com questões complexas, emitir juízos em situações de pouca informação, assim como reflexões sobre as implicações éticas e sociais (Diário da República, 2016). Neste aspeto revelamos o desenvolvimento da reflexão crítica e análise perante a tomada de decisões e suas consequências, tendo como âncora os princípios éticos e sociais que baseiam a prática clínica. Esta competência encontra-se relacionada

com as competências comuns do Enfermeira Especialista, (onde são enaltecidas as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal) (Diário da República, 2011a) e o código deontológico do enfermeiro, que declara que o profissional tem a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade e deve responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega (Diário da República, 2015a).

Referente à comunicação das conclusões obtidas de forma clara e precisa resta-nos aguardar pela etapa final deste caminho, quando terminarmos este documento e o apresentarmos em prova pública (Diário da República, 2016). Incluímos nesta competência a divulgação de algumas conclusões de momentos formativos e a pretensão de publicação de um artigo e da revisão sistemática elaborados no Estágio Final.

Relativamente às competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma, cabe-nos afirmar que desenvolvemos capacidades de exercer a prática clínica especializada sob a mais atualizada evidência e obtivemos contributos que nos permitirão perpetuar esse caminho.

Foram imensas as oportunidades que permitiram adquirir e desenvolver competências de EEESIP e de Mestre e é com segurança e satisfação que afirmamos que não desperdiçamos nenhuma delas e foi com sucesso que atingimos o culminar da formação especializada.

6. CONCLUSÃO

Com a conclusão do relatório pretendemos apresentar os principais resultados alcançados através da sua elaboração e os ganhos pessoais e profissionais conquistados ao longo deste percurso igualmente académico.

A alimentação saudável oferece vários benefícios para a saúde da população e para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil. Várias entidades salientam o papel da alimentação saudável na prevenção de doenças, nomeadamente a obesidade infantil. A prevenção da obesidade infantil assume uma prioridade mundial e é necessário um envolvimento multissetorial para a sua concretização. Trata-se de um problema de saúde pública que tem atingido crianças cada vez mais jovens.

As crianças em idade pré-escolar aumentam a diversidade alimentar e passam grande parte do seu dia na escola, sendo importante a influência da família e da escola na educação alimentar para fomentar comportamentos e hábitos alimentares saudáveis.

A escola é um local privilegiado para receber e implementar projetos de promoção da saúde. Salientamos o PNSE que pretende promover estilos de vida saudáveis e elevar o nível de literacia em saúde, tendo como uma das suas áreas de intervenção a alimentação saudável e atividade física.

Pretendemos transmitir a ideia que diante a promoção da alimentação saudável na criança em contexto pré-escolar é relevante a parceria entre vários atores, como a família, a escola, os profissionais de saúde e também as autarquias. A capacitação da família é alcançada através da parceria estabelecida e cabe ao enfermeiro especialista reforçar a capacidade da mesma para que os pais tomem as decisões adequadas em prol da saúde da criança.

Nesta etapa académica e de acordo com a linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida, seguimos a metodologia do trabalho projeto para implementar a nossa intervenção e atingir os objetivos propostos.

Foram vários os propósitos aos quais nos dispusemos e nesta etapa afirmamos que fomos capazes de atingir os objetivos inicialmente definidos. Ao longo do presente documento evidenciamos capacidade de refletir sobre a prática clínica e demonstramos essa capacidade através da descrição crítica das diferentes fases do percurso percorrido. As escolhas e decisões assumidas basearam-se nos conhecimentos mais atuais e na evidência científica e constam deste relatório.

O desenho do projeto que decidimos implementar encontra-se descrito pormenorizadamente num dos capítulos deste documento, assim como os seus resultados e avaliação. Os resultados obtidos foram positivos e apesar de pouco expressivos, manifestam algumas mudanças nos hábitos alimentares das crianças estudadas. Não foi possível atingir todos os objetivos definidos e isso enquadra-se numa das limitações do estudo. Não conseguimos envolver e capacitar os pais na promoção da alimentação saudável. Faltou motivação da educadora para contagiar e incluir os pais neste projeto. O espaço temporal em que decorreu o projeto talvez não tenha sido o ideal, dada a proximidade com a época festiva e a diversidade de atividades nessa altura do ano.

Apontando as pesquisas futuras e referindo o grau de Mestre destacamos as competências adquiridas e os seus contributos para que o caminho da investigação seja percorrido cada vez mais autonomamente. Esperamos alargar este projeto ao restante concelho e incluir novas variáveis no estudo, de forma a conhecermos melhor as dinâmicas familiares para adequar mais e melhores estratégias na promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil.

Os objetivos definidos para os diferentes contextos de cuidados foram igualmente atingidos e essas experiências permitiram adquirir e desenvolver as competências de enfermeiro especialista e de mestre. Foi extremamente positivo e enriquecedor conhecer realidades diferentes da nossa e com elas evoluir pessoal e profissionalmente, aplicando os conhecimentos e capacidade de resolução de problemas às novas situações. Salientamos ainda o desenvolvimento da capacidade de refletir e desenvolver soluções, bem como transmitir os conhecimentos e conclusões obtidas de forma clara, sem omitir a vontade de querer continuar a aprender.

Relativamente à importância do EEESIP na Saúde Escolar pensamos que ficou claro o seu papel na condução para a mudança de comportamentos. É evidente que o enfermeiro adquire ferramentas que lhe permitem assumir um papel de destaque na promoção da saúde e bem-estar das crianças associado com a competência comum do profissional que deve conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade e com a competência específica do Enfermeiro Especialista em intervir em programas no âmbito da saúde escolar.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ae2 [REDACTED]. (s. d.). Obtido 13 de Junho de 2017, de [http://www.ae2\[REDACTED\].pt/escola-basica-e-ji-salvada/](http://www.ae2[REDACTED].pt/escola-basica-e-ji-salvada/)

Agrupamento de Escolas nº 2 de [REDACTED]. (s. d.). Obtido 24 de Abril de 2017, de [http://www.ae2\[REDACTED\].pt/centro-escolas-s-joao-baptista/](http://www.ae2[REDACTED].pt/centro-escolas-s-joao-baptista/)

American Psychological Association. (s. d.). APA Style. Obtido 10 de Abril de 2018, de <http://www.apastyle.org/>

Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2012). *Lanches Escolares - Guia de Bolso* (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, Ed.). Porto.

Baptista, M. I. M. (2006). *Educação Alimentar em Meio Escolar Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável*. (Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, Ed.). Lisboa.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa)*. (Quarteto Editora, Ed.). Coimbra.

Caldeira, K. M. S., Souza, J. M. P. de, & Souza, S. B. de. (2015). Excesso De Peso E Sua Relação Com a Duração Do Aleitamento Materno Em Pré-Escolares. *Journal of Human Growth and Development*, 25(1), 89–96.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96786>

Camarinha, B., Ribeiro, F., & Graça, P. (2015). *O Papel das Autarquias no Combate à Obesidade Infantil* (Acta Portuguesa de Nutrição). Associação Portuguesa dos Nutricionistas.

Candeias, V., Nunes, E., Morais, C., Cabral, M., & Da Silva, P. R. (2005). *Princípios para uma Alimentação Saudável*. (Direção Geral de Saúde, Ed.). Lisboa.

- Cardoso, A., Silva, A., & Marín, H. (2015). Parenting competencies: development of an assessment instrument. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (Nº 4), 11–20. <https://doi.org/10.12707/RIV14012>
- Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C. T. de, Abrantes, E., Mota, E. A., ... Lima, R. M. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. (Direção Geral da Educação & Direção Geral de Saúde, Eds.). Lisboa.
- Carvalho, E., Simão, M., Fonseca, M., De Andrade, R., Ferreira, M., Silva, A., ... Fernandes, B. (2013). *Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção* (23 (1)). *Revista Med Minas Gerais*. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20130012>
- Carvalho, M. R., & Tavares, L. A. M. (2014). *Amamentação Bases Científicas*. (Guanabara Koogan, Ed.) (3ª). Rio de Janeiro.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of advanced nursing*, 22(6), 1058–62. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8675858>
- Casey, A. (2008). Ideal Partnerships. *Paediatric Nursing*, 20 (5).
- Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in practise. *Nursing Times*, 84(44).
- Charepe, Z. (2014). *Promover a Esperança em Pais de Crianças com Doença Crónica. Modelo de Intervenção de Ajuda Mútua*. (Universidade Católica, Ed.). Lisboa.
- Chora, M. A. (2013). *Os Dilemas dos Pais das Crianças/Jovem com Excesso de Peso e Obesidade no Alentejo: uma Análise Sociológica. Tese para obtenção do Grau de Doutor*. Universidade de Évora.

