

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

Prevenção do Excesso de Peso e Obesidade nas Crianças
dos 2 aos 5 anos - Papel da Família

Sara Horta Alves

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

Prevenção do Excesso de Peso e Obesidade nas Crianças
dos 2 aos 5 anos - Papel da Família


Sara Horta Alves

Orientador: Prof^a Cláudia Bacatum

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Children represent the potential for healthy society”

Nola Pender

Agradecimentos

Agradeço à minha família e amigos que tanto sentiram a minha falta neste período, às colegas de curso Claudina, Liliana e Susana que me ajudaram nos momentos de incerteza e de muito trabalho, à professora Cláudia Bacatum e ao Enf^o Pedro Branco que estiveram sempre disponíveis para me orientar, às colegas da USF que muito me ensinaram sobre o trabalho na comunidade, e por fim, às famílias que estiveram sempre prontas a colaborar nesta intervenção.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

DCNT – Doenças Crónicas Não Transmissíveis

DGE – Direção-Geral da Educação

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

EpS – Educação para a Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

QAI – Questionário de Alimentação Infantil

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNPAS – Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável

PNS – Plano Nacional de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Nas últimas décadas, tem-se verificado a tendência para a ingestão de alimentos com maior concentração energética e de baixo custo. Como resultado da alteração de práticas alimentares, surgiram inúmeras consequências para a saúde, tais como, o excesso de peso e a obesidade, sobretudo em idades precoces. Apesar de não ser a única causa, a alimentação incorreta é considerada um dos principais fatores ambientais modificáveis (DGS, 2016a).

Considerando o papel fundamental da família na aquisição de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar, pretendeu-se, com este projeto de intervenção comunitária, capacitar as famílias para a prevenção do excesso de peso e obesidade em crianças desta faixa etária. A aquisição de conhecimentos que norteiam comportamentos saudáveis, prevê que se traduzam em ganhos para a saúde no futuro.

No sentido de implementar a intervenção, utilizou-se a metodologia do Planeamento em Saúde e como referencial teórico de enfermagem o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

A intervenção em contexto de estágio permitiu, não só caracterizar a amostra, como também, saber quais os seus conhecimentos relativos à alimentação infantil e assim elaborar um diagnóstico de situação. Concluindo que as famílias apresentavam défice de conhecimentos nesta área, a estratégia escolhida para a operacionalização da intervenção, foi a Educação para a Saúde através da elaboração de materiais didáticos e sessões de Educação para a Saúde.

A avaliação da intervenção revelou que este projeto foi essencial para a aquisição de conhecimentos sobre esta temática. No entanto, para que haja efetividade na intervenção, é necessário, despertar a comunidade para a importância do tema, a fim de promover a adesão a iniciativas deste género.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Obesidade, Excesso de peso, Alimentação Infantil Saudável, Família.

ABSTRACT

In recent decades, there has been a tendency towards the ingestion of foods with higher energy concentration and lower costs. As a result of this change in dietary practices, there have been numerous health consequences, like overweight and obesity, especially at an early age. Although, this is not the only cause, incorrect diet is considered one of the main modifiable environmental factors (DGS, 2016a).

Considering the fundamental role of the family in the acquisition of healthy eating habits in pre-school children, it was intended, with this community intervention project, to empower families to prevent overweight e obesity in children of this age group. The acquisition of knowledge that guides healthy behaviors by this population, predicts that they will translate into gains for health in the future.

In order to increment the intervention, the Health Planning methodology was used and as a theoretical nursing reference the Nola Pender Health Promotion Model.

The intervention in the context of the internship, allowed not only to characterize the sample, as well as to know what their knowledge related to infant feeding and thus to prepare a diagnosis of the situation. Concluding that the family's presented a lack of knowledge in this area, the strategy chosen for the operationalization of the intervention, was Health Education through the elaboration of didactic materials and health education sessions.

The evaluation of the intervention revealed that this project was essential for the acquisition of knowledge on this subject. However, in order for the intervention to be effective, it is necessary to awaken the community to the importance of the theme, in order to foster adherence to this type of initiatives.

Keywords: Health promotion, Obesity, Overweight, Healthy Infant Feeding, Family

INDÍCE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
1.1. Alimentação Infantil Saudável	11
1.2. Excesso de Peso e Obesidade Infantil.....	13
1.3. Papel da Família na Prevenção do Excesso de Peso e Obesidade Infantil .	16
1.4. Papel do Enfermeiro de Saúde Comunitária na Prevenção do Excesso de Peso e Obesidade Infantil	18
1.5. Modelo de Promoção de Saúde Nola Pender	21
2. METODOLOGIA	23
2.1. Planeamento em Saúde.....	23
2.2. Diagnóstico de Situação.....	23
2.2.1. Contexto	24
2.2.2. População e Amostra	24
2.2.3. Colheita de Dados	25
2.2.4. Questões Éticas.....	26
2.2.5. Análise de Dados.....	26
2.2.6. Diagnósticos de Enfermagem.....	28
2.3. Determinação de Prioridades.....	29
2.4. Fixação de Objetivos.....	31
2.5. Seleção de Estratégias	33
2.6. Preparação Operacional/ Programação	35
2.7. Avaliação.....	38
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA DESENVOLVIDAS NA PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL.....	41
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 48

ANEXOS

Anexo I – Histórico de Pesquisa “Scoping Review”

Anexo II – Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde Nola Pender

Anexo III – Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde Nola Pender – Adaptado

