



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Gestão de Unidades de Saúde

Prof. Doutor Adriano Pedro

Relatório de Estágio

**“IMPLEMENTAÇÃO DOS PADRÕES DE
QUALIDADE DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM
SAÚDE INFANTIL NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE,
UM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS”**

Maria de Lourdes Pinto Pereira de Araújo

Junho
2012

**Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde
de Portalegre**

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Gestão de Unidades de Saúde

Prof. Doutor Adriano Pedro

Relatório de Estágio

**“IMPLEMENTAÇÃO DOS PADRÕES DE
QUALIDADE DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM
SAÚDE INFANTIL NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE,
UM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS”**

Maria de Lourdes Pinto Pereira de Araújo

Junho

2012

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Adriano Dias Pedro, meu orientador, pela disponibilidade demonstrada e ajuda prestada ao longo da concretização deste Relatório de Estágio.

À Professora Doutora Maria Filomena Marques de Oliveira Martins, coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Ao Dr. Fernando Siborro, Director Executivo do ACES Médio Tejo II - Zêzere, pela receptividade demonstrada face ao Estágio.

Aos meus filhos Pedro, Filipe e Sara, pela compreensão que tiveram nos momentos em que lhes dei menos atenção.

Ao meu marido Fernando, por tudo.

RESUMO

Este Relatório de Estágio surgiu no âmbito do Estágio Integrado do 1º Mestrado em Enfermagem - Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde de Portalegre - Instituto Politécnico de Portalegre.

Realizou-se numa Extensão de Saúde do ACES Médio Tejo II – Zêzere, de 14 de Fevereiro a 24 de Junho de 2011, 360 horas e a intervenção definida foi a qualidade da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil, sendo enfatizados a alimentação no 1º ano de vida da criança e a prevenção da obesidade infantil.

Construíram-se oito Grelhas de Observação, baseadas nos documentos de referência da Direcção-Geral da Saúde, Ordem dos Enfermeiros e aplicação SAPE.

Realizaram-se vinte e uma observações que apontaram para uma Consulta de Enfermagem de qualidade e uma Excelente Prática de enfermagem.

Não obstante foram detectadas necessidades de intervenção, tendo-se optado pela alimentação no primeiro ano de vida e a prevenção da obesidade.

Construíram-se instrumentos de apoio à consulta de enfermagem dirigidos aos pais sob a forma de folheto, poster e apresentação em Powerpoint, introduzidos, durante o Estágio e divulgados a outras Extensões de Saúde.

No final deste Relatório consideramos ter atingido os objectivos a que nos propusemos, com ganhos para o serviço, não tendo sido possível num espaço temporal tão curto avaliar os ganhos em saúde.

Palavras-chave: Prevenção; Obesidade Infantil; Consulta de Enfermagem; Cuidados de Saúde Primários

ABSTRACT

This internship report emerged in the scope of the Integrated Internship of 1º Mestrado em Enfermagem - Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, taught in Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre.

It was carried out on Extensão de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo II – Zêzere, referred to as ACES of Zêzere and was held from February 14th 2011 to June 24th 2011, with a total of 360 hours.

During the Internship, eight Observation Grids were constructed based on Direcção-Geral de Saude, Ordem dos Enfermeiros and the application SAPE’s reference documents.

Twenty-one observations that pointed to a quality Nursing Consultation and an excellent Nursing Practice, were made. Notwithstanding, necessity for intervention was detected and the defined area was the quality of the Nursing Consultation in Child Care, with the feeding during the first year of a child being emphasized.

Tools to support the Nursing Consultation were also built, which were directed to parents, in the form of a booklet, poster and Powerpoint presentation, which were introduced during the Internship and disclosed to other Health Extensions of the ACES.

At the end of this report, we consider having achieved our goals, with gains for the service, having not been possible, in such short notice, to evaluate its impact and respective gains for health.

Keywords: Prevention; Child Obesity; Nursing Consultation; Primary Health Care

ÍNDICE	f
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	8
ÍNDICE DE QUADROS.....	10
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	12
INTRODUÇÃO.....	13
<u>CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</u>	
1 – CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.....	18
2 - DIAGNÓSTICO PRECOCE.....	19
3 - VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA AO RECÉM-NASCIDO.....	20
4 - PARÂMETROS A AVALIAR.....	21
4.1 - CRESCIMENTO.....	21
4.2 - ICTERÍCIA NEO-NATAL.....	24
4.3 - COTO UMBILICAL.....	25
4.4 - PRESENÇA DOS TESTÍCULOS NA BOLSA ESCROTAL.....	25
4.5 - PERDAS VAGINAIS.....	25
4.6 - MOVIMENTO ARTICULAR DA ANCA.....	26
4.7 - DESENVOLVIMENTO.....	26
5 - CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS E TEMAS DE CONVERSA.....	31
5.1 - HIGIENE E VESTUÁRIO.....	31
5.2 - SONO E REPOUSO.....	32
5.3 - ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.....	34
5.4 - DENTIÇÃO.....	43
5.5 - HÁBITOS INTESTINAIS.....	44
5.6 - ACIDENTES E SEGURANÇA.....	47
5.7 - SINAIS E SINTOMAS COMUNS.....	50

5.8 -	SINAIS E SINTOMAS QUE JUSTIFICAM RECORRER AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	53
5.9 -	VACINAÇÃO.....	54
5.10 -	TEMPERAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AFECTOS.....	56
6 -	OBESIDADE INFANTIL.....	63
7 -	A QUALIDADE EM SAÚDE.....	66
8 -	CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	70
8.1 -	CONCEITO DE SAÚDE.....	72
8.2 -	PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	73
8.3 -	PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	74
<u>CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</u>		
1 -	METODOLOGIA.....	77
1.1 -	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO.....	77
1.2 -	CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO.....	80
1.3 -	DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	80
1.3.1 -	Enquadramento Geral do Estágio.....	80
1.3.2 -	Caracterização do ACES Médio Tejo II - Zêzere.....	81
1.4 -	DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	85
1.5 -	FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS.....	86
1.6 -	DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	86
1.7 -	PREPARAÇÃO OPERACIONAL.....	87
1.8 -	AVALIAÇÃO.....	88
1.9 -	PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	90
<u>CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO</u>		
1 -	RESULTADOS.....	93
1.1 -	CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 3º - 6º DIA.....	93
1.2 -	CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 15º DIA.....	94
1.3 -	CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 1º MÊS.....	95

	f
1.4 - CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 2º MÊS	96
1.5 - CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 4º MÊS	97
1.6 - CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 6º MÊS	98
1.7 - CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 9º MÊS	99
1.8 - CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 12º MÊS	100
2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	101
3 - CONCLUSÕES	104
BIBLIOGRAFIA	108
ANEXOS	124
ANEXO I - Curvas de crescimento dos 0 - 24 meses	125
ANEXO II - Teste de Mary Sheridan	130
ANEXO III - Grelhas de Observação	133
ANEXO IV - Folheto alimentação no primeiro ano de vida	150
ANEXO V - Poster alimentação no primeiro ano de vida	153
ANEXO VI - Powerpoint alimentação no primeiro ano de vida	155
ANEXO VII - Carta de pedido de autorização ao director do ACES - Zêzere	163

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACS – Alto Comissariado da Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

Ag HBc – Antígeno do core do vírus da hepatite B

AO – Anti-obstipante

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

AR – Anti-regurgitante

ARS, I P – Administração Regional de Saúde, Instituto Público

BCG – Bacilo de *Calmette e Guérin* - Vacina anti Tuberculose

C – Centígrado

CE – Conselho de Enfermagem

CEE – Comunidade Económica Europeia

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

cm – Centímetro

CNQ – Conselho Nacional da Qualidade

COSI – *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DSMIA – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes

DTPaHibVIP – Vacina anti Difteria - Tétano - Tosse convulsa - doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b – Poliomielite

Ed – Editor

Eds – Editores

ESPGHAN – *European Society for Pediatric, Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*

et al – e outros

g – Grama

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA, IP – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Instituto Público

IOTF – *Internacional Obesity Task Force*

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

JAMA – *Journal of the American Medical Association*

m – Metro

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

NCHS – *National Centre for Health and Statistics*

n.p – Não publicada

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PKU – *PhenylKetonUria*

PNDP – Programa Nacional de Diagnóstico Precoce

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

pp – páginas

RANU – Rastreio Auditivo Neonatal Universal

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIARS – Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde

SINUS – Sistema de Informação nas Unidades de Saúde

SMSL – Síndrome de Morte Súbita do Lactente

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

UI – Unidades Internacionais

UNICEF – *United Nations Children’s Fund*

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – *World Health Organization*

VASPR – Vacina anti Sarampo - Parotidite epidémica - Rubéola

VHB – Vacina anti Hepatite B

ÍNDICE DE QUADROS

	f
Quadro 1 - Número de consultas observadas por idade.....	78
Quadro 2 - Cronologia das observações.....	79
Quadro 3 - Cronograma das actividades desenvolvidas durante o Estágio.....	80
Quadro 4 - Distribuição das áreas abrangidas pelo ACES Zêzere.....	82
Quadro 5 - Distribuição da população residente na área geográfica abrangida pelo ACES Zêzere.....	83
Quadro 6 - Distribuição dos grupos profissionais.....	83
Quadro 7 - Distribuição dos utentes inscritos no ACES Zêzere.....	84
Quadro 8 - Correspondência das consultas ao intervalo de respostas «Efectuado» nos Quartis.....	89
Quadro 9 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas nas consultas do 3º - 6º Dia.....	93
Quadro 10 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 3º - 6º dia.....	93
Quadro 11 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas nas consultas do 15º Dia.....	94
Quadro 12 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 15º dia.....	94
Quadro 13 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas na consulta do 1º Mês.....	95
Quadro 14 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 1º Mês.....	95
Quadro 15 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas na consulta do 2º Mês.....	96
Quadro 16 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 2º Mês.....	96

Quadro 17 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas na consulta do 4º Mês.....	97
Quadro18 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 4º Mês.....	97
Quadro 19 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas na consulta do 6º Mês.....	98
Quadro 20 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 6º Mês.....	99
Quadro 21 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas na consulta do 9º Mês.....	99
Quadro 22 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 9º Mês.....	99
Quadro 23 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas na consulta do 12º Mês.....	100
Quadro 24 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 12º Mês.....	100

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	f
Gráfico 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos no ACES - Zêzere.....	85

INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório de Estágio surge no âmbito do Estágio Integrado do 1º Mestrado em Enfermagem - Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, leccionado na Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre.

O Estágio teve o propósito de desenvolver competências específicas em enfermagem avançada na área da Gestão de Unidades de Saúde, tendo sido definidos os seguintes Objectivos do Mestrado:

1 - Desenvolver competências de análise e de elucidação de problemas complexos;

2 - Adquirir capacidade de:

- ✓ Extrair aplicações da teoria, sem ignorar informação contraditória;
- ✓ Resolver problemas numa perspectiva de integração e interdisciplinar;
- ✓ Utilizar conhecimentos teóricos actualizados e desenvolvimentos teóricos, em conjugação com uma análise da sua relevância, para o exercício profissional e para a investigação aplicada;
- ✓ Formular uma opinião independente relativamente a novos desenvolvimentos, baseando-se em conhecimentos ao mais elevado nível;
- ✓ Auto-reflexão e de identificação dos pontos fortes e dos pontos fracos próprios;
- ✓ Efectuar escolhas lógicas, baseadas em pressupostos previamente validados, e de as fundamentar teórica e metodologicamente;
- ✓ Crítica acerca dos resultados obtidos e dos métodos de solução utilizados;
- ✓ Comunicar as suas conclusões – e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes – quer a especialistas, quer não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- ✓ Aquisição independente de conhecimentos.

3 - Desenvolver as competências de aprendizagem que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo;

4 - Capacitar para a reflexão sobre e de encarar os problemas de natureza ética e normativa e as responsabilidades sociais à aplicação do conhecimento e à profissão.

O Estágio realizou-se numa Extensão de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo II – Zêzere, adiante designado ACES do Zêzere e decorreu de 14 de Fevereiro a 24 de Junho de 2011, num total de 360 horas.

A área de intervenção definida foi a qualidade da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil, tendo sido enfatizados os aspectos relacionados com a alimentação no 1º ano de vida da criança, especificamente direccionados para a prevenção da obesidade infantil, numa Extensão de Saúde do ACES do Zêzere.

As actividades desenvolvidas durante o Estágio tiveram como referência o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros, em conformidade com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros.

A obesidade é actualmente um problema de saúde pública, considerada pela Organização Mundial de Saúde a epidemia do século XXI. É uma doença multifactorial e segundo a Plataforma contra a Obesidade (2011), os números relacionados com a obesidade infantil estão a aumentar exponencialmente, tendo também atingido as faixas etárias mais jovens. Segundo a *Internacional Obesity Task Force* [IOTF], é a doença pediátrica mais comum a nível mundial. (Ferreira, 2009).

Portugal é um dos países europeus com maior prevalência de obesidade infantil. (Rito, Paixão, Carvalho & Ramos, 2011). Pela morbidade, mortalidade e elevados custos que lhe estão associadas, o combate a esta doença e a sua prevenção tornou-se uma prioridade política, nomeadamente do Ministério da Saúde.

É do senso comum que a alimentação é uma necessidade primária do Homem, dela depende a sua sobrevivência, o seu bem-estar, a sua saúde, pelo que constitui uma das bases do crescimento e desenvolvimento da criança.

A literatura aponta que uma alteração do padrão alimentar, com uma ingestão de alimentos desajustada, em termos quantitativos e qualitativos, conduz a doenças como: obesidade, diabetes, doenças do sistema cardiovascular, certos tipos de tumores, entre outras (Candeias, 2005), o que merece uma atenção dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, no desenvolvimento de estratégias para a sua prevenção.

Os comportamentos alimentares começam na infância e muitas vezes persistem ao longo da vida, pelo que é importante que a criança seja desde cedo estimulada a experimentar a

diversidade dos alimentos, a desenvolver o seu paladar e adoptar comportamentos alimentares saudáveis, ferramentas que a vão ajudar a fazer melhores escolhas no futuro. A educação alimentar constitui um elemento essencial do processo de socialização da criança, esta deve envolver a família, também ela, uma unidade a cuidar.

Sendo as crianças consideradas muito vulneráveis ao desenvolvimento de obesidade e excesso de peso, considere o momento da consulta de enfermagem no primeiro ano de vida uma oportunidade para intervir, pois é nessa fase da vida que se começam a implementar hábitos de vida saudáveis. Para tal, é de reconhecida importância a capacitação dos pais, em concordância com o preconizado na Carta de Ottawa (1986), facultando-lhes as ferramentas no que se refere aos aspectos relacionados com a alimentação: aleitamento materno, diversificação alimentar e transição gradual para a alimentação familiar.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, a saúde é um percurso individual algo inconstante que apresenta “Períodos Críticos”. A intervenção nesses momentos, designados “ Janelas de Oportunidade“ é promotora e protectora da saúde, com elevada relevância a longo prazo. (Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde, 2011).

As consultas de vigilância em saúde infantil incidem em determinadas idades chave, sendo a sua periodicidade no primeiro ano de vida: primeiros 15 dias, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses, como recomendado no Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil, Orientações Técnicas nº 12 da Direcção-Geral da Saúde, nas orientações e cronologia, recomendadas no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e o preconizado na aplicação informática SAPE.

Nas diversas unidades funcionais do ACES do Zêzere, onde se realiza consulta de enfermagem em saúde Infantil, existe geralmente para disponibilizar aos pais, aquando da introdução de novos alimentos, um documento orientador da diversificação alimentar no 1º ano de vida da criança. Esta inicia-se a partir dos 4 ou dos 6 meses de idade, de acordo com o padrão alimentar do bebé ser aleitamento materno exclusivo ou aleitamento misto.

No momento em que foi realizado o Estágio, a Extensão de Saúde ACES do Zêzere escolhida, possuía um documento desactualizado que não respondia às necessidades. Sem uma uniformização e fundamentação dos seus conteúdos, cada profissional socorria-se dos seus saberes. O método de trabalho utilizado naquela Extensão de Saúde é o método individual, orientado por um modelo promotor da prestação de cuidados centrado na pessoa, com afinidade ao modelo Florence Nightingale, Virginia Henderson, Nancy Roper e Dorothea Orem.

A pertinência do que foi anteriormente referido conduziu a este Relatório de Estágio num contexto de cuidados de saúde primários, do qual emergiu a necessidade de criar instrumentos de apoio à consulta de enfermagem em saúde infantil, promotores da qualidade da consulta de enfermagem em saúde infantil, na perspectiva da prevenção da obesidade.

Neste contexto, foram definidos para o Estágio os seguintes objectivos:

Objectivo Geral:

✓ Avaliar os Padrões de Qualidade da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil para a prevenção da Obesidade numa Extensão de Saúde do ACES do Zêzere.

Objectivos Específicos:

✓ Construir Grelhas de Observação que permitam avaliar a qualidade da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil;

✓ Aplicar as Grelhas de Observação em contexto de Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil numa Extensão de Saúde do ACES do Zêzere;

✓ Avaliar a Qualidade da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil naquele contexto;

✓ Avaliar se a Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil contribui para a prevenção da Obesidade;

✓ Construir documentos de apoio à Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil que melhorem a sua qualidade na prevenção da Obesidade.

O Relatório de Estágio está organizado em três capítulos: no Capítulo I é apresentado a Fundamentação Teórica onde se encontram descritos os Parâmetros e os Cuidados antecipatórios a observar na Consulta de Enfermagem no primeiro ano de vida; Capítulo II está descrita a Metodologia onde se encontra o Enquadramento Geral do Estágio, as actividades desenvolvidas e o cronograma das actividades realizadas e no Capítulo III são apresentados os Resultados e sua Discussão.

Por último surgem as Conclusões onde será efectuada uma reflexão global de todas as actividades desenvolvidas no Estágio, as Referências Bibliográficas e os Anexos que considerámos relevantes para a compreensão do processo metodológico utilizado neste Relatório.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 – CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE INFANTIL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

A Consulta de Enfermagem pode ser definida como “Intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.” Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde (2001:26).

Na consulta de Enfermagem em saúde Infantil o enfoque do enfermeiro é o seu papel de promotor da saúde, antevendo uma evolução favorável na saúde da criança e no seu desenvolvimento, através de um processo ensino/aprendizagem dirigido aos pais/substitutos. Estas consultas são assim um espaço privilegiado para capacitar os pais a enfrentar as dificuldades comuns da primeira infância, a promover um crescimento e desenvolvimento saudável e estimular uma relação de proximidade com o filho.

É durante o primeiro ano de vida de vida que se começam a implementar hábitos de vida saudáveis pelo que os enfermeiros estão atentos às preocupações dos pais e valorizam o seu papel parental. Aspectos relacionados com a alimentação como o estabelecimento da amamentação, início da diversificação alimentar e transição gradual para a alimentação familiar, constituem neste momento crucial da vida, um aspecto muito valorizado pelos pais e uma oportunidade que os enfermeiros devem aproveitar para intervir, com impacto sobretudo sobre nas atitudes de prevenção e promoção da saúde.

As consultas de vigilância em saúde infantil ocorrem em determinadas idades chave e a periodicidade recomendada no primeiro ano de vida é a seguinte: nos primeiros 15 dias de vida, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses. No entanto, “se uma criança se deslocar ao Centro de Saúde, por outros motivos, pouco antes ou pouco depois da ideia-chave, poderá ser feito o exame indicado para essa idade”, aproveitando momentos não planeados para alargar o número de crianças vigiadas e reduzir o número de deslocações da família. Direcção Geral da Saúde (2005: 9).

2 – DIAGNÓSTICO PRECOCE

De acordo o Programa Nacional de Diagnóstico Precoce [PNDP], aprovado pelo Ministério da Saúde com o Despacho n.º 752/2010 de 12 de Janeiro, o rastreio de doenças metabólicas consiste num teste efectuado para diagnosticar precocemente, doenças que clinicamente não podem ser diagnosticadas nas primeiras semanas de vida, de modo a que seja iniciado, o mais precocemente possível, um tratamento que permita o desenvolvimento normal da criança e evite a ocorrência de atraso mental, doença grave irreversível ou a morte da criança.

A população-alvo abrangida pelo PNDP é a das crianças nascidas em Portugal, independentemente da sua nacionalidade. A cobertura deste Programa, com início em 1979, é actualmente superior a 99 % dos recém-nascidos. (Ministério da Saúde, 2010: 1434).

O rastreio de doenças metabólicas, vulgarmente denominado “teste do pezinho”, deve ser efectuado entre o 3º e o 6º dia de vida do recém-nascido. É realizada uma colheita de sangue, conseguida a partir de uma punção no pé, na face lateral do calcanhar, com expressão para a saída de gotas de sangue. A sua recolha é feita numa folha de papel de filtro específico para o exame, que posteriormente é enviada pelo correio para o laboratório de rastreio do Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães – Porto. A folha de papel da colheita contém o *site* e um código de barras destacável, que se entrega aos pais para consultar o resultado através da *internet*.

Em Portugal as doenças actualmente diagnosticadas são o Hipotiroidismo Congénito e Doenças Hereditárias do Metabolismo: Aminoacidopatias - Fenilcetonúria (PKU) / Hiperfenilalaninemias, Acidúrias Orgânicas e Doenças Hereditárias da β -oxidação Mitocondrial dos Ácidos Gordos. (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P., 2011)

3 - VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA AO RECÉM-NASCIDO

A visitação domiciliária é a estratégia utilizada pelo enfermeiro que permite uma intervenção ao utente e família ao longo do ciclo vital, no seu próprio contexto de vida.

Possibilita um atendimento holístico na detecção de problemas de saúde/necessidades e uma mudança de padrões de comportamento através de uma intervenção preventiva. Também cria e fortalece vínculos entre o utente e o profissional de enfermagem.

A visitação domiciliária ao recém-nascido é uma recomendação para a prática profissional em Saúde Infantil e constitui “uma estratégia a valorizar desde o nascimento e ao longo de todo o processo de desenvolvimento da criança.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 77).

Como referido no Programa Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil - Orientações Técnicas nº 12, “Importa desenvolver os meios que possibilitem a visitação domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade” (Direcção-Geral da Saúde, 2005: 6).

Actualmente, no âmbito do processo de contratualização com as unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES] de 2011, a “Percentagem de recém-nascidos com visita domiciliária de enfermagem até aos 15 dias de vida”, consta da matriz de indicadores (Administração Central do Sistema de Saúde – [ACSS], 2011: 2).

A visitação domiciliária ao recém-nascido promove uma relação de proximidade entre o enfermeiro e a família. Proporciona conhecer as circunstâncias de vida da família, o estado de saúde da criança, as condições de habitação e um despiste de situações de risco. Possibilita intervir precocemente quando necessário, através da educação para a saúde, para minimizar ou mesmo eliminar situações críticas e encaminhar para os serviços de saúde mais adequados (Amaral, 2011: sp).

4 - PARÂMETROS A AVALIAR

De acordo com a Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2005), Orientações Técnicas nº 12, no primeiro ano de vida os parâmetros a avaliar na consulta são: peso, altura corporal (até aos 2 anos de vida tem a designação de comprimento), perímetro cefálico, dentes, coração (avaliação médica), anca, visão, audição, exame físico (confirmar presença de testículos nas bolsas aos 9 meses), desenvolvimento (verificar a presença de sorriso social aos 2 e 6 meses), vacinação (na primeira consulta verificar se fez as vacinas BCG e anti-hepatite B) e realização do diagnóstico precoce (DGS, 2005:12). É também vigiada a presença de icterícia neonatal.

4.1 - CRESCIMENTO

O crescimento de uma criança é avaliado pelos parâmetros: peso, comprimento e perímetro cefálico. Sendo influenciado por factores genéticos, psicológicos, ambientais (nomeadamente a alimentação), culturais e por algumas doenças, o crescimento constitui um importante indicador do bem-estar e saúde, pelo que a sua correcta monitorização é muito importante nas consultas de vigilância de Saúde Infantil.

Em Portugal, são utilizadas desde 1981 as curvas de crescimento internacionais do *National Centre for Health and Statistics* [NCHS]. Os dados em que se baseiam, como referido na Circular Normativa nº 05/DSMIA de 21/02/2006 da Direcção-Geral da Saúde, são periodicamente actualizados conduzindo ao desenho de novas curvas. A última versão destas curvas foi incluída na edição do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil distribuída em 2005, modelo Rosa – Raparigas; modelo Azul - Rapazes (Anexo I) e na reedição do Programa-Tipo de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil - Orientações Técnicas nº 12, de 2006. De acordo com a mesma Circular Normativa e em concordância com o Programa Nacional de Combate à Obesidade, nesta revisão optou-se pela substituição das curvas da relação peso-estatura, pelas do Índice de Massa Corporal [IMC] dos 2 aos 20 anos, por se considerarem mais adequadas à monitorização do estado de nutrição das crianças.

Peso

A avaliação deste parâmetro durante o primeiro ano de vida faz-se com recurso a uma balança pediátrica.

O peso expressa a dimensão do volume corporal que inclui os tecidos, órgãos e sistemas. A evolução do peso é um indicador muito importante sobre a saúde em geral da criança e uma medida muito sensível na avaliação nutricional de crianças. Um aumento regular do peso, dentro do percentil habitual ou aproximado, indica que a criança ingere uma quantidade de alimento suficiente e que este está a ser absorvido.

O peso de um recém-nascido de termo varia entre os 2,5 e os 4,5 kg podendo ser influenciado por fatores de ordem nutricional, placentária, racial ou por patologias da mãe (Stoppard, 2002: 16).

É espetável que nos primeiros dias se verifique uma perda do peso que pode ir até cerca de 10%. A maioria dos recém-nascidos recupera o peso do nascimento até ao 10º-15º dia (Ministério da Saúde, 2009: 12). Até aos 3 meses, a criança aumenta em média cerca de 25g por dia (Behrman, Kliegman, Nelson & Vaughan, 1994:17). Em condições normais, o peso do nascimento pode duplicar por volta dos 5-6 meses e triplicar entre os 9 meses e os 12 meses (Wong 1999: 50).

Comprimento

O comprimento do recém-nascido de termo é em média 50 cm e aumenta entre 25-30 cm durante o 1º ano (Behrman et al 1994:17). Até cerca dos quatro anos de idade, a criança normalmente duplica a sua medida do nascimento (Wong 1999: 50).

Para executar a técnica de medição são necessárias duas pessoas, os progenitores podem ser envolvidos. É utilizada uma craveira, o bebé é colocado numa superfície plana, na horizontal, de barriga para cima. A cabeça é encostada ao ponto zero mantendo o alinhamento do corpo, a medição é efectuada nos calcanhares.

Alguns factores podem interferir nesta medição: choro, desconforto do bebé, alterações de tónus que dificultem a completa extensão dos joelhos ou o alinhamento dos eixos longitudinais da cabeça, pescoço, tronco e membros inferiores. Tal pode resultar num falso encurtamento, neste caso é conveniente fazer várias observações.

Índice de Massa Corporal

O IMC ou Índice de *Quetelet* é um índice antropométrico que corresponde ao coeficiente calculado pela divisão do Peso (Kg) pela Estatura (m) elevado ao quadrado (DGS -

Plataforma Contra a Obesidade, 2011). Permite avaliar a adequação entre o peso e a altura de um indivíduo. Não se adequa a crianças com idade inferior a dois anos.

Perímetro cefálico

A avaliação deste parâmetro executa-se com recurso a uma fita métrica flexível e inextensível. Para medir o perímetro cefálico máximo, a fita é colocada à volta da cabeça, passa pelas partes mais salientes do frontal e do occipital e cruza na frente para fazer a leitura.

Medir o perímetro cefálico é também um indicador essencial na avaliação do crescimento da criança, este reflete o crescimento do cérebro. Durante o primeiro ano, fase em que as fontanelas ainda se encontram abertas, verifica-se um aumento significativo do perímetro cefálico.

A cabeça do recém-nascido de termo é desproporcionadamente grande quando comparado com o tamanho do corpo e representa cerca de um quarto do seu comprimento total (Stoppard, 2001: 16). O Perímetro Cefálico ao nascimento mede em média 34 a 35 cm, aumentando para cerca de 44 cm por volta dos 6 meses e para cerca de 47 cm ao ano de idade, podendo oscilar (Behrman et al, 1994:17).

Fontanelas

No momento do nascimento os ossos do crânio do recém-nascido ainda não se encontram unidos. Os espaços existentes estão ocupados por uma membrana cartilaginosa flexível e designam-se fontanelas. O crânio do recém-nascido possui quatro fontanelas: anterior e posterior (centrais), mastóidea e esfenoidal (bilaterais) (Oliveira, 2009: sp). São perceptíveis à palpação como áreas moles.

À medida que os ossos do crânio vão ossificando até se unirem entre si, as fontanelas diminuem de tamanho até encerrar e formar as suturas. A palpação da fontanela permite avaliar a evolução da ossificação do crânio e a pressão intracraniana. Numa avaliação normal a fontanela é firme e ligeiramente côncava, sem elevação ou depressão acentuadas.

A fontanela anterior, popularmente denominada "moleirinha", é a principal. Situa-se na zona central da parte mais alta do crânio, apresenta uma forma de losango e mede aproximadamente 2,5 cm. Diminui em geral após o 6º mês e fecha entre os 9 e os 18 meses. A fontanela posterior encerra mais cedo, entre os 2 e os 4 meses (Behrman et al, 1994:17).

Desaceleração do crescimento

A partir do final do primeiro ano de vida e ao longo do segundo ano, existe uma desaceleração do crescimento do bebé, fenómeno que é evidente nas curvas de crescimento do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

Ao longo do primeiro ano, concretamente entre os 9 meses e os 12 meses, como referido anteriormente, os bebés triplicam o peso registado ao nascimento (Wong, 1999: 50).

Contudo, durante o segundo ano e seguintes, o aumento de peso tem uma evolução inferior.

“O crescimento prolonga-se desde o momento da concepção, numa sequência ordenada, como um processo global que envolve a criança no seu todo. Embora o crescimento seja contínuo, ele dá-se por surtos ou picos e períodos de lactência, tendo cada criança um ritmo único e possuindo diversas estruturas orgânicas que crescem a ritmos diferentes” (Hamilton (1991) *in* Wong, 1999: 50).

Dentes

A dentição decídua ou temporária surge nas crianças por volta dos 6 meses e completa-se por volta dos 2 anos. É constituída por 20 dentes: 8 incisivos, 4 caninos e 8 molares. (Portal da Saúde, 2011).

Até aos 12 meses, a cronologia do aparecimento dos dentes é a seguinte: incisivos centrais inferiores; incisivos centrais superiores; incisivos laterais superiores; incisivos laterais inferiores, sendo que à “idade de 1 ano, a maioria das crianças tem 6-8 dentes” (Behrman et al, 1994:17).

4.2 - ICTERÍCIA NEO-NATAL

A icterícia neo-natal ou icterícia fisiológica do recém-nascido é uma forma benigna de icterícia que pode surgir em alguns recém-nascidos, por volta dos dois dias de vida. Resulta de dois factores: a passagem do bebé de um ambiente pouco oxigenado - o útero materno, para um ambiente muito oxigenado, o que leva a uma destruição fisiológica de glóbulos vermelhos, que é temporária e a imaturidade do fígado, que impede o correcto metabolismo da bilirrubina, cuja presença no sangue confere à pele e às escleróticas uma coloração amarelada (Cordeiro, 2006: 30).

Trata-se de uma situação transitória que pode ser mais prolongada nos bebés alimentados com leite materno, em que a amamentação não esteja perfeitamente estabelecida. Uma deficiente ingestão de leite resulta num funcionamento mais lento do intestino e

consequentemente numa insuficiente eliminação da bilirrubina presente no organismo, pelas fezes (Cordeiro, 2006: 30), por isso é recomendado amamentar com mais frequência, oito a dez vezes por dia, de forma a promover um melhor funcionamento dos intestinos do bebé.

Em casos mais raros, a icterícia do recém-nascido pode ser patológica, esta distinção é geralmente feita na maternidade.

4.3 - COTO UMBILICAL

Após o nascimento, o cordão umbilical do bebé é clampado e cortado. O coto umbilical inicia um processo de mumificação que é indolor e solta-se dentro de um período máximo de sete a dez dias, deixando uma cicatriz. Para favorecer este processo, o coto umbilical deve ser mantido limpo e seco, evitando o contacto directo com as mãos do cuidador. Deve ser feita a aplicação de Álcool a 70° até à cicatrização completa, utilizando compressas esterilizadas sendo que a fralda se deve colocar abaixo da zona do umbigo (Direcção-Geral da Saúde, 2007: 34).

4.4 – PRESENÇA DOS TESTÍCULOS NA BOLSA ESCROTAL

O recém-nascido do sexo masculino, ao nascimento, já possui os testículos na bolsa escrotal, uma vez que a sua descida ocorre durante a fase final da gravidez (Stoppard, 2002: 301). Contudo, tal pode não se verificar pelo que é importante observar se os testículos já se encontram na bolsa escrotal, o que pode ocorrer mais tardiamente, até ao final do primeiro ano de vida, sem ser patológico (Cordeiro, 2006: 27).

4.5 – PERDAS VAGINAIS

Nos recém-nascidos do sexo feminino pode ocorrer, alguns dias após o nascimento, uma pequena saída de muco ou sangramento vaginal, pelo efeito dos níveis das hormonas maternas que ainda estão em circulação. Não é considerado patológico e tende a desaparecer em poucos dias (Cordeiro, 2006: 27).

4.6 – MOVIMENTO ARTICULAR DA ANCA

A anca deve ser objecto de observação para avaliar se a relação entre os ossos da bacia e o fémur é normal. Para tal, é realizada a Manobra de Ortolani que consiste na pesquisa da amplitude de abdução das ancas, da simetria e elasticidade na execução deste movimento. Os membros inferiores são posicionados em flexão de 90°, com as coxas unidas, seguida da rotação externa, mantendo esta posição de flexão. No caso de ocorrer um estalo - sinal de Ortolani, pode existir luxação congénita da anca (Cordeiro, 2006: 27).