- Cibin, Bruna C; Pichelli, Tathiany; Sanches, Seisse G G; Carvalho, R. M. M. (2013).
Concordância entre Emissões Otoacústicas e Potencial Evocado de Tronco
Encefálico (automático) em neonatos. *Distúrbios da Comunicação*, 25 (3), 368–
374. Obtido de
<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/download/17727/13211>
- Cordeiro, M. (2015). *Crianças e Famílias num Portugal em Mudança*. (Fundação
Francisco Manuel dos Santos, Ed.). Lisboa.
- Costa, J. dos S. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Escola Superior de
Enfermagem de Viseu - 30 anos*, 234–251. Obtido de
<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>
- De Onis, M. (2015). *Curvas de Referência da Organização Mundial da Saúde*. (M. L.
Frelut, Ed.). Genebra: ECOG.
- Diário da República. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto
Lei nº 161/1996 de 4 setembro (1996). Portugal.
- Diário da República. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro
Especialista, Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro (2011a). Portugal.
- Diário da República. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, Regulamento nº
123/2011 de 18 fevereiro (2011b). Portugal.
- Diário da República. Lei nº 156/2015 de 16 de setembro (2015). Portugal: Diário da
Republica.
- Diário da República. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados
Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, Regulamento nº
351/2015 (2015). Portugal.

- Diário da República. Decreto de Lei nº 63/2016 de 13 setembro (2016). Portugal.
- Diário da República. Portaria nº 66/2018, Portaria nº 66/2018 (2018). Portugal.
- Direção Geral de Saúde. (s. d.). Alimentação Saudável. Obtido 14 de Junho de 2017, de <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/biblioteca/saude-e-doenca-alimentacao-saudavel/>
- Direção Geral de Saúde. (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)* (No. 24). Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2012b). Programa Nacional Para Promoção Alimentação Saudável. Obtido 25 de Abril de 2017, de <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/>
- Direção Geral de Saúde. (2012c). *Saúde Infantil e Juvenil Programa Nacional*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2016a). *Redução do Consumo de Açúcar em Portugal: Evidência que Justifica Ação*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2016b). *Relatório Técnico Programa Nacional de Saúde Escolar*.
- Duarte, M. E. (2011). *Estilos de Vida Familiar e Peso Excessivo na Criança em Idade Pré-Escolar. Tese de Doutoramento em Enfermagem*. Universidade de Lisboa.
- Ehrenthal, D. B., Wu, P., & Trabulsi, J. (2016). Differences in the Protective Effect of Exclusive Breastfeeding on Child Overweight and Obesity by Mother's Race. *Maternal and Child Health Journal*, 20(9), 1971–1979. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2015-z>
- Equipa da Unidade de Neonatologia. (s. d.). *Unidade de Neonatologia: Guia de Acolhimento*. ██████.

- Falander, C., & Shafranske, E. (2014). Clinical Supervision: The State of the Art. *Journal of Clinical Psychology*, 70(11), 1030–1041.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22124>
- Fanaroff, Avroy A & Fanaroff, J. M. (2015). *KLAUS & FANAROFF Alto Risco em Neonatologia Tradução da 6ª edição*. (Elsevier, Ed.) (6ª). Rio Janeiro.
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Nº 15*.
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Mis, N. F., ... Molgaard, C. (2017). Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(1), 119–132. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
- Freire, I., Simão, A., & Ferreira, A. (2006). O estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico - um questionário aferido para a população escolar portuguesa. *Revista Portuguesa de Educação*, 157–183.
- George, J. P. (2014). *Prematuros*. (Fundação Francisco Manuel dos Santos, Ed.). Lisboa.
- Goes, A. R., Câmara, G., Loureiro, I., Bragança, G., Saboga Nunes, L., & Bourbon, M. (2015). «Papa Bem»: investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 33(1), 12–23.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.002>
- Gomella, T. L. (2006). *Neonatologia Manejo, Procedimentos; Problemas no Plantão; Doenças e Farmacologia Neonatal*. (Artmed, Ed.) (5ª). Porto Alegre.
- Graça, P., Nogueira, P. J., Farinha, C. S., Soares, A. P., Alves, M. I., Afonso, D., ... Sousa, S. M. (2014). *Alimentação Saudável em Números - 2014*. Lisboa.

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Hockenberry, M. J. ., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (Lusociência, Ed.) (9ª edição). Loures.
- Leça, A., Sarmiento, A. M., Freitas, G., Marques, J. G., Marques, L. H., Santos, L. A., ... Fernandes, T. (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. (Direcção-Geral da Saúde, Ed.). Lisboa.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno - Edição revista 2012* (Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional *Iniciativa Hospitalis Amigos dos Bebés*, Ed.). Lisboa.
- Lourenço, M. (2015). *Obesidade Infantil. Prevenir é a melhor opção*. Leya.
- Lourenço, M., Santos, C., & do Carmo, I. (2014). Nutritional status and dietary habits in preschool-age children. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 1), 7–14. <https://doi.org/10.12707/RIII12140>
- Melo, P., & Alves, P. (2013). Enfermagem e Nutrição em contexto comunitário: A Importância da Saúde Escolar. *Revista Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica, VII (1)*, 61.
- Mendes, J., Silva, L. J. da, & Santos, M. J. (2012). Cuidados paliativos neonatais e pediátricos para Portugal - um desafio para o século XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa, 43, Nº 5*, 218–222.
- Mestrinho, M. de G. (2008). Papéis e Competências dos Professores de Enfermagem. Um quadro de análise. *Pensar Enfermagem, 12, nº 2*, 2–12.
- Meyer, D. M., Brei, C., Stecher, L., Much, D., Brunner, S., & Hauner, H. (2017). The relationship between breast milk leptin and adiponectin with child body composition from 3 to 5 years: a follow-up study. *Pediatric Obesity, 12*(August),

125–129. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12192>

Ministério da Saúde. (2017). *Boletim de Saúde Infantil e Juvenil* (Março 2017). INCM.

Nazareth, M., Rego, C., Lopes, C., & Pinto, E. (2016). *Recomendações Nutricionais em Idade Pediátrica: o Estado da Arte* (Acta Portuguesa de Nutrição, Ed.). Associação Portuguesa dos Nutricionistas.

Neves, R. (2016). A nutrição da mãe e a nutrição precoce - influência nas doenças crónicas não transmissíveis. Em T. Ventura & M. Gomes (Coords.), *OS PRIMEIROS 1000 DIAS Actuar desde a Concepção para melhorar a Saúde das Próximas Gerações* (Cultiva Livros, Ed., pp. 41–50). Lisboa.

Nunes, E., & Breda, J. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. (Direção Geral de Saúde, Ed.). Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros). Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, *I*(3), 134. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boaprat_ica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos* (Ordem dos Enfermeiros). Lisboa.

Orfão, A., Santos, A., Gouveia, C., & Santos, C. (2014). Registo do Aleitamento Materno: Relatório janeiro a dezembro 2013, 27.

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal.

Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34(3), 259–275.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

Pereira, L., Abrão, A., Ohara, C., & Ribeiro, C. (2015). Maternal experiences with specificities of prematurity that hinder breastfeeding. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(1), 55–63. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000540014>

PNPAS. (s. d.). Nutrimento. Obtido 22 de Março de 2018, de

<https://nutrimento.pt/cartazes/a-roda-da-alimentacao-mediterranica/>

PNPAS. (2017). Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável 2017, 19.

Queiroz, A., Mota, I., & Cardoso, S. (2015). *O Direito à Alimentação Saudável no Contexto das Políticas Nutricionais. 02* (Acta Portuguesa de Nutrição, Ed). Associação Portuguesa dos Nutricionistas.

Rego, C., Pinto, E., Nazareth, M., Lopes, C., & Graça, P. (2013). Alimentação e Crescimento nos Primeiros Anos de Vida: a propósito do EPACI Portugal 2012 (p. 45). Lisboa. Obtido de https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1445005594EPACI2013.pdf

Rito, A., Breda, J., & Carmo, I. do. (2010). *Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil*. (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Ed.) Lisboa.

Rito, A., & Graça, P. (2015). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: relatório COSI Portugal 2013*. (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Ed.). Lisboa.

Rito, A., Sousa, R. C. de, Mendes, S., & Graça, P. (2017). *Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI Portugal 2016*. (INSA, Ed.). Lisboa.

Rolland-Cachera, M. F., Akrouf, M., & Péneau, S. (2015). *História e Significado do Índice da Massa Corporal. Interesses de Outras Medidas Antrométricas*. ECOG.

- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*, XX, nº1, 26–31.
- Santos, T., & Moreira, A. C. (2017). *Alimentação em Contexto Pré-Escolar: Relação com Estado Nutricional e Local de Residência*. (Associação. Portuguesa. de Nutrição, Ed.) (8.^a ed.). Associação Portuguesa de Nutricionistas.
- Silveira, J. A. C., Colugnati, F. A. B., Poblacion, A. P., & Taddei, J. A. A. C. (2015). The role of exclusive breastfeeding and sugar-sweetened beverage consumption on preschool children's weight gain. *Pediatric Obesity*, 10(2), 91–97. <https://doi.org/10.1111/ijpo.236>
- Silveira, J., Colugnati, F., Poblacion, A., & Taddei, J. (2015). The role of exclusive breastfeeding and sugar-sweetened beverage consumption on preschool children's weight gain. *Pediatric Obesity*, 10(2), 91–97. <https://doi.org/10.1111/ijpo.236>
- Simões, S., Ferreira, J., Braga, S., & Vicente, H. (2015). Bullying, vinculação e estilos educativos parentais em adolescentes do 3º ciclo do ensino básico. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1, nº 1, 30–41. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.1.8>
- UCC [REDACTED]. (2016). *Plano de Ação 2016 - UCC de [REDACTED]. [REDACTED]*.
- ULS [REDACTED]. (s. d.). Obtido 6 de Março de 2018, de [http://www.uls\[REDACTED\].min-saude.pt/category/institucional/missao/](http://www.uls[REDACTED].min-saude.pt/category/institucional/missao/)
- Uwaezuoke, S., Eneh, C., & Ndu, I. (2017). Relationship Between Exclusive Breastfeeding and Lower Risk of Childhood Obesity: A Narrative Review of Published Evidence. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 11(0). <https://doi.org/10.1177/1179556517690196>
- Vaz, A., Silva, D., Rego, C., & Viana, V. (2010). *Determinantes Comportamentais em Crianças e Adolescentes com Diagnóstico de Obesidade* (volume 16). Alimentação Humana.

World Health Organization. (2005). *The European Health Report 2005: public health action for healthier children and populations*. Dinamarca.

World Health Organization. (2012). *Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of Childhood Obesity*. Geneva.

World Health Organization. (2013). Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. Obtido 20 de Fevereiro de 2018, de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf

World Health Organization. (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2017). Childhood overweight and obesity. Obtido 1 de Janeiro de 2017, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>

Zheng, J., Liu, H., Li, J., Chen, Y., Wei, C., Shen, G., ... Li, D. (2014). Exclusive Breastfeeding Is Inversely Associated with Risk of Childhood Overweight in a Large Chinese Cohort. *The Journal of Nutrition. Nutritional Epidemiology.*, 144(9), 1454–1459. <https://doi.org/10.3945/jn.114.193664>.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Cronograma

Data	30 /10 a 5/11	6/11 a 12/11	13/11 a 19/11	20/11 a 26/11	27/11 a 3/12	4/12 a 10/12	11/12 a 17/12	18/12 a 22/12
Atividades								
Reunião com educadora								
Observação e registo dos lanches								
Elaboração e Preenchimento checklist								
Realização da visita ao Mercado Municipal								
Sessão Educação Saúde: Roda dos Alimentos								
Sessão Educação Saúde: Composição lanches saudáveis								
Elaboração do Mapa mensal e autocolantes								
Workshop sobre Lanches Saudáveis								
Workshop com chef Nuno Queiroz Ribeiro (a)								
Avaliação do Projeto								

APÊNDICE B - Consentimento Informado

Exmo(a) Sr(a) Encarregado(a) de Educação:

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da elaboração do Relatório Final de Estágio de Mestrado

Eu, Sílvia Alexandra Gonçalves de Sousa licenciada em Enfermagem, aluna de Mestrado em Enfermagem em Associação da Universidade de Évora encontro-me a realizar estágio no âmbito da Saúde Escolar com o tema de Alimentação Saudável das crianças em idade pré-escolar.

Durante o estágio irei desenvolver um projeto que pretende promover a alimentação saudável nas crianças que frequentam o Jardim de Infância do Centro Escolar S João Batista.

Nesse sentido gostaria de contar com a sua colaboração e a participação do seu educando nas atividades a desenvolver que incluem observação e caracterização dos lanches e sessões de educação para a saúde.

Através da recolha destes dados será possível identificar pontos de melhoria na composição dos lanches e definir sugestões para a constituição de lanches saudáveis, tendo sempre em vista a promoção dum crescimento e desenvolvimento adequados e prevenção de doenças.

Grata pela atenção e disponibilidade,

Sílvia Sousa

Contacto: [REDACTED] / silvianurs@hotmail.com

Por favor preencha e devolva o destacável à Educadora de Infância.

Eu, _____ Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a) _____ autorizo () / não autorizo () a participação do meu educando no projeto.

(assinale com uma cruz a sua opção)

APÊNDICE C - Sessão Educação para a Saúde: *Roda dos Alimentos*

Plano Sessão 1

Fases	Conteúdos Programáticos	Dinamização		Preletores	Tempo (min.)
		Métodos e Técnicas	Recursos Materiais		
Introdução	Apresentação dos formadores	Expositivo		Sílvia Sousa Lina Dias	5
	Apresentação do tema Objetivo Geral Objetivos Específicos				
Desenvolvimento	Roda dos Alimentos: - noções básicas	Expositivo Interrogativo	Cartaz Roda dos Alimentos	Sílvia Sousa Lina Dias	10
	Jogo do Semáforo Alimentar	Ativo	-Quadro Magnético; - Desenhos de alimentos magnéticos.	Sílvia Sousa Lina Dias	15
Conclusão	Síntese dos conteúdos	Expositivo		Sílvia Sousa Lina Dias	5
	Avaliação/Discussão	Interrogativo	Cartolinas com Faces	Sílvia Sousa Lina Dias	5
Tempo Total: 40'					

APÊNDICE D – Plano de Sessão Educação para a Saúde: *Visita ao Mercado*

Plano Sessão 2

Fases	Conteúdos Programáticos	Dinamização		Preletores	Tempo (min.)
		Métodos e Técnicas	Recursos Materiais		
Introdução	Apresentação dos formadores	Expositivo		Sílvia Sousa Lina Dias	5
	Apresentação do tema				
	Objetivo Geral				
	Objetivos Específicos				
Desenvolvimento	Visita ao mercado municipal	Expositivo Interrogativo		Sílvia Sousa Lina Dias	40
	Ficha de Trabalho	Ativo	Folhas A4; Lápis de cor; Peças de fruta.	Sílvia Sousa Lina Dias	30
Conclusão	Síntese dos conteúdos	Expositivo		Sílvia Sousa Lina Dias	5
	Avaliação/Discussão	Interrogativo	Cartolinas com Faces	Sílvia Sousa Lina Dias	5
Tempo Total: 85'					