Anexo IV – Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil

Anexo V – Autorização para Utilização do Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil

Anexo VI – Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil - Resumido

APÊNDICES

Apêndice I - Autorização de Colheita e Utilização dos Dados

Apêndice II – Declaração de Consentimento Informado

Apêndice III – Caracterização da Amostra - Resultados Obtidos

Apêndice IV – Caracterização dos Conhecimentos das Famílias sobre Alimentação Infantil - Resultados Obtidos

Apêndice V – Cronograma de Atividades

Apêndice VI - Grelha de Análise

Apêndice VII – Cartaz: Açúcar Perigo Invisível

Apêndice VIII – Folhetos: Alimentação Infantil Saudável e Açúcar Perigo Invisível

Apêndice IX – Sessão de EpS: Alimentação Infantil Saudável

Apêndice X – Convite para a Sessão de EpS

Apêndice XI – Ficha de Avaliação da Sessão de EpS

Apêndice XII – Tabelas de Descrição das Atividades

Apêndice XIII – Tabelas de Resultados de Indicadores de Atividade e Resultado

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, integrado no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como finalidade desenvolver competências de intervenção de enfermagem comunitária, utilizando estratégias adequadas à população alvo.

Fatores de risco anteriormente desconsiderados, por meio da cultura, tradição e hábitos enraizados em cada comunidade, nomeadamente os hábitos alimentares, são reconhecidos e valorizados como responsáveis por efeitos devastadores e silenciosos na saúde mundial.

A obesidade infantil, é um problema à escala mundial. Na atualidade, existem 42 milhões de crianças até aos 5 anos com excesso de peso, estimando-se que no ano de 2025, este número irá chegar aos 70 milhões (OMS, 2014). Desde 2008, a prevalência da obesidade infantil tem diminuído a nível nacional, contudo Portugal continua a ser um dos 5 países europeus com maior prevalência de obesidade infantil (INSA, 2015). Neste sentido, o PNS 2012-2020 define como meta controlar a incidência e a prevalência do excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar (DGS, 2015).

A promoção de uma alimentação saudável nas crianças é fundamental, pois comportamentos alimentares adquiridos nesta fase tendem a persistir durante o resto da vida, apresentando-se a família como um dos modelos no seu desenvolvimento (Pender, 2014).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EEECSP), assume um papel de relevo, nomeadamente, no que se refere à “consecução de projetos de intervenção com vista a capacitação e *“empowerment”* das comunidades” (OE, 2010, p.1). Para tal é necessário que desenvolva competências que permitam a satisfação dos clientes e proporcionem ganhos em saúde.

Para o desenvolvimento de competências, considerando o panorama da saúde atual, desenvolveu-se um projeto de intervenção comunitária, utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde, segundo o autor António Tavares (1990) e como referencial teórico de enfermagem o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

Considerando a importância do papel da família no desenvolvimento de comportamentos alimentares pelas crianças, em especial no período pré-escolar, determinou-se como finalidade contribuir para a prevenção do excesso de peso e obesidade através da capacitação das famílias de crianças dos 2 aos 5 anos inscritos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) com conhecimentos relativos a uma alimentação infantil saudável.

Como contexto da intervenção, selecionou-se uma USF que integra um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da cidade de Lisboa. Esta escolha baseou-se no benefício da existência de uma relação próxima com as famílias, por parte dos enfermeiros, neste tipo de unidades funcionais de saúde.

O relatório encontra-se estruturado em 4 capítulos: no primeiro, é feito o enquadramento teórico onde se justifica a importância de uma alimentação infantil saudável na prevenção do excesso de peso e obesidade, destacando-se o papel da família e do enfermeiro de saúde comunitária nesse processo, considerando o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. No segundo capítulo, descrevem-se as etapas seguidas, mediante a metodologia escolhida. No terceiro capítulo é feita uma reflexão sobre as competências adquiridas como EEECS. Por fim, é elaborada uma síntese das principais conclusões deste trabalho, bem como, descritas as implicações para a prática e limitações do projeto.

A metodologia utilizada para a fundamentação teórica foi a pesquisa bibliográfica, assim como, a realização de uma "Scoping Review", tendo-se recorrido às bases de dados CINAHL e MEDLINE (Anexo I).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Alimentação Infantil Saudável

Uma alimentação saudável tem como base a variedade e diversidade de alimentos, de forma, a contribuir com nutrientes necessários ao saudável desenvolvimento e crescimento da criança. Confeccionar uma alimentação saudável é uma oportunidade para aumentar as opções alimentares e experimentar novos sabores, evitando, uma alimentação pobre e monótona. As principais funções de uma alimentação saudável são: garantir a vida, o bom funcionamento do organismo, manter o estado de saúde (físico e mental) e colaborar para o adequado crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes (DGS, 2005).

A alimentação ao longo da vida contribui para a satisfação de uma necessidade humana básica e permite momentos de socialização repletos de rituais, significados e escolhas em grande parte moldadas pela cultura (Canesqui, 2005). Os determinantes na escolha alimentar são variados e abrangem um conjunto de dimensões, tais como a biológica, social, económica, física e psicológica (EUFIC, 2005). Confirmam-se que todas as características do meio envolvente em que a pessoa nasce e se socializa são importantes, pois contribuem para um desenvolvimento saudável, ou de uma forma inversa, contribuem para o aumento do risco de desenvolvimento de doenças.