4.7– DESENVOLVIMENTO

Entende-se por desenvolvimento o "processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento, através da infância até à idade adulta" (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 101). O conceito de desenvolvimento incorpora igualmente aspectos do desenvolvimento cognitivo e comportamental.

A avaliação do desenvolvimento infantil e do crescimento são elementos essenciais da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil. O papel do enfermeiro é fundamental na vigilância dos diferentes aspectos do desenvolvimento e na detecção precoce dos desvios da normalidade promovendo, uma orientação adequada para uma intervenção eficaz. Em concordância com Veríssimo e Sigaud (1996), "o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança visa a promoção e a manutenção de sua saúde, bem como a intervenção sobre os fatores capazes de comprometê-la" (Gomes & Nunes, 2006: 234).

Desenvolvimento psicomotor

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010: 133), existem diversos Instrumentos Avaliação do Desenvolvimento. A Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan (Anexo II) é um instrumento muito utilizado para avaliar o desenvolvimento psicomotor, em consultas de vigilância de saúde infantil, nomeadamente em Cuidados de Saúde Primários, sendo ainda actualmente uma das escalas mais usadas em todo o mundo. Mary Sheridan (1984) foi pioneira na consciencialização da necessidade de vigilância e detecção precoce das alterações do desenvolvimento (Pinto, 2009: 678).

Esta escala de aplicação rápida é precisa e fiável, aplica-se desde o 1º mês até aos 5 anos e permite avaliar as seguintes áreas: postura, visão, audição, linguagem, motricidade global, motricidade fina, comportamento e adaptação social, assim como identificar os Sinais de Alarme a vigiar.

Reflexos

Os movimentos reflexos começam ainda durante o período gestacional, entre a 28ª e a 35ª semana (Cordeiro, 2006: 27). Ao nascimento o recém-nascido é dotado de um certo número de reflexos, que tendem a favorecer a sua adaptação ao ambiente e cuja verificação permite avaliar o funcionamento do sistema nervoso central.

Reflexo dos Pontos Cardeais, também chamado Reflexo de Procura – ao sentir um toque na face ou nos lábios, o recém-nascido vira a face para o lado estimulado e abre a boca (Stoppard, 2002: 20). Este reflexo desaparece a partir dos 2-3 meses, quando o reflexo da sucção passa a ser voluntário.

Reflexo de Sucção – é um reflexo indispensável para a sobrevivência do recém-nascido porque sem ele a alimentação natural seria impossível. Tem também um efeito tranquilizante pois, em concordância com Cordeiro (2006: 27), “a sucção, por ser rítmica e ancestral, acalma os bebés”. Ao tocar a área peribucal do recém-nascido produz-se um forte movimento de sucção. Desaparece completamente aos três meses em vigília e aos seis meses no sono (Silva, 2011: sp).

Reflexo de Deglutição – este reflexo acompanha o reflexo de sucção, a deglutição ocorre no recém-nascido quando o alimento atinge a parte posterior da boca. Permanece ao longo da vida (Silva, 2011: sp).

Reflexo de Fuga à Asfixia – ao colocar o recém-nascido em decúbito ventral, de modo a que as narinas fiquem obstruídas pela superfície onde está deitado, este faz uma rotação da cabeça para respirar melhor (Silva, 2011: sp).

Reflexo de Preensão – ao pressionar a regiões palmar e plantar do recém-nascido, a resposta obtida ao nível palmar é a flexão dos dedos apertando com força o objecto do estímulo. A preensão de um bebé poder ser tão forte que lhe permita suportar o peso do seu corpo (Stoppard 2002: 20). Ao nível plantar a resposta é a flexão dos dedos em direcção à planta do pé. O reflexo palmar desaparece entre o 4 e 6 mês. O reflexo plantar desaparece até os 6 meses (Silva, 2011: sp).

Reflexo de Moro – pode ser provocado por um som ou ao soltar subitamente o recém-nascido que estava seguro nos braços. Este tem a sensação de que vai cair e o reflexo surge

como reacção ao susto. A face indica surpresa e pode ser acompanhado de choro breve. A coluna vertebral arqueia-se para trás, as pernas flectem, as mãos abrem (dedos em leque, indicador e polegar em forma de C), os braços também e curvam para a frente numa postura de abraço, depois voltam à posição inicial e as mãos fecham. Desaparece aos 3-4 meses de idade (Silva, 2011: sp).

Reflexo da Marcha Automática – ao pegar o recém-nascido sustentado pelas axilas para o colocar em posição erecta com os membros inferiores em direcção a uma superfície dura, o contacto de um dos pés vai desencadear a flexão do outro membro inferior, que se adianta e vai tocar o plano mais à frente. Verifica-se uma sucessão de movimentos que simula a deambulação (Stoppard, 2002: 21). Este reflexo desaparece aos dois meses (Silva, 2011: sp).

Reflexo Cutâneo Plantar – ao riscar com a unha o bordo externo da região plantar do recém-nascido, desde o calcanhar até à raiz dos dedos, verifica-se extensão e abertura dos dedos em leque, simulando o sinal de Babinsky. Este reflexo mantém-se aproximadamente até um ano de idade (Silva, 2011: sp).

Reflexo de Reptação ou Propulsão – ao colocar o recém-nascido em decúbito ventral, quando o examinador apoia com as mãos a planta dos pés do recém-nascido, este reage e produz movimentos dos braços e pernas que simulam gatinhar e provocam a sua deslocação. Desaparece por volta do quinto mês (Stoppard, 2002: 21).

Visão

Na espécie humana, a visão é um dos órgãos dos sentidos mais importantes pois, constitui um meio de comunicação com o mundo exterior. “De toda a informação que recolhemos, mais de 70% relaciona-se com a visão. A visão é, por isso, essencial para o desenvolvimento harmonioso da criança.” (Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde / Comissão de Coordenação do Programa Nacional para a Saúde da Visão, 2008: 6).

À nascença os recém-nascidos parecem ter a capacidade de compreender e revelam preferência pelo rosto humano. Também os “pais anseiam por um relacionamento visual com os seus bebés, a seguir ao parto.” (Brazelton & Cramer, 1993: 70).

Contudo, o sistema visual ainda não se encontra desenvolvido. A acuidade visual no recém-nascido está comprovada, sabe-se que é muito baixa, mas aumenta rapidamente nas primeiras semanas de vida. As pupilas são reactivas à luz e é facilmente observável o reflexo de pestanejo (Perry, 1999). Tal relaciona-se com o facto de imediatamente após o nascimento, o olho ainda se encontrar estruturalmente incompleto o que limita a capacidade para processar a informação recebida. (Borges & Gouveia, 2001).

Os contornos do rosto, os olhos e a boca, são os estímulos visuais que mais despertam a atenção de um recém-nascido e que lhe permitem desenvolver muito precocemente, o conhecimento dos pais e das pessoas que o cuidam. (Brazelton & Cramer, 1993).

Inicialmente o recém-nascido vê imagens a preto e branco ou de grande contraste, sendo que ao fim da primeira semana já reconhece o rosto da mãe (Faure & Richardson, 2004). Consegue “focar até 20-25 cm” e tem preferência por objectos que estejam a essa distância (Stoppard, 2002: 176), o que corresponde à distância entre a face do bebé e a face da mãe durante a amamentação. Dependendo do seu nível de interesse, pode manter a fixação com movimento dos olhos e cabeça.

Note-se que aos dois meses de idade, o bebé consegue focar totalmente, “em decúbito dorsal é capaz de acompanhar um objecto apresentado a 90 graus da linha média ao longo de um arco de 180 graus” (Behrman et al, 1994: 17).

Pelos “três ou quatro meses o bebé já vê pormenores e constrói uma imagem tridimensional do mundo”, o que lhe permite perceber a profundidade, a altura e a largura, fundamentais para começar a gatinhar (Stoppard, 2002: 176).

Aos seis meses consegue distinguir as diferentes expressões faciais como “a tristeza, o medo, a alegria, reagindo com a sua própria expressão.” (Stoppard, 2002: 176). Ajusta a sua posição para conseguir ver o que lhe interessa. “A partir de agora o maior desenvolvimento das aptidões visuais do bebe é o modo como o cérebro interpreta a informação fornecida pelos olhos.” (Stoppard, 2002: 176).

Audição

O Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU) permite detectar as perdas auditivas logo nos primeiros dias de vida do bebé. “A incidência de perda auditiva significativa bilateral é estimada em 1-3/ 1000 RN saudáveis, e em 20-40 / 1000 RN com factores de risco”, pelo que todas as crianças devem ser rastreadas ao nascer ou, no máximo, até ao final do 1º mês de vida (Fonseca e Ramos, 2008: 131).

Em muitas maternidades de Portugal, os recém-nascidos são submetidos ao RANU antes da alta. No caso de perda auditiva confirmada, a intervenção deve ser iniciada até aos seis meses de idade (Fonseca e Ramos, 2008: 131).

“A acuidade auditiva do bebé é semelhante à do adulto logo que o ouvido fica liberto de líquido amniótico, podendo esta situação ocorrer no primeiro minuto de vida” (Perry, 1999: 353). O recém-nascido demonstra que ouve desde as primeiras horas de vida, está atento e é

capaz de localizar a origem do som, seguindo-o com movimentos dos olhos e da cabeça (Borges & Gouveia, 2001; Faure & Richardson, 2004).

É sensível à voz humana com preferência pela voz feminina em detrimento de uma voz masculina, pelo que “quando isto é demonstrado às mães, o seu afecto parece sofrer um grande impulso” (Brazelton & Cramer, 1993: 74).

Em presença de sons excessivamente altos o recém-nascido assusta-se e verifica-se um aumento do ritmo cardíaco e respiratório. Na persistência do som, chora para controlar o susto. Ao inverso, na presença de sons suaves, direcciona a sua cabeça para o estímulo e o ritmo cardíaco abranda (Wong, 1999).

A resposta a um estímulo sonoro do recém-nascido em vigília, estando calmo e atento, é mover os olhos, por vezes também a cabeça, em direcção à fonte sonora – resposta visual auditiva. No estado sonolento, um estímulo sonoro provoca a abertura dos olhos (Perry, 1999).

Cerca de um mês de idade o bebé vai começar a notar sons mais prolongados como o do aspirador, aos quatro meses distingue as vozes, vira a cara e os olhos na direcção do som, ainda que não possa ver a pessoa, aos seis meses está desperto para sons mais baixos, aos nove meses fica atento aos sons familiares e palpa para ouvir a sua própria voz (Stoppard, 2002: 178).

5 - CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS E TEMAS DE CONVERSA

Os cuidados antecipatórios, segundo a Direcção-Geral da Saúde, referem-se aos seguintes aspectos: alimentação, suplementação com vitamina D (de prescrição médica), dentição, higiene, posição de deitar, hábitos de sono, hábitos intestinais e cólicas, desenvolvimento e temperamento, segurança e prevenção de acidentes, temperatura corporal normal e febre, sintomas/sinais de alerta que justificam recorrer aos serviços de saúde, sinais/sintomas comuns e conduta face a esses sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia e obstipação), reacções às vacinas e outros temas de conversa (4 meses: vida na creche, ama ou outros atendimentos diurnos; 6 meses: reacção a estranhos, escolha de brinquedos, cama e quarto próprios, rituais de adormecimento; 9 meses: desenvolvimento da linguagem) (DGS, 2005:13).

Os temas sugeridos no que concerne os cuidados antecipatórios, poderão ser abordados individualmente ou em grupo, em diferentes contextos, nomeadamente em actividades a desenvolver, por exemplo, na sala de espera – distribuição de material informativo (folhetos, vídeos) – e em sessões de informação/educação para a saúde dirigidas aos pais ou outros prestadores de cuidados (Direcção-Geral da Saúde, 2005: 10).

No Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (Ministério da Saúde, 2008) a designação de cuidados antecipatórios referida no Programa-Tipo de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil - Orientações Técnicas nº 12 (Direcção-Geral da Saúde, 2006), surge a designação temas de conversa.

5.1 - HIGIENE E VESTUÁRIO

O banho sendo uma medida de higiene e conforto indispensável, constitui também um momento privilegiado na promoção do relacionamento afectivo entre os pais e o bebé. “O banho de imersão deve ser diário, durando menos de 5 minutos e com a água entre 36-36,5°C”, usar um termómetro apropriado para verificar a temperatura da água ou testar com o cotovelo (Fernandes, 2010: sp).

O ambiente deve ser tranquilo, sem correntes de ar e estar aquecido entre os 24°C e os 25°C. Deverá ser utilizada uma banheira própria ou uma bacia ampla, reservada apenas para o bebé, sendo conveniente preparar todo o material a utilizar antes de iniciar o banho. O material necessário consiste globalmente em toalha, produtos de higiene, fralda e uma muda de roupa completa (Direcção-Geral da Saúde, 2007: 32).

O bebé quando está despido pode sentir-se desprotegido e com frio pelo que é normal chorar nos primeiros banhos. O banho deve acontecer preferencialmente num momento em que o bebé esteja relaxado e sem fome, é importante transmitir-lhe calma, carinho e boa disposição (Fernandes, 2010: sp).

Após o banho secar cuidadosamente a pele do bebé, em especial as pregas, massajar e hidratar com óleos ou cremes hidratantes adequados para bebés. Vestir o bebé com roupa confortável adequada à estação do ano e fazer uma mudança regular das fraldas. (Direcção-Geral da Saúde, 2007: 33).

5.2 - SONO E REPOUSO

O sono é uma actividade de vida fundamental à sobrevivência, ao desenvolvimento físico e cerebral. O recém-nascido nos primeiros dias de vida não distingue o dia da noite, “dorme aproximadamente 16 a 20 horas por dia”, (Fernandes, 2010: sp), sendo normal acordar de 2/2 ou de 3/3 horas para se alimentar. Os “ciclos sono/vigília dependem essencialmente da saciedade e da fome” (Fernandes, 2010: sp), há dispêndio mínimo de energia que promove o seu crescimento (Oliveira, 2008). Esta regularidade, vai-se manter sensivelmente até quase ao final do 1º mês e causa grande cansaço aos pais que, por seu lado, têm de adaptar o seu ritmo ao do bebé e aproveitar para dormir entre as mamadas.

Uma alteração a este padrão, isto é, se o bebé raramente estiver desperto, parecer cansado, não acordar para as refeições ou se mostrar desinteressado em comer, são sinais a valorizar no sentido da procura de cuidados de saúde.

O modelo dinâmico que exprime todo o comportamento do recém-nascido é representado por seis estados de consciência: sono profundo, sono activo, estado de sonolência, acordado em estado de alerta, alerta mas irritado e choro (Brazelton & Cramer, 2004).

O estado de consciência, “não só determina a capacidade do bebé para captar e utilizar uma informação, como afecta o tipo e o grau de resposta que ele vai dar” (Brazelton & Cramer, 2004: 80), diferencia-se em dois ciclos de sono (sono profundo e sono leve ou activo)

e quatro de vigília (sonolência, alerta, alerta activo e choro) que se alternam diversas vezes ao dia (Gomes-Pedro, 1985 e Perry, 1999).

O amadurecimento do sistema nervoso capacita o bebé para gerir os estímulos externos sem acordar. A duração dos ciclos de sono vai-se alterando e o bebé estabelece o seu próprio padrão diário de sono, de choro e também de comer e brincar. Os pais podem fornecer-lhe alguns pontos de referência para o ajudar, por exemplo deixar as cortinas abertas durante o dia para manter a iluminação natural e manter os ruídos normais da casa tais como aspirador, televisão, música.

No final do 1º mês o bebé alarga consistentemente a sua necessidade de comer para 3/3 horas durante o dia, pelo que vai estar acordado durante períodos cada vez maiores, estar mais alerta e reactivo (Cavadas, 2007). A alimentação regular e o padrão de actividades existentes durante o dia, regularizam os períodos de sono nocturno que passam a ser superiores a quatro ou cinco horas.

A partir do 3º mês, cerca de 90 % dos bebés dormem de 6 a 8 horas, durante a noite sem acordar (Cavadas, 2007), mantendo-se despertos durante o dia em períodos cada vez mais alargados.

É importante criar hábitos de sono e repouso desde cedo e à medida que o bebé vai crescendo deve ser estabelecido o hábito de um horário diurno e outro nocturno. A qualidade do sono vai depender do ambiente calmo e tranquilizador que for proporcionado ao bebé (Oliveira, 2008: sp)

Para Brazelton & Sparrow (2006: 15), “uma das maiores recompensas de se ser pai ou mãe é poder entrar no quarto do bebé e ver o ar calmo e doce de uma criança que dorme bem”.

Posição de deitar

A posição mais indicada para colocar o bebé a dormir é em decúbito dorsal. No Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, nas recomendações dirigidas aos pais, é referido que o bebé deve ser deitado “de preferência de costas”, excepto se houver contra-indicação. (Direcção-Geral da Saúde, 2009: 12). Contudo, muitos pais com receio de episódios de engasgamento optam por deitar o bebé de lado.

Alguns pais e avós podem ainda ter a convicção que o bebé se deve deitar em decúbito ventral, por ter sido uma posição muito adoptada no passado. No entanto, e reafirmando o preconizado pela Direcção-Geral da Saúde, actualmente desaconselha-se esta prática por estar associada ao aumento do risco da Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL), (Oliveira,

2008). Também não devem ser utilizados sistemas de contenção, como rolos, faixas, ou outros (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009: sp).

Estudos epidemiológicos incluindo “milhares de lactentes”, demonstraram que o decúbito dorsal é a posição mais segura para dormir. “A publicidade a favor da posição de costas para dormir, permitiu reduções da mortalidade entre 20 e 67%, sem aumento do número de mortes por aspiração de vômito” (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009: sp).

A SMSL pode ser considerada um acidente multifactorial que envolve aspectos de predisposição individual, (genéticas), causas desencadeantes (patologias) e causas favorecedoras relacionadas com ambiente do lactente, como a posição do bebé no berço em decúbito ventral ou lateral, “a respiração do próprio ar expirado condicionando uma elevada concentração de anidrido carbónico no ar inspirado, a pressão exercida na face do bebé, dificultando a respiração, a inibição dos reflexos laríngeos”, o tabagismo dos pais/conviventes, condições socioeconómicas e culturais deficientes, dormir com a mãe/pai/irmãos, entre outras (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2009: sp).

Durante o 1º ano de vida, numa fase mais tardia em que o bebé está mais tempo desperto e já brinca, quando acordado pode ser colocado em decúbito ventral.

5.3 - ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Aleitamento materno

O aleitamento materno é uma das formas mais eficazes de assegurar a saúde e sobrevivência de uma criança. É um método de alimentação que proporciona ao recém-nascido um alimento natural, com características nutricionais que favorecem um crescimento e desenvolvimento saudável. Promove uma melhor adaptação aos outros alimentos uma vez que vai alterando a sua composição e o seu sabor (Levy, 2011). Também beneficia a saúde física e emocional da mulher, promove a vinculação e apresenta vantagens económicas, ambientais e sociais.

O leite humano é “um alimento vivo, completo e natural, perfeitamente adaptado à insuficiência digestiva e à imaturidade do recém-nascido” (Levy, 2005: 69). O leite materno também possui propriedades anti-infecciosas e imunológicas que conferem protecção para diversas doenças.

O acto de amamentar, sendo fisiológico, requer algumas aprendizagens. Enquanto algumas mães amamentam facilmente, outras apresentam dificuldades e precisam de apoio para garantir o sucesso da amamentação.

A promoção do aleitamento materno deve ser encarada como uma prioridade para melhorar a saúde e a qualidade de vida das crianças e famílias. As estratégias de promoção da amamentação devem convergir para uma consciencialização da importância do aleitamento materno.

A Declaração Innocenti, redigida e aprovada em 1990 por defensores da amamentação a nível mundial, representantes de organizações governamentais e não governamentais, no encontro "Amamentação nos anos 90: uma iniciativa global", organizado pela Organização Mundial de Saúde [OMS] /UNICEF em Itália, foi actualizada em 2005. Apresentamos algumas das principais conclusões apontadas nesta revisão:

- “- O leite materno é o único alimento e bebida que o bebé necessita para os primeiros seis meses. Nenhuma outra comida ou bebida, nem sequer água, é necessária durante este período;
- A amamentação frequente provoca a produção de mais leite. Quase todas as mães conseguem amamentar com sucesso;
- A amamentação ajuda a proteger os bebés e crianças jovens contra doenças perigosas. Também cria laços especiais entre a mãe e a criança;
- A partir do sexto mês, os bebés necessitam de mais variedade na alimentação, mas a amamentação deve continuar até ao segundo ano de idade e posteriormente (OMS/UNICEF - Portal Amamentar, 2005: sp).”

As vantagens a longo prazo do aleitamento materno são muito relevantes na medida em que este tem um efeito protector sobre o aparecimento de diversas patologias nomeadamente a diabetes e a obesidade (Levy, 2005: 70).

As primeiras evidências do efeito protector do aleitamento materno na prevenção da obesidade infantil foram publicadas por Kramer em 1981. Também Arenz, Rückerl, Koletzko e Kries (2004), numa análise de vários estudos que abrangeram mais de 69 000 crianças, defenderam a associação do aleitamento materno a “um pequeno mas consistente efeito protector contra o risco de obesidade infantil” (Correia, 2009: 24).

Nos bebés alimentados com leite materno o aporte proteico é inferior ao dos que são alimentados com fórmulas infantis. Um estudo longitudinal de Rolland-Cachera, Deheeger, Akrouit e Bellisle (1995), apontou para uma associação entre o aporte proteico precoce e o Índice de Massa Corporal [IMC], sugerindo que uma ingestão proteica elevada e precoce é susceptível de aumentar o risco de obesidade (Correia, 2009: 25).

Um estudo de Von Kries, Koletzko, Sauerwald, Von Mutius, Barnert, Grunert *et al*, realizado na Alemanha em 1999 com mais de 13 000 crianças, demonstrou que as

amamentadas tinham significativamente menos probabilidade de ser obesas aos 5/6 anos de idade, tal aponta para “uma relação inversa entre o aleitamento materno e a obesidade, sugerindo que este tem um papel na redução da prevalência da obesidade em fases posteriores da vida” (Correia, 2009: 25).

Outro estudo de Gillman, Rifas-Shiman, Camargo, Berkey, Fraizer, Rockett *et al*, sobre o risco de excesso de peso em adolescentes que foram amamentados, que foi publicado em 2001 no *Journal of the American Medical Association* [JAMA], evidencia que os adolescentes maioritariamente ou exclusivamente alimentados com leite materno tinham um risco 22% inferior de possuírem excesso de peso, quando comparados com os adolescentes que foram maioritariamente ou exclusivamente alimentados com leite de fórmula durante os primeiros 6 meses de vida. (Correia, 2009: 25).

Em Portugal os estudos realizados apontam para uma evolução do aleitamento materno semelhante à de outros países europeus, contudo não existem estatísticas actuais sobre a incidência e a prevalência do aleitamento materno (Levy e Bértolo, 2008: 7).

Os dados do relatório - Uma Observação sobre Aleitamento Materno, realizado por Branco & Nunes (2003: 10) mostram uma evolução positiva na prevalência do aleitamento materno que em Portugal passou de 81,4% em 1995/1996 para 84,9% em 1998/1999.

Os resultados do último Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 1999 pela Eurotrials revelam que das 85% de crianças que iniciaram a amamentação, 23% mamou num período inferior a dois meses e que em 33% das situações, o aleitamento materno se manteve durante pelo menos 6 meses. (Macedo, Ana; Alves, Catarina; Silva, Catarina & Noronha, Pedro 2002: 2).

Um estudo abrangendo 475 puérperas na Maternidade do Hospital Santa Maria – Lisboa, baseado em questionários directos aplicados no pós-parto, aos 3 e 6 meses, refere que à saída da maternidade, “91% das puérperas amamentavam o seu filho (77,7% em exclusividade) tendo esta percentagem diminuído para 54,7% aos três meses e 34,1% aos seis meses” (Sandes, Nascimento, Figueira, Gouveia, Valente, Martins, Correia, Rocha & Silva, 2007: 193). Está bastante divulgado que o leite materno constitui nos primeiros quatro a seis meses de vida, o melhor alimento para o bebé. No entanto, embora se tenha verificado uma evolução positiva, “em Portugal, a taxa de abandono do aleitamento materno é muito importante logo nos primeiros meses de vida do bebé” (Sandes *et al*, 2007).

Aleitamento com leite de fórmula

Quando o aleitamento materno não é possível o bebé deve ser alimentado com um leite de fórmula adequado à sua idade.

O aleitamento artificial constitui uma alternativa segura e eficaz para um desenvolvimento normal do bebé. Os leites de fórmula “têm uma composição relativa em macro e micro-nutrientes que respeita os valores mínimos e máximos recomendados pela UE para os diferentes grupos de leites (legislação CEE 1999 e 2000)” (Rego, Ribeiro e Guerra, 2005: 80).

O mercado disponibiliza diversas marcas sendo utilizadas fórmulas para lactentes até aos 4-6 meses e fórmulas de transição indicadas a partir dos 4-6 meses até aos 12 meses. As fórmulas de transição constituem o “componente líquido principal de uma dieta progressivamente diversificada deste grupo etário” (Rego, Ribeiro e Guerra, 2005: 82).

Na faixa etária de 1 aos 3 anos são indicados os leites de continuação ou leites de crescimento em detrimento do leite de vaca. “Estes leites oferecem relativamente ao leite de vaca claras vantagens nutricionais, dado o seu menor teor proteico e um maior valor relativamente a alguns oligoelementos (ferro e zinco), ácidos gordos essenciais e algumas vitaminas nomeadamente a D” (Rego, Ribeiro e Guerra, 2005: 88).

Preparação do biberão

Como foi referido anteriormente, o leite materno possui todos os nutrientes indispensáveis ao desenvolvimento do bebé até aos seis meses. Contudo, e por razões diversas, o aleitamento materno pode não ser bem sucedido e ser necessário fazer aleitamento misto ou mesmo total com leite de fórmula. Neste caso é necessário recorrer ao uso do biberão e para tal é importante instruir para uma correcta utilização.

Sendo necessário o uso do biberão para alimentar ou hidratar o bebé, devem ser respeitados cuidados de higiene para evitar a contaminação microbiana. É conveniente lavar as mãos antes e durante a preparação, bem como manter limpos os utensílios e as superfícies utilizadas. Para cada preparação deve ser utilizado um biberão esterilizado “pelo menos até o lactente ter 4-6 meses de idade” (Fernandes, 2010: sp).

Quando o bebé é alimentado com leite de fórmula, na sua preparação devem ser seguidas as instruções de preparação do leite, primeiro a água e só depois o pó, na proporção de 30ml de água para cada colher medida rasa. Reconstituir o leite no momento em que se oferece ao bebé, utilizando água tépida (37°C), uma vez que a água excessivamente quente pode provocar a formação de grumos e dificultar a alimentação do bebé (Fernandes, 2010: sp).

Antes de oferecer o biberão é conveniente verificar a temperatura e se necessário arrefecer com água corrente até obter uma temperatura segura. As sobras do leite nunca devem ser reutilizadas.

O mercado disponibiliza uma diversidade de utensílios de alimentação e Paulo Oom (2009), aconselha os pais a escolherem os biberões e tetinas ao seu gosto individual, pois “o mais importante é que, independentemente da sua constituição, estes sejam trocados por novos quando apresentam sinais de estarem deteriorados.” Na sua opinião “os biberões de vidro lavam-se melhor e deterioram-se menos, mas são mais pesados e mais difíceis de manejar com apenas uma mão. Já os biberões de plástico estragam-se mais facilmente”.

Quanto às tetinas, “as de silicone têm uma maior tendência para se estragarem, principalmente depois dos seis meses, quando a criança já tem dentes”. Sobre o modelo “qualquer formato serve, desde que o bebé goste. Se ele se adapta bem a uma tetina devemos continuar com ela, substituindo-a quando mostrar sinais de não estar em condições” (Almeida, 2010: sp),

Suplementação com vitamina D

A Direcção-Geral da Saúde, recomenda a administração de vitamina D aos lactentes para a profilaxia do raquitismo, com início na primeira consulta - cerca do 15º dia, até aos 12 meses. Esta recomendação não distingue os bebés amamentados dos que são alimentados com fórmulas lácteas. A suplementação com vitamina D está sujeita a prescrição médica, contudo aquele organismo não propõe uma dosagem (Direcção-Geral da Saúde, 2005:13).

Actualmente a Academia Americana de Pediatria recomenda a suplementação diária com 200 UI de vitamina D aos lactentes de termo “o que pode ser conseguido com VIGANTOL® Sol. Oral (1 gota por dia ou em dias alternados) ” As vitaminas são administradas ao bebé, “preferencialmente com uma colher para que o bebé se vá habituando à colher (o que mais tarde facilitará a diversificação alimentar) ” (Fernandes, 2010: sp).

Diversificação alimentar

O primeiro ano de vida é determinante na aquisição de hábitos alimentares promotores de um crescimento saudável e para prevenir doenças relacionadas com a nutrição. A alimentação saudável durante a infância deve ser “equilibrada em termos quantitativos e qualitativos, contribuindo decisivamente para um estado de saúde e, conseqüentemente, para um bom desenvolvimento, prevenindo igualmente diversas situações patológicas no adulto” (OE, 2010: 78 e 79).

Após o nascimento, em concordância com a OMS/UNICEF (2005), o leite materno é o alimento/bebida preferencial para o bebé durante os primeiros seis meses de vida, devendo continuar até ao segundo ano de idade e posteriormente. O aleitamento materno é ainda considerado “um pré-requisito para a adaptação à alimentação complementar, ou seja, a passagem de uma alimentação exclusivamente láctea, para uma alimentação com alimentos sólidos ou semi-sólidos” (Levy, 2005: 69). Promove uma melhor adaptação aos outros alimentos pelas mudanças da sua composição, também devido às “constantes alterações do sabor do leite materno e à técnica de sucção à mama que promove um desenvolvimento mais saudável de toda a mandíbula e arcada dentária (OE, 2010: 79).

No entanto, nas situações em que a amamentação não é possível ou quando é necessário um suplemento ao leite materno, existem como alternativa leites de fórmula para lactentes (Carvalho, 2008: 2).

A diversificação alimentar consiste na transição de uma alimentação exclusivamente láctea para outra que inclui, para além do leite, outros alimentos não lácteos e de maior consistência. Este é um período difícil na vida do bebé que passa de uma alimentação líquida, sempre igual e de fácil deglutição, para uma alimentação sólida, diversificada e cada vez mais complexa.

A introdução dos alimentos sólidos deve ser um processo gradual. Quando o bebé tem um padrão alimentar de aleitamento materno exclusivo a diversificação alimentar deve fazer-se a partir do sexto mês, mantendo concomitantemente o aleitamento materno, nos bebés cujo padrão alimentar é o aleitamento misto ou exclusivo com leite de fórmula, a diversificação alimentar deve fazer-se a partir do quarto mês.

Devido à imaturidade aparelho digestivo do bebé, este poderá ser particularmente sensível a intolerâncias e/ou alergias alimentares, o que aumenta a necessidade de ser cuidadoso com os primeiros alimentos a oferecer. ”O critério para a introdução dos alimentos é baseado na qualidade nutricional, digestibilidade e potencialidade alergénica” (Silva, 2005: 103)

A cronologia da introdução dos diferentes alimentos não é necessariamente rígida, mas preconiza-se começar pelo puré de legumes, uma vez que o sabor doce é inato e não necessita ser estimulado e desenvolvido, o que já é necessário no treino dos sabores não doces (Fernandes, 2011: 1).

Uma vez introduzido um determinado alimento, este deve ser oferecido em pequenas quantidades e repetido durante alguns dias seguidos, durante “pelo menos uma semana”, para desenvolver tolerância e para o bebé se habituar ao novo sabor. A introdução de alimentos

“potencialmente alergénicos (ovos, citrinos, morangos, tomate, leguminosas secas, etc.)”, deve ser adiada para o fim do primeiro ano ou mesmo para depois, principalmente em famílias atópicas (Silva, 2005: 103) .

A consistência deve ser inicialmente homogénea, depois granulosa, com partículas mais grosseiras e por fim pequenos pedaços. É importante dar tempo para o bebé se adaptar aos novos sabores, consistências, odores e até ao aspecto visual dos diferentes alimentos. Deve ser oferecida água às refeições e se estiver calor também nos intervalos.

O número de refeições não lácteas começa por ser uma, regra geral ao almoço e posteriormente duas até ao final do primeiro ano, mantendo o consumo de leite em quantidade não inferior a meio litro de leite (Silva, 2005: 104).

O leite de vaca não deve ser introduzido durante o primeiro ano, sendo preferencialmente introduzido depois dos três anos, devido ao seu elevado teor proteico e pobreza em Ferro, recomendando-se o designado “leite de crescimento”. De qualquer modo é conveniente a introdução do iogurte durante o primeiro ano, pelo benefício dos probióticos na microflora intestinal (Silva, 2005: 104).

Uma diversificação alimentar correcta deve ter em conta a prevenção das patologias do adulto:

“comida com pouca gordura, de preferência vegetal (azeite), poucos condimentos (cozidos, grelhados e estufados), pouco ou nenhum sal no 1º ano de vida além do que existe nos próprios alimentos, hidratos de carbono em excesso, desencorajando o uso de edulcorantes e guloseimas. Estas recomendações têm em vista a profilaxia da cárie dentária e a prevenção da obesidade, da hipertensão arterial, das deslipidémias e da aterosclerose” (Silva, 2005: 104).

As refeições devem constituir momentos de socialização com os restantes elementos da família, “onde deve ser fomentado um ambiente de harmonia e de prazer. Evitar, a todo o custo, que as refeições se tornem um «massacre» para a criança e para os pais ”(OE, 2010: 80).