APÊNDICE E - Sessão Educação para a Saúde: *Visita ao Mercado*

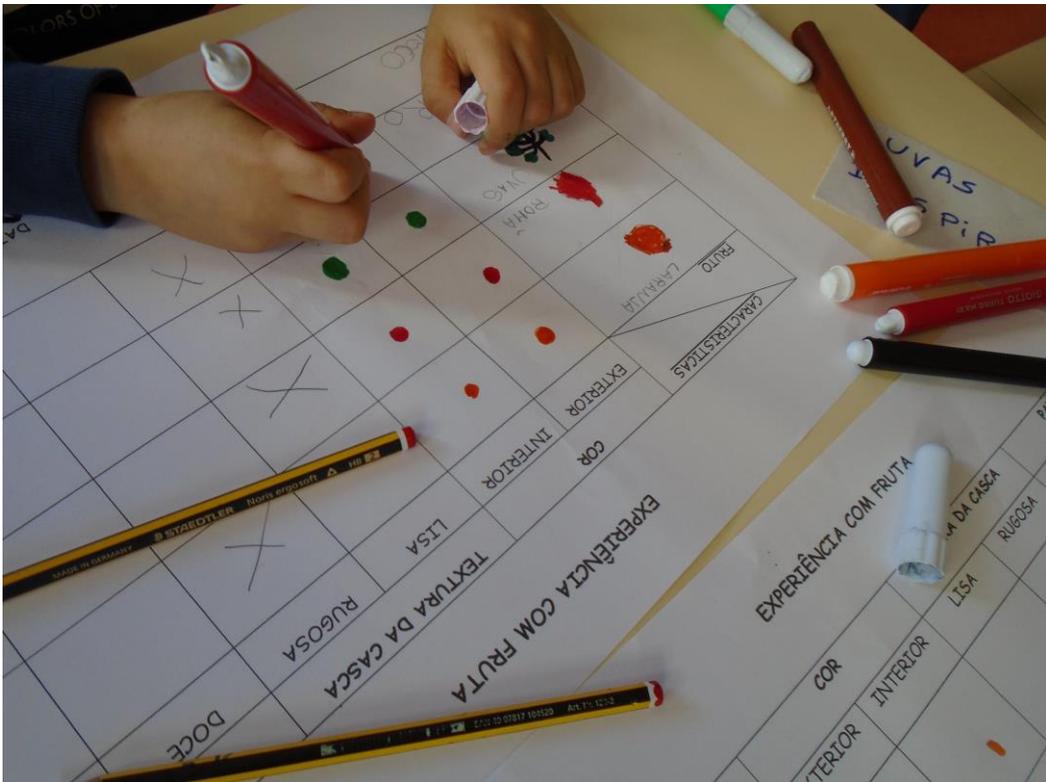
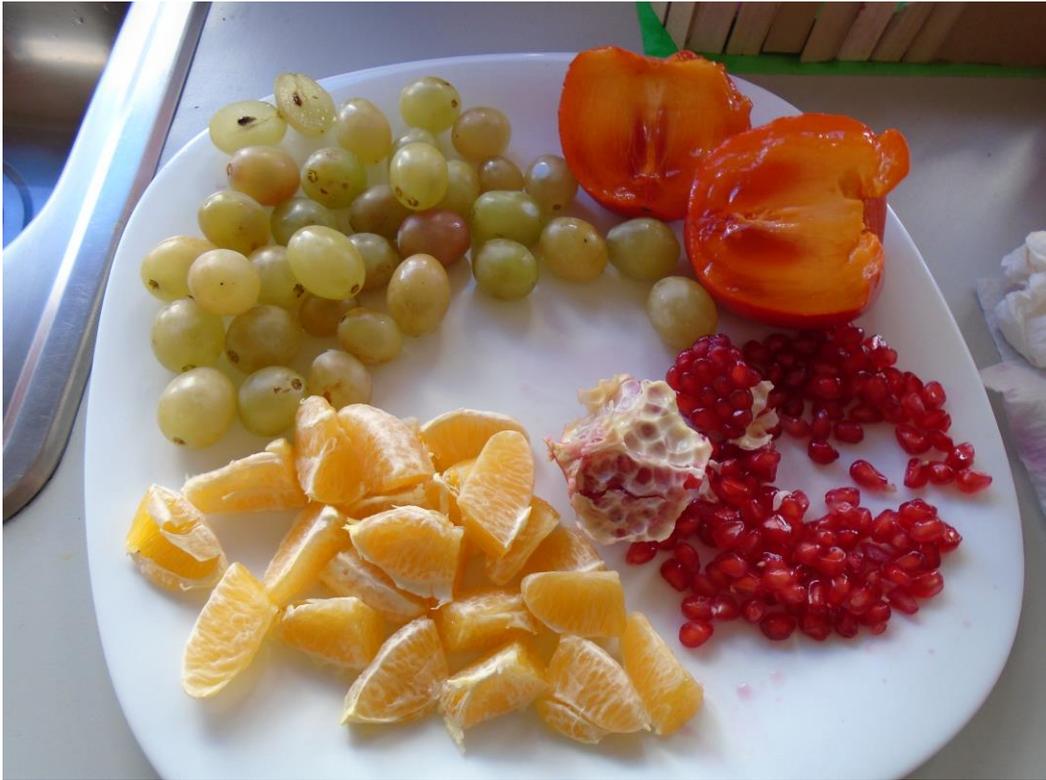




APÊNDICE F - Atividade da Sessão de Educação para a Saúde: *Prova da Fruta*

EXPERIÊNCIA COM FRUTA

<u>CARACTERÍSTICAS</u> <u>FRUTO</u>	COR		TEXTURA DA CASCA		PALADAR	
	EXTERIOR	INTERIOR	LISA	RUGOSA	DOCE	AMARGO



EXPERIÊNCIA COM FRUTA

CARACTERÍSTICAS	COR		TEXTURA DA CASCA		PALADAR	
	EXTERIOR	INTERIOR	LISA	RUGOSA	DOCE	AMARGO
FRUTO LARANJA 						
ROMA 						
UVAS 						
DIOSPIRO 						

NOME: [REDACTED]
DATA: 20 NOVEMBRO 2017



APÊNDICE G - Dados Antropométricos

Dados Antropométricos Turma Pré-Escolar

	IDADE (m)	PESO (Kg)	ALTURA (cm)	IMC	PERCENTIL	ZScore
1	68	16	107	14	18,1	-0,91
2	67	20	112	15,9	66,8	0,44
3	61	21,8	119	15,4	54,1	0,10
4	62	17,6	111	14,3	24,7	-0,69
5	46	15,9	104	14,9	39,3	-0,27
6	39	15,1	96	16,6	80,9	0,88
7	72	21,8	119	15,4	24,8	-0,68
8	70	18,7	119	13,2	6,1	-1,54
9	60	17,4	104	16,1	84,3	1,01
10	72	17,4	110	14,4	27,1	-0,61
11	66	24,2	112	19,3	98,2	2,10
12	51	17,9	105	16,5	78,6	0,79
13	69	32,1	119	22,7	>97	3,26
14	64	24,2	116	18	96,3	1,79
15	69	19,4	113	15,2	48	-0,05
16	69	16,7	106	14,9	39,6	-0,26
17	53	19,8	105	18,2	97,8	2,01
18	69	15,6	107	13,6	11,7	-1,19
19	67	19,6	114	15,1	44,1	-0,15
20	43	17	103	16,2	74,7	0,66
21	69	19	109	16	67,5	0,45
22	71	16,7	107	14,6	28,7	-0,56
23	55	16,3	102	15,9	68,6	0,48
24	65	18,7	109	15,7	63,9	0,36
25	72	24,2	120	16,8	84,6	1,02

APÊNDICE H - Sessão Educação para Saúde dirigida aos Pais



LANCHES SAUDÁVEIS

Sílvia Sousa (Mestrado em Enfermagem)
Maria Antónia Chora (Escola Superior Enfermagem S João Deus – Évora)
Lina Dias (Enfermeira - Saúde Escolar)
Ana Margarida Ramalho (Nutricionista)

27 Novembro 2017



31,6% das crianças apresentaram excesso de peso (incluindo obesidade), sendo 13,9% obesas. Comparando estes dados com os da 2ª fase a prevalência de excesso de peso e de obesidade diminuiu de 35,7% (2010) para 31,6% (2013) e de 14,7% (2010) para 13,9% (2013)

COSI 2015

“28,5% das crianças em Portugal entre os 2 e os 10 anos têm excesso de peso, entre as quais 12,7% são obesas”

APCOI 2017

Comer mal é o principal responsável por perda de anos de vida saudáveis dos portugueses e a obesidade é o maior problema de saúde pública.



Impedir aumento de peso de crianças e jovens com peso a mais;
Diminuir em 10% a quantidade de açúcar dos alimentos doces;
Aumentar em 5% o número de pessoas que come fruta e legumes todos os dias;
Aumentar em 20% o número de pessoas que conhece a alimentação mediterrânica.

PNPAS/DGS 2017

Roda dos Alimentos Mediterrânica

- Escolha alimentos locais e da época
- Valorize a gastronomia saudável
- Partilhe refeições – partilhe tradições
- Use ervas aromáticas
- Lembre-se dos frutos gordos
- Mexa-se. Divirta-se
- Se é adulto e bebe vinho faça-o às refeições e com moderação



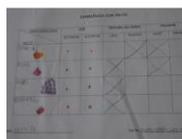
O que fizemos?

- sessão sobre a roda dos alimentos e alimentação saudável;
- jogo semáforo alimentar;
- visita ao mercado municipal;



O que fizemos?

- atividade com fruta e suas características;
- atividade com a roda dos alimentos;
- atividade de composição de uma lancheira saudável;
- avaliação peso e altura;
- observação e registo dos lanches.



Lanche Saudável?

Composto por alimentos de 3 grupos:



Não esquecer a água!!!

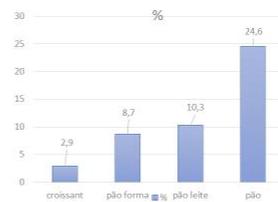


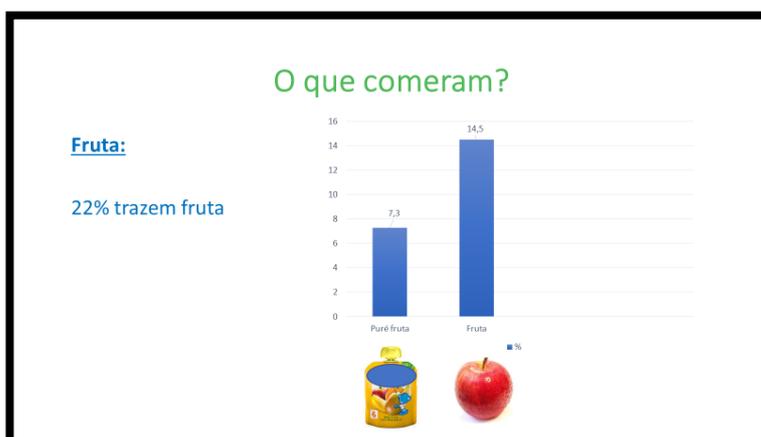
O que comeram?