Com as mudanças ambientais e sociais atuais, verificam-se dietas hipercalóricas associadas a um baixo gasto energético, proporcionando desta forma ganho de peso infantil (Marchi-Alves, 2011). Esta realidade evidencia o papel de uma alimentação saudável de entre os fatores protetores, nomeadamente quando se refere às doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais se encontra a obesidade. Por outro lado, sendo passível de ser modificável, a alimentação, destaca-se devido à possibilidade de gestão e intervenção por parte dos indivíduos, famílias e profissionais de saúde. Apesar de importante, o acesso a bens alimentares não é o suficiente, “é preciso “saber comer”, ou seja, saber escolher os alimentos de forma correta e em quantidades adequadas às necessidades diárias, ao longo das diferentes fases da vida” (DGS, 2005, p.7).

Tendo em conta a fragilidade do indivíduo na primeira etapa do ciclo vital, a Declaração dos Direitos da Criança (ONU,1959) afirma que, “por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma proteção e cuidados especiais, (...) tanto antes como depois do nascimento”, constituindo o padrão alimentar variado e equilibrado como uma necessidade imprescindível. Em 1990, Portugal, imprimindo importância à população infantil e seus direitos, publica a Lei 48/90, Base II, que refere que a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado, sendo as crianças um dos grupos sujeitos a maiores riscos.

Considerando as características do desenvolvimento infantil, a criança no período pré-escolar, passa por um período de neofobia, que se caracteriza por apetite irregular, seleção de alimentos e resistência a novas experiências alimentares (Costa, 2012). Tendo em conta esta evidência, está documentado que só após 12-15 apresentações de um novo alimento, é que este poderá ser aceite, podendo levar à desistência dos pais na introdução de determinado alimento na dieta da criança. Esta ocorrência, combinada com o facto de alimentos calóricos induzirem a saciedade e sabores adocicados serem mais aceites na população infantil, aumenta a possibilidade da prática de dietas desajustadas nutricionalmente (Aparício, s.d, Viana, 2008).

Após esta fase, aos 5-7 anos, a criança atravessa um período de recuperação designado de ressalto adipocitário onde existe um aumento rápido de desenvolvimento de adipócitos. Esta etapa se for precoce, aliada a um prévio elevado índice de massa corporal (IMC), pode ser um fator preponderante no desenvolvimento da obesidade em idades futuras (Nunes, 2008).

Com o objetivo de proteger a saúde da criança, tem-se assistido a nível mundial o desenvolvimento de políticas alimentares para a promoção de uma alimentação infantil saudável, tornando-se a prevenção do excesso de peso e obesidade infantil uma prioridade nas políticas de saúde pública.

O Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) (DGS, 2012a) tem como finalidade melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica dos alimentos constituintes de um

padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias. Os seus objetivos, são:

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

Simultaneamente, têm sido elaboradas e desenvolvidas investigações, manuais e iniciativas que dotam os profissionais de saúde com uma base sólida e estruturada, para o desenvolvimento de ações dirigidas à promoção da alimentação saudável.

1.2. Excesso de Peso e Obesidade Infantil

A obesidade, é definida pela OMS como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode atingir proporções capazes de afetar a saúde do indivíduo. Esta doença surge “como expressão da inadequada ingestão alimentar e insuficiente gasto energético” (DGS,2012).

O aumento da taxa de prevalência de obesidade infantil em populações geneticamente estáveis, sugere que os fatores biológicos, apesar do seu efeito reconhecido, devem ser subvalorizados, associando assim os fatores ambientais à epidemia da obesidade infantil (Padez, 2005). Surgem como fatores de risco ambientais: a condição socioeconómica, minorias étnicas, nível educacional,

tradições e hábitos familiares (Duarte, 2011, Manios, 2007, Ogden, 2014, Padez, 2005, Payas, 2010).

Sendo um problema complexo, e com múltiplos fatores associados, a sua prevalência está relacionada à alimentação incorreta, caracterizada por alimentos ricos em gorduras, açúcares e pobres em nutrientes (Cardoso, 2013). Os hábitos alimentares desadequados surgem desta forma como um dos principais fatores de risco modificáveis para esta doença, sendo a ingestão excessiva de açúcares simples um dos principais erros alimentares (DGS, 2016a).

As DCNT, entre elas a obesidade, foram consideradas em 2012, como responsáveis por 68% de todas as causas de morte (OMS, 2014a). Nas últimas três décadas, tem-se verificado um aumento significativo da obesidade. Devido a este aumento, e às progressivas consequências para a saúde, a obesidade é vista como um dos desafios mais graves, sendo considerada como a epidemia do século XXI (OMS, 2012a).

A nível mundial, em 2014, mais de 1,9 bilhão de adultos (39%) estavam acima do peso recomendado e destes mais de 600 milhões (13%), eram obesos (OMS, 2015).

Relativamente à infância, a dimensão desta doença é igualmente preocupante, sendo que o número de crianças dos 0 aos 5 anos, a nível mundial, com excesso de peso ou obesidade, aumentou de 32 milhões (1990) para 42 milhões (2013) estimando-se que no ano de 2025, este número irá atingir os 70 milhões (OMS, 2014). Nos Estados Unidos da América, no período 2011/12, crianças com idades entre os 2-5 anos apresentavam 22,8% de prevalência de excesso de peso e 8,4% de obesidade (Ogden, 2014).