É conveniente que os alimentos sejam desde logo dados com a colher, para tal esta deve ser bem introduzida na boca para que seja mais fácil o bebé engolir. Inicialmente o mais comum é o bebé cuspir os alimentos entre cada colherada e pode até chorar, o que faz parte do processo adaptação de comer à colher.

Dos 4-6 meses

Para confeccionar o puré de legumes deve ser utilizado de preferência um recipiente de inox. De início é feito à base de batata e cenoura ou abóbora, sem adição de sal, deve ter uma

consistência mais fluida e ir aumentando a consistência até se tornar um puré. Quando se triturar, ou já no prato, colocar em cru uma colher de chá de azeite.

Além da batata, cenoura e abóbora podem ser introduzidos os seguintes legumes e verduras: batata-doce, nabo, cebola, pastinaga, couve-flor, chuchu, curgete, alface, nabiça, alho francês e aipo. Por refeição a quantidade pode variar entre os 150 a 180 ml (Fernandes, 2011: 2).

A introdução da carne faz-se utilizando nas primeiras vezes apenas o caldo na cozedura dos legumes, posteriormente a carne bem triturada. A quantidade recomendada é 15-20 gramas por refeição e vai progressivamente aumentando até aos 50 gramas no final do primeiro ano (Fernandes, 2011: 3).

As carnes mais adequadas são as carnes brancas: frango, galinha, peru, pato, pombo, avestruz e coelho. A partir dos 12 meses pode ser introduzida a vitela magra, borrego e carneiro (Fernandes, 2011: 3).

As papas de cereais até aos seis meses, de acordo com a *European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* [ESPGAN], não devem conter glúten. Existem dois tipos de papas, as lácteas e as não lácteas, estas devem ser preparadas com o leite que o bebé toma habitualmente, materno ou fórmula infantil e ser igualmente dadas à colher (Fernandes, 2011: 4).

As primeiras frutas recomendadas são a maçã, pêra e banana (retirar o fio preto), bem maduras e preferencialmente cruas, podem ser dadas raladas ou em sumo, preparadas no momento para evitar a oxidação. Podem ser dadas como sobremesa do puré de legumes com carne, respeitando igualmente os setes dias entre cada alimento novo, como já foi referido anteriormente.

No final dos 6 meses

Podem iniciar o iogurte feito a partir do leite de fórmula.

A partir dos 8 meses

Introduzir a salsa e os coentros que em pequenas quantidades ajudam a condimentar os outros alimentos.

Dos 9 até aos 12 meses

Podem ser consumidos o agrião, os brócolos e a beringela. É recomendado consumir com moderação os vegetais com alto teor em nitratos/nitritos ou fitatos como o feijão verde, beterraba, nabo, acelgas e espinafres (Fernandes, 2011: 2).

Podem ser introduzidos a gema de ovo cozida, começar por dar $\frac{1}{4}$ de gema e aumentar progressivamente até uma gema inteira, perto do final do primeiro ano e o peixe branco

magro: pescada, linguado, solha, faneca, pregado, besugo, bacalhau fresco, corvina, cherne, garoupa, tamboril, robalo e dourada, nos primeiros dar apenas 30 gramas por refeição. Depois, tal como com a carne, ir progressivamente aumentando até aos 50 gramas no final do primeiro ano. Recomenda-se cozer o peixe em separado pois confere um sabor muito intenso ao puré de legumes. O peixe consumido tanto pode ser fresco como ultracongelado, convém evitar peixes com maior teor de mercúrio como o cação, o peixe-espada (branco e preto), o espadarte e o atum (Fernandes, 2011: 4).

Quanto às frutas, podem ser introduzidas a manga, a papaia, a ameixa, o abacate, melão, pêssigo, alperce, uvas e cerejas (Fernandes, 2011: 5). Os citrinos um pouco mais tardiamente (9-10 meses). Nesta fase pode também iniciar o iogurte feito a partir do leite de vaca.

A partir dos 12 meses

A criança pode gradualmente transitar para a alimentação familiar. Pode ser introduzida a clara do ovo e inicia gradualmente o tomate e as leguminosas (feijão, grão, fava, ervilha e lentilha). Quanto às frutas inicia o melão, a melancia e o ananás.

Os morangos só devem ser introduzidos **a partir dos 15 meses** e o Kiwi depois dos **2 anos** (Fernandes, 2011: 5).

Principais erros alimentares

A problemática dos erros alimentares surge em geral a partir do primeiro ano de vida com a transição para a alimentação familiar. A alimentação cuidada e saudável do primeiro ano pode ficar comprometida com a ideia errada que por vezes é transmitida, de que a criança poder começar a comer de tudo. Esta liberalização da dieta pode ser mal interpretada pelos pais e conduzir a diversos erros alimentares.

Um erro muito comum é o excesso de consumo de sal. Até esse momento a comida do bebé foi sempre confeccionada sem sal, essencialmente devido à imaturidade da função depuradora a nível renal. A partir do primeiro ano é permitida a introdução o sal, no entanto, a quantidade é difícil de quantificar, podendo muitas vezes ser excessiva.

Outro excesso que é muito frequente é o consumo de açúcares. Estes são ingeridos sob a forma de bolachas, cereais de pequeno-almoço, gelados, gomas, etc., o que muitas vezes ocorre no intervalo das refeições. É um erro oferecer guloseimas como prémios quando a criança come a sopa toda ou os vegetais.

O leite de vaca nunca de ser oferecido ao bebé antes dos 12 meses e “actualmente recomenda-se que o leite de vaca em natureza (leite do dia) só seja dado a partir dos 3 anos” (Fernades 2011: sp), devido ao seu elevado teor proteico.

O consumo de refrigerantes às refeições é outro erro alimentar. Este tipo de bebidas contém uma elevada quantidade de açúcares e corantes o que pode levar a uma elevada ingestão destes nutrientes e substâncias, com diminuição do apetite à refeição. Deve ser sempre privilegiado o consumo de água.

Anorexia fisiológica do 2º ano de vida

No final do primeiro ano de vida verifica-se na criança uma mudança do aspecto alimentar, designada “anorexia fisiológica do segundo ano de vida”, contudo mais notória a partir do segundo ano. É um fenómeno frequente, referido como tema de conversa na consulta dos 12 meses, no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005: 25).

Esta anorexia fisiológica relaciona-se com uma desaceleração do crescimento e com uma consequente diminuição da necessidade de aporte de alimentos. O crescimento das crianças não é linear, faz-se por etapas, alternando fases de crescimento, designadas surto de crescimento, com fases de latência. Antes de um novo surto a criança tem mais apetite, depois volta a estagnar (Madeira e Aquino, 2003: sp).

Por outro lado o interesse da criança pelo alimento também vai progressivamente dando lugar ao interesse pela descoberta do mundo que a rodeia. Para Needlman (2002), por volta dos 9 meses “surge uma nova demanda por autonomia, pode aparecer a recusa alimentar, concomitantemente aos acessos de fúria” (Madeira e Aquino, 2003: sp).

5.4 – DENTIÇÃO

O aparecimento do primeiro dente é em geral um momento importante para a família, podendo ser uma ocorrência discreta, sem causar incómodo ou dor ao bebé. Contudo, o mais comum na erupção dentária é o bebé ficar irritável, chorão, ter diminuição do apetite, babar-se mais que o habitual e ter as gengivas mais duras e volumosas. Na opinião de Laurent e Reader (2008: 142), devem ser oferecidos ao bebé brinquedos próprios para os dentes, alguns podem ser refrigerados.

Higiene oral

O momento ideal para iniciar a prática de higiene oral é desde a erupção do primeiro dente, pode ser utilizada uma compressa ou uma escova muito macia. (Laurent e Reader, 2008: 143). Opinião corroborada pela Direcção-Geral da Saúde (DGS) que afirma “Na

consulta de saúde infantil ou de vigilância da criança, efectuada pelo médico assistente e/ou pelo enfermeiro, pretendemos sensibilizar os pais para que incorporem na rotina de higiene diária do bebé também a higiene da sua boca” (DGS, 2005: 5).

Até a criança ser capaz de bochechar e cuspir não deve ser utilizado qualquer tipo de dentífrico e a higienização deve ser feita depois das refeições, duas vezes ao dia, uma das vezes à noite, antes de deitar. Quando a criança domina o bochecho, depois de um ano de idade, deve ser utilizado um “dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/l) de fluoreto.” A quantidade de dentífrico utilizada “deve ser idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da mão, da própria criança (dedo mindinho) ” e nesta fase a criança pode sob vigilância começar a escovagem dos dentes (DGS, 2005: 6).

Os pais das crianças com menos de 3 anos devem ser informados sobre a importância da prática de uma alimentação saudável na prevenção precoce de cáries da infância. Quanto ao uso do biberão, este deve idealmente ser abandonado, quando a criança completa um ano de idade, sendo substituído pelo copo, colher ou palhinha. (Ordem dos Médicos Dentistas [OMD], 2012: sp).

Uso de chupeta

De acordo com a OMD, os “hábitos de sucção não nutritiva”, como é o caso do uso de chupeta, “devem ser abandonados até cerca dos 3 anos de idade, atendendo à possibilidade de auto-correcção de desarmonias no desenvolvimento das arcadas dentárias” (OMD, 2012: sp).

É também importante reforçar a contra-indicação da utilização de chupetas com açúcar ou mel (DGS, 2005: 6).

5.5 - HÁBITOS INTESTINAIS

A regularidade intestinal e características das fezes são questões frequentemente apontadas pelos pais no contexto da consulta de enfermagem em saúde infantil, particularmente nas primeiras abordagens e quando se inicia a diversificação alimentar. As cólicas e como actuar na sua presença, fazem parte da lista de dificuldades sentidas pelos pais, principalmente nos primeiros três meses de vida.

Regularidade e características das fezes

A regularidade intestinal dos bebés com aleitamento materno exclusivo pode ser bastante diversificada. Nos primeiros dias de vida, o bebé evacua após cada mamada, devido ao reflexo gastrocólico, depois progressivamente o intervalo vai aumentando (Stoppard 2002: 17).

O leite materno protege naturalmente o bebé contra a obstipação intestinal uma vez que o colostro e o leite humano têm um efeito laxativo. Contudo, não há evidência científica que aponte para o efeito que uma dieta laxativa da mãe produza efeito laxativo no intestino do bebé (Guilherme et al 2008: sp).

Desde que se verifique uma boa evolução ponderal, considera-se igualmente normal evacuar várias vezes ao dia ou estar sem evacuar dois ou três dias, pelo aproveitamento total do leite materno, não há resíduos para eliminar (Guilherme et al 2008: sp).

Alguns bebés mesmo apresentando fezes moles ou semi-líquidas têm dificuldade em evacuar, fazem muita força, ficam vermelhos e choram. Esta situação pode estar relacionada com uma descoordenação entre o recto e ânus, o bebé faz força para evacuar e o esfíncter anal não abre. Tende a melhorar com o crescimento (Guilherme et al 2008: sp).

No que concerne às características das fezes do bebé, quando alimentado com leite materno apresentam uma consistência semilíquida/pastosa, com grumos, cor de gema de ovo e são tendencialmente mais frequentes, quando alimentado com leite de fórmula, as fezes são geralmente mais firmes, com uma consistência pastosa/dura, apresentam uma coloração mais escura e são tendencialmente menos frequentes (Stoppard 2002: 17). As fezes podem também ser muito líquidas e ter uma coloração esverdeada após tomar contacto com o ar, não devem ser interpretadas como diarreia é uma “falsa diarreia do aleitamento materno” (Fernandes 2010: sp).

Aquando da introdução de alimentos sólidos, aos 4-6 meses, as fezes podem adquirir uma coloração, consistência e frequência diferentes do habitual. Tornam-se mais escuras, mais secas e menos frequentes. Consoante os alimentos ingeridos, o bebé pode evacuar de 1 a 3 vezes por dia (Stoppard, 2002).

Cólicas

As cólicas são um espasmo doloroso do intestino. Estão relacionadas com a imaturidade intestinal, a deficiência da lactase e o reflexo gastrocólico (o intestino é estimulado a contrair quando o bebé mama). Trata-se de uma situação transitória que afeta o recém-nascido desde as primeiras semanas e tende a desaparecer até ao final do terceiro mês.

Manifestam-se em geral no fim da tarde ou à noite. O bebé fica agitado, o rosto vermelho, movimenta as pernas até junto do abdómém e evidencia o seu sofrimento pelo choro persistente (Barbosa, 2006: sp).

No bebé alimentado com leite materno é importante uma boa pega e colocar o bebé a arrotar depois de cada mamada. Se é alimentado com leite de fórmula pode ser necessário o recurso a leites adequados à prevenção das cólicas, nomeadamente fórmulas anti-obstipantes designadas por AO.

Actuação em caso de cólicas

Os pais, quando confrontados com a **situação de cólicas**, devem manter a calma e revezar-se quando as crises são muito prolongadas. De preferência colocar o bebé num local calmo, aquecido e deixá-lo ouvir uma música suave. Simultaneamente podem ser tentadas diversas manobras: massajar o abdómen com movimentos suaves e circulares no sentido dos ponteiros do relógio; flectir os membros inferiores pressionando suavemente os joelhos contra o abdómen, alongar e repetir o movimento várias vezes o que ajuda a eliminar os gases; colocar o bebé de bruços e fazer massagens com movimentos circulares na região lombar. Pode ser necessário recorrer a fármacos (Barbosa, 2006: sp).

Soluços

Os soluços são pequenas dificuldades habituais nos recém-nascidos e nos bebés sendo comum o bebé ter soluços sem que isso tenha qualquer significado patológico. Ocorrem frequentemente após as refeições e são provocados por contracções do diafragma, o que contribui para o seu fortalecimento. “Muitas vezes os soluços passam quando se deixa o bebé mamar um pouco” (Fernandes, 2010: sp).

Regurgitar/bolçar

Regurgitar/bolçar define-se como a “subida de uma parte do conteúdo do estômago para o esófago e deste para a boca, constituindo uma causa frequente de procura de cuidados de saúde e de ansiedade para os pais” (Fernandes, 2010: sp).

Trata-se de uma situação benigna, devida a uma “imaturidade fisiológica do cárdia que permite a passagem de alimento para o esófago”, normalmente acontece com mais frequência nos primeiros 4-5 meses de vida (Oliveira, 2010: sp), tende a desaparecer com o crescimento, até ao fim do primeiro ano de vida. Se o bebé se alimentar bem e houver uma progressão ponderal normal, não é preocupante.

Para diminuir a ocorrência da regurgitação, é indicado alimentar o bebé calmamente e depois das mamadas dar tempo para que arrote. Imediatamente após as refeições, manter o bebé num ambiente tranquilo e deixá-lo nos 30-45 minutos seguintes, em posição semi-sentada ou deitado com a cabeça e o tronco elevados a 20-30° (Fernandes, 2010: sp). Evitar manipulações que de algum modo pressionem o estômago, como mudar a fralda e o uso de roupas ou fraldas muito apertadas.

Quando os bebés não fazem aleitamento materno exclusivo, podem ser utilizadas fórmulas anti-regurgitantes, também designadas AR.

Vómito

No vómito ocorre uma expulsão mais activa do conteúdo gástrico, o bebé fica perturbado e chora, quando o bebé regurgita/bolsa é frequente continuar tranquilo e a sorrir. Normalmente o vómito surge após a refeição e é motivo de vigilância médica. Provoca um grande incómodo e desconforto no bebé (Fernandes, 2010: sp).

5.6 - ACIDENTES E SEGURANÇA

Segundo Menezes, Edanius e Cordeiro (2007: 2), é comum pensar-se que durante os primeiros meses de vida os bebés não correm riscos, uma vez que “pouco mais fazem do que comer e dormir”. Contudo, a realidade é bem diferente e imediatamente após o nascimento, entre as várias situações possíveis, o bebé pode cair, sofrer queimaduras ou ser vítima de acidente de viação. À medida que o bebé cresce e vai desenvolvendo as competências que lhe permitem virar-se, agarrar coisas, gatinhar, surgem novas situações de perigo. Ainda na opinião do autor, a crescente tecnologia, o ambiente e as actuais condições e estilos de vida, em vez de ser estimulantes, acolhedores e seguros, constituem muitas vezes uma ameaça à integridade física e à vida das crianças.

Assim, nesta fase da vida é fundamental manter um ambiente seguro em que a criança seja permanentemente vigiada por um adulto. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010: 87), “a criança que se sente segura pode avançar no percurso do seu desenvolvimento” pelo que “a segurança constitui um outro pilar fundamental à sedimentação de um desenvolvimento infantil salutar.”

Como recomendado pelo Ministério da Saúde (2008: 9), no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, é oportuno abordar estes aspectos em tema de conversa com os pais, nas seguintes idades-chave: primeira consulta (15º dia), 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês.

Segurança e Prevenção de Acidentes

Menezes et al (2007: 4) consideram importante alertar ainda antes do nascimento, para os perigos ao andar de carro, sendo que o lugar mais perigoso é o colo do adulto. O Código da Estrada obriga a transportar sempre o bebé, desde a saída da maternidade, numa cadeirinha própria, adequada ao seu peso e tamanho aprovada segundo as normas internacionais.

A Direcção-Geral da Saúde, como referido no Programa Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (Orientações Técnicas nº 12), define as regras a salvaguardar para o transporte de crianças, desde o momento da alta da maternidade:

“O bebé deve viajar numa «cadeirinha» (sistema de retenção para crianças) voltada para trás, presa com o cinto de segurança do automóvel, num lugar sem airbag frontal, (...) no recém-nascido é necessário, em posição de semi-sentado, amparar a cabeça com redutores de apoio de cabeça, ou com uma fralda enrolada, que se coloca entre a cabeça do bebé e o encosto lateral da cadeirinha. Os bebés prematuros ou de baixo peso à nascença podem viajar em alforjas rígidas (etiqueta E), ocupando normalmente dois lugares no banco de trás. A cabeça do bebé deve ficar sempre virada para o interior do veículo. As crianças com idade não superior a três anos, transportadas no banco traseiro, devem ser seguras por um sistema de retenção aprovado, adaptado ao seu tamanho e peso.” (Direcção-Geral da Saúde, 2005: 23).

Em concordância com Menezes et al (2007: 4 e 5), durante o primeiro ano de vida são múltiplos os aspectos a abordar.

Assim, no que concerne ao dormir, não havendo contra-indicação médica, o bebé deve ser deitado de costas ou de lado, sem almofada e a roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebé. A cama deve ser estável e sólida, com grades que devem ter no mínimo 60 cm de altura, aberturas inferiores a 6 cm e um colchão que deve ser firme e bem adaptado ao tamanho da cama. Se for colocada uma protecção almofadada por dentro da cama, ao longo do colchão, esta deve ser bem fixada de forma a não tombar sobre o bebé.

Para evitar o perigo de asfíxia, não devem ser colocados adornos (brincos, pulseiras, anéis e outros que se possam soltar) ou fios ao pescoço do bebé, nem se recomenda o uso de gorro ou a presença de objectos dentro da cama, como sejam: brinquedos, fraldas, laços, fitas ou outros. Os bebés exploram os objectos com a boca pelo que o seu tamanho deve ter “no mínimo, um diâmetro superior a 32 mm ou, se for esférico, superior a 45 mm” (Menezes et al 2007: 5 e 6).

Pelo risco de queda, a alcofa e/ou espreguiçadeira, assim como a cadeirinha quando usada fora do carro, devem ser colocadas sempre no chão e manter os cintos apertados. Aquando da mudança das fraldas é conveniente manter sempre uma mão em cima do bebé, pois, mesmo não se conseguindo ainda virar sozinho, o bebé pode rebolar. (Menezes et al, 2007: 6).

As queimaduras constituem outro perigo para o bebé pelo que, no momento do banho é fundamental verificar a temperatura da água, esta não deve ser superior a 37°C, como referido pela Direcção-Geral da Saúde (2007: 33). Ainda referente ao banho, é importante salientar que caso o esquentador esteja colocado na casa de banho, é conveniente utilizar outro local para o banho, pelo risco inalação de gases. O bebé também nunca pode ser deixado sozinho na banheira, mesmo quando a quantidade de água é muito pequena, pelo risco de afogamento. A utilização dos produtos de higiene e de cremes hidratantes, leva a que os bebés ficam mais "escorregadios", pelo que é conveniente colocar no fundo da banheira um tapete anti-derrapante. (Menezes et al, 2007: 5, 6 e 7).

Sendo necessário utilizar o biberão, a temperatura do leite deve ser verificada antes de oferecer ao bebé, entornando uma gota no pulso. O recurso ao micro-ondas para o aquecer o leite deve ser evitado mas, se este for utilizado, é necessário agitar bem o biberão e verificar a temperatura do leite antes de oferecer ao bebé. Neste tipo de aquecimento, dependendo dos materiais presentes nos diversos recipientes, regra geral o vidro, este pode manter-se morno e o leite estar a ferver no seu interior, existindo o risco de queimar a boca do bebé. Menezes et al (2007: 5). Igualmente devem manter-se afastados da criança, recipientes contendo líquidos quentes como sejam água, café, chá ou outros.

Em relação às queimaduras solares, a Direcção-Geral da Saúde (2011: sp), adverte que mesmo estando à sombra, as crianças, são extremamente sensíveis aos raios solares e particularmente vulneráveis ao calor, principalmente nos primeiros anos de vida. “As crianças com menos de seis meses não devem ser sujeitas a exposição solar e deve evitar-se a exposição directa de crianças com menos de três anos.” As horas mais críticas são entre as 11 e as 17 horas. Segundo Menezes et al (2007: 6), para passear ao ar livre é preferível escolher o início da manhã ou o fim da tarde, fora das referidas horas críticas, sobretudo no fim da primavera e no verão. Recomenda-se o uso de protector solar de grau elevado, sem filtros químicos, de acordo com prescrição médica.

Quando se inicia a diversificação alimentar, antes de dar ao bebé os purés de legumes e papas, deve verificar-se a presença de pedaços que o possam engasgar e se estão a uma temperatura razoável. Evitar, uma vez mais, o uso do micro-ondas pelo facto dos alimentos poderem ficar mais quentes do que o recipiente e provocar queimaduras na boca. Caso se

utilize, mudar de prato, mexer bem e verificar a temperatura antes de oferecer ao bebé (Menezes et al, 2007: 7).

À medida que o bebé cresce e se desenvolve, embora inicialmente não se desloque sozinho, vai naturalmente utilizar outros espaços, pelo que é importante criar um ambiente seguro na casa que o bebé vai começar a explorar. Sendo inúmeras as possibilidades do que pode ser levado à boca, correndo o risco de asfixia ou intoxicação, é muito importante estar atento e observar detalhadamente o ambiente onde o bebé permanece. Dar particular atenção à presença de objectos pequenos (eventualmente brinquedos dos irmãos), pilhas, sacos de plástico, produtos de limpeza, medicamentos, etc; colocar protectores de tomadas, eliminar fios soltos, extensões ou fichas triplas; proteger lareiras e outras fontes de calor; observar a presença de objectos que podendo ser facilmente deslocados, sejam um potencial risco para o bebé, por exemplo, a toalha da mesa ou o fio do ferro eléctrico; colocar cancelas nas escadas, fechos de segurança em janelas e portas de acesso a varandas ou terraços, pelo risco de queda (Menezes et al, 2007: 8, 9 e 11). Nunca deixar o bebé sozinho e como alternativa, por curtos momentos, utilizar um parque que seja amplo e cumpra as normas de segurança (Menezes et al, 2007: 7).

5.7 – SINAIS E SINTOMAS COMUNS

Os sinais e sintomas comuns a vigiar durante o primeiro ano de vida, segundo o Programa Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil – Orientações Técnicas nº 12, são o “choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação” (DGS, 2005: 13). Descreve-se a conduta face a sinais e sintomas comuns.

Choro

O choro é a uma forma de comunicação do bebé e o meio mais eficaz de manifestar as suas sensações e chamar a atenção.

O bebé chora quando tem fome ou sede, cólicas ou outro tipo de dor, quando surge a dentição, quando está incomodado (roupa desconfortável, fralda suja, sono, cansaço, solidão, frio ou calor, excesso de estímulo), ou quando tem necessidade de se sentir protegido e amado (Fernandes, 2009: sp).

Nos primeiros tempos após o nascimento, os pais enfrentam o grande desafio que é descodificar o significado do choro. Com o tempo aprendem a descobrir os diferentes choros do bebé e a forma de satisfazer as suas necessidades. É sempre recomendado demonstrar

calma pois, o bebé percebe o desespero e o cansaço dos pais e tende a ficar mais tenso, eliminar as opções possíveis até o bebé se acalmar.

Considerar a possibilidade do bebé estar doente se surgir febre, perda de apetite, grito repentino, obstrução nasal, vômitos, diarreia. Também se o “bebé mexer na(s) orelha(s). Indicativo de dor se chora muito, não pára de chorar quando posto ao colo ou se se acompanhar de palidez e elevação das pernas” (Fernandes, 2009: sp).

Obstrução nasal

Quando excluída uma causa patológica é frequentemente provocada pela presença de secreções secas e aderentes à mucosa nasal. Pode ser resolvida com a aplicação de soro fisiológico ou água do mar esterilizada, com jacto muito suave (Fernandes, 2009: sp).

É também conveniente humidificar o ar do quarto ou da divisão da casa onde o bebé permanece, utilizando para o efeito um humidificador que quando em funcionamento deve estar afastado do bebé.

Tosse

A tosse é um sintoma que frequentemente preocupa os pais. Trata-se de um mecanismo de defesa, “representa a expulsão violenta e súbita do ar das vias aéreas inferiores, o que protege os pulmões contra a aspiração e promove o movimento de secreções e outros constituintes das vias aéreas inferiores para a faringe e boca” até à sua saída (Fernandes, 2010: sp).

Se o bebé tossir esporadicamente durante o dia, pode não ter significado patológico. Contudo, se a tosse for nocturna e interferir com o sono ou se manifestar num bebé com menos de 3 meses, carece de atenção e vigilância médica. Igualmente se for acompanhada de pieira, febre durante mais de 72 horas, corrimento nasal amarelo, esverdeado ou com presença de sangue, se houver vômitos a acompanhar a tosse e se esta for “seca, espasmódica tipo «latido de foca» com evidência de dificuldade respiratória” (Fernandes, 2010: sp).

Deve ser promovida a humificação do ambiente e caso a mucosa nasal esteja seca com secreções aderentes, colocar nas narinas soro fisiológico ou água do mar esterilizada, como no caso da obstrução nasal. Não expor o bebé a fumos, em particular o que resulta da combustão do tabaco.

Diarreia

A diarreia pode ser definida como “um excesso de volume fecal diário e, de uma forma mais específica, com um conteúdo líquido nas fezes superior a 10 mL/kg/dia.” Quanto à duração pode ser classificada aguda, quando evolui até aos 14 dias, persistente quando se mantém dos 14 aos 30 dias e crónica dos 30 aos 60 dias (Fernandes, 2012: sp). A persistência da diarreia justifica a procura de cuidados de saúde.

Esta situação pode levar a uma significativa perda de líquidos do organismo pelo que “enquanto houver diarreia, a criança deve ingerir pela boca a quantidade correspondente de líquidos que é perdida pelas fezes. Chama-se a isto, a reidratação oral, e é a pedra angular do tratamento da diarreia!” (Fernandes, 2012: sp).

A conduta a ter em caso de diarreia é a seguinte: quando o bebé é alimentado exclusivamente com leite materno, a amamentação deve ser mantida oferecendo o peito mais vezes; quando o bebé é alimentado com leite de fórmula, a diluição não deve ser alterada, no entanto, deve ser considerada a possibilidade de haver intolerância, nomeadamente à lactose e pode ser necessário alterar o leite do bebé para uma fórmula sem lactose, a manter entre 2-4 semanas (Fernandes, 2012: sp).

Num bebé que já iniciou a diversificação alimentar, durante as primeiras horas é conveniente aumentar a ingestão de líquidos – água, «água de arroz» ou «água chalada» e quando necessário, ingerir soluções de re-hidratação oral, por prescrição médica. Quando o bebé está melhor reintroduzir gradualmente os alimentos, começar por caldo de arroz ou caldo de cenoura e frango cozido (Fernandes, 2012: sp).

Por vezes existe a crença de que a Coca-Cola® ajuda a resolver a diarreia, contudo “não são líquidos apropriados, devido ao seu baixo teor em sais minerais e/ou osmolaridade elevada, não proporcionando uma hidratação eficaz” (Fernandes, 2012: sp).

Obstipação

O padrão de hábitos intestinais é único para cada bebé. Dependendo da sua alimentação, pode evacuar diariamente ou estar 2-3 dias sem evacuar, ter desconforto abdominal, sem que isso represente qualquer risco. É o caso dos bebés em aleitamento materno exclusivo quando há um aproveitamento integral do leite.

A partir da diversificação alimentar, as mudanças na alimentação podem provocar alterações dos hábitos intestinais. Nessa situação, a obstipação está geralmente associada a dietas “pobres em água, frutas e verduras frescas e, ao mesmo tempo, excessivamente

proteicas.” Assim, “uma mudança nos hábitos intestinais, em vez do número de dias entre as dejectões, tem maior importância” (Fernandes, 2006: sp).

A obstipação pode estar relacionada com causas funcionais, “erros alimentares (diets pobres em água e fibras, excesso de ingestão de leite, etc.)” Surgem geralmente acima dos 2 anos de idade. Abaixo dos 2 anos a obstipação atribui-se a patologias diversas ou a causas medicamentosas como o “Ferro (as fórmulas infantis são suplementadas em ferro) ou vitamina D, erros alimentares (diets pobres em água e fibras, excesso de ingestão de leite, etc.)” (Fernandes, 2006: sp).

Para cada situação é necessário avaliar e introduzir, quando necessárias, as medidas correctivas.

5.8 - SINAIS E SINTOMAS QUE JUSTIFICAM RECORRER AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Temperatura normal e febre

A temperatura corporal é um sinal vital e a sua alteração é um indicador do estado de saúde. A sua medição é feita com recurso a um termómetro, disponibilizando o mercado diversos modelos. Algumas famílias ainda possuem os antigos termómetros de vidro com mercúrio, pelo que é pertinente informar que nunca devem ser utilizados.

Pode ser medida na região axilar, oral, timpânica ou rectal. O método menos preciso é a avaliação da temperatura axilar e a avaliação oral não é recomendada em bebés ou crianças pequenas.

A febre é isoladamente motivo de recurso aos serviços de saúde e pode estar associada a convulsões, apatia, dificuldades respiratórias, vómitos ou diarreia. Considera-se febre uma temperatura corporal acima do normal, isto é; temperatura axilar superior a 37,2° C, oral ou timpânica superior a 37,6° C e rectal superior a 38° C (Fernandes, 2012: sp).

Sinais de Alarme a vigiar no desenvolvimento psicomotor

Os Sinais de Alarme a vigiar no desenvolvimento psicomotor, segundo a Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan, são:

No 1º Mês – “ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado; hiper e hipotonicidade na posição de pé; nunca segue a face humana; não vira olhos nem cabeça para o som (voz humana); não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.”

No 3º Mês – “não fixa nem segue objectos; não sorri; não há qualquer controlo da cabeça; mãos sempre fechadas; membros rígidos em repouso; sobressalto ao menor ruído; chora e grita quando se toca; pobreza de movimentos.”

No 6º Mês – “ausência de controlo da cabeça; membros inferiores rígidos e passagem directa à posição de pé quando se tenta sentar; não olha nem pega qualquer objecto; assimetrias; não reage aos sons; não vocaliza; desinteresse pelo ambiente; irritabilidade; estrabismo manifesto e constante.”

No 9º Mês – “não se senta; permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição; assimetrias; sem prensão palmar, não leva objectos à boca; não reage aos sons; vocaliza monotonamente ou perde a vocalização; apático sem relação com familiares; engasga-se com facilidade; estrabismo.”

No 12º Mês – “não aguenta o peso nas pernas; permanece imóvel; não procura mudar de posição; assimetrias; não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão; não responde à voz; não brinca nem estabelece contacto; não mastiga” (Castelo e Boavida, 2009: 15).

5.9 – VACINAÇÃO

O Programa Nacional de Vacinação, baseado num esquema universal e gratuito, adapta a cronologia das vacinações ao desenvolvimento do sistema imunitário para obter a melhor protecção na idade mais adequada. O esquema actual, aprovado em 2011 pelo Despacho n.º 17067/2011 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, datado de 7 de Dezembro de 2011 e publicado no Diário da República, 2ª série – N.º 243 – de 21 de Dezembro de 2011, entrou em vigor no dia 1 de Janeiro de 2012 e vem substituir o PNV de 2006.

Esquema vacinal

Ao nascimento a criança é vacinada com a vacina contra a tuberculose - BCG (Bacilo de Calmette e Guérin), dose única e com a vacina monovalente contra a hepatite B - VHB, desde que o seu peso seja igual ou superior a 2000 g. Em circunstâncias especiais, crianças nascidas com peso inferior a 2000 g, a vacina BCG deve ser adiada para quando atingirem este peso. A VHB, no caso das crianças filhas de mães Ag HBs negativo, deve ser adiada para 1 mês de idade ou para quando atingirem este peso (Direcção-Geral da Saúde, 2011: 49). No caso das crianças filhas de mães Ag HBs positivo, as orientações específicas de “Profilaxia pós-

exposição” apontam que deve ser seguido um esquema com quatro doses, a administrar aos 0, 1, 2 e 6 meses de idade (Direcção-Geral da Saúde, 2011: 61).