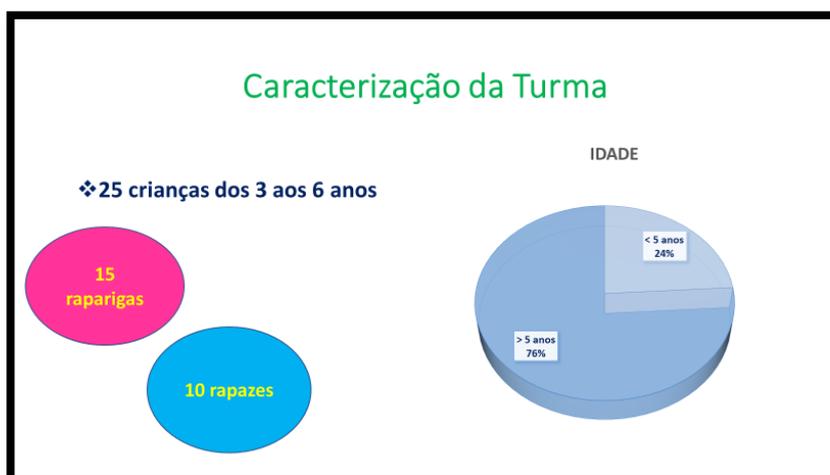
Cereais e derivados:

24,6% pão

21,9% alimentos processados







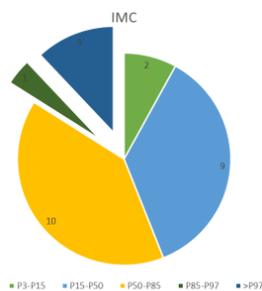
3 e 4 anos

- 4 crianças encontram-se entre P50 – P85;
- 1 criança tem excesso de peso, ou seja $P > 97$.

5 e 6 anos

- 10 crianças encontram-se abaixo do P50;
- 6 crianças encontram-se entre P50-P85;
- 3 crianças encontram-se acima do P85(1 tem excesso de peso e 2 têm obesidade).

No universo de 25 crianças...



- 21 crianças tem IMC considerado normal;
- 4 crianças têm excesso de peso, das quais 2 tem obesidade (16% , 8%).



Estamos no bom caminho...



O que podemos fazer para melhorar?

APÊNDICE I – Plano de Sessão Educação para Saúde: *A Lancheira*

Plano Sessão 3

Fases	Conteúdos Programáticos	Dinamização		Preletores	Tempo (min.)
		Métodos e Técnicas	Recursos Materiais		
Introdução	Apresentação dos formadores	Expositivo		Sílvia Sousa Lina Dias	5
	Apresentação do tema				
	Objetivo Geral				
	Objetivos Específicos				
Desenvolvimento	Alimentos dos 3 grupos que devem constituir o lanche: - Laticínios; - Cereais; - Fruta.	Expositivo Interrogativo	Cartaz Roda dos Alimentos	Sílvia Sousa Lina Dias	10
	Jogo de elaboração das lancheiras	Ativo	-diferentes alimentos (pão; iogurtes; sumos; leite; fruta; bolos;...) - lancheiras	Sílvia Sousa Lina Dias	15
Conclusão	Síntese dos conteúdos	Expositivo		Sílvia Sousa Lina Dias	5
	Avaliação/Discussão	Interrogativo	Cartolinas com Faces	Sílvia Sousa Lina Dias	5
Tempo Total: 40'					

APÊNDICE J – Sessão de Educação para Saúde: *A Lancheira*







APÊNDICE K – Tabela para registro dos lanches

APÊNDICE L – Mapa Mensal dos Lanches

APÊNDICE M – Revisão Integrativa

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Aleitamento Materno Exclusivo e Obesidade em Idade Pré-Escolar: que Relação?

Lactancia Materna Exclusiva e Obesidad en Edad Pre-Escolar: qué Relación?

Exclusive Breastfeeding and Obesity in Preschool: what Relationship?

Autores:

Sílvia Sousa: Licenciada em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital José Joaquim Fernandes, EPE, em Beja, silvianurs@hotmail.com

Antónia Chora: Professora Doutora na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, mafcc@uevora.pt

Correspondência: silvianurs@hotmail.com

Évora

Janeiro 2018

RESUMO

Introdução: O aleitamento materno exclusivo (AME) é preconizado pela Organização Mundial de Saúde até aos 6 meses de idade. A obesidade infantil é atualmente um problema de saúde pública, sendo fundamental a sua prevenção. **Objetivos:** Identificar os benefícios do AME na redução da obesidade infantil nas crianças pré-escolares. **Métodos:** Incluíram-se estudos que relacionassem o AME e obesidade em crianças em idade pré-escolar. A pesquisa foi realizada através do motor de busca EBSCO e Pub Med com o intervalo de tempo entre 2013 e 2017. Foram identificados 82 artigos e consideraram-se 4 estudos para a revisão. **Resultados:** Os estudos analisados demonstram o efeito positivo do AME relativamente à diminuição da obesidade infantil. A longa duração do mesmo está igualmente associada ao baixo risco de excesso de peso comparativamente a reduzida duração de AME. **Conclusão:** O AME tem diferentes benefícios para as crianças, incluindo diminuição do risco de obesidade. Há diferentes variáveis que podem influenciar a obesidade e é essencial que sejam padronizadas estratégias de pesquisa para encontrar estratégias de sucesso na implementação duradoura do AME, o que conduzirá a ganhos em saúde.

Palavras-chave: Aleitamento materno exclusivo, obesidade infantil, pré-escolar.

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna exclusiva (AME) es preconizada por la Organización Mundial de la Salud hasta los 6 meses de edad. La obesidad infantil es actualmente un problema de salud pública, siendo fundamental su prevención. **Objetivos:** Identificar los beneficios del AME en la reducción de la obesidad infantil en los niños preescolares. **Métodos:** Se incluyeron estudios que relacionas el AME y obesidad en niños en edad preescolar. La investigación fue realizada a través del motor de búsqueda EBSCO y Pub Med con el intervalo de tiempo entre 2013 y 2017. Se identificaron 82 artículos y se consideraron 4 estudios para la revisión. **Resultados:** Los estudios analizados demuestran el

efecto positivo del AME sobre la disminución de la obesidad infantil. La larga duración del mismo está también asociada al bajo riesgo de sobrepeso en comparación con la reducida duración de AME. **Conclusión:** El AME tiene diferentes beneficios para los niños, incluyendo disminución del riesgo de obesidad. Hay diferentes variables que pueden influir en la obesidad y es esencial que sean estandarizadas estrategias de investigación para encontrar estrategias de éxito en la aplicación duradera del AME, lo que conducirá a ganancias en salud.

Palabras clave: Lactancia materna exclusiva, obesidad infantil, edad pre-escolar.

ABSTRACT

Introduction: Exclusive breastfeeding (EB) is recommended by the World Health Organization until 6 months of age. Childhood obesity is currently a public health problem, and its prevention is fundamental. **Objectives:** To identify the benefits of EB in reducing childhood obesity in pre-school children. **Methods:** Studies that correlate EB and obesity in pre-school children were included. The research was conducted through the EBSCO and Pub Med search engine with the time interval between 2013 and 2017. We identified 82 articles and considered 4 studies for the review. **Results:** The studies analyzed demonstrate the positive effect of EB in reducing childhood obesity. Its long duration is also associated with the low risk of overweight compared with the reduced duration of EB. **Conclusion:** EB has different benefits for children, including decreased risk of obesity. There are different variables that can influence obesity and it is essential that research strategies be standardized to find successful strategies in the long-term implementation of EB, which will lead to health gains.

Keywords: Exclusive breastfeeding, childhood obesity, preschool children

INTRODUÇÃO

“O leite materno é um alimento vivo, completo e natural adequado para quase todos os recém-nascidos (...) e as suas vantagens existem tanto para o bebé, como para a mãe. É o método mais barato e seguro para alimentar os bebés e é assumido mundialmente que é a melhor forma de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida (Levy & Bértolo, 2012).

O apoio, proteção e promoção do aleitamento materno constituem uma mais-valia para a saúde pública pelo facto de que são as práticas alimentares que condicionam o estado nutricional dos lactentes e das crianças (Direção Geral de Saúde, 2016b) e desta forma podemos fomentar a promoção da saúde e prevenção da doença nas crianças, apostando numa alimentação saudável desde o início do seu ciclo de vida.

As mais recentes recomendações da European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) incluem o *timing* e diferentes tipos de alimentos que devem constituir a diversificação alimentar, destacando os benefícios do AME (Fewtrell et al., 2017).