A nível europeu, Portugal, é um dos 5 países com maior prevalência de excesso de peso e obesidade infantil (INSA, 2015). Um estudo realizado por Duarte (2011), na zona da Beira Interior Sul, revela 27,7% de prevalência de excesso de peso e 12,1% de obesidade em crianças de idade pré-escolar. Corroborando estes números, um estudo a nível nacional (INSA, 2015) mostra a existência de 31,6% de prevalência de excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) em crianças. A região

de Lisboa e Vale do Tejo foi apontada como aquela onde se verificou a maior prevalência de excesso de peso. Apesar de existir uma diminuição da incidência do excesso de peso desde 2008, estes números não deixam de ser preocupantes, no sentido em que, as implicações que daí advêm influenciam o desenvolvimento, bem-estar e saúde da criança.

Segundo a OMS (2012) está descrito que crianças obesas têm maior risco em se tornar adultos obesos, aumentando assim o risco de desenvolvimento de DCNT, tais como hipertensão, diabetes, cancro e doenças cardiovasculares. Estas doenças, causam não só decréscimo da qualidade de vida, bullying e isolamento social como também o aumento da mortalidade prematura. Assim “promover uma alimentação mais saudável e reduzir a obesidade resultaria em ganhos de saúde consideráveis, especialmente nos grupos vulneráveis” (OMS, 2012, p.19).

Para além de repercussões a nível da saúde a obesidade tem implicações a nível financeiro, estimando-se que em Portugal, esta doença tenha custos diretos (despesas com a prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, investigação, formação e investimento) na ordem dos 3,5% dos custos totais da saúde (DGS, 2005a). Apesar das elevadas despesas evidenciados, a política para a prevenção da obesidade é fortemente influenciada pelos interesses comerciais, pelo que muitas das políticas que estão a ser implementadas não são divulgadas ou devidamente avaliadas (IOFT, 2010).

No documento Saúde 21- Saúde para todos no Século XXI (OMS, 1998) é definida a Meta 11 – uma vida mais saudável - referindo que a educação para a saúde (EpS) não é suficiente para solucionar os problemas alimentares e de saúde, afirmando que as políticas comerciais e agrícolas devem ser reajustadas, no sentido, da promoção da saúde, provisão de alimentos seguros e proteção do ambiente.

Os aspetos atrás referidos, impõem a necessidade de prevenir o excesso de peso e a obesidade infantil, através de estratégias de promoção de uma alimentação infantil saudável.

1.3. Papel da Família na Prevenção do Excesso de Peso e Obesidade Infantil

O indivíduo “é um organismo biopsicossocial que é parcialmente moldado pelo ambiente, mas também procura criar um ambiente no qual o potencial humano, inerente e adquirido, possa ser plenamente expresso. Assim, a relação entre pessoa e ambiente é recíproca” (Pender, 2011, p.3). Pode-se então afirmar que, tanto as características dos indivíduos como a experiência de vida condicionam os seus comportamentos.

Desta forma, as crianças são vulneráveis às influências sociais e ambientais que aumentam o risco de obesidade. Embora possam ser dotadas de conhecimento e incentivadas a aumentar o seu autocontrole, no sentido de compreender o contexto das suas escolhas, não pode ser delegado, unicamente, às crianças o papel, de prevenir o excesso de peso e a obesidade (Lobstein, 2004).

A família, sendo um sistema complexo, integra “dimensões evolutivas e contextuais que lhe conferem um percurso identitário que emerge da reciprocidade dos processos de mútua interação com o ambiente e das características de globalidade, equifinalidade e auto-organização, entre outras, definidoras da família enquanto sistema autopoietico co-evolutivo” (Figueiredo, 2013, p.67). Assim, a família composta pelos seus elementos, emerge das constantes interações e processos evolutivos de cada um, caracterizando-se por ser um sistema único dotado de características específicas.

A par da família, a sociedade e a cultura em que a criança se insere são decisivas para a adoção de comportamentos e escolhas alimentares, pois é mediante as regras e hábitos próprios adquiridos em sociedade, que a criança e família irão construir as suas práticas alimentares.

Segundo Pender (2011, p.3), “o ambiente pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo de orientações facilitadoras para comportamentos que melhoram a saúde”. O papel da família na aquisição de conhecimentos, comportamentos e conseqüentemente no desenvolvimento de competências em

crianças com idades precoces é bastante marcante. O seio familiar, devido aos seus valores, atitudes e crenças, constitui um modelo, e é o primeiro meio de aprendizagem para estas crianças. Pender (2014) reforça que os estilos de vida, nomeadamente a alimentação saudável, devem ser abordados, uma vez que “as crianças não estão dotadas de uma capacidade inata para escolher alimentos em função do seu valor nutricional, pelo contrário, os seus hábitos alimentares são aprendidos através da experiência, da observação e da educação” (DGS, 2005, p.8). Assim, confirmando a influência da família na adoção de comportamentos saudáveis por parte das crianças, esta deve ser implicada, imputando-lhe grande responsabilidade, “não só na oferta do tipo de alimentos, mas igualmente na formação do comportamento alimentar da criança” (Costa, 2012, p.56).

Os pais têm tendência a subestimar o peso dos filhos (Spargo, 2014), em especial pais imigrantes ou de baixo nível educacional e económico (Hoog, 2012). Não reconhecendo o excesso de peso como um problema, ações que contribuem para a modificação desta condição serão poucas ou inexistentes gerando o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil (Spargo, 2014).