Durante o 1º ano de vida e de acordo com o novo PNV, o esquema recomendado da vacinação universal prossegue aos 2, 4, 6 e 12 meses, com inoculações das vacinas: DTPaHibVIP - vacina pentavalente contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a doença invasiva por *Haemophilus influenzae b* e a poliomielite aos 2, 4 e 6 meses; VHB - vacina monovalente contra a hepatite B aos 2 e 6 meses; MenC - vacina monovalente contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis C* aos 12 meses, dose única; VASPR - vacina trivalente contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola aos 12 meses. Quando cumprido este esquema, aos 6 e aos 12 meses de idade completa-se a primovacinação, respectivamente para sete e para onze doenças infecciosas, das doze abrangidas pelo PNV (Direcção-Geral da Saúde, 2011: 10).

Os registos referentes à vacinação são efectuados no Boletim Individual de Saúde, na aplicação informático SINUS (Sistema de Informação nas Unidades de Saúde) e na aplicação informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).

Locais anatómicos de administração das Vacinas

Locais de administração das vacinas do PNV em crianças com idade inferior a 12 meses: BCG - braço esquerdo; DTPaHibVIP - coxa esquerda; VHB - coxa direita. Em crianças com idade igual ou superior a 12 meses: MenC - parte superior do braço esquerdo; VASPR - parte superior do braço direito (Direcção-Geral da Saúde, 2011: 36 e 37).

Reacções adversas das vacinas

BCG – No local da injeção em 2 a 4 semanas surge uma pequena úlcera que não requer qualquer tratamento, cicatriza espontaneamente em 2 a 5 meses e deixa frequentemente uma cicatriz vacinal com cerca de 5 mm de diâmetro (Direcção-Geral da Saúde, 2011: 39).

VHB – No local da injeção podem surgir dor, rubor e tumefacção ligeira. As reacções sistémicas são pouco comuns e referem-se principalmente a febre baixa que regride habitualmente em 24 a 48 horas (Direcção-Geral da Saúde, 2011: 40).

DTPaHibVIP – No local da injeção podem surgir dor, rubor, edema e ardor que desaparecem em 48 a 72 horas. As reacções sistémicas observadas nas primeiras 24 horas são o choro persistente, perda de apetite, agitação ou sonolência, vómitos e diarreia. Ocasionalmente pode ocorrer febre moderada $\leq 38,3^{\circ}\text{C}$, com início num curto período de tempo após a vacinação e que se pode manter durante 24 a 48 horas. Por vezes aparece no

local da injeção um nódulo indolor que é lentamente reabsorvido ao longo de várias semanas (Direcção-Geral da Saúde, 2011: 40).

MenC – No local da injeção podem surgir dor, ardor, eritema ou tumefacção que desaparecem ao fim de 1 a 2 dias. As reacções sistémicas mais comuns são a febre baixa, choro, irritabilidade, sonolência ou alterações do sono, anorexia, náuseas, vómitos, dor abdominal e diarreia (Direcção-Geral da Saúde, 2011: 41).

VASPR - No local da injeção podem surgir dor, ardor, calor, rubor ou edema de curta duração. As reacções sistémicas mais frequentes são febre > 39,4°C e exantema de curta duração (1 a 2 dias) que podem surgir 5 a 12 dias após a vacinação (Direcção-Geral da Saúde 2011: 41).

5.10 – TEMPERAMENTO, DESENVOLVIMENTO E AFECTOS

Cada recém-nascido é um ser único e tem desde cedo um carácter definido. O temperamento de um bebé pode basear-se em nove aspectos: “nível de actividade; regularidade do apetite, padrão de sono e função intestinal; reacção a novas experiências; capacidade de adaptação a novas situações; sensibilidade ao barulho, à luz e a texturas; intensidade das suas reacções aos eventos negativos e positivos; humor; capacidade de concentração e capacidade de perseverar (Alto Comissariado da Saúde, 2012: sp).

Segundo Seifer & Schiller (1995), Vaughn & Bost (1999) e Cole & Cole, (2001), o temperamento “refere-se a um conjunto de comportamentos individuais, com origem biológica que se manifestam desde uma idade precoce e se mantêm relativamente estáveis ao longo do tempo” (Bárcia, 2010: 42). Tal aponta para uma definição de características do temperamento que permite “classificar as crianças em três tipos de comportamento: temperamento fácil, temperamento difícil e temperamento intermédio e lento” (Bárcia, 2010: 44).

Os bebés de temperamento fácil, estão frequentemente de bom humor, acordam e alimentam-se de forma regular, mantêm-se moderadamente activos, adaptam-se rapidamente à mudança sendo fácil lidar com eles.

Os bebés de temperamento difícil são mais sensíveis, têm ciclos de sono e fome irregulares e em cada dia as suas necessidades são diferentes. Adaptam-se com mais dificuldade à mudança, são mais sensíveis ao movimento, ao barulho e à luz, irritam-se com

facilidade e choram muito. Com estes bebés é necessário ser mais flexível e promover uma rotina estável, para adquirirem mais segurança.

Os bebés de temperamento intermédio e lento são mais cautelosos e mais tímidos. Observam antes de agir, pelo que são mais lentos, também são mais resistentes à mudança e menos excitáveis. Como estão mais parados e chamam menos a atenção, parecem mais independentes. Estes bebés necessitam de uma estimulação que acompanhe o seu ritmo pois têm capacidade para “compreender, aprender a explorar e sociabilizar” como os bebés mais activos (Alto Comissariado da Saúde, 2012: sp).

A personalidade do bebé vai evoluindo, cabe aos pais esta descoberta e o ajuste do seu próprio comportamento ao temperamento do filho para promover o seu desenvolvimento. Se for um bebé calmo, sugerem-se brincadeiras mais físicas, se for mais activo, sugere-se uma atitude mais calma, estimular a sua atenção e concentração através de livros infantis (Alto Comissariado da Saúde, 2012: sp).

Desenvolvimento motor e estimulação

O processo de desenvolvimento da criança é fortemente influenciado por múltiplos agentes. Resulta da herança genética dos progenitores, ambiente físico, social e cultural em que está inserida e das interacções que estabelece com esse ambiente.

O desenvolvimento motor do bebé é rápido e progressivo. Normalmente todas as aquisições motoras básicas ocorrem até aos dois anos de idade (Silva, 2011: sp).

Sendo totalmente dependente ao nascimento, o bebé adquire um significativo grau de independência física e maturidade durante o primeiro ano de vida. Passa do sentar para o gatinhar e muitas crianças já conseguem caminhar aos 12 meses. A locomoção alarga o seu campo de acção e a manipulação de objectos permite-lhe desenvolver habilidades a motricidade fina.

A sequência do desenvolvimento motor é idêntica em quase todas as crianças, no entanto pode haver diferenças individuais na idade de aquisição de determinados comportamentos. “Compreender esse desenvolvimento, permite-nos entender como a criança descobre o corpo e de que forma podemos agir para estimular o seu desenvolvimento saudável” (Silva, 2011: sp).

É importante o aconselhamento aos pais sobre as diferentes etapas do desenvolvimento bebé e sobre as actividades que podem ajudar promover a aquisição de competências.

De acordo com Silva (2011), no primeiro ano de vida podemos considerar os seguintes marcos do desenvolvimento em harmonização com os estímulos adequados:

- Até aos 3 meses o bebé olha para um objecto e tenta agarrá-lo. Consegue sustentar a cabeça. Estas competências podem ser estimuladas se forem colocados na cama do bebé objectos coloridos (macios e de preferência com forma redonda), a uma distância que ele possa agarrar;

- Entre os 3 e os 6 meses o bebé já se consegue voltar e sentar com apoio, agarra voluntariamente os objectos com as duas mãos e leva-os à boca. Estes movimentos podem ser estimulados se o bebé for colocado no chão em cima de uma manta ou sentado com apoio de almofadas, com brinquedos ao seu alcance;

- Entre os 6 e os 9 meses o bebé já se consegue voltar de barriga para baixo, tenta rastejar e permanece sentado sem apoio. Procura os objectos e segura-os nas mãos. Uma forma eficaz de o estimular é brincar com ele no chão, colocar os objectos a alguma distância para incentivar os movimentos de aproximação, tapar os objectos e deixar que o bebé os destape;

- Entre os 9 e os 12 meses, o bebé já se consegue deslocar sozinho, seja a gatinhar ou a arrastar-se. Permanece de pé e começa a anda com apoio. Segura bem os objectos e faz a pinça fina entre o polegar e o indicador. Pode ser estimulado por uma maior complexidade das brincadeiras (Silva, 2011: sp).

Escolha de brinquedos

Brincar é a principal actividade da infância e uma condição essencial para o desenvolvimento da criança. “Através do brincar, ela pode desenvolver capacidades importantes como a atenção, a memória, a imitação, a imaginação” (Gomes, 2008).

Durante o primeiro ano de vida o bebé adquire competências motoras e aumenta a sua autonomia. Segundo Vygotsky (1991), a brincadeira é um processo que influencia a aprendizagem infantil e proporciona saltos qualitativos no desenvolvimento (Gomes, 2008).

Os brinquedos são muito importantes neste processo de desenvolvimento, uma vez que associam a sua componente lúdica à da estimulação. “O brinquedo representa uma oportunidade de desenvolvimento. Ele traduz o real para a «realidade infantil», suavizando o impacto provocado pelo tamanho e força dos adultos, diminuindo o sentimento de impotência da criança” (Gomes, 2008).

Ao longo do primeiro ano os bebés “Adoram mobiles coloridos. São um estímulo calmante, importante para o bebé. Nesta fase, também gostam de chaves coloridas, rocas e bolas com guizos” (Alberty e Cordeiro, 2008). É importante respeitar o tamanho dos brinquedos e vigiar se tem peças que se possam soltar, arestas e formas pontiagudas. Os

brinquedos devem ser coloridos e com sons agradáveis, ter um toque agradável e diferentes texturas. Ser de uma dimensão que inviabilize a sua introdução na boca e outros orifícios.

Nos primeiros três meses o bebé explora o seu meio através dos órgãos sensoriais, principalmente a visão, o tacto e a audição. As brincadeiras do bebé baseiam-se na observação e manipulação de objectos, aprecia vozes familiares (como a da mãe) e música suave.

A partir do quarto até ao sexto mês, o bebé fica mais activo e além de manipular os objectos, começa também a levá-los à boca. Interage com o adulto nas brincadeiras e manifesta alegria.

Do sétimo ao nono mês o bebé pega nos objectos, segura-os, consegue passá-los de uma mão para a outra. Tem tendência para bater com eles. Gosta de brincar no chão com bolinhas, aos poucos consegue agarrá-la e devolve-las.

Entre o décimo mês e um ano, para estimular o desenvolvimento motor do bebé são importantes as brincadeiras que façam o bebé ficar em pé, tentar subir ou empurrar. Nesta fase também gosta de empilhar cubos por uma determinada ordem, colocar e retirar os brinquedos de um recipiente. A partir de um ano e idade um telefone de brincar vai permitir ao bebé imitar o adulto e desenvolver a linguagem.

Aprendizagem de regras sociais e afirmação da personalidade

A socialização é uma componente essencial ao desenvolvimento da criança e inicia-se muito precocemente na família.

Durante o primeiro ano de vida, a carácter das relações construídas entre a criança e os pais, vai influenciar o seu equilíbrio emocional, a forma como se vê a si própria e a construção da personalidade. A qualidade desta vivência determina as aprendizagens e o desenvolvimento das suas capacidades sociais, o que vai condicionar as suas interacções futuras e a relação com os pares.

Para Accardo, Accardo e Capute (2008), “A interacção social é a súpula de todas as áreas do desenvolvimento: depende de capacidades motoras adequadas, capacidade de resolução de problemas e linguagem apropriada” (in Castelo e Fernandes, 2009: 15).

Cada criança é única na forma como vê e interage com o mundo que a rodeia. A partir dos seis meses, quando o bebé começa a descobrir e a querer explorar o que está ao seu alcance, necessita de saber que há limites, para poder crescer de uma forma equilibrada. “É durante os primeiros seis anos de vida que a criança aprende as regras sociais, comportamentais e o respeito pelas outras pessoas.” Em concordância com o autor,

“Se a deixam ser birrosa, chantagista, manipuladora e falsa, depois terá grande dificuldade em controlar-se na escola (...) e nas suas relações interpessoais futuras. Uma criança a quem fazem todas as vontades torna-se cada vez mais exigente, chegando a ser violenta.” (Cordeiro, 2010: sp).

Cerca dos doze meses, o bebé compreende facilmente o significado da palavra «não», que é dita quando os pais o impedem de fazer alguma coisa. Por seu lado, o bebé ao expressar ele próprio o «não», numa atitude de contradição e negação aos pais, está a afirmar a sua autonomia e a sua personalidade.

“Na maioria das crianças, a personalidade faz-se segundo uma escada de patamares. A criança absorve a informação, processa-a, analisa-a, decide o que altera no seu estado anterior e dá então um passo para o degrau acima, onde receberá mais informação e o processo se repete” (Cordeiro, 2010: sp).

Neste processo de construção, cada criança apresenta individualmente os seus períodos críticos que os pais deverão entender e acompanhar, para promover no filho um desenvolvimento equilibrado e saudável.

Vida na creche/ama

A ida do bebé para uma ama, creche ou jardim-de-infância, é uma mudança de rotina frequentemente vivenciada pelo bebé e pelos pais com alguma tensão. Face a uma nova realidade as reacções podem ser as mais diversas. Assim, o primeiro dia pode ser marcado pelo choro e pela recusa. Mas, se o novo espaço for muito atractivo, pode ser bem aceite e facilitar a adaptação. Ainda assim, neste caso podem surgir algum tempo depois manifestações de recusa.

Na opinião de Silvério (2008) “Há crianças que são muito curiosas e gostam de explorar coisas novas, mas quando o espaço deixa de ser novidade e percebem que estão «sozinhas», no meio de outras crianças e de adultos que não os pais, mostram-se desconfortáveis” (Ramos e Páscoa, 2008: sp).

Para Galha (2008) a “rejeição das crianças a um novo ambiente pode surgir em qualquer altura, mesmo ao fim de um determinado período de tempo, em que os pais pensam que a habituação do seu filho já está mais do que ultrapassada” (Ramos e Páscoa, 2008: sp).

De acordo com Silvério (2008), a melhor atitude dos pais é não mostrar ansiedade ao deixar os filhos, “uma vez que se os estão a deixar naquele local foi porque, após uma longa procura, o elegeram como um local de confiança para cuidarem e educarem as suas crianças” (Ramos e Páscoa, 2008: sp).

Desenvolvimento da linguagem

O bebé cerca dos cinco/seis meses é capaz de produzir sons de vogais e aos oito meses consegue produzir “sons de consoantes repetitivos, como bá-bá, mã-mã e pá-pá, embora não necessariamente associando estes sons a objectos.” Com 1 ano de idade “podem usar conscientemente algumas palavras além de mã-mã ou pá-pá” e mostrar, pelo seu comportamento que conhecem os nomes de alguns objectos (Behrman et al, 1994: 19).

Afectos

Ao nascimento o bebé é um ser frágil, imaturo e completamente dependente de um cuidador, geralmente a mãe, que garanta a sua sobrevivência física. Também para sobreviver psiquicamente necessita que lhe seja proporcionado um “envolvimento relacional afectuoso, empático, estimulante, estável e adequado às suas necessidades.”

Esta fragilidade do recém-nascido causa em todos, mas muito em particular nos pais, “um fascínio e uma atracção que comove, abala e mobiliza para a sua protecção.”

A vinculação afectiva entre os pais e o bebé vai sustentar e influenciar todas as vertentes do seu desenvolvimento futuro. Deve por isso ser promovido e mantido o contacto precoce da tríade, num “ambiente calmo, íntimo e protector” para favorecer o desenvolvimento dessa relação emocional (Direcção-Geral da Saúde, 2006: 9).

A primeira infância, fase que vai desde o nascimento até aos três anos de vida é em concordância com Brazelton e Greenspan (2006), citados pela Ordem dos Enfermeiros, “simultaneamente, a fase mais crítica e mais vulnerável no desenvolvimento de qualquer criança. É nesta fase que se estabelecem as bases para o desenvolvimento intelectual, emocional e moral” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 88).

A troca de gestos afectivos e emocionais vão proporcionar no futuro ao bebé, a compreensão do mundo que o rodeia, “a formar as capacidades de segurança, confiança, empatia, solidariedade, e a noção do *eu*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 88). Assim, de acordo com Brazelton (1992), referido pela Ordem dos Enfermeiros, “à medida que o bebé irá crescer, os laços afectivos irão solidificar-se em raízes de entendimento, segurança, confiança e amor acompanhando-os toda uma vida. Poderemos dizer que esta é a chave para um desenvolvimento futuro saudável” (Ordem dos Enfermeiros, 2010: 89).

Envolvimento do pai

Em concordância com a Ordem dos Enfermeiros (2010: 80), é importante que o pai se torne um elemento activo e estabeleça desde muito cedo uma boa relação com o bebé. O pai, enquanto companheiro da mulher durante a gravidez e o parto, fica predisposto a estabelecer com o bebé uma relação e interacção semelhantes às da mãe.

A amamentação, fisicamente atribuída à mulher, deve ser encarada como um assunto do casal. O sucesso da amamentação é influenciado por múltiplos aspectos, nomeadamente do foro físico, psicológico e emocional que, sendo inerentes à mãe, se reflectem na relação estabelecida com o bebé e igualmente na tríade pai/mãe/bebé.

Brazelton 2004, referido por OE (2010: 80), sugere que o pai, depois da amamentação estar bem estabelecida, cerca do final da 3ª semana, dê o biberão de leite materno. Tal é entendido na perspectiva da importância do envolvimento do pai para o exercício da função parental.

Pela indiscutível importância do envolvimento do pai, devem ser aproveitadas todas as oportunidades de interacção. Além de colaborar nos aspectos relacionados com a alimentação, pode igualmente privilegiar outros momentos com o bebé como segurá-lo, embala-lo, tocá-lo, sorrir-lhe, dar um passeio, falar com o bebé, dar o banho, mudar as fraldas, adormece-lo, experiências que além de aumentar a confiança no próprio pai, também estreitam a relação pai/filho.

6 – OBESIDADE INFANTIL

A Obesidade é uma das múltiplas consequências possíveis de uma alimentação desequilibrada, doença que constitui um grave problema de saúde pública, alvo de abordagem epidemiológica.

É hoje considerada pela Organização Mundial de Saúde como a epidemia do século XXI, constatando-se que os números relacionados com a obesidade infantil estão a aumentar exponencialmente (Plataforma contra a Obesidade, 2011), tendo também atingido em faixas etárias mais jovens, proporções epidémicas. Tal aponta para um problema que se apresenta como um dos mais sérios desafios de saúde pública deste século.

Trata-se de uma doença com uma etiologia multifactorial e filhos de pais obesos têm um risco acrescido de vir a ser obesos, não só pela herança genética, mas também pela interiorização dos hábitos alimentares da família. Pela morbidade e mortalidade que lhe estão associadas e os elevados custos que acarreta, o combate a esta doença e a sua prevenção são uma prioridade política, nomeadamente do Ministério da Saúde.

A obesidade infantil é determinada através do Índice de Massa Corporal [IMC], que em idade pediátrica deve ser percentilado com base nas tabelas de referência, “valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 85 e inferiores ao percentil 95 permitem fazer o diagnóstico de pré-obesidade” e “valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 95 permitem fazer o diagnóstico de obesidade” (Direcção-geral da Saúde, 2005: 14).

A obesidade é a doença pediátrica mais comum a nível mundial, sendo as crianças consideradas muito vulneráveis ao desenvolvimento de obesidade e excesso de peso. Segundo o principal centro de pesquisa epidemiológica dos Estados Unidos da América, a *Internacional Obesity Task Force* [IOTF], “cerca de 22% dos rapazes e 27,5% das raparigas, entre os 2 e os 15 anos de idade apresentam excesso de peso, e destes 5,5% dos rapazes e 7,2% das raparigas foram considerados obesos” (Ferreira, 2009: 3 e 4).

No espaço europeu existem 45 milhões de crianças com excesso de peso, valor 10 vezes superior ao que foi registado no ano de 1970 e uma taxa de crescimento desta doença que se tem mantido constante, com 400.000 novos casos anuais, sendo Portugal um dos países com maior prevalência de obesidade infantil. (Rito, Paixão, Carvalho & Ramos, 2011: 7).

Na sequência da aprovação da Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade, em Istambul, Turquia, Novembro de 2006, a Organização Mundial da Saúde [OMS] a pedido dos Estados-Membros da Região Europeia, teve a iniciativa de instalar um sistema de vigilância da obesidade infantil. O *WHO – European Childhood Obesity Surveillance Initiative*, constitui assim o primeiro Sistema Europeu de Vigilância Nutricional Infantil. Portugal assumiu a coordenação Europeia desta iniciativa e a nível nacional este estudo denomina-se COSI – Portugal.

Estudos de investigadores portugueses, baseados em amostras sub-nacionais, mostraram que a prevalência de obesidade nas crianças portuguesas tem vindo a aumentar substancialmente nas últimas décadas. Dados referentes ao estudo de Galvão-Teles (2009), obtidos na Plataforma contra a Obesidade da Direcção-Geral da Saúde, confirmaram que 19% de crianças em idade pré-escolar apresentaram excesso de peso. “Estima-se que os custos da obesidade em países desenvolvidos sejam cerca de 2-7% dos custos totais com a saúde, o que representa uma parte significativa do orçamento total nacional para a saúde” (Ferreira, 2009: 3).

Na união Europeia segundo dados da Plataforma Contra a Obesidade os custos com a obesidade elevam-se até 6% dos custos da saúde, sendo que “a esta percentagem há ainda a considerar os custos indirectos relacionados com a obesidade como a perda de vidas, produtividade, absentismo laboral, rendimento escolar e discriminação laboral. Custos estes que quando somados perfazem o dobro dos custos directos” (Direcção-Geral da Saúde, 2011: sp).

O desenvolvimento da criança, após o nascimento, compreende um processo de aprendizagem de comportamentos e atitudes sendo que “o comportamento diz respeito à forma como o sujeito se relaciona com o ambiente e depende da aprendizagem, da personalidade e de outros aspectos socio-culturais” (Ferreira, 2009: 7 e 8). Assim, a aquisição de comportamentos vai influenciar o funcionamento biológico e o desenvolvimento da criança.

Ao longo das várias fases do desenvolvimento, a ocorrência de exposições ambientais que podem originar mudanças permanentes no organismo, sugere a existência de momentos críticos. O primeiro ano de vida é considerado um desses “períodos críticos, de extrema sensibilidade ao desenvolvimento da obesidade. A duração do aleitamento materno, a diversificação alimentar desadequada e um crescimento acelerado são factores que aumentam o risco de obesidade”. Também o leite materno parece exercer um efeito protector contra o desenvolvimento de obesidade ao mesmo tempo que as crianças amamentadas estão mais

receptivas a experimentar e aceitar os alimentos novos, aspecto importante para manter no futuro, uma dieta saudável (Ferreira, 2009: 14).

Sendo o primeiro ano de vida “um período de rápido crescimento e ganho de peso, no qual os mecanismos de balanço energético são bastante importantes”, este é um período determinante no desenvolvimento de obesidade na infância (Ferreira, 2009: 9). Quando se pensa numa abordagem ao nível da Saúde Pública, a prevenção da obesidade infantil é estrategicamente mais importante que o seu tratamento.

7 - A QUALIDADE EM SAÚDE

Os desafios da qualidade surgem como uma das principais prioridades do sistema de saúde português. A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades dos anteriores planos de saúde nacionais, também assumida pelo Alto Comissariado da Saúde [ACS] no Plano Nacional de Saúde [PNS] 2011-2016.

Nas instituições de saúde portuguesas, o desafio actual é a prestação cuidados de excelência, adaptada às exigências actuais de uma população com expectativas cada vez mais elevadas, orientada para uma prática baseada na evidência científica, que garanta os melhores e mais seguros cuidados de saúde aos cidadãos.

A Qualidade em Saúde pode ser definida como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (Saturno P. *et al*, 1990, *In* Ministério da Saúde, 2012: 2). Implica também uma adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão ao melhor nível possível de desempenho.

No modelo conceptual da Organização Mundial da Saúde [OMS] a prestação de serviços surge como uma das funções dos sistemas de saúde, sendo que a qualidade é um dos objectivos intermédios para alcançar o objectivo final que é, melhor saúde. (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2009: 26).

Assim, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, sendo um conceito que agrega múltiplas dimensões, é um dos pressupostos dos sistemas de saúde e constitui-se um determinante da saúde das populações, factor fundamental para o desenvolvimento económico das sociedades (OPSS, 2010: 3).

O Ministério da Saúde considera que a Qualidade, particularmente na área da saúde, apresenta algumas características específicas que a diferenciam da Qualidade Organizacional noutros campos e actividades, na medida em que procura satisfazer e diminuir as necessidades em cuidados de saúde do cidadão e não responder à procura, oferecendo sempre mais (Pessoa, 2005).

Instituições a nível nacional – Conselho Nacional da Qualidade [CNQ] e Instituto da Qualidade em Saúde [IQS] e a nível internacional – OMS e Conselho Internacional de

Enfermeiros [CIE], assumem formalmente a necessidade de implementar sistemas de qualidade, pelo que criar sistemas de qualidade em saúde se revela uma acção prioritária.

As instituições de saúde existem para os cidadãos e para os profissionais de saúde em geral. A qualidade deve ser entendida como o produto final de uma rede de trabalho, em que as acções dos diversos prestadores contribuem para o resultado final. Particularizando aos profissionais de enfermagem, o grande desafio centra-se na reforma dos métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos e ao qual as organizações de saúde devem ser sensíveis. Assim, "a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir – o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados" (OE, 2001: 5).

É neste contexto que o Conselho de Enfermagem [CE] da OE enquadra esforços conducentes à definição Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, estratégia de um caminho que visa a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Por seu lado, compete às instituições de saúde adequar os recursos e criar as estruturas que propiciem o exercício profissional de qualidade.

O enquadramento conceptual da OE, do qual emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, tem subjacentes os conceitos: Saúde – Pessoa – Ambiente – Cuidados de enfermagem. A OE definiu seis categorias de enunciados descritivos, relativas, à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros [OE] entre outras competências, considera que "definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros" (OE, 2001: 3).

Assim, podemos considerar que é da competência dos enfermeiros “responsáveis pela gestão, responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planear e concretizar acções que visem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação.” (Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira, 2008:16).

Evolução do conceito qualidade

O conceito de qualidade e as metodologias que lhe estão associadas, de acordo com Campos e Carneiro (2010: 11), foram disseminadas a partir da indústria por autores como Deming, Juran, Ishikawa e particularmente adaptadas à saúde por Avedis Donabedian. Porém, ao longo da história, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale, que a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde esteve sempre presente.

Uma definição mais abrangente de Qualidade, de acordo com o Glossário da Qualidade do Secretariado para a Modernização Administrativa, compreende

“o conjunto de propriedades e de características de um bem ou de um serviço que lhe confere aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas dos clientes, coincidindo com o conceito que corresponde à satisfação dos utilizadores, não só para as necessidades sentidas e expressas, como também para aquelas que os prestadores consideram reais no momento ou a curto prazo”. (Hespanhol, 2003: 20)

Qualidade dos cuidados de saúde

Segundo Marwick et al (1992), Øvretveit (1992) e Grol (1993), em cuidados de saúde a "Qualidade Total em Saúde" implica a abordagem de três dimensões:

- 1) “Qualidade para o Cliente, que consiste na medida em que o beneficiário do serviço o percebe como correspondendo ao que ele deseja, ou seja na opinião do utente sobre até que ponto o serviço lhe dá o que ele quer e espera,
- 2) Qualidade Profissional, que consiste em dar ao utente o que o profissional julga que ele necessita, ou seja um julgamento dos profissionais relativamente a até que ponto o serviço preenche as necessidades dos clientes, tal como definidas pelos profissionais, e relativamente aos métodos e processos utilizados para satisfazer essas necessidades,
- 3) Qualidade de Gestão, que consiste no melhor uso dos recursos dentro dos limites e directivas impostos pelas mais altas autoridades, ou seja o uso eficiente e produtivo dos recursos de modo a satisfazer os requisitos dos utentes, dentro dos limites das normas e directivas prescritas.” (Hespanhol 2003: 15).

Ciclo da qualidade

Para Øvretveit (1992), para este ciclo assegurar qualidade, desenvolve-se em duas partes. A primeira para localizar e definir problemas de qualidade, ou seja um “Ciclo de Gestão da Qualidade”, a segunda para efectuar as mudanças necessárias à melhoria da qualidade, ou seja um “Ciclo de Correção da Qualidade”, que acaba quando a causa do problema de qualidade for resolvida.

O Ciclo de Correção da Qualidade compreende uma série de passos para descobrir e remover um problema de qualidade: “Definir o problema; Recolher ideias sobre as causas possíveis; Recolher dados; Analisar e apresentar os dados; Recolher ideias sobre como

remover as causas; Fazer as alterações e avaliar os resultados e Eventualmente voltar ao início” (Hespanhol, 2003: 33).

8 – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os Cuidados de Saúde Primários [CSP] são parte integrante do Sistema de Saúde Português. Proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde. Os CSP têm subjacente a prestação de cuidados de saúde globais e integrais, equitativos e com qualidade, propiciam a aproximação da assistência de saúde aos locais onde a população vive, estuda e trabalha, assumem importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Em Cuidados de Saúde Primários, a enfermagem trabalha em equipa multidisciplinar e “integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade” (Correia, Dias, Coelho, Page & Vitorino, 2001: 76).

As práticas dos enfermeiros centram-se essencialmente na pessoa, por sua vez inserida numa família e integrada num contexto ambiental e social. Particularmente no âmbito dos CSP, têm um lugar privilegiado na equipa de saúde, devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus estilos de vida aquando do atendimento das suas necessidades de saúde. “Estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efectuar.” (Correia *et al*, 2001: 78).

No que se refere ao ambiente Cuidados de Saúde Primários, estes são o primeiro acesso do utente aos cuidados de saúde e o pilar central do sistema de saúde. (Pisco, 2007). O seu nível de actuação baseia-se na Promoção da Saúde, encarada nos anos 80 por Labonte & Penfold (Carvalho, 2004), numa perspectiva behaviorista, reafirmada na Carta de Ottawa (1986). A Promoção da Saúde é caracterizada como o processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para desenvolver em plenitude a sua saúde e qualidade de vida, promovendo uma maior participação de todos nesse processo. O indivíduo passou a ser considerado o primeiro responsável pelo cuidado consigo e com os outros, devendo ele próprio ser um agente de mudança social. A saúde passou a ser construída pela capacidade de tomar decisões

e de controlar as circunstâncias da própria vida, numa procura de condições conducentes à obtenção da saúde do colectivo.

O enfermeiro, enquanto elemento integrante das equipas dos CSP, ao desenvolver a Consulta de Enfermagem, no âmbito do Programa de Saúde Infantil e Juvenil, além de actuar como educador em saúde, tem um papel particularmente importante no acompanhamento da criança. Na consulta de enfermagem em saúde infantil, as acções e intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro visam facultar aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental e para responder às necessidades imediatas da criança e/ou da família, na situação de procura de cuidados de saúde e com vista à aquisição de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente no que concerne à alimentação.

Os enfermeiros para além de defender a qualidade de cuidados que executam, deve ser o gestor desses mesmos cuidados, investir na sua formação profissional, publicar o que investiga, partilhar informação com os colegas, intervir numa perspectiva comunitária, numa lógica de melhoria contínua e enriquecimento da profissão.

No processo de gestão de cuidados o planeamento é uma peça fundamental. Planear significa antecipar e prever, para estabelecer padrões de conduta na prestação de cuidados de qualidade.

A responsabilidade quanto à qualidade dos cuidados de enfermagem é uma obrigação legal que se repercute tanto na prestação de cuidados gerais como especializados e de gestão.

Os enfermeiros especialistas, seja qual for a área de especialidade, partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns — a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde nos diversos ambientes de cuidados de saúde: primários, secundários e terciários. Envolve ainda as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem. As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- "a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro." (Ordem dos Enfermeiros, 2011: 8648).

A Ordem dos Enfermeiros no âmbito dos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem, refere na categoria Organização dos cuidados de enfermagem dos Enunciados

Descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.”

São elementos importantes no que concerne à organização dos cuidados de enfermagem:

- “a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;
- a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;
- a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;
- o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;
- a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;
- a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.” (Ordem dos Enfermeiros, 2001:15).

O Artigo 9.º do REPE menciona as Intervenções dos enfermeiros e refere no ponto 6 “- Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem ...” (OE, 1996: 12).

8.1 – CONCEITO DE SAÚDE

O conceito de saúde adoptado pela OMS em 1948 é o mais divulgado: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a mera ausência de doença.” Este conceito parece caracterizar a saúde de uma forma pouco realista porquanto o completo bem-estar não é atingível. Contudo alguns autores consideram este conceito “positivo na sua visão holística do ser humano, quando relaciona as várias dimensões físicas, mentais e sociais que ligam o Homem ao meio.” (Carrondo, 2006: 33).

“Saúde e bem-estar resultam de acções e oportunidades que os promovem e que previnem a doença e as complicações, ao longo do ciclo da vida, nos contextos em que esta decorre.” (Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde, 2011: 2). Este organismo considera que a promoção da saúde é da responsabilidade do sistema de saúde, evidenciada pela promoção de contextos saudáveis e de uma cultura salutogénica multidisciplinar, assumindo a

responsabilidade de identificar as necessidades e potencialidades individuais, ao longo do ciclo vital.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2011-2016,

“O percurso individual de saúde não é constante, tem necessidades específicas e momentos particularmente importantes - Períodos Críticos (*Health promoting Health Systems*. WHO, 2009) que, pela forma como decorrem, influenciam directamente, de forma positiva ou negativa, as fases seguintes da vida. A intervenção nestes momentos - Janelas de Oportunidade - é promotora e protectora da saúde e tem elevada relevância a longo prazo. (*Social determinants of health and the role of evaluation*. WHO, 2010).” (Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde, 2011: 2).