De acordo com o Registo de Aleitamento Materno (Orfão et al., 2014) AME implica que o lactente receba leite materno, (inclusive se retirado com bomba ou doado por uma ama), e permite que receba soro de reidratação oral, gotas, xaropes (vitaminas, minerais, medicamentos), e nada mais.

A ESPGHAN reitera que o AME prolongado pode estar associado a um reduzido risco de infeções gastrointestinais e respiratórias e que pode existir um risco aumentado de alergia se os sólidos forem introduzidos antes dos 3 ou 4 meses. O momento da introdução da alimentação diversificada aos 4 ou 6 meses não mostrou influenciar crescimento ou adiposidade durante a infância ou a primeira infância, mas a introdução antes dos 4 meses pode estar associada ao aumento da adiposidade posterior (Fewtrell et al., 2017) .

Uma criança com alimentação saudável irá ter ganhos em saúde, enquanto que uma criança com excesso de peso ou obesidade terá problemas

de saúde e produzirá despesas financeiras para o país. Os números da obesidade infantil têm aumentado nos últimos anos, constituindo-se esta como um problema de saúde pública, ou mesmo como a epidemia do século XXI (Baptista, 2006; E. Carvalho et al., 2013; T. Santos & Moreira, 2017; Vaz et al., 2010).

O COSI Portugal cumpriu a sua quarta ronda no final de 2017 com a publicação dos dados relativos ao estado nutricional de crianças em idade escolar durante os anos de 2015/2016. A prevalência nacional foi a seguinte: 30,7 % excesso de peso e 11,7% obesidade, reduzindo os valores relativamente a 2008 (Rito et al., 2017). O percurso é positivo, no entanto, e de acordo com Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) pretende-se que em 2020 seja possível impedir o aumento de crianças e jovens com peso a mais (PNPAS, 2017).

As consequências diretas da obesidade na saúde da criança não estão visivelmente definidas, mas há uma relação entre a doença e o risco para doenças crónicas não transmissíveis, como diabetes, patologias ortopédicas, doenças oncológicas e problemas psicossociais como discriminação, isolamento e baixa autoestima. Há ainda a referir a associação com a diminuição do sucesso escolar (Rito & Graça, 2015).

Crianças com excesso de peso e obesas são mais suscetíveis de serem adultos obesos e mais propensos a desenvolverem doenças não transmissíveis como a diabetes mellitus, doenças cardiovasculares numa idade mais jovem e cáries dentárias. Excesso de peso e obesidade, bem como as doenças relacionadas com esta morbilidade são, em grande parte, evitáveis, logo, a prevenção da obesidade infantil requer uma prioridade importante (Direção Geral de Saúde, 2016a; World Health Organization, 2017).

De acordo com o anteriormente referido, cresce a necessidade de associar o papel do AME relativamente à obesidade infantil. Diferentes estudos têm investigado essa ligação, mas torna-se relevante defender e implementar estratégias céleres e eficazes na diminuição da obesidade infantil nas crianças em idade pré-escolar, onde se verificam problemas e não sobejam as intervenções.

Neste sentido, esta revisão tem como objetivo identificar os benefícios do AME na redução da obesidade infantil nas crianças pré-escolares.

MÉTODO

Para a elaboração desta revisão seguiu-se a metodologia de Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs, 2015) e formulou-se a pergunta de investigação que orienta esta revisão: *Quais os benefícios do aleitamento materno exclusivo na redução da obesidade infantil nas crianças pré-escolares?*

De acordo com a pergunta de investigação foram elaborados os critérios de inclusão dos artigos desta revisão, seguindo a metodologia PICO (Participants, Intervention, Comparisons, Outcomes).

- População: crianças pré-escolares;
- Intervenção: crianças que foram alimentadas com leite materno de forma exclusiva;
- Outcomes: redução da obesidade infantil;

A pesquisa foi efetuada nas bases de dados que compõem o motor de busca EBSCO e na PubMed, usando como limite inferior o ano de 2013 e limite máximo o ano de 2017 e decorreu entre setembro de 2017 e janeiro 2018. O intervalo de tempo que foi considerado pretende refletir a evidência mais recente sobre a temática a investigar. Foram considerados para inclusão nesta revisão estudos escritos em português, inglês e espanhol. Foram usadas as seguintes palavras-chave e booleanos: *exclusive breastfeeding AND obesity in children*.

A pesquisa inicial teve como resultado 82 artigos e posteriormente à leitura e análise dos títulos foram excluídos 69 artigos. Tendo em conta os critérios de inclusão e a leitura integral dos resumos, excluíram-se 5 documentos, 2 por repetição e os restantes pela idade dos participantes. Foram consultados igualmente sites relevantes para a questão e depois de excluídos artigos na sua maioria pela idade dos participantes não corresponder à previamente definida, adicionou-se 1 artigo.

Dos 9 artigos analisados e submetidos a avaliação da qualidade metodológica, 5 foram excluídos por não cumprirem com os requisitos

identificados pelas ferramentas de avaliação crítica de Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs, 2015).

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos e o processo de recolha e síntese de dados foi feita por dois revisores de forma independente com recurso a tabelas de forma a facilitar a sua análise. As tabelas permitirão visualizar rapidamente elementos como identificação do estudo; país e data; participantes; objetivo do estudo; e resultados do mesmo.

Finalmente será apresentada uma síntese de todos os resultados, verificando-se ou não os benefícios do AME na redução da obesidade nas crianças pré-escolares.

RESULTADOS

Os estudos encontrados têm origem em diferentes países e os que foram incluídos foram desenvolvidos no Brasil (2 estudos), Estados Unidos da América (EUA) (1 estudo) e China (1 estudo).

Quanto aos participantes pode-se referir que a idade varia entre os 2 e os 6 anos, abrangendo desta forma a idade pré-escolar conforme definido como critério de inclusão. As amostras variaram entre 219 e 42550 participantes.

Relativamente ao desenho, assumem características diferentes: 2 estudos transversais e 2 estudos de coorte.

A Tabela 1 apresenta o resumo dos dados extraídos, com o intuito de sistematizar, visualizar e comparar os resultados obtidos.

TABELA 1 – SÍNTESE DOS ARTIGOS ANALISADOS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	OBJETIVO	AMOSTRA	RESULTADOS
<p>Excesso De Peso E Sua Relação Com a Duração Do Aleitamento Materno Em Pré-Escolares</p> <p>Caldeira, K; Sousa,J; Souza,S</p> <p>Brasil - 2015</p>	<p>Verificar a prevalência de excesso de peso e sua relação com o aleitamento materno em crianças de 48 a 60 meses.</p>	<p>219 crianças de 48 a 60 meses</p>	<p>A prevalência de crianças com excesso de peso foi de 9,6%. O AME até os 6 meses ou mais foi oferecido a 32,11% das crianças. O estudo aponta uma relação positiva entre a presença de AME e a ausência de excesso de peso em crianças de 48 a 60 meses para a categoria de AME por 6 meses ou mais. Relação semelhante não foi encontrada para o aleitamento materno complementado.</p>
<p>Differences in the Protective Effect of Exclusive Breastfeeding on Child Overweight and Obesity by Mother's Race.</p> <p>Ehrenthal, D; Wu, P; Trabulsi, J</p> <p>EUA - 2016</p>	<p>Explorar a relação entre a amamentação exclusiva e o risco de sobrepeso e obesidade infantil aos 4 anos, numa raça mista e comunidade étnica.</p>	<p>2172 díades mãe-bebé</p>	<p>Aos 4 anos, crianças exclusivamente amamentadas tinham menor índice de massa corporal (IMC) e uma diminuição da probabilidade de percentil > 85 (quando comparado com aqueles alimentados exclusivamente com fórmula ou alimentação mista) A análise da sub-população mostrou efeito significativo para o percentil > 85 apenas para crianças de mães não-hispânicas de raça branca. Para crianças de mães não hispânicas de raça negra a amamentação exclusiva não foi associada a uma diferença de IMC, no entanto, houve uma maior probabilidade de sobrepeso ou obesidade.</p>

<p>Exclusive Breastfeeding Is Inversely Associated with Risk of Childhood Overweight in a Large Chinese Cohort</p> <p>Zheng, Ju-Sheng <i>et al</i></p> <p>China - 2014</p>	<p>Investigar a relação entre AME e o risco de sobrepeso infantil em crianças de 4 a 5 anos de idade no Sudeste da China</p>	<p>42550 crianças com idade entre os 48 e 60 meses</p>	<p>Crianças com AME de maior duração tiveram um risco significativamente menor de sobrepeso.</p>
<p>The role of exclusive breastfeeding and sugar-sweetened beverage consumption on preschool children's weight gain.</p> <p>Silveira, J; Colugnati, F; Poblacion, A; Taddei, J</p> <p>Brasil - 2015</p>	<p>Investigar, simultaneamente, o papel do AME e o consumo de bebidas açucaradas no aumento de peso infantil pré-escolar.</p>	<p>2421 crianças com idade entre 24 e 59 meses</p>	<p>Houve um efeito significativamente protetor da duração do AME no aumento de peso durante o primeiro ano de vida.</p> <p>O consumo de bebidas açucaradas promoveu um efeito 2,5 vezes maior do que o AME no aumento de peso das crianças.</p>

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os 5 artigos analisados são diferentes entre si, não apenas pela amostra, como pelas variáveis estudadas e a localização geográfica onde foram realizados.