Estudos revelam que o IMC dos pais, mais especificamente da mãe (Payas, 2010), pode ser um fator de risco para o sobrepeso das crianças, nomeadamente em idade pré-escolar (Manios, 2007). A maior parte destas mães não apresenta preocupações com o risco de excesso de peso e obesidade dos filhos. O papel da mãe é justificado pelo facto de ser esta, normalmente, quem tem o papel principal na gestão doméstica, nomeadamente, na escolha e confeção dos alimentos.

O baixo nível educacional e baixos rendimentos das famílias, também interferem sobre a escolha e oferta alimentar (Valle, 2007), sendo desta forma, preponderantes na prevalência da obesidade. O nível educacional das famílias é um fator importante em crianças mais velhas, no entanto, existe a possibilidade, em idade pré-escolar, pela idade precoce, ainda não ter havido tempo suficiente para o impacto de fatores não genéticos sobre a prevalência da obesidade (Manios, 2007). Esta evidência, a par das características do desenvolvimento da criança, IMC dos pais e da não perceção do excesso de peso dos filhos, vêm contribuir para a adoção de padrões alimentares menos adequados nas crianças.

Tendo em conta que a prevenção é mais eficaz, ao invés do tratamento, no controlo do excesso de peso e obesidade (Manios, 2007), confirma-se que é imprescindível atuar sobre a família de crianças em idade pré-escolar. No sentido, da melhoria das suas escolhas alimentares com vista ao desenvolvimento precoce, de aprendizagens saudáveis em cada criança.

1.4. Papel do Enfermeiro de Saúde Comunitária na Prevenção do Excesso de Peso e Obesidade Infantil

O contexto atual, relativo à prevalência do excesso de peso e obesidade infantil, exige uma atuação precoce e holista dirigida para a família e comunidade (Goes, 2015). Segundo a OMS (1998) no documento Saúde para todos no Século XXI - Meta 15, o combate a esta realidade passa por ser o enfermeiro de família que assume o papel de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados domiciliários, focando a sua intervenção na família.

Sendo os enfermeiros, o grupo profissional que mais relevância tem no acesso da população aos cuidados de saúde de excelência (OE, 2010a), estes permitem “afirmar-se num contexto emergente de necessidades de saúde para as quais o enfermeiro se mostra como o profissional de saúde com a visão integradora para a assunção da liderança dos Cuidados de Saúde Primários” (Silva, 2009).

A idade pediátrica, é um período crítico da vida, este deve ser compreendido como uma ocasião única, durante a qual se deve intervir relativamente a questões de saúde, designadamente, no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis. Estes, desenvolvidos nos primeiros anos de vida potenciam o crescimento correto, bem como, possibilitam uma aprendizagem com base na educação e experiência.

Na sua prática, os enfermeiros, apresentam um papel imprescindível na vigilância do desenvolvimento da criança, deteção de possíveis problemas e aconselhamento dos pais e família (Aparício, s.d).

Sublinhando a importância da proteção da família, a Convenção sobre os Direitos da Criança afirma que,

“Convictos de que a família, elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças, deve receber a proteção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade.” (UNICEF, 1989, p.3).

Por outro lado a OE (2010a) refere que é aos Cuidados de Saúde Primários que as famílias, principalmente as mães, se dirigem, para esclarecer dúvidas relativas à alimentação. Assim, tendo em conta o “contacto privilegiado que têm com as famílias e crianças, compete aos enfermeiros a orientação (...) sobre algumas formas de prevenção” (Freitas, s.d), nomeadamente através da apresentação dos benefícios de uma alimentação infantil saudável e das consequências da obesidade.

Os cuidados de enfermagem à criança, devem ter em conta as características do desenvolvimento infantil e associar ao perfil de crescimento da criança em causa, para tal, necessitam ter por base um instrumento de avaliação fidedigno e de fácil utilização. (OE, 2010a).

Para definição de um diagnóstico adequado é essencial uma avaliação e interpretação correta das medidas antropométricas. Em idades pediátricas, a classificação da obesidade é complicada, uma vez que a altura e a estrutura corporal encontram-se em constante mudança. As medidas antropométricas mais frequentemente utilizadas são o peso, a estatura e o IMC, pois são métodos fáceis e não evasivos que permitem caracterizar o estado nutricional da criança. A sua avaliação sistematizada permite, nomeadamente, a avaliação do estado nutricional, acompanhamento das alterações de percentil ao longo do tempo, identificação de distúrbios alimentares e avaliação da eficácia de programas alimentares (INSA, 2011).

Para interpretar o resultado da avaliação, recorre-se à classificação do percentil mediante o preenchimento das respetivas curvas que constam no boletim de saúde infantil e juvenil. É considerado excesso de peso, se o percentil for igual ou superior a 97 e obesidade se o percentil se situar acima do percentil 99.

É imprescindível envolver a família neste processo, através da inclusão desta no preenchimento do boletim de saúde, promovendo assim a compreensão da evolução do crescimento da criança e necessidade de acompanhamento. Quando bem orientados, os pais aderem mais às consultas e demonstram mais interesse em conceder bem-estar à criança (Reichert, 2012).

Para além dos benefícios referidos, a avaliação antropométrica sistemática, colabora “para o acompanhamento do perfil epidemiológico de uma população, que determinará alterações práticas no manejo da obesidade na infância” (Marchi-Alves, 2011, p.238).