8.2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde é “um processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar” (OMS. Carta de Ottawa, 1986).

A Saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados, mas igualmente de um conjunto de influências ambientais, sociais, culturais e económicas. Contudo, é inegável o impacto que as acções de vigilância e promoção de saúde, pertinentes e de qualidade, têm na população infantil. Assim, estas constituem-se um imperativo para os profissionais de saúde e para os serviços.

Os primeiros anos de vida são um período de grande vulnerabilidade sendo que “dos 1 aos 4 anos (...) emergem situações de risco como a obesidade infantil”, entre outras (Machado, 2009 *In* Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde, 2011: 14).

Neste âmbito a OE no que concerne aos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem, na categoria Promoção da Saúde dos Enunciados Descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros refere,

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde. São elementos importantes face à promoção da saúde, entre outros:

- a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade;
- a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;
- a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento;

- o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2001:12).

Uma abordagem centrada nas famílias e no ciclo de vida permite uma visualização integrada dos riscos e dos problemas de saúde prioritários, nos diferentes grupos etários.

Momentos específicos do ciclo de vida, como a primeira infância, representam oportunidades para realizar prevenção, promoção e educação para a saúde, entre outras acções e intervenções de enfermagem. No que se refere à educação alimentar é indissociável a influência da família, pelo que os pais, nos aspectos da nutrição infantil, são parceiros por excelência.

8.3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

A evolução dos padrões de saúde da sociedade assim como o desenvolvimento científico e técnico demonstram uma enorme necessidade de fortalecer a capacidade de actuação dos serviços de saúde pública, com determinados reflexos inerentes à sua organização. Deste modo, é possível conduzir à reestruturação dos serviços, para que sejam mais eficientes e orientados por padrões de qualidade.

A experiência vivida nos últimos anos demonstrou que existe uma necessidade de maior intervenção em áreas que se revelam indispensáveis ao aumento do nível de saúde das populações, devendo por isso ser reforçadas as funções de vigilância epidemiológica, de promoção da saúde da comunidade e de avaliação do impacto das intervenções em saúde.

O planeamento em saúde é um processo que abrange a monitorização e a avaliação sistemática das acções de saúde, tendo por objectivo a sua promoção, simultaneamente evita as desigualdades existentes entre os utentes, aumenta a eficácia económica e política e ainda assegura a qualidade dos cuidados e sistemas de saúde.

Considerando o binómio custo/eficácia, este processo é realizado com a finalidade de conseguir alcançar resultados de qualidade, diminuir os riscos existentes e a melhoria do estado de saúde.

Planear em Saúde

“é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os estrangimentos actuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990: 29).

O planeamento é então delineado como um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços indispensáveis, de forma a atingir objectivos que são determinados de acordo com a ordem de prioridades estabelecidas. Este irá permitir a escolha de uma resposta ajustada entre as várias alternativas existentes, pelo que o método científico é um instrumento fundamental da saúde.

Pode afirmar-se que o planeamento em saúde visa um estado de saúde através da sua promoção, prevenção de possíveis doenças, cura e reabilitação em casos onde já existe doença, e inclui ainda as mudanças comportamentais e respectiva modificação dos estilos de vida observados. É um processo contínuo e dinâmico, constituído por diversas fases. Não é possível considerar uma fase do processo inteiramente concluída, uma vez que na fase seguinte é sempre possível retroceder e recolher mais informação, são fases interdependentes e a omissão de uma pode conduzir a uma má prestação de cuidados. Assim, o planeamento em saúde vai adquirindo forma através da junção das seguintes etapas: Diagnóstico da situação; Definição de prioridades; Fixação de objectivos; Selecção de estratégias; Programação e Avaliação.

CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 – METODOLOGIA

1.1 - ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO

Durante o período de 14 de Fevereiro a 14 de Março 2011, foi realizada pesquisa bibliográfica com vista à elaboração do Enquadramento Teórico e construção de Grelhas de Observação, adequadas a cada idade da cronologia recomendada para a Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil, no primeiro ano de vida da criança, num total de oito modelos: 3º - 6º Dia; 15º Dia; 1º Mês; 2º Mês; 4º Mês; 6º Mês; 9º Mês; 12º Mês.

A fase de observação no contexto da consulta de Saúde Infantil, com a aplicação das Grelhas de Observação (Anexo III), então construídas, foi o passo seguinte, decorrendo de 15 de Março a 14 de Junho de 2011. Para tal, recorreu-se à impressão dos diversos modelos de Grelha de Observação, sendo os dados colhidos pela observação registados em suporte de papel.

De 15 a 16 de Junho de 2011 foi feita a análise preliminar dos resultados obtidos da qual emergiu a necessidade de construir instrumentos de apoio à consulta que promovessem a qualidade na perspectiva da prevenção da obesidade.

Com efeito, foram construídos no período que decorreu de 17 a 24 de Junho de 2011, um guia orientador da alimentação complementar no 1º ano de vida, designado «A Alimentação no Primeiro Ano de Vida – Diversificação Alimentar» (Anexo IV), dois posters com a mesma denominação e o mesmo conteúdo do guia, para expor no gabinete de consulta e na sala de espera da extensão (Anexo V) e uma apresentação em *Powerpoint*, «Prevenir a Obesidade - Crescer com Saúde» (Anexo VI), dirigida aos pais, para apresentar individualmente ou em grupo, estratégia a definir posteriormente.

A consulta de enfermagem em Saúde Infantil nas idades mencionadas, realiza-se em simultâneo com a consulta médica, tem uma regularidade semanal realizando-se à terça-feira e obedece a um agendamento. Existe uma excepção para a consulta do 3º - 6º Dia, esta realiza-se sem a presença do médico e sem qualquer planeamento quando os pais surgem com

o recém-nascido para se realizar a colheita de sangue para o rastreio de doenças metabólicas - Diagnóstico Precoce, geralmente referenciados pela unidade hospitalar onde ocorreu o parto.

Neste contexto, foi possível que as observações incidissem em todas as idades pretendidas, conseguindo-se um total de 21 observações, distribuídas da seguinte forma: três observações na consulta entre o 3º - 6º Dia; três observações na consulta do 15º Dia; uma observação na consulta do 1º Mês; três observações na consulta do 2º Mês; quatro observações na consulta do 4º Mês; quatro observações na consulta do 6º Mês; duas observações na consulta do 9º Mês; uma observação na consulta do 12º Mês.

Idade	Número de consultas observadas
3º - 6º Dia	3
15º Dia	3
1º Mês	1
2º Mês	3
4º Mês	4
6º Mês	4
9º Mês	2
12º Mês	1

Quadro 1 - Número de consultas observadas por idade

Pretendia-se que fossem realizadas pelo menos três observações em cada idade, o que não foi possível por falta de marcações de consulta nas idades em falta (1º Mês, 9º Mês e 12º Mês), no espaço temporal previsto para o estágio.

No quadro seguinte apresentamos a cronologia das observações:

DATA	OBSERVAÇÕES
15/03/2011 23/03/2011 24/03/2011	Consulta 3º - 6º Dia
29/03/2011 05/04/2011 05/04/2011	Consulta 15º Dia
19/04/2011	Consulta do 1º Mês
17/05/2011 24/05/2011 24/05/2011	Consulta do 2º Mês
22/03/2011 12/04/2011 19/04/2011	Consulta do 4º Mês
24/05/2011 14/06/2011 21/06/2011	Consulta do 6º Mês
26/04/2011	Consulta do 9º Mês
31/05/2011	Consulta do 12º Mês

Quadro 2 - Cronologia das observações

1.2 - CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO

Em seguida é apresentado o cronograma das actividades desenvolvidas durante o Estágio.

DATA	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS
14/02/2011 a 14/03/2011	Reuniões de preparação das actividades a serem desenvolvidas no Estágio com o Orientador; Pesquisa bibliográfica para elaboração do Enquadramento Teórico; Construção de Grelhas de Observação adequadas à consulta de Enfermagem Saúde Infantil no primeiro ano de vida.
18/02/2011	Formalizado o pedido de autorização ao Director Executivo do ACES Médio Tejo II – Zêzere, Dr. Fernando Siborro, para realizar pesquisa no contexto da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil.
15/03/2011 a 14/06/2011	Observação da consulta de Enfermagem Saúde Infantil; Aplicação das Grelhas de Observação construídas.
15/06/2011 a 16/06/2011	Análise preliminar dos resultados obtidos.
17/06/2011 a 24/06/2011	Construção de guia orientador da alimentação complementar no 1º ano de vida, «A Alimentação no Primeiro Ano de Vida»; Construção de poster «A Alimentação no Primeiro Ano de Vida»; Construção de <i>Powerpoint</i> dirigido aos pais; Início da elaboração do Relatório de Estágio.

Quadro 3 - Cronograma das actividades desenvolvidas durante o Estágio

1.3 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

1.3.1 - Enquadramento Geral do Estágio

O Estágio Integrado do 1º Mestrado em Enfermagem foi realizado numa Extensão de Saúde do ACES do Zêzere, no período compreendido entre 14 de Fevereiro e 24 de Junho de 2011, num total de 360 horas.

O presente Relatório tem por base o trabalho desenvolvido durante o estágio, realizado com recurso à Observação Directa Estruturada, baseado em dados recolhidos através do preenchimento de Grelhas de Observação, intencionalmente construídas com vista a identificar e sistematizar as variáveis que caracterizam a Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil no primeiro ano de vida.

O método de trabalho utilizado naquela extensão de saúde é o método individual, orientado por um modelo promotor da prestação de cuidados centrado na pessoa, com afinidade ao modelo Florence Nightingale, Virginia Henderson, Nancy Roper e Dorothea Orem.

Foi utilizada uma metodologia quantitativa com o objectivo de quantificar todos os dados possíveis de ser quantificados, de forma a conseguir tornar objectivo tudo o que se podia medir.

Podemos afirmar que a utilização da metodologia quantitativa permite obter respostas em números, objectivar de forma correcta e específica o objecto de estudo. No paradigma quantitativo podemos verificar que a “sua natureza quantitativa e a sua capacidade de objectivar informação conferem-lhe o estatuto máximo de excelência e autoridade científica no quadro de uma sociedade e de uma ciência dominadas pela lógica formal e burocrático-racional, mais apropriado à captação dos aspectos contabilizáveis dos fenómenos” (Silva e Pinto, 1986: 167). A “abordagem quantitativa, baseada na perspectiva teórica do positivismo, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo” (Fortin, 2003: 322).

1.3.2 - Caracterização do ACES Médio Tejo II - Zêzere

A criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde – ACES, a par da extinção progressiva das Sub-regiões de Saúde, é um dos elementos estruturantes da reforma dos Cuidados de Saúde Primários [CSP], apontando para uma estratégia de descentralização dos serviços.

Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por um ou mais centros de saúde e integram várias unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar [USF]; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP]; Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC]; Unidade de Saúde Pública [USP]; Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP]. Podem ainda integrar os ACES outras unidades ou serviços propostos

pela respectiva ARS, I. P. que venham a ser considerados necessários desde que aprovados por despacho do Ministro da Saúde.

Cada unidade funcional tem um coordenador e é constituída por uma equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica que actua em intercooperação com as outras unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

Os órgãos de administração e fiscalização dos ACES são: o Director Executivo, o Conselho Executivo, o Conselho Clínico e o Conselho da Comunidade. Tem como serviços de apoio: a Unidade de Apoio à Gestão e o Gabinete do Cidadão. Os instrumentos de gestão do ACES são: o Regulamento Interno, os Planos plurianuais e anuais de actividades e respectivos orçamentos, os Relatórios de Actividades e o Contrato-programa.

Para cumprir a sua missão os ACES desenvolvem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e faz ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

O ACES Médio Tejo II – Zêzere, adiante designado por ACES Zêzere, foi criado pela Portaria n.º 276/2009, de 18 de Março, rectificada pela Declaração de Rectificação n.º 31/2009, de 15 de Maio, entrou em funcionamento a 1 de Junho de 2009 e tem como Director Executivo o Dr. Fernando José Siborro de Azevedo.

“A missão dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica determinada, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar. (Ministério da Saúde, 2008: sp).

Tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da uma área geográfica de grande dispersão, delimitada pelos concelhos de Abrantes, Sardoal, Constância, Vila Nova da Barquinha, Tomar, Mação e Ferreira do Zêzere, ocupa uma área com 1878,4 Km² e engloba as diferentes Unidades Funcionais que constituem o agrupamento. Apresentamos a distribuição das áreas de cada concelho:

Abrantes	Sardoal	Constância	V. N. Barquinha	Tomar	Mação	F. Zêzere	TOTAL
714,7 Km ²	92,2 Km ²	80,4 Km ²	49,5 Km ²	351,2 Km ²	400 Km ²	190,4 Km ²	1878,4 Km²

Quadro 4 - Distribuição das áreas abrangidas pelo ACES Zêzere. (2011). (Fonte: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&con texto=ut&selTab=tab3)

A população residente na área geográfica abrangida pelo ACES Zêzere, em 31 de Dezembro de 2011, conforme dados provisórios do INE I.P., era de 111 275 habitantes, distribuídos da seguinte forma:

Abrantes	Sardoal	Constância	V. N. Barquinha	Tomar	Mação	F. Zêzere	TOTAL
39.325	3.941	4.056	7.322	40.674	7.338	8.619	111.275

Quadro 5 - Distribuição da população residente na área geográfica abrangida pelo ACES Zêzere. (2011). (Fonte: http://www.ine.pt/scripts/flex_provisorios/Main.html)

O ACES Zêzere fica sediado em Constância e em termos de recursos humanos afectos é constituído por 299 funcionários (valores referentes 31 de Dezembro de 2011), distribuídos pelos diferentes grupos profissionais – Director Executivo, Médicos de Clínica Geral, Médicos de Saúde Pública, Enfermeiros, Técnicos de Cardiopneumologia, Fisioterapeutas, Higienista Oral, Técnico Saúde Ambiental, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Técnicos Superiores, Técnicos de Informática, Coordenadores Técnicos, Assistentes Técnicos e Assistentes Operacionais. Estes dados foram obtidos nos Recursos Humanos do ACES Zêzere, através do acesso *Intranet*.

Grupo Profissional	2011
Director Executivo	1
Médicos de Clínica Geral	63
Médicos de Saúde Pública	2
Enfermeiros	88
Técnico Cardiopneumologia	3
Fisioterapeuta	5
Higienista Oral	1
Técnico Saúde Ambiental	6
Terapeuta Ocupacional	1
Psicólogo	1
Técnicos Superiores	9
Técnicos de Informática	2
Coordenadores Técnicos	4
Assistentes Técnicos	74
Assistentes Operacionais	39
TOTAL	299

Quadro 6 - Distribuição dos grupos profissionais. (Fonte: Recursos Humanos do ACES Zêzere <https://10.17.1.23/microstrategy/asp/>)

É constituído por sete Centros de Saúde, actualmente designados por Unidades Funcionais, (UCSP), estas integrando por sua vez outras unidades: a UCSP de Abrantes integra uma sede e vinte extensões; a UCSP de Sardoal, uma sede e duas extensões; a UCSP de Constância, uma sede e duas extensões; a UCSP de Vila Nova da Barquinha, uma sede, três extensões e uma UCC; a UCSP de Tomar, uma sede, vinte e uma extensões e duas USF; UCSP de Mação, uma sede e sete extensões; a UCSP de Ferreira do Zêzere integra uma sede e três extensões.

A população de inscritos no ACES Zêzere em 31 de Março de 2011, conforme dados retirados da aplicação informática SINUS, era de 121 809 utentes dos quais 4 658 crianças, na faixa etária dos 0-4 anos, com a seguinte distribuição:

Unidade Funcional	Utentes Inscritos	Crianças 0-4 Anos
Abrantes	41 765	1 495
Sardoal	4 115	118
Constância	5 013	211
V.N. Barquinha	8 417	398
Tomar	45 098	1 890
Mação	7 860	191
Ferreira do Zêzere	9 541	355
TOTAL	121 809	4 658

Quadro 7 - Distribuição dos utentes inscritos no ACES Zêzere (2011). (Fonte: SINUS)

Apresentamos a pirâmide etária dos utentes inscritos no ACES Zêzere em 31 de Dezembro de 2011, conforme dados retirados da aplicação informática SIARS, acedido através de *Intranet*:

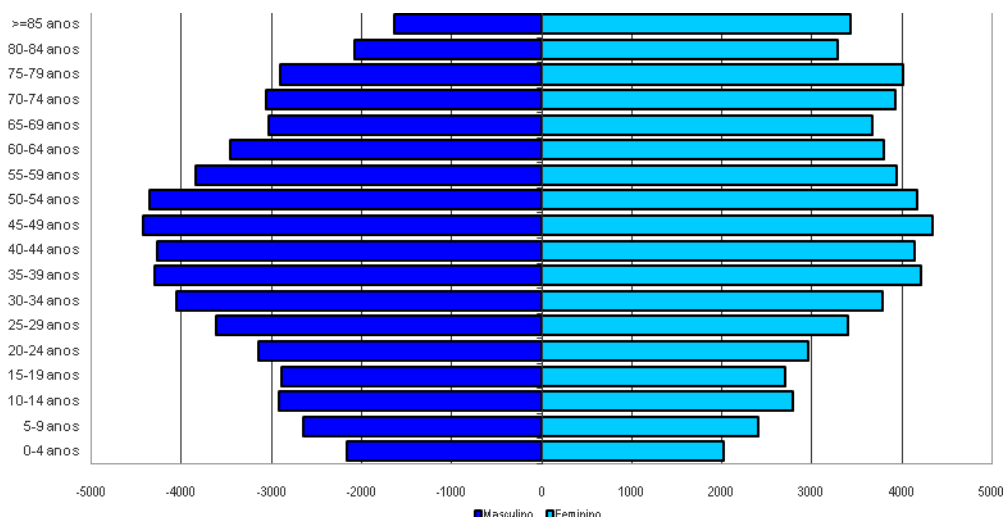


Gráfico 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos no ACES - Zêzere (2011). (Fonte: SIARS)

1.4 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

No início do Estágio, no decorrer da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil no primeiro ano de vida, realizada naquela Extensão de Saúde, foi identificado que eram escassos os instrumentos de apoio à consulta, tais como material de leitura e outros, que promovessem a sua qualidade, numa perspectiva preventiva da obesidade.

Os ensinamentos sobre a diversificação alimentar eram efectuados com recurso aos saberes de cada enfermeiro, sendo entregue aos pais um documento incompleto e desactualizado. Também no ambiente envolvente não existiam imagens e conteúdos sugestivos da correcta introdução dos alimentos, como forma de consolidar, para uma melhor interiorização, o que vai sendo sucessivamente transmitido de forma verbal.

Neste contexto reconheceu-se a necessidade de caracterizar a consulta, para avaliar em detalhe se os padrões de qualidade da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil, implementados naquela extensão, promoviam a prevenção da obesidade.

1.5 - FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

Na sequência do foi anteriormente referido foram definidos para o Estágio os seguintes objectivos:

Objectivo Geral:

- ✓ Avaliar os Padrões de Qualidade da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil para a prevenção da Obesidade numa Extensão de Saúde do ACES do Zêzere.

Objectivos Específicos:

- ✓ Construir Grelhas de Observação que permitam avaliar a qualidade da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil;
- ✓ Aplicar as Grelhas de Observação em contexto de Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil numa Extensão de Saúde do ACES do Zêzere;
- ✓ Avaliar a Qualidade da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil naquele contexto;
- ✓ Avaliar se a Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil contribui para a prevenção da Obesidade;
- ✓ Analisar o material de leitura e documentos de apoio à consulta existentes naquela Extensão de Saúde;
- ✓ Construir documentos de apoio à Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil que melhorem a sua qualidade na prevenção da Obesidade;

1.6 - DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Identificada a necessidade de caracterizar a consulta, de forma a avaliar se os padrões de qualidade da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil, implementados naquela Extensão de Saúde, eram promotores da prevenção da obesidade, impõe-se a construção de Grelhas de Observação.

Para a sua construção procede-se à identificação das acções e intervenções de enfermagem adequadas às consultas de enfermagem no primeiro ano de vida, a partir de documentos de referência.

As grelhas de observação são aplicadas em contexto de consulta de consulta de enfermagem, no espaço temporal definido para o Estágio.

Para a avaliar a necessidade de complementar ou mesmo de construir outros documentos de apoio à consulta, torna-se pertinente fazer uma análise do material de leitura e documentos existentes naquela Extensão de Saúde.

1.7 - PREPARAÇÃO OPERACIONAL

As Grelhas de Observação foram construídas com base no Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil – Orientações Técnicas da Direcção Geral da Saúde nº12, no Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, segundo as orientações e cronologias recomendadas no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e o preconizado no aplicativo informático Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem [SAPE], consultado no local de trabalho. Estas consideraram as Acções e Intervenções de enfermagem referentes à Consulta de Enfermagem no primeiro ano de vida e integraram:

- ✓ Parâmetros a Avaliar durante o primeiro ano de vida: peso, comprimento, perímetro cefálico, dentes, coração (avaliação médica), anca, visão, audição, exame físico (confirmar presença de testículos nas bolsas aos 9 meses), desenvolvimento (verificar a presença de sorriso social aos 2 e 6 meses), vacinação (na primeira consulta verificar se fez as vacinas BCG e anti-hepatite B) e realização do diagnóstico precoce e vigilância da existência de icterícia neonatal;

- ✓ Cuidados Antecipatórios no primeiro ano de vida: alimentação, suplementação com vitamina D (de prescrição médica), dentição, higiene, posição de deitar, hábitos de sono, hábitos intestinais e cólicas, desenvolvimento e temperamento, segurança e prevenção de acidentes, temperatura corporal normal e febre, sintomas/sinais de alerta que justificam recorrer aos serviços de saúde, sinais/sintomas comuns e conduta face a esses sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia e obstipação), reacções às vacinas e outros temas de conversa (4 meses: vida na creche, ama ou outros atendimentos diurnos; 6 meses: reacção a estranhos, escolha de brinquedos, cama e quarto próprios, rituais de adormecimento; 9 meses: desenvolvimento da linguagem).

Foram construídos oito modelos de Grelhas de Observação, correspondendo respectivamente à cronologia das consultas: 3º - 6º Dia; 15º Dia; 1º Mês; 2º Mês; 4º Mês; 6º Mês; 9º Mês; 12º Mês.

A sua aplicação foi efectuada na Extensão de Saúde do ACES do Zêzere onde decorreu o Estágio, pela observação directa em contexto de Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil e Consulta Médica, uma vez que estas consultas decorrem em simultâneo. A recolha dos dados foi efectuada no momento da Consulta de Enfermagem, esta decorrendo em simultâneo com a Consulta Médica.

O preenchimento fez-se pela escolha, numa escala dicotómica com duas opções: Efectuado e Não efectuado, da opção que melhor se adequou à situação. A resposta foi assinalada com um “x” na quadrícula situada ao lado esquerdo do valor. Foi efectuada à posteriori em cada consulta, de forma a não condicionar a actuação da enfermeira no decorrer das consultas, tendo sido tomado notas como auxiliar de memória.

1.8 – AVALIAÇÃO

Na aplicação das Grelhas de Observação, cada acção e intervenção de enfermagem contida na grelha, tem a opção de ser «Efectuado» ou «Não Efectuado». A análise dos dados é realizada com base na contagem dos itens «Efectuado» em cada observação.

A distribuição das acções e intervenções de enfermagem de cada grelha de observação é dividida em Quartis, o que define a qualidade da prática de enfermagem.

Atribui-se ao 1º Quartil a designação Má Prática, ao 2º Quartil a designação Insuficiente Prática, ao 3º Quartil a designação Boa Prática e ao 4º Quartil a designação Excelente Prática.

No fim de cada observação o valor obtido pela contagem das acções e intervenções efectuadas, vai corresponder a um dos Quartis, determinando a qualidade da prática de enfermagem para cada consulta, o que constitui o instrumento de medida.

O número de variáveis em cada Grelha de Observação não é regular, uma vez que estas variam para cada idade. Relativamente às consultas do 3º - 6º Dia, 9º e 12º Mês a grelha é constituída por 24 variáveis, as do 15º Dia, 1º e 4º Mês por 28, 2º Mês por 32 e 6º Mês por 36. Similarmente esse número na designação de qualidade da prática nos Quartis também varia.

Apresenta-se um quadro onde se encontra a correspondência para cada consulta ao intervalo de respostas «Efectuado» considerado para cada Quartil.

Qualidade Nº de varáveis por Grelha	1º Quartil Má Prática	2º Quartil Insuficiente Prática	3º Quartil Boa Prática	4º Quartil Excelente Prática
Consulta do 3º - 6º Dia (24)	1-6	7-12	13-18	19-24
Consulta do 15º Dia (28)	1-7	8-14	15-21	22-28
Consulta do 1º Mês (28)	1-7	8-14	15-21	22-28
Consulta do 2º Mês (32)	1-8	9-16	17-24	25-32
Consulta do 4º Mês (28)	1-7	8-14	15-21	22-28
Consulta do 6º Mês (36)	1-9	10-18	19-27	18-36
Consulta do 9º Mês (24)	1-6	7-12	13-18	19-24
Consulta do 12º Mês (24)	1-6	7-12	13-18	19-24

Quadro 8 - Correspondência das consultas ao intervalo de respostas «Efectuado» nos Quartis

Considera-se pertinente que no espaço temporal atribuído para realizar o Estágio, sejam conseguidas pelo menos três observações de Consultas de Enfermagem em saúde infantil, em cada idade pré-definida.

É também um aspecto importante conhecer e analisar o material de leitura e os documentos de apoio à consulta existentes naquela Extensão de Saúde, para a avaliar a necessidade de os complementar ou construir outros que sirvam o propósito de promover a qualidade da consulta de enfermagem em saúde infantil, na perspectiva da prevenção da obesidade.

Para se perceber melhor as intervenções não efectuadas, é necessária a construção de quadros seguidos da descrição das notas de campo, a apresentar no capítulo dos resultados.

Após as observações possíveis no espaço temporal pré definido fez-se uma análise dos resultados e das notas de campo conseguidas.

1.9 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

No início do Estágio, mais especificamente a 18 de Fevereiro de 2011, com o propósito de obter uma autorização para realizar pesquisa no contexto da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil, numa Extensão de Saúde do ACES Médio Tejo II – Zêzere, no âmbito do Estágio Integrado do 1º Mestrado em Enfermagem - Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, foi dirigido ao Sr. Director Executivo, Dr. Fernando Siborro, o pedido de autorização, com o compromisso expresso de manter a confidencialidade dos dados. O pedido foi autorizado (Anexo VII).

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no Artigo 90º do Código Deontológico do Enfermeiro, referente aos deveres para com a profissão, o enfermeiro consciente de que a sua acção se repercute em toda a profissão assume o dever de:

- “a) Manter no desempenho das suas actividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão;
- b) Ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional;
- c) Proceder com correcção e urbanidade, abstendo-se de qualquer crítica pessoal ou alusão depreciativa a colegas ou a outros profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2009:78).

Ainda no mesmo documento, segundo o Artigo 85º do dever de sigilo, o enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de:

- a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;
- b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;
- c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;
- d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.” (Ordem dos Enfermeiros, 2009:76).

O Artigo 86º do respeito pela intimidade, o enfermeiro atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, assume o dever de:

- “a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família.
- b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.” (Ordem dos Enfermeiros, 2009:76).

Num processo de investigação devem ser respeitados pelos investigadores, o “direito ao anonimato e à confidencialidade” (Fortin 2000: 128), pelo que as Grelhas de Observação não possuem, mesmo depois de preenchidas, qualquer informação que identifique o profissional de enfermagem nem a criança cuja consulta foi objecto de observação.

O ACES Médio Tejo II – Zêzere, como referido na sua caracterização, integra múltiplas Extensões de Saúde. Neste Relatório não se especifica intencionalmente a Extensão onde foi feita a colheita dos dados, pela elevada probabilidade de quebra da confidencialidade de dados a que se comprometeu.

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1 – RESULTADOS

Chegada esta fase, apresentamos os resultados da análise das vinte e uma grelhas de observação aplicadas em contexto de consulta de enfermagem em saúde infantil.

1.1 – CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 3º - 6º DIA

Durante o espaço de tempo previsto para realizar a observação das consultas, foram conseguidas três observações de consultas do 3º - 6º dia. Apresentamos um quadro onde está representado o número de acções e intervenções que foram efectuadas e não efectuadas para cada consulta.

Consulta de Enfermagem	Nº de Acções/ Intervenções da Grelha de Observação	Efectuado	Não Efectuado
3º - 6º Dia	24	21	3
3º - 6º Dia	24	23	1
3º - 6º Dia	24	23	1

Quadro 9 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas nas consultas do 3º - 6º Dia

Para se perceber melhor quais as intervenções que não foram efectuadas nas três consultas, vamos representá-las num quadro precedido de breve explicação do seu conteúdo, apresentando depois as notas de campo registadas aquando das observações.

Este procedimento vai repetir-se sucessivamente para cada consulta.

Assim, no que se refere às consultas do 3º - 6º Dia, “Verificar se fez as vacinas BCG e anti-Hepatite B” e “Efectuar Registos no Boletim de Saúde Infantil”, não foi efectuado numa das consultas; “Planear visita domiciliária a efectuar antes do 15º dia”, não foi efectuado nas três consultas.

Acções/ Intervenções	Não Efectuado
Verificar se fez as vacinas BCG e anti-Hepatite B	1
Planear visita domiciliária a efectuar antes do 15º dia	3
Efectuar Registos no Boletim de Saúde Infantil	1

Quadro 10 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 3º - 6º dia

Notas de campo:

Numa das consultas não foi possível verificar se o recém-nascido fez as vacinas BCG e anti-Hepatite B na maternidade, nem foram efectuados registos no Boletim de Saúde Infantil porque os pais se esqueceram desses documentos em casa.

Não foi feito planeamento de visitação domiciliária ao recém-nascido antes do 15º dia de vida em nenhuma das consultas, sendo que essa prática não está ainda instituída naquela Extensão de Saúde.

1.2 – CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 15º DIA

Foram conseguidas três observações da consulta do 15º Dia. Apresentamos um quadro onde está representado o número de acções e intervenções que foram efectuadas e não efectuadas nesta consulta.

Consulta de Enfermagem	Nº de Acções/ Intervenções da Grelha de Observação	Efectuado	Não Efectuado
15º Dia	28	24	4
15º Dia	28	24	4
15º Dia	28	24	4

Quadro 11 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas nas consultas do 15º Dia

Nas três consultas do 15º Dia observadas, não foram efectuadas as acções e intervenções “Vigiar movimento articular da anca”, “Entregar material de leitura sobre Amamentação”, “Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula se necessário” e “Ensinar sobre a utilização do biberão se necessário”.

Acções/ Intervenções	Não Efectuado
Vigiar movimento articular da anca	3
Entregar material de leitura sobre Amamentação	3
Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula se necessário	3
Ensinar sobre a utilização do biberão se necessário	3

Quadro 12 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 15º dia

Notas de campo:

Atendendo a que a consulta de enfermagem decorre em simultâneo com a consulta médica sendo, a vigilância do movimento articular da anca foi efectuada pelo médico.

A entrega de material de leitura sobre amamentação não foi necessária pois os pais já o possuíam. O ensino sobre a alimentação com leite de fórmula e sobre a utilização do biberão não foi efectuada porque os recém-nascidos faziam aleitamento materno exclusivo.

1.3 – CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 1º MÊS

Foi possível realizar uma única observação da consulta do 1º Mês. Apresentamos um quadro onde está representado o número de acções e intervenções que foram efectuadas e não efectuadas nesta consulta.

Consulta de Enfermagem	Nº de Acções/ Intervenções da Grelha de Observação	Efectuado	Não Efectuado
1º Mês	28	24	4

Quadro 13 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas na consulta do 1º Mês

Na única consulta do 1º Mês que foi observada, não foram efectuadas as acções e intervenções “Avaliar Desenvolvimento Psicomotor”, “Vigiar movimento articular da anca”, “Pesquisar reflexos”, “Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula e sobre a utilização do biberão (quando justificado).

Acções/ Intervenções	Não Efectuado
Avaliar Desenvolvimento Psicomotor	1
Vigiar movimento articular da anca	1
Pesquisar reflexos	1
Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula e sobre a utilização do biberão (quando justificado)	1

Quadro 14 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 1º Mês

Notas de Campo:

Na sequência da consulta de enfermagem decorrer em simultâneo com a consulta médica, a avaliação do desenvolvimento psicomotor, a vigilância do movimento articular da anca, a pesquisa de reflexos foram efectuados pelo médico.

O ensino sobre a alimentação com leite de fórmula e sobre a utilização do biberão não foi efectuado uma vez que o bebé fazia aleitamento materno exclusivo.

1.4 – CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 2º MÊS

Na consulta do 2º Mês, foram conseguidas três observações. Apresentamos um quadro onde está representado o número de acções e intervenções que foram efectuadas e não efectuadas para cada consulta.

Consulta de Enfermagem	Nº de Acções/ Intervenções da Grelha de Observação	Efectuado	Não Efectuado
2º Mês	32	26	6
2º Mês	32	26	6
2º Mês	32	27	5

Quadro15 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas na consulta do 2º Mês

No que se refere às consultas do 2º Mês, nas três consultas observadas, não foram efectuadas as acções e intervenções “Avaliar Desenvolvimento Psicomotor”, “Avaliar a fontanela anterior e posterior”, “Vigiar movimento articular da anca”, “Pesquisar reflexos” e “Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula se necessário” nas três consultas. “Ensinar sobre a utilização do biberão se necessário” não foi efectuado em duas consultas.

Acções/ Intervenções	Não Efectuado
Avaliar Desenvolvimento Psicomotor	3
Avaliar a fontanela anterior e posterior	3
Vigiar movimento articular da anca	3
Pesquisar reflexos	3
Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula se necessário	3
Ensinar sobre a utilização do biberão se necessário	2

Quadro 16 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 2º Mês

Notas de campo:

Pelo motivo já anteriormente verificado, a consulta de enfermagem decorrer em simultâneo com a consulta médica, foram efectuados pelo médico a avaliação do desenvolvimento psicomotor, a avaliação das fontanela, a vigilância do movimento articular da anca, a pesquisa de reflexos.