O **E 1** (Caldeira et al., 2015) trata-se de um estudo transversal realizado no Brasil, com uma amostra de 219 crianças. A metodologia consistiu em avaliar os dados antropométricos, para posterior cálculo de IMC, classificação nutricional em 2 categorias (com excesso de peso e sem excesso de peso) e aplicação de um questionário com questões sobre a duração do aleitamento materno, alimentação atual, dados demográficos e socioeconómicos.

Em 219 crianças a prevalência de excesso de peso encontrada foi de 9,6% e o AME por 6 meses ou mais apresentou-se como fator de proteção contra o excesso de peso na infância. Verificou-se ainda elevada prevalência nas crianças que nunca receberam AME e baixas prevalências relacionadas com aleitamento materno durante 12 meses ou mais e AME durante 6 meses ou mais. Outros dados foram analisados, mas não serão descritos pela não relevância para esta discussão.

Relativamente aos dados de aleitamento materno há a referir que cerca de 83% da amostra foi amamentada por algum período e que o AME até aos 6 meses, tal como é recomendado verificou-se em 32,11% das crianças. Os autores ressaltam que a relação positiva entre aleitamento materno e proteção contra o excesso de peso é presente apenas com AME, não se verificando com o aleitamento materno. Neste estudo salienta-se o facto de os números relativos ao aleitamento materno complementado e AME serem inferiores às médias nacionais e ao que é recomendado pela literatura.

O **E 2** (Ehrental et al., 2016) desenrolou-se numa comunidade específica e suscita o interesse por sugerir que o efeito protetor do aleitamento materno face ao excesso de peso e obesidade pode ser diferente mediante etnias e raças diferentes. Trata-se de um estudo de coorte com uma amostra de 2172 díades mãe e bebé e a metodologia utilizada consistiu em obter dados das crianças através da consulta de registos eletrónicos. A amostra foi dividida em

três grupos e juntamente com os dados da alimentação do bebé, foram recolhidos dados sociodemográficos.

Neste estudo, aos 2 meses de idade, a prevalência de AME é de 19,9%, enquanto que a alimentação com fórmula infantil de forma exclusiva é de 68,6% e a alimentação mista ronda os 11,5%. As diferenças entre os três grupos são significativas: as mães não-hispânicas de raça branca foram as mais propensas a amamentar de forma exclusiva, enquanto que as mães não-hispânicas de raça negra eram as que menos reportariam AME e as mães hispânicas reportariam mais a alimentação mista. Verificou-se que o AME estaria relacionado com mães mais velhas, IMC mais baixo, casadas, nascidas fora dos Estados Unidos da América e que não fumaram durante a gravidez.

Os resultados mostram que as crianças alimentadas exclusivamente com fórmula infantil ou de forma mista apresentaram um IMC superior às crianças com AME. O efeito protetor observado foi limitado a crianças de mães não hispânicas de raça branca. Os investigadores alertam para o facto do maior risco de excesso de peso/obesidade surgir nas crianças amamentadas de mães de raça negra e sugerem mais investigação neste ponto, já que pode ser justificado pelos diferentes hábitos de saúde e de práticas de alimentação infantil.

Dessa forma há que fazer mais investigação nesse sentido e implementar medidas para a promoção do AME que tenham em conta, simultaneamente as necessidades raciais e étnicas.

Perante este estudo há que evidenciar o curto espaço de tempo no qual foi avaliado o AME e que pensar se os registos eletrónicos traduzirão com fiabilidade a alimentação dos participantes.

O Estudo realizado na China (**E 3**) tem um desenho de coorte e conta com uma amostra de mais de 42000 crianças (Zheng et al., 2014). A metodologia seguida foi semelhante a outros estudos e constou da avaliação de dados antropométricos e questionário aos pais das crianças sobre a sua alimentação em diferentes momentos (1,3,6,9,12 meses e depois anualmente até aos 5-6 anos).

A prevalência de AME superior a 6 meses é de 14,8%, enquanto que aos 4-5 anos, o risco de excesso de peso é 11,4% e o excesso de peso é de 3,2%. Importa salientar que a prevalência de AME é superior no género feminino e o risco de excesso de peso e excesso de peso é inferior no mesmo género.

Tal como nos estudos anteriores foram estabelecidas relações com outras variáveis que podem auxiliar na compreensão dos resultados.

Os resultados deste estudo sugerem que uma maior duração de AME ou qualquer amamentação foi associado a menor risco de sobrepeso na infância.

O tamanho da amostra é um dos pontos fortes do estudo, bem como as informações recolhidas por pediatras ficarem bem documentadas em cada exposição.

O seguinte estudo brasileiro **(E4)** pretende avaliar o papel do AME no aumento de peso das crianças pré-escolares, como também o papel do consumo de bebidas açucaradas (J. Silveira, Colugnati, Poblacion, & Taddei, 2015). Tem uma amostra de 2421 crianças entre os 24-59 meses de idade e a metodologia consistiu na avaliação de dados antropométricos para cálculo do IMC, consulta do peso ao nascer no cartão de nascimento e aplicação de questionários sobre hábitos alimentares e dados económicos e sociais.

Os autores do estudo sugeriram uma hipótese em como o AME teria um efeito protetor perante o aumento de peso e a ingestão de bebidas açucaradas teria um efeito em sentido oposto. Como conclusões os autores corroboraram a hipótese estabelecida e descobriram que o efeito da ingestão das bebidas açucaradas é maior do que o do AME. Sugerem ainda a promoção da alimentação saudável, bem como a do AME nas agendas políticas, não desperdiçando tempo e para posteriormente haver benefícios.

Apesar do número reduzido dos estudos analisados pode-se afirmar que o AME tem benefícios na redução do excesso de peso/obesidade na idade pré-escolar. A razão do interesse nesta faixa etária prende-se com o facto da maioria das intervenções e estratégias estarem direccionadas para as crianças em idade escolar, mas é desde cedo que a obesidade infantil vai tendo expressão. Habitualmente é neste período de tempo que há introdução e aumento da

frequência do consumo de alimentos processados e bebidas açucaradas (14,15, 17).

Não é possível generalizar os dados objetivos recolhidos nestes estudos por diferentes razões: o intervalo de idade das crianças não é o mesmo (apesar de todos se enquadrarem na idade pré-escolar); as variáveis estudadas e relações estabelecidas não são comuns de igual forma a todos os estudos; e o número e tipo de participantes é diferente.

Além do objetivo principal ser bastante semelhante, os quatro estudos avaliaram outros dados para caracterizar a relação entre AME e excesso de peso/obesidade nos pré-escolares. A obesidade é multifatorial e são vários os elementos que podem influenciar a doença. De acordo com os interesses de cada estudo, os investigadores incluíram diferentes variáveis como socioeconómicas, demográficas ou mesmo educacionais. O **E 1** verificou condições socioeconómicas; o **E 2** teve interesse nas especificidades étnicas e raciais e também incluiu variáveis maternas, tal como o consumo de tabaco ou IMC durante a gravidez; o **E 3** além de diferenciar os dados pelos géneros, recolheu diferentes dados maternos; o **E 4** incluiu igualmente dados socioeconómicos da mãe.(14,15,16,17)

O primeiro estudo analisado revela prevalência de excesso de peso de 9,6% em crianças entre os 4 e 5 anos de idade, assim como refere que 83% das crianças foi amamentada alguma vez e 32,11% mantém AME aos 6 meses de idade (Caldeira et al., 2015). O estudo americano revela uma prevalência de AME aos 2 meses de idade de 19,9% nas crianças que foram estudadas aos 4 anos (Ehrenthal et al., 2016). O estudo chinês divulga prevalência de excesso de peso de 14,6% nas crianças de 4 e 5 anos e AME aos 6 meses de 14,8%(Zheng et al., 2014).