Concomitantemente, a uma avaliação dos parâmetros antropométricos, cabe ao enfermeiro validar regularmente com a família quais os hábitos alimentares da criança e família. Para tal, é necessário promover uma relação de confiança entre família/profissional, através da escuta ativa e uma intervenção bidirecional baseada na partilha de experiências e conhecimentos (OE, 2010a). Desta forma, permite ao profissional “uma visão global dos comportamentos de saúde da família e ser capaz de planejar programas de educação alimentar adequados às suas aspirações, necessidades e dificuldades, colaborando com a família, através de incentivo, proteção e apoio” (Aparicio, s.d, p.296).

Seguem-se agora, algumas recomendações para a promoção de uma alimentação saudável de crianças dos 2 aos 5 anos:

- Manter uma rotina de 5 ou 6 refeições para a criança. Evitar petiscar entre as refeições.
- Promover pelo menos uma refeição em família.
- Oferecer refeições saudáveis em porções adequadas à sua idade, utilizando as orientações da Roda dos Alimentos como guia.
- Privilegiar o consumo de frutas e vegetais. Para tal, iniciar o almoço e o jantar com sopa e incluir frutas e vegetais também nos lanches.
- Incentivar a criança a provar os alimentos.
- Envolver a criança na preparação das refeições.
- Reservar para os dias de festa: doces, sumos e refrigerantes, fritos e outros alimentos com excesso de açúcar, gordura e sal.

- Oferecer água ao longo do dia para satisfazer a sede.
- Estimular a atividade física.
- Os pais devem servir de exemplo. Mais cedo ou mais tarde a criança vai querer reproduzir as ações destes.

Visto a prevenção estar documentada como o melhor percurso para uma vida saudável, a prática do enfermeiro como cuidador de referência “deve ser integral, e o foco da atenção é o de não perder oportunidades de atuação, (...) mantendo o vínculo com a família e estimulando a responsabilidade contínua e conjunta (serviço e família) no cuidado à criança” (Reichert, 2012, p.116).

1.5. Modelo de Promoção de Saúde Nola Pender

Como referencial de enfermagem de suporte à intervenção, foi escolhido o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (Anexo II).

A Promoção da Saúde é:

“Processo de capacitação das pessoas para atuar na melhoria da sua saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo”. “A saúde é vista como um recurso para a vida e não um objetivo de vida”. “Portanto, a promoção da saúde não é apenas da responsabilidade dos profissionais da saúde, mas também de estilos de vida saudáveis essenciais para o bem-estar” (Carta Ottawa, 1986, citado por OMS, s.d, ¶3).

Pressupõe-se assim, uma intervenção participativa da população em oposição a uma intervenção passiva e biomédica existente previamente.

O modelo de Promoção de Saúde tem como finalidade auxiliar os enfermeiros a compreender os principais determinantes nos comportamentos de saúde, como ponto de partida para um aconselhamento comportamental para promover estilos de vida saudáveis (Pender, 2011). Assim, este modelo é usado para implementar e avaliar ações de promoção de saúde, no sentido, de se poder interpretar determinado comportamento. Para tal, é feito um estudo de relação entre as características e experiências individuais (comportamento anterior e fatores

personais), os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar (percepção de benefícios, barreiras para ação, autoeficácia, sentimentos em relação ao comportamento, entre outros) e o comportamento de promoção da saúde desejável.

Este modelo de promoção de saúde foi escolhido pois procura “identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial”, bem como, “fundamenta a concepção de promoção de saúde em atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa” (Silva 2010, p.746).

A alimentação infantil saudável como estratégia para a prevenção do excesso de peso e obesidade infantil, através deste modelo (Anexo III) é alcançável pela identificação das características familiares em associação a comportamentos prévios associados. Ou seja, apesar de as famílias, considerando as suas características, reconhecerem o papel da aquisição de conhecimentos e a sua influência sobre a prática de uma alimentação infantil saudável, estas apresentam pouca motivação na sua melhoria. Detêm, também, a visão das crianças como indivíduos com regras alimentares mais permissivas relativamente aos adultos, não identificando, na sua amplitude, a influência da família na adoção de uma alimentação saudável pela criança nem acreditando no potencial desta na prevenção do excesso de peso e obesidade.

É após se compreender na família, as interações dos fatores influenciadores, que se poderá elaborar um plano de intervenção para o desenvolvimento de novos comportamentos ou modificação de atitudes. Não é demais salientar que, para a elaboração e compromisso com um plano que visa a promoção de uma alimentação infantil saudável, a importância de conhecer a família para poder adequar e personalizar todas as estratégias de EpS, no sentido, de uma maior adesão ao plano.

Tendo em conta todas estas interações, pretendeu-se com esta intervenção comunitária, delinear um plano de ação viável e realista, concebido com e para a família, de forma a atingir o comportamento desejável.

2. METODOLOGIA

2.1. Planeamento em Saúde

O planeamento é a “ aplicação da lógica na vontade de transformar o real” (Imperatori, 1993, p.21). Na área da saúde,

“planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótimas(s) entre várias alternativas; essas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990, p.29).

O Planeamento em Saúde obedece a 4 níveis de intervenção: normativo, estratégico, tático e operacional, considerando a intervenção de uma forma mais geral e a longo prazo para a mais específica e imediata.

A intervenção comunitária, a nível local, é de carácter imediato (curto prazo) e é dirigida para a otimização dos resultados, ou seja, aumento de conhecimentos relativos a uma alimentação infantil saudável. Assim, tendo em conta esta metodologia, a sua estrutura baseou-se nas 6 etapas do Planeamento em Saúde, definidas por António Tavares (1990): diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação.