O ensino sobre a alimentação com leite de fórmula não foi efectuado pois todos bebés faziam aleitamento materno exclusivo. Contudo foi explicado sobre a utilização do biberão a uma das mães.

1.5 – CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 4º MÊS

Foram conseguidas quatro observações na consulta do 4º Mês. Apresentamos um quadro onde está representado o número de acções e intervenções que foram efectuadas e não efectuadas em cada consulta.

Consulta de Enfermagem	Nº de Acções/ Intervenções da Grelha de Observação	Efectuado	Não Efectuado
4º Mês	28	22	6
4º Mês	28	25	3
4º Mês	28	25	3
4º Mês	28	25	3

Quadro 17 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas na consulta do 4º Mês

No que se refere às consultas do 4º Mês, nas quatro consultas observadas não foram efectuadas as acções e intervenções “Avaliar Desenvolvimento Psicomotor”, “Avaliar a fontanela anterior e posterior”, “Pesquisar reflexos”. “Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula e sobre a utilização do biberão (quando justificado) ”, “Ensinar sobre a alimentação complementar se aleitamento misto” e “Entregar guia orientador da Alimentação Complementar no 1º ano de vida”, não foram efectuados numa das consultas.

Acções/ Intervenções	Não Efectuado
Avaliar Desenvolvimento Psicomotor	4
Avaliar a fontanela anterior e posterior	4
Pesquisar reflexos	4
Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula e sobre a utilização do biberão (quando justificado)	1
Ensinar sobre a alimentação complementar se aleitamento misto	1
Entregar guia orientador da Alimentação Complementar no 1º ano de vida	1

Quadro18 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 4º Mês

Notas de campo:

Ainda porque a consulta de enfermagem decorre em simultâneo com a consulta médica, foram efectuados pelo médico a avaliação do desenvolvimento psicomotor, a avaliação das fontanela e a pesquisa de reflexos.

Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula e sobre a utilização do biberão, ensinar sobre a alimentação complementar se aleitamento misto e entregar guia orientador da alimentação complementar no 1º ano de vida não foi efectuado numa das situações porque o bebé mantinha aleitamento materno exclusivo.

Os restantes bebés iniciarem a diversificação alimentar o que se prendeu com o início da actividade laboral das mães, expresso pelas próprias. Foi-lhes entregue como material de leitura o documento existente no serviço, com as orientações de como introduzir os novos alimentos. Verificou-se que este documento está desactualizado e incompleto, sendo que são verbalmente explicados alguns procedimentos complementares que não se encontram descritos.

1.6 – CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 6º MÊS

Na consulta do 6º Mês, foram conseguidas quatro observações. Apresentamos um quadro onde está representado o número de acções e intervenções que foram efectuadas e não efectuadas para cada consulta.

Consulta de Enfermagem	Nº de Acções/ Intervenções da Grelha de Observação	Efectuado	Não Efectuado
6º Mês	36	30	6
6º Mês	36	30	5
6º Mês	36	30	5
6º Mês	36	31	5

Quadro 19 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas na consulta do 6º Mês

Nas consultas do 6º Mês observadas, nas não foram efectuadas as acções e intervenções “Avaliar Desenvolvimento Psicomotor”, “Avaliar a fontanela anterior e posterior”, “Vigiar movimento articular da anca”, “Pesquisar reflexos” e “Ensinar sobre a utilização do biberão” em quatro consultas. Numa das consultas não foi efectuado “Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula se necessário”.

Acções/ Intervenções	Não Efectuado
Avaliar Desenvolvimento Psicomotor	4
Avaliar a fontanela anterior e posterior	4
Vigiar movimento articular da anca	4
Pesquisar reflexos	4
Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula se necessário	1
Ensinar sobre a utilização do biberão	4

Quadro 20 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 6º Mês
Notas de Campo:

A avaliação do desenvolvimento psicomotor, fontanelas, movimento articular da anca e pesquisa de reflexos foram efectuados pelo médico.

Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula não foi efectuado numa consulta porque o bebé ao iniciar a diversificação alimentar mantinha aleitamento materno.

Ensinar sobre a utilização do biberão não foi efectuado porque todas as mães sabiam.

1.7 – CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 9º MÊS

Foram conseguidas duas observações na consulta do 9º Mês. Apresentamos um quadro onde está representado o número de acções e intervenções que foram efectuadas e não efectuadas para cada consulta.

Consulta de Enfermagem	Nº de Acções/ Intervenções da Grelha de Observação	Efectuado	Não Efectuado
9º Mês	24	21	3
9º Mês	24	21	3

Quadro 21 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas na consulta do 9º Mês

Nas consultas duas consultas do 9º Mês observadas, nas não foram efectuadas as acções e intervenções “Avaliar Desenvolvimento Psicomotor”, “Avaliar a fontanela anterior e posterior” e “Pesquisar reflexos”.

Acções/ Intervenções	Não Efectuado
Avaliar Desenvolvimento Psicomotor	2
Avaliar a fontanela anterior e posterior	2
Pesquisar reflexos	2

Quadro 22 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 9º Mês

Notas de Campo:

A avaliação do desenvolvimento psicomotor, fontanela e pesquisa de reflexos foram efectuados pelo médico.

1.8 – CONSULTA DE ENFERMAGEM DO 12º MÊS

Foi possível realizar uma única observação da consulta do 12º Mês. Apresentamos um quadro onde está representado o número de acções e intervenções que foram efectuadas e não efectuadas nesta consulta.

Consulta de Enfermagem	Nº de Acções/ Intervenções da Grelha de Observação	Efectuado	Não Efectuado
12º Mês	24	21	3

Quadro 23 - Enumeração das acções e intervenções efectuadas e não efectuadas na consulta do 12º Mês

Na única consulta do 1º Mês que foi observada, não foram efectuadas as acções e intervenções “Avaliar Desenvolvimento Psicomotor”, “Avaliar a fontanela anterior e posterior” e “Pesquisar reflexos”.

Acções/ Intervenções	Não Efectuado
Avaliar Desenvolvimento Psicomotor	1
Avaliar a fontanela anterior e posterior	1
Pesquisar reflexos	1

Quadro 24 - Descrição das acções e intervenções não efectuadas nas consultas do 12º Mês

Notas de Campo:

A avaliação do desenvolvimento psicomotor, fontanela e pesquisa de reflexos efectuados pelo médico.

2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise das Grelhas de Observação preenchidas verificamos que na totalidade das consultas observadas, as acções e intervenções de enfermagem efectuadas estão em superioridade em relação às não efectuadas, tendo-se apresentado os totais em quadros. Também se optou por descrever em detalhe o que não foi efectuado, tendo-se recorrido igualmente à sua apresentação em quadros.

Em cada consulta observada, o número de itens «Efectuado» obtido, enquadra a prática de enfermagem no 4º Quartil, classificando-a de Excelente Prática. Desta evidência emerge que naquela Extensão de Saúde a Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil, tem uma prática de enfermagem de qualidade.

Verificamos que foram observadas Consultas de Enfermagem em todas as idades previamente definidas (3º- 6º dia, 15º dia, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), contudo a pretensão de conseguir pelo menos três observações da consulta de enfermagem em cada idade pré-definida, não foi alcançada. Foram conseguidas as três observações nas consultas do 3º- 6º dia, 15º dia e 2º mês e conseguido um número superior ao esperado nas consultas do 4º e 6º mês. As consultas do 9º mês e as consultas do 1º e 12º mês ficaram aquém do pretendido, respectivamente com duas e uma, observações conseguidas.

Da análise das Notas de Campo registadas na consulta do 3º- 6º dia, aferimos que a acção «Verificar se fez as vacinas BCG e anti-Hepatite B» numa ocorrência não foi efectuada, o que se relacionou com o esquecimento por parte dos pais, em trazer para as consultas o Boletim Individual de Saúde e o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Tal impossibilitou a sua verificação e de efectuar os registos referentes àquela consulta no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, como preconizado pelo Ministério da Saúde (2009).

Outro aspecto verificado, este constante em todas as observações, foi a ausência de planeamento de visita domiciliária ao recém-nascido antes do 15º dia de vida, o que aconteceu em todas as consultas dessa idade. Trata-se de uma prática que não está instituída naquela Extensão de Saúde, o que contraria as indicações da Direcção-Geral da Saúde (2005) e da Ordem dos Enfermeiros (2010).

Na sequência da consulta de enfermagem decorrer em simultâneo com a consulta médica, certas acções são efectuadas pelo médico. É o caso da vigilância do movimento articular da

anca (15º dia, 1º mês, 2º mês e 6º mês), avaliação do desenvolvimento psicomotor (1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), pesquisa de reflexos (1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês) e avaliação das fontanelas (2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês).

Também emergiu da análise das notas de campo das consultas do 15º dia, que não foi efectuado «Entregar material de leitura sobre amamentação» por não ter sido necessário, uma vez que os pais já o possuíam. Este material de leitura encontra-se regularmente naquela Extensão de Saúde e consiste no Manual de Aleitamento Materno (Levy & Bértolo, 2008), uma edição do Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional - Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés e é entregue, quando disponível, na consulta do 3º- 6º dia. É uma brochura com conteúdos e estratégias que ajudam a ultrapassar as dificuldades da amamentação, incentivando o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade e prolongado em complementaridade com outros alimentos até aos dois anos de idade.

Nas consultas do 15º dia, 1º mês e 2º mês não foi efectuado «Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula» e «Ensinar sobre a utilização do biberão», pois aqueles bebés faziam aleitamento materno exclusivo. No entanto houve uma excepção no decorrer de uma das consultas do 2º mês, tendo sido solicitado por uma das mães, a explicação sobre a utilização do biberão. O aleitamento materno exclusivo supre as necessidades de alimento e hidratação do bebé, não sendo portanto necessário o uso de biberão. Em concordância com a «Declaração Innocenti», aprovada em 1990 e revista em 2005, “O leite materno é o único alimento e bebida que o bebé necessita para os primeiros seis meses. Nenhuma outra comida ou bebida, nem sequer água, é necessária durante este período.” (OMS/UNICEF, 2005: sp) Contudo, algumas mães procuram saber como é que se utiliza o biberão.

As intervenções «Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula», «Ensinar sobre a alimentação complementar se aleitamento misto» e «Entregar de guia orientador da alimentação complementar no 1º ano de vida» não foi efectuado numa das consultas do 4º mês porque o bebé mantinha aleitamento materno exclusivo. Dos quatro bebés cuja consulta foi observada, constatou-se que apenas um manteve aleitamento materno exclusivo. Os restantes bebés iniciarem a diversificação alimentar tendo sido entregue aos pais como material de leitura o documento existente no serviço, com as orientações de como introduzir os novos alimentos, após a explicação dos principais procedimentos. Este documento está desactualizado e incompleto, sendo que são verbalmente explicados alguns aspectos complementares que não se encontram descritos. Verificou-se uma certa tendência para abandonar parcialmente o aleitamento materno, antecipando o início da diversificação

alimentar para os 4 meses, o que se prendeu com factores externos à prática de enfermagem, pelo início da actividade laboral das mães, expresso pelas próprias.

Nas consultas do 6º mês, um dos bebés iniciou a diversificação alimentar, contudo manteve em complementaridade o aleitamento materno. «Ensinar sobre a utilização do biberão» não foi efectuado em nenhuma das consultas porque todas as mães conheciam o procedimento. Nesta consulta verificou-se uma certa tendência para abandonar totalmente o aleitamento materno no início da diversificação alimentar o que acontece aos 6 meses nos bebés em aleitamento materno exclusivo.

Por último as notas de campo referentes às consultas do 9º mês e 12º mês, já foram expostas anteriormente. As acções ou Intervenções que não foram efectuadas nestas consultas relacionaram-se com o facto de a consulta decorrer em simultâneo com a consulta médica o que inviabiliza efectuar as acções «Vigiar o movimento articular da anca», «Avaliar o desenvolvimento psicomotor», «Pesquisar reflexos» e «Avaliar as fontanelas», que são realizadas pelo médico.

3 - CONCLUSÕES

O enfermeiro, enquanto elemento integrante das equipas dos CSP, ao desenvolver a Consulta de Enfermagem, no âmbito do Programa de Saúde Infantil e Juvenil, além de actuar como educador em saúde, tem um papel particularmente importante no acompanhamento da criança.

Na consulta de enfermagem em saúde infantil, as acções e intervenções desenvolvidas, visam facultar aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental e para responder às necessidades imediatas da criança e/ou da família, na situação de procura de cuidados de saúde e com vista à aquisição de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente no que concerne à alimentação.

Neste enquadramento, os profissionais de enfermagem adquiriram um amplo campo de actuação como promotores de estilos de vida saudáveis, sendo que neste Estágio foi dado particular ênfase aos aspectos da alimentação infantil, mais concretamente no 1º ano de vida da criança, numa perspectiva preventiva da Obesidade.

Neste contexto, foram definidos os objectivos para o Estágio. Assim, foi determinado como objectivo geral: Avaliar os Padrões de Qualidade da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil para a prevenção da Obesidade numa Extensão de Saúde do ACES do Zêzere e como objectivos específicos: Construir Grelhas de Observação que permitam avaliar a qualidade da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil; Aplicar as Grelhas de Observação em contexto de Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil numa Extensão de Saúde do ACES do Zêzere; Avaliar a Qualidade da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil naquele contexto; Avaliar se a Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil contribui para a prevenção da Obesidade e Construir documentos de apoio à Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil que melhorem a sua qualidade na prevenção da Obesidade.

Pretendia-se que no decorrer do Estágio fossem realizadas pelo menos três observações em cada idade, o que não foi conseguido por falta de marcações de consulta para crianças nas idades não conseguidas (1º Mês, 9º Mês e 12º Mês), no espaço temporal previsto para o estágio. Obtiveram-se assim uma observação na consulta no 1º e 12º Mês, duas ao 9º Mês, três ao 3º - 6º Dia, 15º Dia e 2º Mês, quatro ao 4º e 6º Mês.

Depois de feita a apresentação e discussão dos resultados, o número de itens «Efectuado» que foi obtido, classifica a prática de enfermagem na Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil naquela Extensão de Saúde de Excelente Prática, o que aponta para uma prática de enfermagem de qualidade.

Contudo, apesar de ser considerada uma consulta de enfermagem em saúde infantil de qualidade, no que concerne à promoção da saúde esta não é promotora da prevenção da obesidade. De relevar pela negativa que na consulta do 3º- 6º dia, se perde a oportunidade para planear visitação domiciliária ao recém-nascido antes do 15º dia de vida, considerada pela OE uma estratégia dos enfermeiros a valorizar (2010: 77), o também contraria as indicações da Direcção-Geral da Saúde (2005).

Podemos considerar que este é um momento chave para contribuir, entre outros aspectos, para estabelecer a amamentação e promover o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade, e em complementaridade com a alimentação diversificada, até aos dois anos, como preconizado pela OMS/UNICEF na «Declaração Innocenti», aprovada em 1990 e revista em 2005.

Sendo a visitação domiciliária uma estratégia utilizada pelos enfermeiros que possibilita um atendimento holístico ao utente no próprio contexto de vida e que pode ser promotora de mudanças de comportamento, por ser uma prática que não está instituída naquela Extensão de Saúde, é um aspecto a desenvolver na prática de enfermagem.

Durante o estágio não foi feita intervenção com vista à implementação da visitação domiciliária ao recém-nascido antes do 15º dia de vida, tendo-se dado relevância a outros aspectos posteriormente descritos.

A análise das notas de campo evidenciou que as Acções «Vigiar o movimento articular da anca», «Avaliar o desenvolvimento psicomotor», «Pesquisar reflexos» e «Avaliar as fontanelas», não foram efectuadas em consequência da consulta de enfermagem decorrer em simultâneo com a consulta médica, em que o próprio médico as executa.

Em concordâncias com o que foi apresentado no Capítulo III, Resultados e Discussão, embora tendo sido observado que maioritariamente as Acções e Intervenções nas consultas de enfermagem foram efectuadas, o que aponta para uma Consulta de Enfermagem que se desenvolve de forma adequada, emergiu, novamente da análise das notas de campo, a necessidade de fazer ajustes em algumas intervenções. Estas, referentes aos aspectos da alimentação infantil durante o primeiro ano de vida, carecem de ser complementadas com suportes de informação específicos dirigidos aos pais, nomeadamente sobre a diversificação

alimentar e de sensibilização para a problemática da obesidade, aspectos essenciais à saúde da criança.

Tal relaciona-se com o facto de na Extensão de Saúde alvo da nossa pesquisa, como aliás em muitas outras extensões do ACES cuja realidade também conhecemos, existe para disponibilizar aos pais, aquando da introdução de novos alimentos, um documento orientador da diversificação alimentar no 1º ano de vida da criança, iniciada segundo o padrão alimentar do bebé ser aleitamento materno exclusivo ou aleitamento misto, respectivamente a partir dos 4 ou dos 6 meses de idade. Presentemente este documento está desactualizado e já não responde às necessidades. Acontece na realidade que, sem uma orientação fundamentada ou uma padronização dos conteúdos, cada profissional se socorre dos seus saberes, não se verificando uma uniformização da linguagem nem dos conteúdos transmitidos.

Detectada esta necessidade de actuação, foi a que se seleccionou para intervir. Como estratégia optou-se construir instrumentos de suporte à Consulta de Enfermagem no primeiro ano de vida. Foram construídos um guia orientador da alimentação complementar no 1º ano de vida, designado «A Alimentação no Primeiro Ano de Vida – Diversificação Alimentar», em formato de folheto, para entregar aos pais, uma apresentação em *Powerpoint*, «Prevenir a Obesidade - Crescer com Saúde», igualmente dirigida aos pais, para apresentar individualmente ou em grupo, estratégia a definir por cada enfermeiro aquando do planeamento das suas intervenções e dois posters com a mesma denominação e o mesmo conteúdo do guia orientador da alimentação complementar no 1º ano de vida, para expor no gabinete de consulta, com a dimensão de 50/70cm, dado tratar-se de um gabinete pequeno e na sala de espera da extensão, com a dimensão de 70/90 cm.

Estes instrumentos foram utilizados ainda durante o período do Estágio, já na fase final, no entanto pelo seu cariz, não foi concretizável no imediato, a avaliação do seu impacto quanto aos ganhos em saúde. Essa é uma avaliação só possível de realizar a médio ou mesmo longo prazo, através da monitorização dos IMC das crianças, nos anos seguintes.

O que foi possível avaliar no imediato, pela receptividade evidenciada pela equipa e o interesse demonstrado pelos pais, foi que houve ganhos para o serviço.

Por existirem no ACES do Zêzere diferentes realidades, dada a fusão de diferentes Centros de Saúde, numa área geográfica de grande dispersão e também por ter sido observado um número restrito de consultas, decorrente da limitação do espaço temporal atribuído para realizar o Estágio, não podemos extrapolar os resultados obtidos nem a necessidade detectada de construir instrumentos de apoio à consulta, pelo que, não podemos considerar que este modelo de Consulta de Enfermagem seja representativo das outras extensões de saúde deste

ACES. Pretendeu-se pois, conhecer mais em profundidade uma realidade específica e identificar localmente os Padrões de Qualidade da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil numa perspectiva preventiva da Obesidade.

Contudo pretende-se que no futuro estes instrumentos sejam utilizados por todas as equipas de enfermagem do ACES do Zêzere, pelo que também foram divulgadas a outras Extensões de Saúde.

Chegada a fase final deste Relatório consideramos ter atingidos todos os objectivos a que nos propusemos no início do Estágio.

BIBLIOGRAFIA

Aging in place

Alto Comissariado da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Portal amamentar. (2012). *O temperamento do bebé*. Acedido a 27 de Março de 2012 em <http://www.amamentar.net/M%C3%A3esPais/Outros/Outrosdesafiosimportantes/Otemperamentodobeb%C3%A9/tabid/278/Default.aspx>

Aging in Place

Plataforma Contra a Obesidade. Acedido a 07 de Março de 2011 em www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt

Alto Comissariado da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2011- 2016. Acedido em 02 de Março de 2011 em www.acs.min-saude.pt/pns

Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. Unidade Operacional Financiamento e de Contratualização. Unidade Funcional para os Cuidados de Saúde Primários. *Processo de Contratualização ACES 2011. Indicadores Nacionais, Regionais e Locais – Bilhete de Identidade*. Acedido a 20 de Março de 2012 em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/BI%20Indicadores%20Nacionais%20Regionais_Locais_04052011.pdf

Amaral, N. (2011). *Os Enfermeiros e... A Visitação Domiciliária ao Recém-Nascido*. Ordem Dos Enfermeiros – Secção Regional dos Açores. Acedido a 20 de Março de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoes/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseAVisita%C3%A7%C3%A3oDomicili%C3%A1ria.aspx>

Alberty, Paula e Cordeiro, Mário. (2008). Os brinquedos certos para cada idade - Siga os conselhos do pediatra e aprenda a escolher. Acedido a 28 de Junho de 2011 em http://familia2008.sapo.pt/parceiros/familia/saber_viver/819188.html

Almeida, Sónia Mendes (2010). Acedido em 17 de Outubro 2011 a http://www.paisefilhos.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=2942&Itemid=60

Amaral, Nádea (2011). *Os Enfermeiros e ... A Visitação Domiciliária ao Recém-Nascido*. Acedido a 17 de Janeiro de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseAVisita%C3%A7%C3%A3oDomicili%C3%A1ria.aspx>

Aparício, Graça. (...) Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde. In *Millenium. Revista do Instituto Politécnico de Viseu*. N.º 38 - Junho 2010. pp 283-298. Acedido a 31 de Março de 2011 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium38/19.pdf>

Aplicação Informática SAPE. Acedido a 31 de Março de 2011.

Aplicação Informática SIARS. Acedido a 31 de Dezembro de 2011.

Aplicação Informática SINUS. Acedido a 31 de Dezembro de 2011.

Barbosa, S. Gomes. (2006). *Cólicas do Recém-nascido*. Acedido a 20 de Setembro de 2011 em <http://www.uff.br/disicamep/colicas.htm>.

Bárcia, S. C. S. V. Cascão (2010). *A Massagem no Desenvolvimento do Bebé e das Competências Parentais*. Tese Doutoramento. Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Lisboa.

Behrman, Richard E.; Kliegman, Robert M.; Nelson, Waldo E. e Vaughan III, Victor C. (1994). *Nelson: Tratado de pediatria. Volume 1*. (14ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Borges, A. & Gouveia, B. (2001). Competências do Recém-nascido. *Servir*, 49 (3), 136-139.

Branco, Maria João & Nunes, Baltazar. (2003). *Uma Observação sobre Aleitamento Materno – Relatório*. Lisboa: ONSA. Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge. Acedido a 17 de Abril de 2011 em http://www.onsa.pt/index_17.html.

Brazelton, T. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1993). *A relação mais precoce, os pais, os Bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.

Brazelton, T. Berry (2006) – *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. 9ª Ed. Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. Berry & Greenspan, Stanley I. (2006) – *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. 5ª Ed. Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. Berry & Sparrow, Joshua. (2005). *A criança e o choro: Método Brazelton*. 3ª Ed. Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, T. Berry & Sparrow, Joshua. (2006). *A criança e o sono: Método Brazelton*. 3ª Ed. Lisboa: Editorial Presença.

Campos, Luís e Carneiro, António V. (2010). A QUALIDADE NO PNS 2011- 2016. Alto Comissariado da Saúde. Acedido a 13 de Maio de 2011 em www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/07/Q2.pdf

Candeias, Vanessa; Nunes, Emília; Morais, Cecília; Cabral, Manuela & Silva, Pedro R. (2005). *Princípios para uma alimentação saudável*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Carvalho, Maria Ana; Carmo, Isabel; Breda, João; Rito, Ana Isabel. (2011). *Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Nº 2 (Volume 29), pp.148-156. Acedido a 30 de Dezembro de 2011 em http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90077321&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=323&ty=164&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=323v29n02a90077321pdf001.pdf

- Carvalho, Sérgio Resende. (2004). As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Acedido a 01 de Fevereiro de 2011 em http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232004000300018&script=sci_arttext.
- Carvalho, Fernando R. (2008). Enquadramento Regular dos Alimentos Infantis. In Guerra, António. (Ed.), *Alimentação e Nutrição nos Primeiros Anos de Vida*, pp 1-6. Linda-a-Velha: Nestlé Portugal, S.A.
- Carrondo, Ezequiel Martins. (2006). *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho. Instituto de Estudos da Criança. Acedido a 30 de Julho de 2011 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6276/1/TESE%20DE%20DOUTORAMENTO.pdf>
- Castelo, Teresa M. e Fernandes, Boavida.). Sinais de alarme em desenvolvimento. In *Revista Saúde Infantil. Hospital Pediátrico de Coimbra*. Nº 1 (Volume 31), Abril 2009, pp.12-17. Acedido a 15 de Janeiro de 2012 em saudeinfantil.asic.pt/download.php?article_id=61
- Cavadas, Laurentina. (2007). *O sono do bebé no primeiro mês*. Acedido a 30 de Dezembro de 2011 em <http://bebeconfortcoimbra.com/semcintosintomuito/category/fichas-bebeconfort/o-sono/>
- Cordeiro, Mário. (2006). *O Grande Livro do Bebê. O Primeiro Ano de Vida*. Lisboa: A Esfera dos Livros. ISBN 989-626-020-6.
- Cordeiro, Mário. (2010). *Temperamento e personalidade*. Acedido a 07 de Abril de 2012 em <http://www.paisefilhos.pt/index.php/criancas/dos-3-aos-5-anos-menu-criancas-63/2867-temperamento-e-personalidade-?start=1>

Correia, A. C. Santos. (2009). *Aleitamento Materno como Factor Preventivo da Obesidade*. Monografia. Universidade do Porto. Faculdade de ciências da Nutrição e Alimentação (Curso de Ciências da Nutrição), Porto.

Correia, Cristina; Dias, Fernanda; Coelho, Manuela; Page, Paula & Vitorino, Paulo. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático: 2, 75-82.

Costa, António Firmino. (1986). *A pesquisa de terreno em sociologia*, em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento, pp. 129-148.

Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação. Orientações Técnicas nº 12*. 2ª Edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2005). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Despacho Ministerial n.º 153/2005 (2.ª série) Publicado no Diário da República n.º 3, de 5 de Janeiro de 2005.

Direcção-Geral da Saúde. *Folheto informativo sobre ondas de calor*. Data de Publicação: 20-06-2011. Acedido a 07 de Agosto de 2011 em <http://www.dgs.pt>.

Direcção-Geral da Saúde. Plataforma Contra a Obesidade. Acedido a 18 de Novembro de 2011 em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/>.

Direcção-Geral da Saúde. Plataforma Contra a Obesidade. Acedido a 18 de Novembro de 2011 em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=250&menuid=143&exmenuid=389>.

Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde / Comissão de Coordenação do Programa Nacional para a Saúde da Visão. Detecção Precoce das Alterações da Visão na Criança – Recomendações. In *Boas Práticas em Oftalmologia 2008 – Elementos Clínicos de*

Avaliação e Referenciação. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 22 de Julho de 2011 em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/html/2m-10anos.html>

Faure, M. & Richardson, A. (2004). *Os sentidos do bebé: compreender o mundo sensorial do bebé – a chave para uma criança feliz*. Lisboa: Livros Horizonte.

Fernandes, Armando. (2006). *Obstipação (prisão de ventre)*. Acedido a 22 de Abril de 2012 em <http://amrf.no.sapo.pt/Obstipacao.pdf>

Fernandes, Armando. (2009). *Porque choram os bebés?* Acedido a 20 de Março de 2012 em <http://amrf.no.sapo.pt/Choro.pdf>

Fernandes, Armando. (2009). *Rinofaringites (Constipações, Corizas, Resfriados, etc.)* Acedido a 22 de Abril de 2012 em <http://amrf.no.sapo.pt/Constipacoes.pdf>

Fernandes, Armando. (2010). *Recém-nascido. Primeira Consulta*. Centro Pediátrico de Telheiras. Acedido a 20 de Março de 2012 em http://amrf.no.sapo.pt/RN_1_Consulta.pdf

Fernandes, Armando. (2010). *Regurgitação “Bolçar”*. Centro Pediátrico de Telheiras. Acedido a 20 de Março de 2012 em <http://amrf.no.sapo.pt/Bolcar.pdf>

Fernandes, Armando. (2010). *Tosse*. Acedido a 22 de Abril de 2012 em <http://amrf.no.sapo.pt/Tosse.pdf>

Fernandes, Armando. (2011) *Diversificação alimentar*. Centro Pediátrico de Telheiras. Acedido a 20 de Março de 2012 em http://amrf.no.sapo.pt/Diversificacao_Alimentar.pdf

Fernandes, Armando. (2012). *Febre*. Centro Pediátrico de Telheiras. Acedido a 20 de Março de 2012 em <http://amrf.no.sapo.pt/Febre.pdf>

Fernandes, Armando. (2012). *Diarreia*. Acedido a 22 de Abril de 2012 em <http://amrf.no.sapo.pt/Diarreia.pdf>

- Fonseca, Paulo e Ramos, Conceição. Rastreio Auditivo Neonatal Universal. In *Revista Saúde Infantil. Hospital Pediátrico de Coimbra*. Nº 30 (Volume 3), Dezembro 2008, pp 131. Acedido a 22 de Julho de 2011 em http://saudeinfantil.asic.pt/article_detail.php?article_id=57
- Ferreira, Mafalda C. M. Q. (2009). *Obesidade Infantil: Períodos Críticos do Desenvolvimento*. Monografia. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto, Porto.
- Fortin, Marie-Fabienne. (2003). *O Processo de Investigação*. 3ª Edição. Loures: Lusociência.
- Galvão-Teles A. *Estudo de Prevalência da Obesidade Infantil e dos Adolescentes em Portugal Continental*. Plataforma conta a Obesidade/ Direcção Geral da Saúde. 2009.
- Gomes, Bruno P. (2008). *A importância do brincar no desenvolvimento da criança*. Acedido a 28 de Junho de 2011 em <http://aconversacompais.blogspot.pt/2008/03/importancia-do-brincar-no.html>.
- Gomes-Pedro, J. (1985). *A relação mãe-filho: influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- Gomes, R. M. e Nunes, C. B. Avaliação do Desenvolvimento Infantil na Consulta de Enfermagem Pediátrica. *Ensaios e Ciência*, Nº 1, (Volume 10), Abril 2006, pp. 223-237. Acedido a 18 de Novembro de 2011 em <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26012756020>.
- Guilherme, J. Pereira; Vieira, G. Oliveira; Santiago, L. Borges. 2008. *Existe na composição do leite materno algum fator que contribua para a constipação da criança? A alimentação da mãe interfere?* Acedido a 27 de Novembro de 2011 em http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=87&id_detalhe=2700&tipo_detalhe=s.

Hespanhol, Alberto A. O. Pinto (2003). *Motivações na procura de cuidados e satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João*. Dissertação de Mestrado. II Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Porto. Acedido a 13 de Maio de 2011 em repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9741/3/5245_TM_01_P.pdf

Imperatori, E. e Giraldes, M. R. *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª Edição. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Publica. 1993.

Instituto Nacional de Estatística I.P. [INE, I.P.]. (2011). *Estimativas anuais de População Residente, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios-exercício Ad hoc 2010 e 2011 – 2011*. Acedido a 31 de Dezembro de 2011 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=107556656&DESTAQUESmodo=2.

Instituto Nacional de Estatística I.P. [INE, I.P.]. (2011). *Censos 2011 Resultados Provisórios – População Residente*. Acedido a 31 de Dezembro de 2011 em http://www.ine.pt/scripts/flex_provisorios/Main.html

Instituto Nacional de Estatística I.P. [INE, I.P.]. (2011). *Estatísticas Territoriais*. Acedido a 31 de Dezembro de 2011 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. *Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães. Doenças Rastreadas*. Acedido a 20 de Novembro de 2011 em <http://www.diagnosticoprecoce.org/>.

Laurent, Su; Reader, Peter. (2008). *O Seu Bebê Mês a Mês. O que esperar... Do nascimento aos 2 anos*. Porto: Civilização Editora.

Levy, Leonor. (2005). *Alimentação do Lactente. Aleitamento Materno: fisiologia, vantagens e prática*. In Silva, Aires C; Gomes-Pedro, João. (Ed.), *Nutrição Pediátrica, Princípios Básicos*, pp. 69-75. Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Santa Maria.

Levy, Leonor. (2011). *Um acto de amor: Tudo o que precisa saber para amamentar o seu bebé com sucesso*. Lisboa: A Esfera dos Livros.

Levy, Leonor e Bértolo, Helena. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional. Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Lopes, Regina M. F.; Nascimento, Roberta F. L.; Souza, Sabrina G.; Mallet, Luciana G. (2010). *Desenvolvimento Cognitivo e Motor da Criança de Zero a Quinze meses: Um Estudo de Revisão*. Acedido a 15 de Janeiro de 2012 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0529.pdf>.

Macedo, Ana; Alves, Catarina; Silva, Catarina & Noronha, Pedro. (2002, Setembro). Saúde em Mapas e Números. Saúde Infantil. In *Eurotrials. Boletim Informativo Nº10*, 1-2. Acedido a 15 de Janeiro de 2012 em http://www.eurotrials.com/contents/files/Boletim_10.pdf

Madeira, Isabel R. e Aquino Leda A. (2003, Maio/Junho). *Problemas de abordagem difícil: "não come" e "não dorme"*. *Jornal de Pediatria*. (volume 79, suplemento 1). Rio de Janeiro. Acedido a 15 de Janeiro de 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000700006.