Em Portugal, os dados fornecidos pela Direção Geral da Saúde referentes ao ano de 2013 indicam-nos que mais de 98% dos recém-nascidos iniciou leite materno antes da alta e cerca de 22% mantinha AME entre o 5º e 6º mês de idade. Relativamente à prevalência de excesso de peso e obesidade infantil, os dados mais recentes são referentes ao COSI 2016 e este estudo revelou também que 40,7% das mesmas crianças foram amamentadas mais de

6 meses (Orfão et al., 2014; Rito et al., 2017). Ainda referente ao nosso país, um estudo comparativo do meio rural e urbano apresenta prevalências de AME aos 6 meses de respectivamente 18,7% e 17,1%(Lanzaro, Santos, Guerra, Hespanhol, & Esteves, 2015)

CONCLUSÃO

Depois de analisados os estudos importa referir que as variáveis e as metodologias usadas não foram exatamente as mesmas, no entanto os resultados foram comuns: existe benefício do AME perante o excesso de peso/obesidade nas crianças estudadas. Seja pela sua exclusividade ou pela sua duração, cada estudo revela menor IMC, menor prevalência de obesidade ou ainda menor risco de obesidade na presença de AME.

As conclusões dos estudos revelam a mesma evidência: o AME por 6 meses ou mais está associado à ausência de excesso de peso; o efeito protetor de aleitamento materno contra obesidade infantil pode diferir mediante a raça ou etnia; maior duração de AME está associada a menor risco de excesso de peso e o efeito benéfico do AME no aumento de peso.

Alguns estudos abordaram a influência de variáveis maternas nos resultados obtidos e talvez seja indicador de que a promoção do aleitamento materno deva incidir de forma mais persistente durante o período pré-natal, assim como hábitos de vida saudáveis possam ser abordados em contexto de consultas de planeamento familiar, promovendo literacia em saúde e prevenindo doenças não transmissíveis.

Parece evidente que a aposta na promoção do AME é inquestionável e torna-se imperioso um investimento cada vez maior, mais intenso e mais precoce para que os resultados se verifiquem de forma mais expressiva na saúde das crianças.

Através destas constatações verificamos que se trata de um vasto campo de investigação com interesse e pertinência mundial. Como tal, seria importante uniformizar procedimentos metodológicos para iniciar de forma cada vez mais precoce a prevenção da obesidade infantil e englobar padrões comuns

e transversais de estratégias de pesquisa para todos os autores partilharem a mesma linguagem, as mesmas ferramentas.

A ousadia da sugestão passaria por novos estudos nesta área, conduzidos de forma padronizada a nível nacional ou mesmo europeu, na tentativa de replicar resultados mais favoráveis e encontrar estratégias de sucesso na implementação duradoura do AME.

A promoção e o estabelecimento do AME contam com a intervenção de diferentes profissionais de saúde, sendo essencial divulgar de forma contínua os seus benefícios para que, juntamente com medidas políticas protetoras do aleitamento materno seja possível obter contributos na redução da obesidade infantil e conseqüentemente ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levy L, Bértolo H. Manual de Aleitamento Materno. *Clim Chang* 2012-
Phys Sci Basis. 2012;53(9):1–30.
2. Orfão A, Santos Á, Gouveia C, Santos C. Registo do Aleitamento Materno: Relatório janeiro a dezembro 2013. 2014;27.
3. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Mis NF, et al. Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;64(1):119–32.
4. Baptista MIM. Educação Alimentar em Meio Escolar Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável. Curricular D-G de I e de D, editor. Lisboa; 2006.
5. Carvalho E, Simão M, Fonseca M, De Andrade R, Ferreira M, Silva A, et al. Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. 23 (1). *Revista Med Minas Gerais*; 2013. 74-82 p.

6. Santos T, Moreira AC. Alimentação em Contexto Pré-Escolar: Relação com Estado Nutricional e Local de Residência. 8th ed. Nutrição AP de, editor. Associação Portuguesa de Nutricionistas; 2017. 34-37 p.
7. Vaz A, Silva D, Rego C, Viana V. Determinantes Comportamentais em Crianças e Adolescentes com Diagnóstico de Obesidade. volume 16. Alimentação Humana; 2010. 31-36 p.
8. Rito A, Sousa RC de, Mendes S, Graça P. Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI Portugal 2016. INSA I, editor. Lisboa; 2017. 74 p.
9. PNPAS. Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável 2017. 2017;19.
10. Rito A, Graça P. Childhood Obesity Surveillance Initiative: relatório COSI Portugal 2013. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA I, editor. Lisboa; 2015. 41 p.
11. Direção Geral de Saúde. Redução do Consumo de Açúcar em Portugal: Evidência que Justifica Ação. Lisboa; 2016.
12. World Health Organization. Childhood overweight and obesity [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 1]. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>
13. Joanna Briggs. Systematic Review Resource Package [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 15]. Available from: https://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN_SYNTHSISE_Resource-V4.pdf
14. Caldeira KMS, Souza JMP de, Souza SB de. Excesso De Peso E Sua Relação Com a Duração Do Aleitamento Materno Em Pré-Escolares. J Hum Growth Dev. 2015;25(1):89–96.
15. Ehrental DB, Wu P, Trabulsi J. Differences in the Protective Effect of Exclusive Breastfeeding on Child Overweight and Obesity by Mother's Race. Matern Child Health J. 2016;20(9):1971–9.

16. Zheng J, Liu H, Li J, Chen Y, Wei C, Shen G, et al. Exclusive Breastfeeding Is Inversely Associated with Risk of Childhood Overweight in a Large Chinese Cohort. *J Nutr Nutr Epidemiol*. 2014;144(9):1454–9.
17. Silveira JAC, Colugnati FAB, Poblacion AP, Taddei JAAC. The role of exclusive breastfeeding and sugar-sweetened beverage consumption on preschool children's weight gain. *Pediatr Obes* [Internet]. 2015;10(2):91–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ijpo.236>
18. Lanzaro C, Santos P, Guerra A, Hespanhol AP, Esteves MJ. Prevalência do Aleitamento Materno: Comparação entre uma População Urbana e uma População Rural do Norte de Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2015;46:101–8.

ANEXOS

ANEXO I – Parecer Da Comissão de Ética da Universidade de Ética



Documento 18073

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Paulo Infante e Prof.ª Doutora Sandra Leandro, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "O Papel do Enfermeiro Especialista na promoção da Alimentação Saudável" da investigadora **Sílvia Alexandra Gonçalves de Sousa** [mestranda] e Prof.ª Doutora Maria Antónia Fernandes Coelho Chora [responsável académico].

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

[Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo]

ANEXO II – Declaração da UCC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos efeitos, que o projeto a desenvolver no âmbito do Estágio Final do Mestrado em Associação em Enfermagem pelo aluno Nélvia Alexandra Gonçalves de Sousa, com o tema "Alimentação Saudável" se encontra englobado nos objetivos desenvolvidos pela UCC de [redacted] no âmbito do programa de Saúde Escolar.

Beja, 30 de Outubro de 2017.

O Coordenador da UCC de [redacted]


João Dias

ANEXO III – Pedido de Estágio de Observação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Exm^a Senhora
Enfermeira Teresa Fraça
Casa do Castelo

Nossa Referência: 398/UEESESD/2017

Data: 05 de dezembro de 2017

Assunto: Estágio de Observação (estágio final) - Curso de Mestrado em Enfermagem, em associação, especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

De acordo com o plano de desenvolvimento curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem, em associação, da URPESESD e as RSS, solicita-se a V. Exa autorização para que a estudante, SILVIA ALEXANDRA GONÇALVES DE SOUSA SOUSA, possa realizar um Estágio de Observação, no âmbito da no Estágio Final, do Curso de Mestrado em Enfermagem: Especialidade Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na CASA DO CASTELO no período de 17 a 19 de janeiro de 2018.

Para qualquer esclarecimento adicional contactar a Professora Doutora Maria Antónia Chora, através do tel: 266 730300 ou do mail mafc@uevora.pt.

Com os melhores cumprimentos.

O Diretor de Curso do Mestrado

Prof^a Doutora Maria do Céu Marques

AR/AC/

Largo do Senhor de Pobreza, 7000-811 Évora | geral@estujc.uevora.pt | tel.: +351 266 730 300 | fax:

ANEXO IV – Certificado de Apresentação de Comunicação Livre



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

SÍLVIA SOUSA

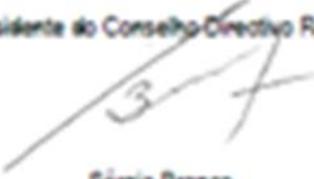
Membro n.º 49513 desta Ordem, participou no II Congresso da Secção Regional do Sul, que se realizou nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, em Setúbal, no Fórum Municipal Luísa Todi, enquanto Coautora da Comunicação Livre apresentada no dia 10 de Novembro de 2017, com o título:

PRESENÇA DO(S) ACOMPANHANTE(S) NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Coautores:
Sílvia Sousa (apresentado por)
Ana Rita Magalhães
Emanuel Cordeiros

Setúbal, 11 de Novembro de 2017.

O Presidente do Conselho Directivo Regional



Sérgio Branco