2.2. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação “é o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população “beneficiária”. A existência de um projeto entende-se na medida em que proporcione a satisfação de uma necessidade identificada nesta etapa” (Tavares, 1990, p.51).

Um correto diagnóstico de situação reflete a minimização dos problemas percebidos pela população o que confere pertinência ao projeto e traz ganhos em saúde.

2.2.1. Contexto

O alvo dos cuidados de enfermagem nesta intervenção é a família. Esta é um sistema interativo (Figueiredo, 2013, Hanson, 2005) e tem um papel essencial no desenvolvimento da criança em idade pré-escolar.

Optou-se pela seleção de uma USF para o desenvolvimento da intervenção pela prática de enfermagem de família neste tipo de unidades de saúde. A enfermagem de família afigura-se como um sistema de cuidar (promover, manter e restaurar) da saúde das famílias tendo em conta as suas necessidades (Hanson, 2005). Assim, o enfermeiro de família, apresenta um melhor conhecimento e acompanhamento de cada estrutura familiar, possibilitando uma adequação e personalização de cuidados contribuindo para capacitação e bem-estar das famílias.

O contexto é uma USF de um ACES da cidade de Lisboa. Quanto a recursos humanos, esta unidade funcional de saúde é constituída por 7 enfermeiros, 8 médicos, 5 assistentes técnicos e 1 assistente operacional e serve uma população total de 14.544 utentes inscritos, sendo que dos utentes inscritos 639 são crianças com idades dos 2 aos 5 anos.

2.2.2. População e Amostra

A população-alvo escolhida foram as famílias de crianças inscritas na USF nascidas entre 2011 e 2014 pertencentes a 3 listas de enfermeiros de família. O número total de crianças selecionadas, é de 229 o que equivale a 35,8% do número total de crianças, com as idades pretendidas, nesta USF.

A amostra selecionada, foi uma amostra não probabilística por conveniência, pois é constituída por indivíduos que se encontravam disponíveis, com determinadas características específicas (Fortin, 2009), ou seja, famílias de crianças nascidas entre 2011 e 2014, que se dirigiram à USF referida, entre o dia 4 de Maio e 30 de

Junho de 2016. Esta amostra tem um total de 19 famílias, apesar de não conferir representatividade, pois não contempla toda a variabilidade da população (Bonita, 2010), pelo cronograma e características organizacionais desta USF, foi a exequível.

2.2.3. Colheita de Dados

Para planejar uma intervenção é necessário ter em conta o conhecimento do indivíduo, família e comunidade (Pender, 2014). Assim, para a realização do diagnóstico de situação, foi necessário conhecer as características das crianças e famílias, e quais os conhecimentos destas últimas relativamente à alimentação infantil saudável. Esta necessidade impõe-se, pois de acordo com o Modelo de Promoção da Saúde, para compreender melhor os comportamentos saudáveis, é necessário identificar os fatores influenciadores (Pender, 2011).

Considerando, a primeira componente deste modelo – características e experiências individuais - foi recolhido um conjunto de dados do processo clínico da família, (crianças e família), bem como, aplicado a esta, um questionário sobre alimentação infantil (QAI) de Aparício, G., Cunha, M., Duarte J & Pereira A. (2012) (Anexo VI), no sentido, de identificar os conhecimentos sobre alimentação infantil.

O questionário validado para a língua portuguesa, de autopreenchimento é constituído por 55 perguntas de resposta dicotómica, que abordam vários temas, tais como:

“características dos alimentos/grupos alimentares com implicações para a saúde (positivas e negativas); comportamentos que medeiam as práticas alimentares diárias; atitudes fundamentadas em crenças alimentares culturais e familiares; conhecimentos nutricionais básicos que norteiam o quotidiano das pessoas para utilização dos diversos grupos alimentares” (Aparício, 2012, p.1).

2.2.4. Questões Éticas

As questões éticas consistem nas ações e políticas certas ou erradas, justas ou injustas (Bonita, 2010). Para que a intervenção fosse rigorosa e respeitasse as famílias e instituição, foram tomadas várias medidas, tais como:

- Solicitada autorização para colheita de dados e utilização dos mesmos ao Exmo. Presidente do Conselho Executivo do ACES (Apêndice I).
- Pedida autorização aos autores para a utilização do QAI como instrumento de recolha de dados (Anexo V).
- Entregue um documento de consentimento informado (Apêndice II) às famílias. No momento da entrega, foi reafirmado o comprometimento de ambas as partes, cada família foi informada sobre os métodos, objetivos e benefícios em que este projeto de intervenção comunitária consiste, sempre garantido o anonimato e confidencialidade dos dados, dando opção de escolha da possibilidade de desistência em qualquer uma das etapas.

2.2.5. Análise de Dados

Caracterização da Amostra

Relativamente às crianças, após análise dos resultados obtidos (Apêndice III), verificou-se que a média de idades era de 3,4 anos, 13 (68%) do sexo masculino e 6 (32%) do sexo feminino.

Após avaliação das medidas antropométricas conclui-se que 18 (95%) crianças da amostra apresentavam peso normal (percentil ≥ 3 e ≤ 97) e apenas 1 (5%) apresentava baixo peso (percentil < 3).

Relativamente às famílias, foram colhidas informações relativamente à idade, nacionalidade, IMC da mãe, escolaridade e situação de empregabilidade atual dos

pais. Mediante os resultados obtidos, relativamente à idade dos pais, conclui-se que estes apresentam uma média de idades de 37,7 anos.