Menezes, Helena Cardoso; Edanius, Kaj e Cordeiro, Mário (2010). *Vale a pena crescer em segurança. Evitar os acidentes no primeiro ano de vida*. Edição especial: Alto Comissariado da Saúde. 5ª Edição. Lisboa: – Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]

Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde – Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade. Orientação da Direcção-Geral da Saúde Nº 001/2010 de 16/09/2010.

Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários [MCSP]. (2008). *ACES*. Acedido a 19 de Março de 2011 em <http://www.mesp.min-saude.pt/engine.php?cat=180>.

Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias para a Saúde (Versão Discussão)*. Acedido a 28 de Novembro de 2011 em http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2011/03/OSS2_20-06-2011.pdf.

Ministério da Saúde. (Janeiro 2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016. 3.3 Eixo Estratégico - Qualidade em Saúde*. Acedido a 26 de Março de 2012 em <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Qualidade-em-Saude.pdf>

Monte, Cristina; Giugliani, Elsa. (2004) Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, Nº 5 (Volume 80). Acedido a 26 de Novembro de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0021-75572004000700004

Nunes, E.; Breda, J. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em Jardins de Infância*. DGS, Divisão de Promoção e Educação para a Saúde. Lisboa.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – 10/30 Anos: Razões para continuar – Relatório de Primavera 2009 – O OPSS e o Sistema de Saúde (2000 - 2009), pp.26.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – Desafios em Tempos de Crise – Relatório de Primavera 2010 – O cidadão e o sistema de saúde, pp.3.

Oliveira, M. (2009). *A fontanela do bebé*. Acedido a 18 de Abril de 2011 em http://www.conhecersaude.com/criancas/3196-a_fontanela_do_bebe.html.

Oliveira, S. Carvalho. (2008). *Sono e Repouso do Bebê*. Acedido a 18 de Abril de 2011 em http://www.vounascer.com/?ref=sono_e_repouso.

Oliveira, S. Carvalho. (2010). *Bolçar e Regurgitar*. Acedido a 18 de Abril de 2011 em <http://www.vounascer.com/?ref=bolcar>.

Oliveira, Sara R. (2011). *As birras acontecem porque há dois mundos diferentes*. Acedido a 07 de Abril de 2012 em <http://www.educare.pt/educare/Atualidade/Noticia.aspx?contentid=AFBDF478642AAF5E0400A0AB8002A78&opsel=1&channelid=0>.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Volume I

Ordem dos Enfermeiros, (2001). *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros – *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Nova redacção conferida pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro*. Acedido a 12 de Abril de 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, p. 8648-8653

Ordem dos Médicos Dentistas (2012) *Crianças*. Acedido a 11 de Fevereiro de 2012 em <http://www.omd.pt/publico/criancas>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1986). Carta de Ottawa. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Canadá. Acedido a 02 de Março de 2011 em www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2006). *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade. Conferência Ministerial da OMS, sobre a luta contra a obesidade*. Istambul, Turquia, 15-17 de Novembro.

- Pereira, Maria Adriana. (2006). *Aleitamento Materno: Importância da Correção da Pega no sucesso da Amamentação – resultados de um estudo experimental*. Loures: Lusociência.
- Perry, S. (1999). Recém-nascido. In I. Bobak, D. Lowdermilk, & M. Jensen, *Enfermagem na Maternidade* (pp. 335-377). Loures: Lusociência.
- Pessoa, Maria. (2005, Outubro/Novembro/Dezembro). A Qualidade enquanto factor de mudança nas organizações de saúde – In: *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Amadora, N°4, pp.49-52.
- Pinto, Mónica. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. Dossier: Neurodesenvolvimento Infantil. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. N° 25, pp. 677-687. Acedido a 15 de Janeiro de 2012 <http://pt.scribd.com/doc/76335035/Vigilancia-do-desenvolvimento-psicomotor-e-sinais-de-alarme>.
- Pisco, Luís. (2007). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários Acedido a 11 de Janeiro de 2011 em <http://www.portaldasaude.pt>
- Portal da Saúde. *Dentes e Gengivas*. Acedido a 28 de Junho de 2011 em <http://www.portaldasaude.pt/>.
- Portal Amamentar. *Declaração de Innocenti 2005*. Acedido a 02 de Fevereiro de 2012 em <http://www.amamentar.net/IniciativaAmigosdosBeb%C3%A9s/Declara%C3%A7%C3%A3odeInnocenti/tabid/369/Default.aspx>
- PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa: Diário da República. N.º 205. I Série-A. 4 de Setembro, pp.2959-2962.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2001). *Glossário de conceitos para produção de estatísticas em saúde, 1ª Fase*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Circular Normativa Nº: 03/DGCG de 17/03/05. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Circular Normativa Nº: 05/DSMIA de 21/02/2006. Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil – Atualização das Curvas de Crescimento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Circular Normativa nº 05/DSMIA de 21/02/2006. Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil – Actualização das Curvas de Crescimento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. (2007). *A gravidez da adolescente*. 2ª Edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (2009). *Boletim de Saúde Infantil e Juvenil*. Versão Rosa; Raparigas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (2009). *Boletim de Saúde Infantil e Juvenil*. Versão Azul; Rapazes. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. (2009). Portaria n.º 276/2009 de 18 de Março. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 54, 1728 – 1737.

PORTUGAL. (2009). Declaração de Rectificação n.º 31/2009 de 15 de Maio de 2009. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 94, 3005 – 3010.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 752/2010. Programa Nacional de Diagnóstico Precoce [PNDP]. Lisboa: Diário da República N.º 7, II Série, 12 de Janeiro de 2010. Pág.1434-1437.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, pp. 8648-8653.

Ministério da Saúde. Rito A.; Breda J. e Carmo I.; (2011). *Guia de avaliação do estado nutricional infantil e juvenil*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA, IP].

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 30 de Dezembro de 2011 em www.dgs.pt.

Quivy, Raymond e Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (tradução de João Marques e Maria Amália Mendes). 1ª Edição. Lisboa: Gradiva.

Ramos, Vitória e Páscoa, Elsa. (2008). *Quando a creche perde a piada*. Acedido a 28 de Junho de 2011 em <http://www.paisefilhos.pt/index.php/criancas/dos-3-aos-5-anos-menu-criancas-63/684-quando-a-creche-perde-a-piada>.

Ribeiro, Olivério P.; Carvalho, Fernando M.; Ferreira, L. Miguel M.; Ferreira, Paulo Jorge M. (2008, Novembro). Qualidade dos cuidados de saúde. *Millenium - Revista do ISPV*, n.º 35, 1-20. Acedido a 10 de Outubro de 2011 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>.

Rito A. (2004). *Estado nutricional de crianças e oferta alimentar do pré-escolar do Município de Coimbra, Portugal, 2001*. Dissertação de Doutoramento. Rio de Janeiro, Fiocruz/ Escola Nacional de Saúde Pública. Acedido a 20 de Setembro de 2011 em <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/ritoaigd.pdf>.

Rito, A. (2006). Estado Nutricional de Crianças e Oferta Alimentar do Pré-Escolar do Município de Coimbra. In Do Carmo, I. et al (Eds.) (2008). *Obesidade em Portugal e no Mundo*, pp. 113-138, Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Rito A.; Paixão E.; Carvalho M.A. & Ramos C. (2011). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).
- Sandes, Ana Rita, Nascimento, C.; Figueira, J.; Gouveia, R.; Valente, S.; Martins, S.; Correia, S.; Rocha, E. & Silva, L. J. (2007). Aleitamento Materno Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 193-200. Acedido a 17 de Abril de 2011 em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/3/193-200.pdf>
- Santos, Teresa Margarida da Silva (2009). *Preparação do biberão*. Acedido a 17 de Outubro de 2011 em <http://saudeinfantilfeira.blogspot.pt/2009/04/preparacao-do-biberao.html>.
- Silva, A., Palma, F. & Gil, P. (2001). *Consulta de enfermagem de saúde infantil: guia orientador*. Setúbal: Unidade de Saúde de Almada, Seixal e Sesimbra.
- Silva, A.S. e Pinto, J.M. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. 8ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Silva, Aires. (2005). Diversificação alimentar – Porquê, Quando e Como? In Silva, Aires C; Gomes-Pedro, João. (Ed.), *Nutrição Pediátrica, Princípios Básicos*, pp. 98-105. Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Santa Maria.
- Silva, Andressa S. (2011). *Enfermagem atuando no exame físico do recém-nascido*. Acedido a 11 de Outubro de 2011 em <http://www.webartigos.com/artigos/enfermagem-atuando-no-exame-fisico-do-recem-nascido/60968/>.
- Silva, Filomena S. (2011). *Desenvolvimento motor: como estimulá-lo*. Acedido a 22 de Novembro 2011 em <http://www.coisasdecrianca.com/artigos/detalhe.php?IdArtigo=124>.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2009). *Prevenção da Morte Súbita*. Acedido a 18 de Abril de 2012 em <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=33>
- Stoppard, Miriam. (2002). *Guia Completo para Cuidar de Bebés e Crianças*. Tradução de Ana Paula Maciel. Porto: Civilização Editora.

Streubert, J. Helen e Carpenter, Dona (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.

Tavares, A.; Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Hospital Dona Estefânia. 1990.

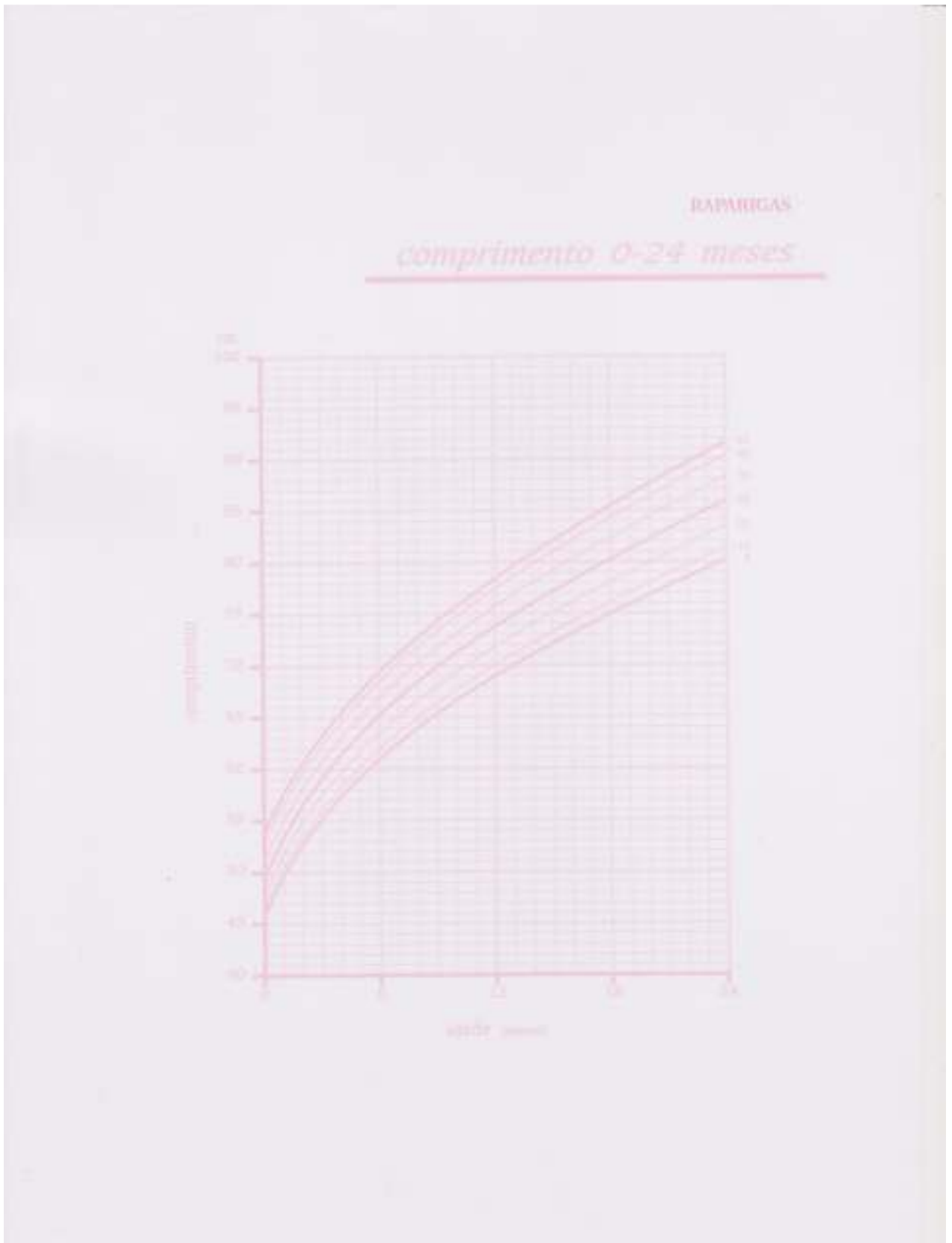
WHO - World Health Organization (1998). *Care of the umbilical cord: a review of the evidence*. Geneva. Acedido a 18 de Maio de 2011 em http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros_projectos/201107201648-verao_2003.pdf.

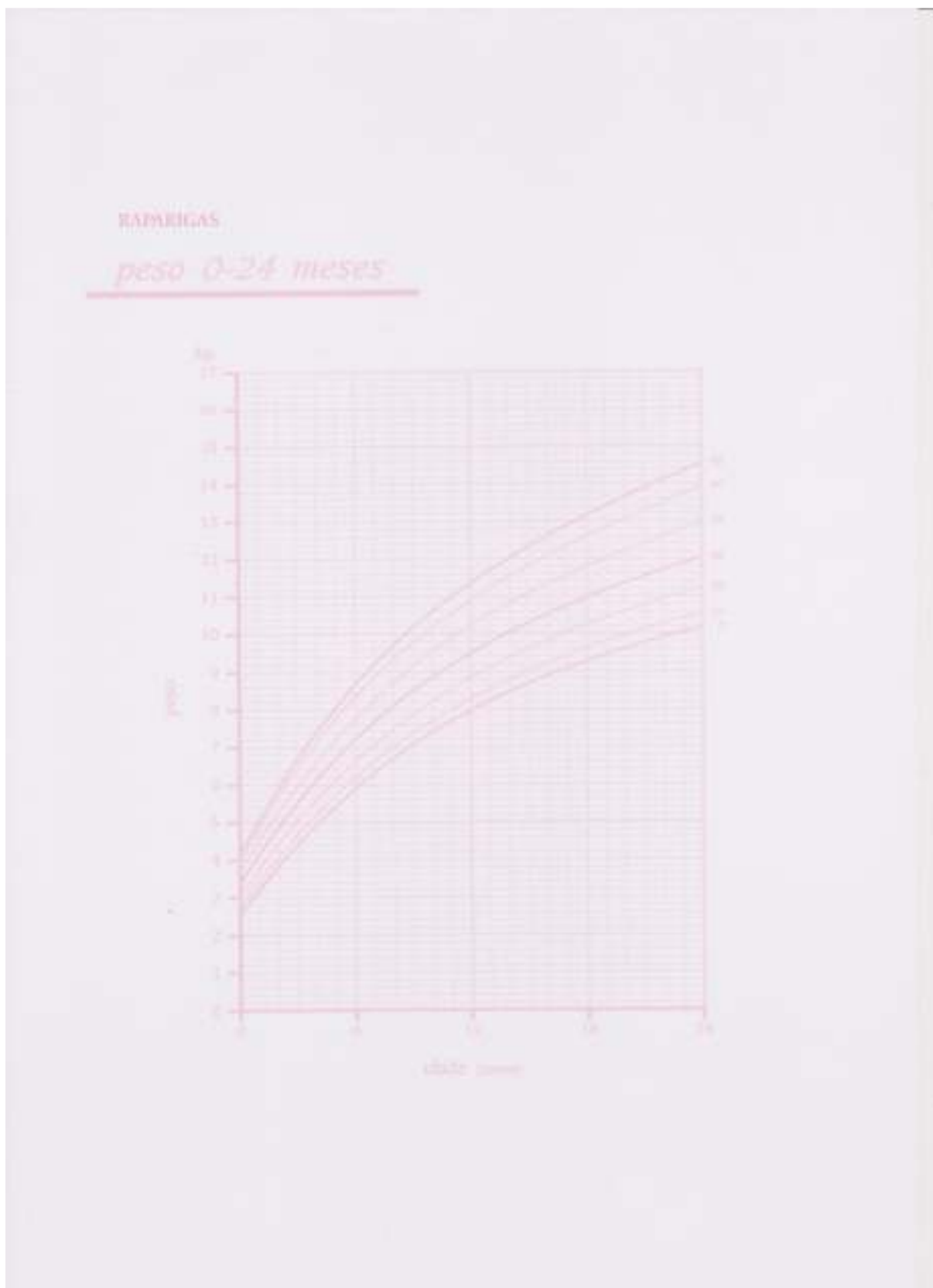
WHO/UNICEF. 2005. Innocenti declaration. *On infant and young child feeding*. Acedido a 15 de Fevereiro de 2012 em <http://www.amamentar.net/IniciativaAmigosdosBebés/DeclaraçãodeInnocenti/tabid/369/Default.aspx>.

Wong, Donna L. (1999). *Whaley & Wong Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. (5ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

ANEXOS

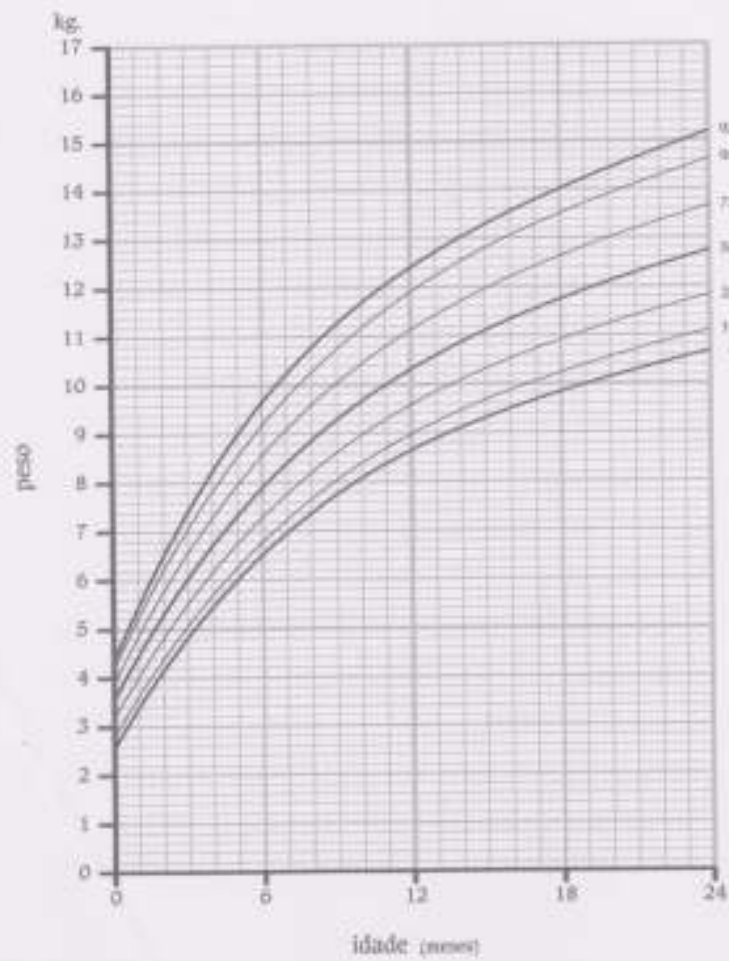
ANEXO I - Curvas de crescimento dos 0 - 24 meses

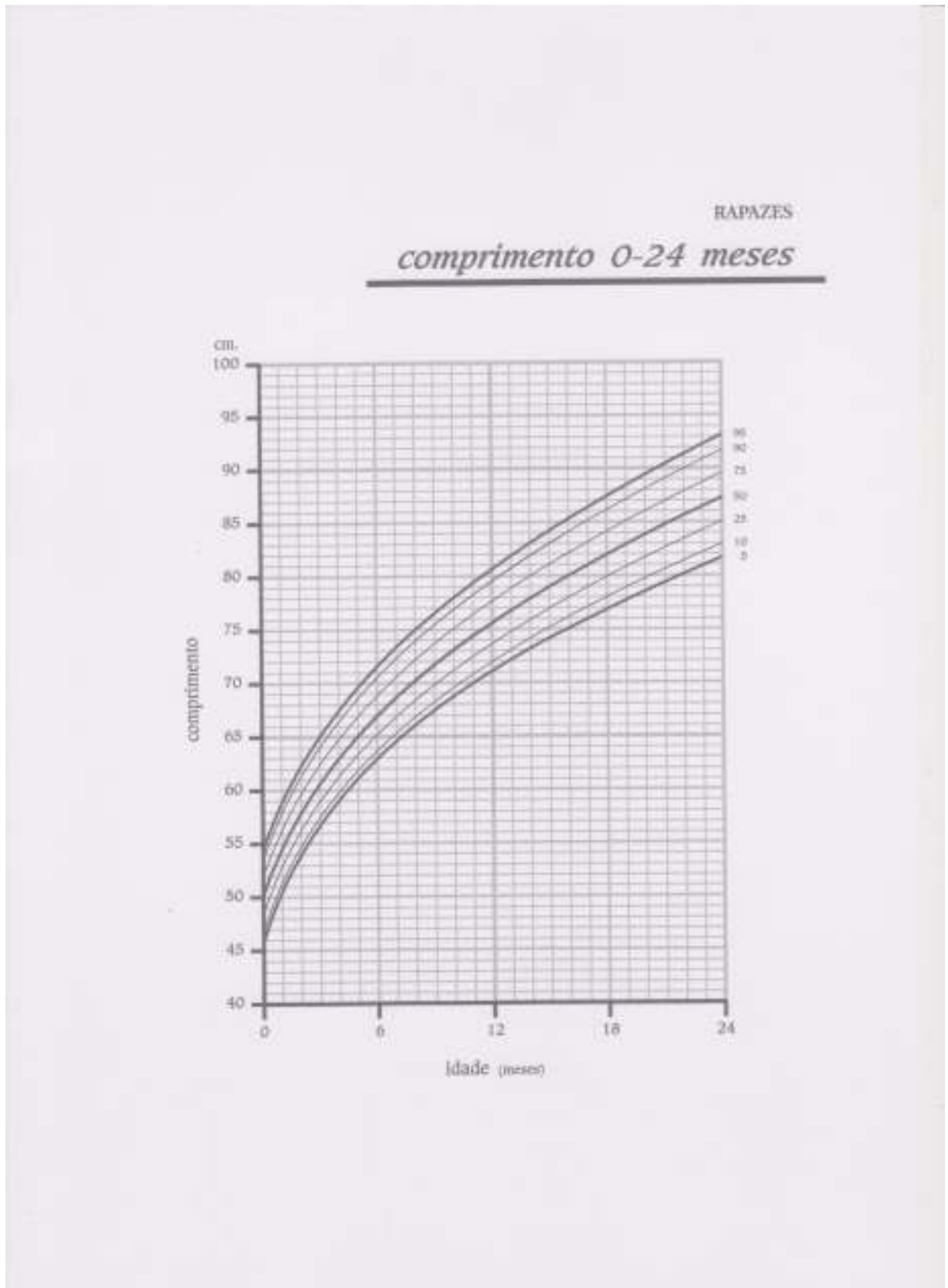




RAPAZES

peso 0-24 meses





ANEXO II - Teste de Mary Sheridan

AValiação DE DESENVOLVIMENTO - TESTE DE SHERIDAN: 1-12 MESES

	4 - 6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES
POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	<ul style="list-style-type: none"> - Dec. Ventral levanta a cabeça. - Dec. Dorsal postura ass. M. sup. Do lado da face em ext. - Tração pelas mãos a cabeça cai. - Sentado dorso em arco e mãos fechadas. - Suspensão vert. Cabeça ereta membros semi fletidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dec. Ventral Apoio nos antebraços - Dec. Dorsal postura sim. Membros c/ mov. Ritmados - Tração pelas mãos, cabeça ereta, coluna dorsal direita - De pé flete os joelhos não faz apoio 	<ul style="list-style-type: none"> - Dec. Ventral Apoiase nas mãos. - Dec. Dorsal - levanta a cabeça M.inf. na vertical dedos fletidos. - Tração pelas mãos faz força para se sentar - Mantem-se sentado sem apoio. - De pé faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Senta-se só e fica 10 a 15 m. - Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se. 	<ul style="list-style-type: none"> - Passa de dec. Dorsal a sentado. - Tem equilíbrio sentado. - Gatinha. - Põe-se de pé e baixa-se, apoio de duas ou uma mão.
VISÃO E MOTRICIDADE FINA	<ul style="list-style-type: none"> - Segue uma bola pendente a 20-25 cm 1/4 de circ. (do lado até à linha média). 	<ul style="list-style-type: none"> - Mãos abertas, junta-as na linha média e brinca com elas. - Segue brevemente a roca e move-a em direção à face. - Segue uma bola pendente 1/2 circ. e horizontal. - Convergência. - Pestanejo de defesa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tem prensão palmar. - Leva os objetos à boca - Transfere objetos - Se um objeto cai esquece-o imediatamente. - Boa convergência (estrabismo anormal). 	<ul style="list-style-type: none"> - Tem prensão e manipulação. - Leva tudo à boca. - Aponta com o indicador. - Tem pinça. - Atira os objetos ao chão deliberadamente. - Procura o objeto que caiu ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explora com energia os objetos e atrai-os sistematicamente ao chão. - Procura um objeto escondido. - Interesse visual para perto e longe.
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Para e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atende e volta-se geralmente aos sons 	<ul style="list-style-type: none"> - Segue os sons a 45 cm do ouvido. - Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. - Dá gargalhadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção rápida para os sons perto e longe. - Localização de sons suaves a 90 cm acima ou abaixo do nível do ouvido. - Repete várias sílabas ou sons do adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta rápida aos sons suaves mas habituando-se depressa. - Dá pelo nome e volta-se. - Jargon. - Compreende ordens simples "dá, cá e adeus".
COMPORTEAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Fixa a face da mãe quando o alimenta. - Sorriso presente às 6 semanas. - Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sorri - Boa resposta social à aproximação de uma face familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Muito ativo, atento e curioso 	<ul style="list-style-type: none"> - Leva uma bolacha à boca. - Mastiga. - Distingue os familiares dos estranhos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bebe pelo copo com ajuda. - Segura a colher mas não a usa. - Colabora no vestir levantando os braços. - Demonstra afeto.

SINAIS DE ALARME

1 MÊS	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES
<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição de sentado. - Hiper e hipotonicidade na posição de pé. - Nunca segue a face humana. - Não vira olhos e cabeça para o som (voz humana). - Não se mantem em situação de alerta, nem por breves períodos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não fixa nem segue objetos. - Não sorri. - Não há qualquer controlo da cabeça. - Mãos sempre fechadas. - Membros rígidos em repouso. - Sobressalto ao menor ruído. - Chora e grita quando se toca. - Pobreza de movimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de controlo da cabeça. - Membros inferiores rígidos e passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar. - Não olha nem pega qualquer objeto. - Assimetrias. - Não reage aos sons. - Desinteresse pelo ambiente. - Irritabilidade. - Estrabismo manifesto e constante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não se senta. - Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição. - Assimetrias. - Sem preensão palmar, não leva objetos à boca. - Não reage aos sons. - Vocaliza monotamente ou perde a vocalização. - Apático sem relação com familiares. - Engasga-se com facilidade. - Estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não aguenta o peso nas pernas. - Permanece imóvel; não procura mudar de posição. - Assimetrias. - Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. - Não responde à voz. - Não brinca nem estabelece contato. - Não mastiga.

ANEXO III - Grelhas de Observação

Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Saúde de Portalegre

MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Grelha de Observação

Aspectos a observar na Consulta de Enfermagem: 3º - 6º Dia	
Explicar aos pais em que consiste o Rastreio de doenças metabólicas - Diagnóstico Precoce	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Fazer a colheita de sangue para o Rastreio	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Peso	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover o Aleitamento materno	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre Amamentação	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Entregar material de leitura sobre Amamentação	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre Hábitos intestinais	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Questionar a existência de Cólicas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a actuação nas Cólicas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Observar a existência de sinais de Icterícia Neonatal	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Observar o Coto umbilical	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar cuidados ao Coto umbilical	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre cuidados de Higiene, Conforto e Vestuário	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a Posição de deitar	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre hábitos de Sono e Repouso	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar Sintomas/Sinais de alerta que justificam recorrer aos serviços de saúde	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover a Segurança no Transporte do Recém-nascido, a Segurança Rodoviária e a Prevenção de Acidentes domésticos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Verificar se fez as vacinas BCG e anti-Hepatite B	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Apresentar aos pais a periodicidade das consultas de rotina	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Planear Visitação Domiciliária a efectuar antes do 15º dia	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Questionar dúvidas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os Registos no Boletim de Saúde Infantil	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os Registos no Aplicativo informático SAPE	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os Registos no Aplicativo informático SINUS	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Data de Observação: ____/____/____

Notas de Campo:

Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Saúde de Portalegre

MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Grelha de Observação

Aspectos a observar na Consulta de Enfermagem: 15º Dias	
Vigiar Desenvolvimento Infantil	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Peso	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Comprimento	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Avaliar a fontanela anterior e posterior	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar Visão	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar Audição	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar movimento articular da anca	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover o Aleitamento materno exclusivo até ao 6º mês	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre Amamentação	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Entregar material de leitura sobre Amamentação	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula se necessário	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a utilização do biberão se necessário	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre Hábitos intestinais	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Questionar a existência de Cólicas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a actuação nas Cólicas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre cuidados de Higiene, Conforto e Vestuário	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a Posição ao deitar	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre hábitos de Sono e Repouso	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Sensibilizar os pais para as necessidades de afecto	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar Sintomas/Sinais de alerta que justificam recorrer aos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover a Prevenção de Acidentes domésticos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover a Segurança no Transporte do Recém-nascido	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover a Segurança Rodoviária	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Questionar dúvidas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Planear próxima Consulta de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Boletim de Saúde Infantil	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Aplicativo informático SAPE	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Data da Observação: ____/____/____

Notas de Campo:

Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Saúde de Portalegre

MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Grelha de Observação

Aspectos a observar na Consulta de Enfermagem: 1º Mês	
Avaliar Desenvolvimento Psicomotor	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre desenvolvimento e temperamento	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Peso	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Comprimento	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Avaliar a fontanela anterior e posterior	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar Visão	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar Audição	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar movimento articular da anca	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Pesquisar reflexos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover o Aleitamento materno exclusivo até ao 6º mês	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula e sobre a utilização do biberão (quando justificado)	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre Hábitos intestinais	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Questionar a existência de Cólicas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a actuação nas Cólicas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre cuidados de Higiene, Conforto e Vestuário	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a Posição ao deitar	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Sensibilizar os pais para as necessidades de afecto	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre conduta face a Sinais e Sintomas comuns	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Promover a Prevenção de Acidentes domésticos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover a Segurança no Transporte do bebé e a Segurança Rodoviária	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar presença de Sinais e Sintomas de alerta	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre Sinais e Sintomas de alerta	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Questionar dúvidas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Planear Vacinação	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Planear próxima Consulta de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Boletim de Saúde Infantil	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Aplicativo informático SAPE	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Data da Observação: ___ / ___ / ___

Notas de Campo:

Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Saúde de Portalegre

MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Grelha de Observação

Aspectos a observar na Consulta de Enfermagem: 2º Mês	
Avaliar Desenvolvimento Psicomotor	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre desenvolvimento e temperamento	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a importância do envolvimento do pai	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Peso	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Comprimento	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Avaliar a fontanela anterior e posterior	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar movimento articular da anca	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Pesquisar reflexos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover o Aleitamento materno exclusivo até ao 6º mês	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula se necessário	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a utilização do biberão se necessário	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre Hábitos intestinais	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Questionar a existência de Cólicas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a actuação nas Cólicas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre cuidados de Higiene, Conforto e Vestuário	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a Posição ao deitar	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre hábitos de Sono e Repouso	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Sensibilizar os pais para as necessidades de afecto	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Ensinar sobre conduta face a Sinais e Sintomas comuns	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover a Prevenção de Acidentes domésticos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover a Segurança no transporte do bebé	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover a Segurança rodoviária	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Questionar dúvidas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Aplicar as vacinas de acordo com o PNV/prescrição médica	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre as reacções adversas das vacinas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Planear Vacinação	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Planear próxima Consulta de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Boletim de Saúde Infantil	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Boletim Individual de Saúde	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Aplicativo informático SAPE	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Aplicativo informático SINUS	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Data de Observação: ____/____/____

Notas de Campo:

Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Saúde de Portalegre

MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Grelha de Observação

Aspectos a observar na Consulta de Enfermagem: 4º Mês	
Avaliar Desenvolvimento Psicomotor	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre desenvolvimento	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a importância do envolvimento do pai	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Peso	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Comprimento	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Avaliar a fontanela anterior e posterior	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar Visão	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar Audição	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Pesquisar reflexos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover o Aleitamento materno exclusivo até ao 6º mês	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula e sobre a utilização do biberão (quando justificado)	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a alimentação complementar se aleitamento misto	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Entregar guia orientador da Alimentação Complementar no 1º ano de vida	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre Hábitos intestinais	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar Sintomas/Sinais de alerta que justificam recorrer aos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover a Segurança no Transporte do bebé, a Segurança Rodoviária e a Prevenção de Acidentes domésticos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar presença de Sinais e Sintomas de alerta	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre Sinais e Sintomas de alerta	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Questionar dúvidas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Aplicar as vacinas de acordo com o PNV/prescrição médica	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre as reacções adversas das vacinas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Planear Vacinação	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Planear próxima Consulta de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Boletim de Saúde Infantil	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Boletim Individual de Saúde	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Aplicativo informático SAPE	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Aplicativo informático SINUS	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Data da Observação: ___/___/___

Notas Campo:

Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Saúde de Portalegre

MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Grelha de Observação

Aspectos a observar na Consulta de Enfermagem: 6º Mês	
Avaliar Desenvolvimento Psicomotor	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre desenvolvimento e temperamento	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre reacção a estranhos, adaptação à ama/creche	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a importância da estimulação	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre escolha de brinquedos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Peso	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Comprimento	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Avaliar a fontanela anterior e posterior	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar Visão	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar Audição	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar Dentes	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar hábitos de Higiene oral	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar movimento articular da anca	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Pesquisar reflexos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover o Aleitamento materno até aos 2 anos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a alimentação com leite de fórmula se necessário	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a utilização do biberão se necessário	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a alimentação complementar	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Entregar guia orientador da Alimentação Complementar no 1º ano de vida	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre Hábitos intestinais	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar Sinais e Sintomas comuns	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar Sintomas/Sinais de alerta que justificam recorrer aos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover a Prevenção de Acidentes domésticos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover a Segurança no transporte do bebé e a Segurança rodoviária	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar presença de Sinais e Sintomas de alerta	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre Sinais e Sintomas de alerta	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Questionar dúvidas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Aplicar as vacinas de acordo com o PNV/prescrição médica	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre as reacções adversas das vacinas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Planear Vacinação	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Planear próxima Consulta de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Boletim de Saúde Infantil	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Boletim Individual de Saúde	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Aplicativo informático SAPE	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Aplicativo informático SINUS	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Data de Observação: ____/____/____

Notas de Campo:

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Grelha de Observação

Aspectos a observar na Consulta de Enfermagem: 9º Mês	
Avaliar Desenvolvimento Psicomotor	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre o desenvolvimento motor e estímulos adequados	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre temperamento e relacionamento	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre o desenvolvimento da linguagem	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a importância do envolvimento do pai	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Peso	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Comprimento	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Avaliar a fontanela anterior e posterior	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar Visão	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Vigiar Audição	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar Dentes	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre hábitos de Higiene oral	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Pesquisar reflexos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover o Aleitamento materno até aos 2 anos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a alimentação complementar e transição gradual para a alimentação familiar	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre os principais erros alimentares	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre Hábitos intestinais	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover a Segurança no Transporte do bebé, a Segurança Rodoviária e a Prevenção de Acidentes domésticos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Questionar dúvidas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Planear Vacinação	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Planear próxima Consulta de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Boletim de Saúde Infantil	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Aplicativo informático SAPE	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Data da Observação: ____/____/____

Notas de Campo:

Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Saúde de Portalegre

MESTRADO EM ENFERMAGEM:

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Grelha de Observação

Aspectos a observar na Consulta de Enfermagem: 12º Mês	
Avaliar Desenvolvimento Psicomotor	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre desenvolvimento infantil	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre novas capacidades e aquisições - motoras e linguagem	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre afirmação da personalidade e aprendizagem de regras sociais	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Peso	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Comprimento	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar o Perímetro cefálico	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Monitorizar Dentes	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre hábitos de Higiene oral	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Avaliar a fontanela anterior e posterior	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Pesquisar reflexos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover o Aleitamento materno até aos 2 anos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a alimentação complementar e transição gradual para a alimentação familiar	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a anorexia fisiológica do 2º ano de vida	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre a desaceleração do crescimento	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Ensinar sobre Hábitos intestinais	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Promover a Segurança no Transporte do bebé, a Segurança Rodoviária e a Prevenção de Acidentes domésticos	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Questionar dúvidas	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Planear Vacinação	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Planear próxima Consulta de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Boletim de Saúde Infantil	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Boletim Individual de Saúde	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Aplicativo informático SAPE	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado
Efectuar os registos no Aplicativo informático SINUS	<input type="checkbox"/> Efectuado <input type="checkbox"/> Não efectuado

Data da Observação: ____/____/____

Notas de Campo:

ANEXO IV - Folheto alimentação no primeiro ano de vida

<p>A partir dos 3 meses</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode introduzir o legume natural feito a partir do leite de vaca o que substitui uma refeição de leite. • Podem ser consumidos o agrião, os brócolos e a berinjela. • É recomendado consumir com moderação as vegetais com alto teor em nitratos/nitritos ou fitatos como o feijão verde, baterrata, nabo, aspargos e espinafres.
<p>Das 6 - 12 meses</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode introduzir a gema de ovo (começar com 1/2 de gema por semana e aumentar gradualmente até 3 gemas por semana). • A gema do ovo deve ser oferecida em substituição do consumo do peixe. • O ovo inteiro com a clara só deve ser introduzido depois das 12 meses.
<p>A partir das 12 meses</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • É a partir desta altura que se deve fazer a integração gradual na dieta familiar. • Podem ser introduzidas as leguminosas (feijão, grão, fava, ervilha e lentilha) • Os mirringos só devem ser introduzidos a partir das 18 meses e o kiwi depois dos 2 anos

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



A Alimentação no Primeiro Ano de Vida

Diversificação Alimentar 2012

Elaborado em Enfermagem
Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde
Orientador Prof. Doutor António Pedro

Elaborado pela Medtronic: Maria do Carmo Fátima Pereira da Araújo



Consequências de uma diversificação alimentar incorreta

Introdução precoce (antes dos 4 meses):


- ✓ Pode estar a fornecer energia a mais ao seu bebé o que pode conduzir a excesso de peso/obesidade;
- ✓ Pode conduzir a intolerâncias alimentares;
- ✓ Aumenta o risco de alergias;
- ✓ Pode conduzir a perturbação do apetite.

Introdução tardia (depois do 6º mês):

- ✓ O seu bebé não recebe a energia de que necessita para o seu desenvolvimento físico e psíquico;
- ✓ O seu bebé pode não desenvolver tão facilmente a capacidade de mastigação, deglutição e gosto por novos sabores.

O que é a diversificação alimentar?

A diversificação alimentar consiste na transição de uma alimentação exclusivamente láctea para outra que inclui, para além do leite, outros alimentos não lácteos e de maior consistência, para que o bebé tenha um desenvolvimento saudável. Esta fase termina no início do 2º ano de vida, quando a criança faz gradualmente a transição para a dieta familiar.






Recomendações Gerais

- Iniciar a diversificação alimentar o mais próximo dos 6 meses, se o bebé está com aleitamento materno exclusivo.
- Dos 6 aos 12 meses, o leite e derivados lácteos devem ser fornecidos ao bebé numa quantidade diária entre 500 e 750ml.
- Oferecer sempre os alimentos com o colher e aumentar progressivamente a quantidade e consistência das refeições.
- Introduzir um alimento novo de cada vez, com uma periodicidade de 1 dia.
- Fazer as refeições em horários regulares.
- Não adicionar sal, açúcar, nem os adoçantes na comida do seu bebé.
- Não dar fumo, churrasco ou outros fumadores ao seu bebé.
- Não oferecer fritos e refogados. Utilizar sempre o azeite em cru.
- Evitar os bolões apertados em viagens ou situações especiais para não ganhar calorias.
- Pode congelar a sopa em doses individuais.

Privilegiar o leite materno exclusivo até aos seis meses, o qual pode ser dado até aos 2 anos de idade. Não iniciar a diversificação alimentar antes dos 4 meses. Dar apenas um alimento novo de cada vez.

Calendário Alimentar

<p>4 - 6 Meses</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Para confeccionar o puré de legumes deve ser utilizado de preferência um recipiente de inox. • De início puré de legumes é feito à base de batata e cenoura ou abóbora. • NÃO adicionar sal. • No prato, adicionar em cru uma colher de chá de azeite. • Pode utilizar os seguintes legumes: batata-doce, nabo, cebola, pastinaga, couve-flor, chuchu, nogueira, alho, rabanete, alho francês e aipo. • Os legumes e frutas devem ser introduzidos de forma gradual e progressiva na alimentação. • A fruta não pode ser refogada, deve ser introduzida individualmente como sobremesa. • Evitar com pão, magiá ou bunaru, de preferência o suco por machado. • A farinha láctea ou não láctea deve ser sem glúten. • NÃO adicionar açúcar, mel ou adoçantes.
<p>A partir dos 6 Meses</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • A farinha láctea ou não láctea pode ter glúten. • A introdução da carne faz-se utilizando nos primeiros meses apenas o caldo na cozinha dos legumes. • Devem ser utilizadas carnes brancas: frango, galinha, peru, pato, porco, vaca e coelho. • A quantidade recomendada é 15-20 gramas por refeição. • Pode ser dado suco de leite a partir de leite de Amónia.
<p>A partir dos 8 meses</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Podem ser introduzidos o leite e os coqueiros que em pequenas quantidades agitam a consistência os outros alimentos. • Continuar a introduzir os alimentos com 7 dias de intervalo entre cada novo alimento.

ANEXO V - Poster alimentação no primeiro ano de vida



A Alimentação no 1º Ano de Vida Diversificação Alimentar

A diversificação alimentar é a fase de transição de uma alimentação exclusivamente láctea para outra que inclui também outros alimentos que vão suprir as necessidades nutricionais do seu bebé para que este tenha um desenvolvimento saudável. Esta fase termina quando a criança se integra na dieta familiar, no início do 2º ano de vida.

Recomendações Gerais

Inicie a alimentação diversificada o mais próximo dos 6 meses, se o seu bebé está com boa evolução de peso.

Ofereça sempre os alimentos à colher e aumente lenta e progressivamente a quantidade e consistência das refeições.

Dos 6 aos 12 meses, o leite e derivados lácteos devem ser fornecidos ao bebé numa quantidade diária entre 500 e 750ml.

Introduza um alimento novo de cada vez, com uma periodicidade não inferior a 3-5 dias.

Tente fazer as refeições em horários regulares.

Nunca adicione sal, açúcar, mel ou adoçantes na comida do seu bebé.

Pode congelar a sopa em doses individuais mas não a deve refrigerar no frigorífico.

Não faça fritos e refogados e utilize sempre o azeite em cru.

Utilize os boiões apenas em viagens ou situações especiais pois têm muitas calorias.

Nunca dê doces, bolos e chocolates ao seu bebé.

Privilegiar o leite materno, o qual pode ser dado até aos 2 anos de idade. Iniciar a diversificação alimentar o mais próximo dos 6 meses, nunca antes dos 4 meses. Dar um alimento de cada vez.

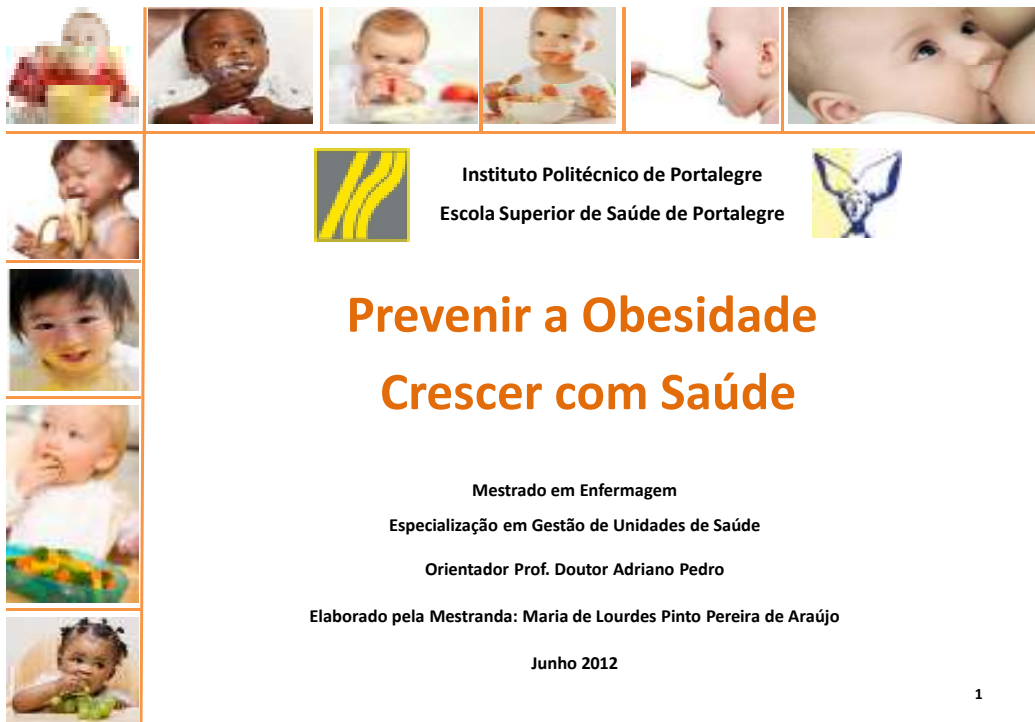
Calendário Alimentar	4 - 6 Meses	<ul style="list-style-type: none"> - Para confeccionar o puré de legumes deve ser utilizado de preferência um recipiente de inox. - De início puré de legumes é feito à base de batata e cenoura ou abóbora. - NÃO adicionar sal. - No prato, adicionar em cru uma colher de chá de azeite. - Pode utilizar os seguintes legumes: batata-doce, nabo, cebola, pastinaga, couve-flor, chuchu, curgete, alface, nabiça, alho francês e aipo. - Os legumes e frutos devem ser introduzidos na alimentação de forma gradual e progressiva. - A fruta não serve de refeição, deve ser introduzida individualmente como sobremesa. - Iniciar com pêra, maçã ou banana, de preferência crua e bem madura. - A farinha láctea ou não láctea deve ser sem glúten. - NÃO adicionar açúcar, mel ou adoçantes. 	A partir dos 8 meses <ul style="list-style-type: none"> - Podem ser introduzidos a salsa e os coentros que em pequenas quantidades ajudam a condimentar os outros alimentos. - Continuar a introduzir os alimentos com 7 dias de intervalo entre cada novo alimento 	
	A partir dos 6 Meses	<ul style="list-style-type: none"> - A farinha láctea ou não láctea pode ter glúten. - A introdução da carne faz-se utilizando nas primeiras vezes apenas o caldo na cozedura dos legumes. - Devem ser utilizadas carnes brancas: frango, galinha, peru, pato, pombo, avestruz e coelho. - A quantidade recomendada é 15-20 gramas por refeição. - Pode ser dado iogurte feito a partir de leite de fórmula 	A partir dos 9 meses <ul style="list-style-type: none"> - Pode introduzir o iogurte natural feito a partir do leite de vaca o que substitui uma refeição de leite. - Podem ser consumidos o agrião, os brócolos e a beringela. - É recomendado consumir com moderação os vegetais com alto teor em nitratos/nitritos ou fitatos como o feijão verde, beterraba, nabo, acelgas e espinafres 	
			Dos 9 – 12 meses <ul style="list-style-type: none"> - Pode introduzir a gema de ovo (começar com ¼ de gema por semana e aumentar gradualmente até 3 gemas por semana). - A gema do ovo deve ser oferecida em substituição da carne ou do peixe. - O ovo inteiro com a clara só deve ser introduzido depois dos 12 meses. 	
				A partir dos 12 meses <ul style="list-style-type: none"> - É a partir desta altura que se deve fazer a integração gradual na dieta familiar. - Podem ser introduzidas as leguminosas (feijão, grão, fava, ervilha e lentilha) - Os morangos só devem ser introduzidos a partir dos 15 meses e o Kiwi depois dos 2 anos

Consequências de uma incorreta diversificação alimentar

Introdução precoce (antes dos 4 meses): Pode estar a fornecer energia a mais ao seu bebé o que pode conduzir a excesso de peso/obesidade; a intolerâncias alimentares; aumenta o risco de alergias; a perturbações do apetite.

Introdução tardia (depois dos 8 meses): O seu bebé não recebe a energia de que necessita para o seu desenvolvimento físico e psíquico; pode não desenvolver tão facilmente a capacidade de mastigação, deglutição e gosto por novos sabores.

ANEXO VI - Powerpoint alimentação no primeiro ano de vida



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

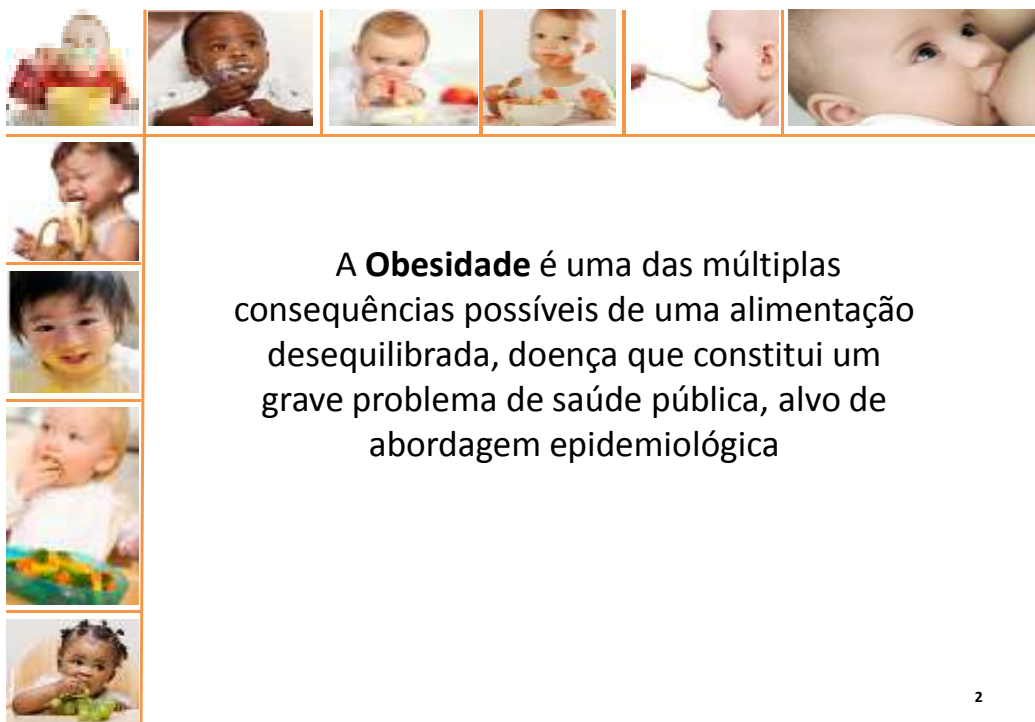
Prevenir a Obesidade Crescer com Saúde

Mestrado em Enfermagem
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde
Orientador Prof. Doutor Adriano Pedro

Elaborado pela Mestranda: Maria de Lourdes Pinto Pereira de Araújo

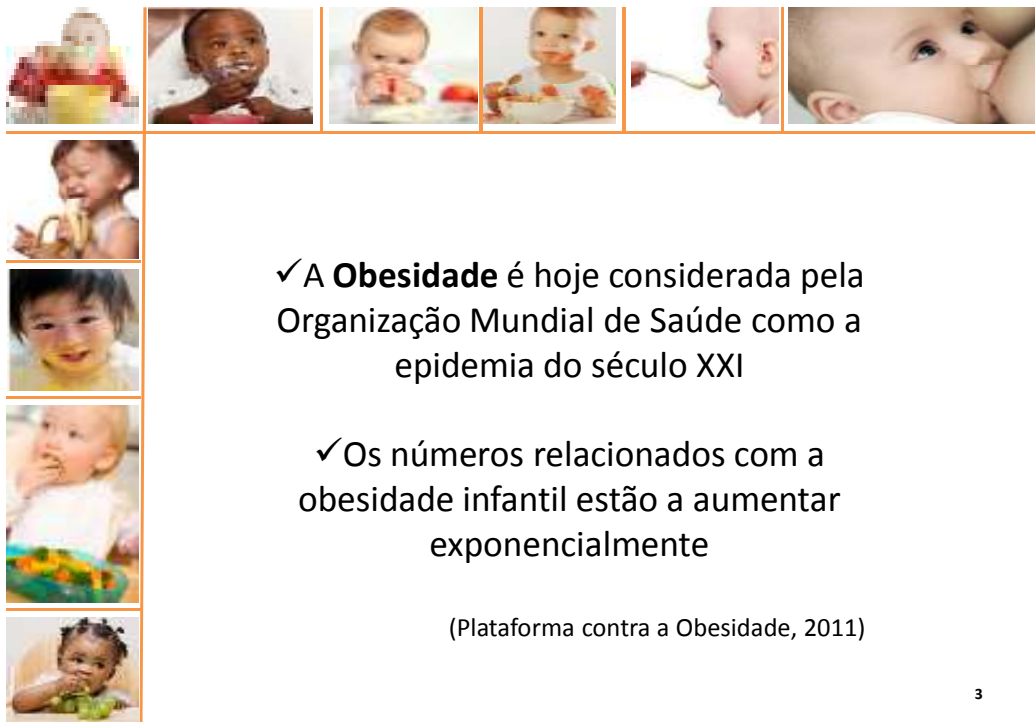
Junho 2012

1



A **Obesidade** é uma das múltiplas consequências possíveis de uma alimentação desequilibrada, doença que constitui um grave problema de saúde pública, alvo de abordagem epidemiológica

2



✓ A **Obesidade** é hoje considerada pela Organização Mundial de Saúde como a epidemia do século XXI

✓ Os números relacionados com a obesidade infantil estão a aumentar exponencialmente

(Plataforma contra a Obesidade, 2011)

3



A **obesidade infantil** é determinada através do Índice de Massa Corporal IMC

✓ **Pré-obesidade** - IMC **igual ou superior** ao percentil **85** e inferiores ao percentil **95**

✓ **Obesidade** - IMC **igual ou superior** ao percentil **95**

(Direcção-geral da Saúde, 2005: 14)

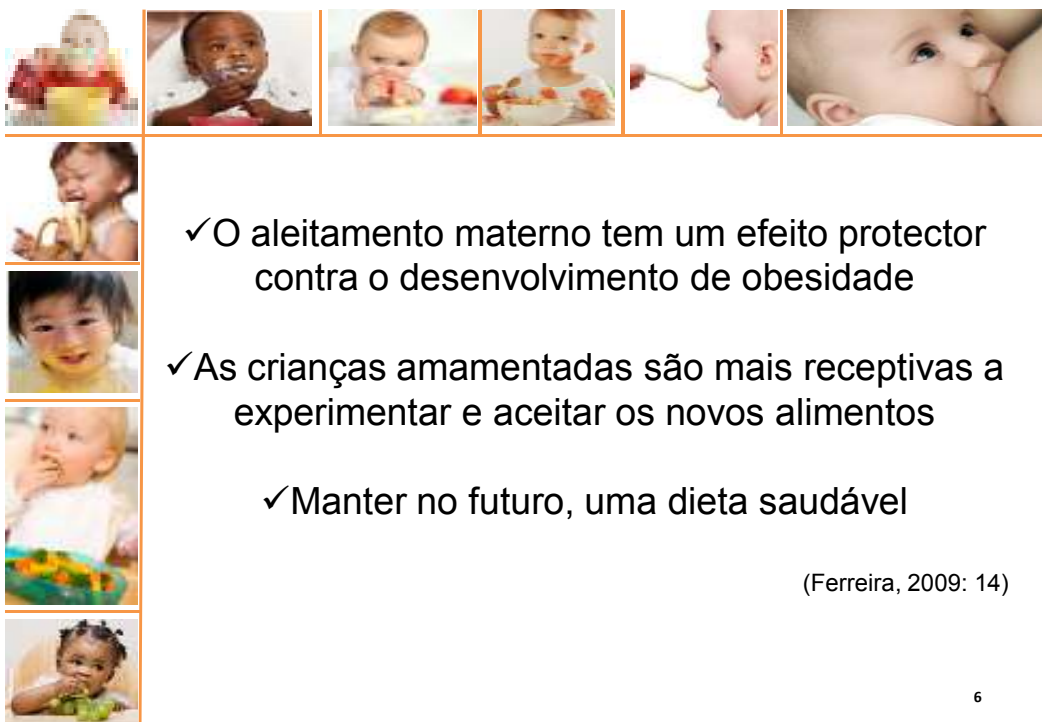
4



- ✓ No espaço europeu existem **45 milhões de crianças** com excesso de peso
- ✓ **400.000** novos casos anuais
- (valor 10 vezes superior ao que foi registado no ano de 1970)
- ✓ **Portugal** é um dos países com **maior prevalência de obesidade infantil**

(Rito, Paixão, Carvalho & Ramos, 2011: 7).

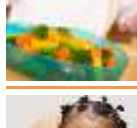
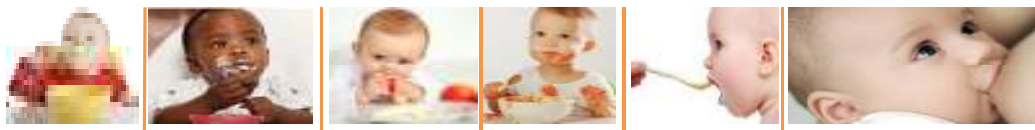
5



- ✓ O aleitamento materno tem um efeito protector contra o desenvolvimento de obesidade
- ✓ As crianças amamentadas são mais receptivas a experimentar e aceitar os novos alimentos
- ✓ Manter no futuro, uma dieta saudável

(Ferreira, 2009: 14)

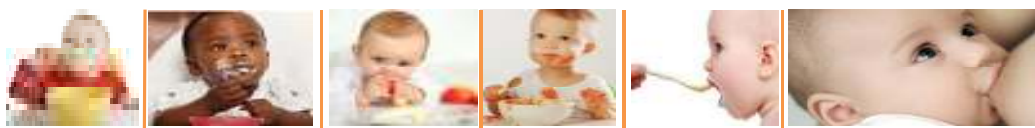
6



O que é a Diversificação Alimentar?

- ✓ A diversificação alimentar consiste na transição de uma alimentação exclusivamente láctea para outra que inclui, para além do leite, outros alimentos não lácteos e de maior consistência, para que o bebé tenha um desenvolvimento saudável.
- ✓ Esta fase termina no início do 2º ano de vida, quando a criança faz gradualmente a transição para a dieta familiar.

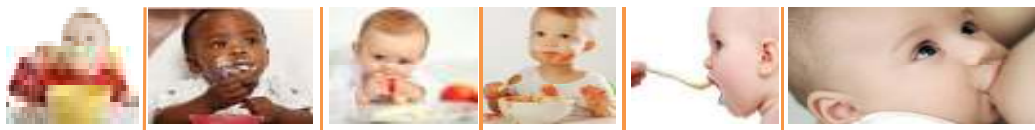
7



Recomendações Gerais

- ✓ Iniciar a diversificação alimentar o mais próximo dos 6 meses, se o seu bebé está com aleitamento materno exclusivo.
- ✓ Dos 6 aos 12 meses, o leite e derivados lácteos devem ser fornecidos ao bebé numa quantidade diária entre 500 e 750ml.
- ✓ Oferecer sempre os alimentos com a colher e aumentar progressivamente a quantidade e consistência das refeições.
- ✓ Introduzir um alimento novo de cada vez, com uma periodicidade de 1 dias
- ✓ Fazer as refeições em horários regulares.
- ✓ Não adicionar sal, açúcar, mel ou adoçantes na comida do seu bebé.
- ✓ Não dar bolos, chocolates ou outras guloseimas ao seu bebé.
- ✓ Não oferecer fritos e refogados. Utilizar sempre o azeite em cru.
- ✓ Utilize os boiões apenas em viagem ou situações especiais pois têm muitas calorias.

8



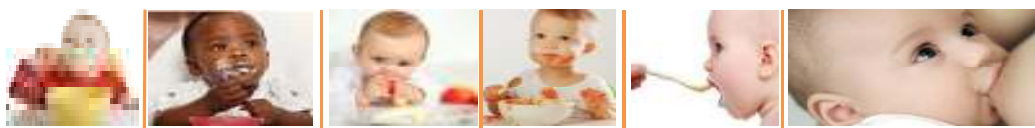
Calendário Alimentar

4 - 6 Meses



- ✓ Para confeccionar o puré de legumes deve ser utilizado de preferência um recipiente de inox.
- ✓ De início puré de legumes é feito à base de batata e cenoura ou abóbora.
- ✓ NÃO adicionar sal.
- ✓ No prato, adicionar em cru uma colher de chá de azeite.
- ✓ Pode utilizar os seguintes legumes: batata-doce, nabo, cebola, pastinaga, couve-flor, chuchu, curgete, alface, nabiça, alho francês e aipo.
- ✓ Os legumes e frutos devem ser introduzidos na alimentação de forma gradual e progressiva.
- ✓ A fruta não serve de refeição, deve ser introduzida individualmente como sobremesa.
- ✓ Iniciar com pêra, maçã ou banana, de preferência crua e bem madura.
- ✓ A farinha láctea ou não láctea deve ser sem glúten.
- ✓ NÃO adicionar açúcar, mel ou adoçantes.

9



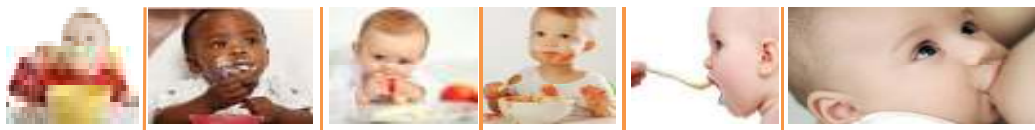
Calendário Alimentar

A partir dos 6 Meses



- ✓ A farinha láctea ou não láctea pode ter glúten.
- ✓ A introdução da carne faz-se utilizando nas primeiras vezes apenas o caldo na cozedura dos legumes.
- ✓ Devem ser utilizadas carnes brancas: frango, galinha, peru, pato, pombo, avestruz e coelho.
- ✓ A quantidade recomendada é 15-20 gramas por refeição.
- ✓ Pode ser dado iogurte feito a partir de leite de fórmula

10



Calendário Alimentar

A partir dos 8 meses

- ✓ Podem ser introduzidos a salsa e os coentros que em pequenas quantidades ajudam a condimentar os outros alimentos.
- ✓ Continuar a introduzir os alimentos com 7 dias de intervalo entre cada novo alimento



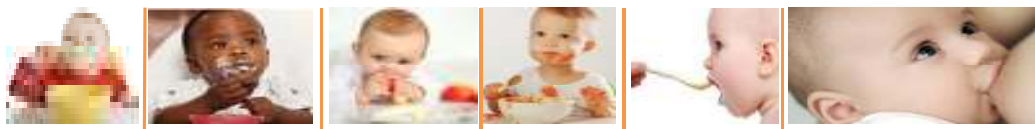
A partir dos 9 meses



- ✓ Pode introduzir o iogurte natural feito a partir do leite de vaca o que substitui uma refeição de leite.
- ✓ Podem ser consumidos o agrião, os brócolos e a beringela.
- ✓ É recomendado consumir com moderação os vegetais com alto teor em nitratos/nitritos ou fitatos como o feijão verde, beterraba, nabo, acelgas e espinafres.



11



Calendário Alimentar

Dos 9 aos 12 meses



- ✓ Pode introduzir a gema de ovo (começar com $\frac{1}{4}$ de gema por semana e aumentar gradualmente até 3 gemas por semana).
- ✓ A gema do ovo deve ser oferecida em substituição da carne ou do peixe.
- ✓ O ovo inteiro com a clara só deve ser introduzido **depois dos 12 meses**.



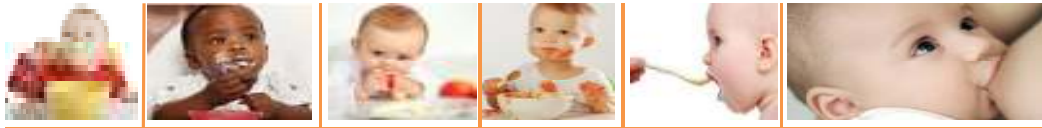
A partir dos 12 meses



- ✓ É a partir desta altura que se deve fazer a integração gradual na dieta familiar.
- ✓ Podem ser introduzidas as leguminosas (feijão, grão, fava, ervilha e lentilha)
- ✓ Os morangos só devem ser introduzidos **a partir dos 15 meses** e o Kiwi depois dos **2 anos**



12

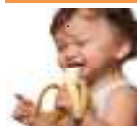
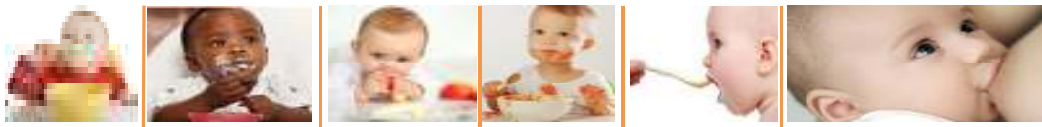


Consequências de uma incorreta diversificação alimentar

Introdução precoce (antes dos 4 meses):

- ✓ Pode estar a fornecer energia a mais ao seu bebé o que pode conduzir a excesso de peso/obesidade;
- ✓ Pode conduzir a intolerâncias alimentares;
- ✓ Aumenta o risco de alergias;
- ✓ Pode conduzir a perturbações do apetite.

13



Consequências de uma incorreta diversificação alimentar

Introdução tardia (depois do oito meses):

- ✓ O seu bebé não recebe a energia de que necessita para o seu desenvolvimento físico e psíquico;
- ✓ O seu bebé pode não desenvolver tão facilmente a capacidade de mastigação, deglutição e gosto por novos sabores

14

ANEXO VII - Carta de pedido de autorização ao diretor do ACES - Zêzere

Ex.mo Sr. Director Executivo do ACES Zêzere


Dr. Fernando Siborro

Maria de Lurdes Pinto Pereira de Araújo, enfermeira do Centro de Saúde de Abrantes, vem por este meio solicitar a V. Ex^a. a autorização para realizar pesquisa no contexto da Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil, no âmbito do Estágio Integrado do 1º Mestrado em Enfermagem - Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, a decorrer de 14-02-2011 a 24-06-2011, comprometendo-se a manter a confidencialidade dos dados.

Abrantes, 18 de Fevereiro de 2011

Autorizo

Não autorizo

Assinatura

DIRECTOR EXECUTIVO
DO ACES ZÊZERE
DR. FERNANDO SIBORRO