Quanto ao IMC da mãe, pode-se apurar que, na sua maioria, 13 (68%), apresentavam peso normal, embora, 1 (5%) apresentasse baixo peso, 2 (11%) pré-obesidade e 3 (16%) obesidade classe I.

Relativamente à nacionalidade, os pais pertencentes a esta amostra, são 23 (66%) de nacionalidade portuguesa e 12 (34%) de outras nacionalidades.

Respeitante à escolaridade, concluiu-se que 4 (11%) frequentou o 1º ciclo, 8 (23%) o 2º e 3º ciclo, 9 (26%) o secundário e 14 (40%) completou o ensino superior.

Por fim, referente à situação de empregabilidade, verificou-se que 10 (53%) casais se encontravam, ambos os elementos, empregados, contrastando com 5 (26%) em que apenas um dos elementos do casal se encontrava empregado e 4 (21%) em que ambos se encontravam desempregados.

Caracterização dos conhecimentos das famílias relativamente à alimentação infantil

Para complementar os dados recolhidos já descritos anteriormente, aplicou-se o QAI de Aparício, G., Cunha, M., Duarte J & Pereira A. (2012) constituído por 55 questões, com o objetivo de conhecer quais os conhecimentos das famílias relativamente à alimentação infantil.

Os resultados obtidos (apêndice IV), relativamente a este item, revelam que, 3 (16%) famílias apresentam conhecimentos insuficientes, 5 (26%) conhecimentos suficientes e 11 (58%) bons conhecimentos sobre a alimentação infantil. Ainda se constatou que, os temas de maior défice de conhecimento foram variedade/diversidade do padrão alimentar e crenças alimentares familiares com 30% e 25% de respostas incorretas, respetivamente. Os restantes temas, alimentação e saúde e regras alimentares, obtiveram 15% e 10% de respostas incorretas.

Segundo Viana (2008), elevados conhecimentos sobre alimentação não conduzem obrigatoriamente a hábitos alimentares adequados. A esse comportamento são associados motivos como falta de tempo e não se considerar importante a mudança de escolhas alimentares. Pode-se depreender que os dados encontrados nesta amostra vão de encontro ao preconizado por Viana (2008). Apesar dos conhecimentos verificados sobre alimentação infantil saudável serem satisfatórios, constatam-se 27% de mães com IMC acima do normal, o que remete para possíveis comportamentos alimentares familiares desajustados.

Identificando outros fatores de risco para o excesso de peso e obesidade na criança, tais como, baixo nível de escolaridade, precariedade económica e pais imigrantes, torna-se imprescindível, intervir na consolidação, reforço e melhoria de conhecimentos alimentares infantis saudáveis. Desta forma, apesar de satisfatórios, os conhecimentos alimentares apresentados, foram considerados como um problema a intervir.

Após análise dos dados colhidos, foram identificados os seguintes problemas:

- Elevado IMC das mães
- Baixo nível de conhecimentos, por parte das famílias, relativamente à alimentação infantil

2.2.6. Diagnósticos de Enfermagem

Com base nos problemas identificados, e tendo em conta que, segundo o Modelo de Promoção da Saúde os diagnósticos devem colaborar para adoção de comportamentos promotores de saúde, foram elaborados os seguintes diagnósticos de enfermagem, através da utilização a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2 (OE, 2011):

- Peso corporal das mães comprometido
- Défice de conhecimento das famílias sobre alimentação infantil

Após a determinação do diagnóstico da situação, foi realizado um cronograma de atividades (Apêndice V) para possibilitar uma melhor gestão de recursos e de forma a facilitar um atempado desenvolvimento das restantes etapas preconizadas por Tavares (1990) para a metodologia do Planeamento em Saúde.

2.3. Determinação de Prioridades

A determinação de prioridades é a segunda etapa do Planeamento em Saúde, em que se decide quais os problemas a resolver em primeiro lugar. Esta deverá ser objetiva e ter em conta um conjunto de critérios a adotar e peso dos mesmos definidos pela equipa (Tavares, 1990).

Existem diversas técnicas de determinação de prioridades. A técnica selecionada, por ser considerada adequada aos problemas identificados, foi a Grelha de Análise. Foram tidos em conta os seguintes critérios: importância do problema, relação problema / fator de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projeto ou da intervenção.

Para a aplicação da grelha foi constituído um painel de análise onde estiveram presentes, a mestranda, 3 enfermeiros especialistas (Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria e Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica) e 2 enfermeiros peritos. Considerou-se, aplicando a técnica referida (Apêndice VI), que se deveria intervir apenas sobre o problema - Baixo nível de conhecimentos, por parte das famílias, relativamente à alimentação infantil.

Para se chegar a esta decisão foi atribuída a classificação de mais (+) e menos (-) aos critérios anteriormente descritos.

a) Importância do problema:

- Elevado IMC das mães: +
- Baixo nível de conhecimentos, por parte das famílias, relativamente à alimentação infantil: +

b) Relação problema/ fator de risco:

- Elevado IMC das mães: +
- Baixo nível de conhecimentos, por parte das famílias, relativamente à alimentação infantil: +

c) Capacidade técnica de resolver o problema:

- Elevado IMC das mães: -
- Baixo nível de conhecimentos, por parte das famílias, relativamente à alimentação infantil: +

d) Exequibilidade da intervenção:

- Elevado IMC das mães: -
- Baixo nível de conhecimentos, por parte das famílias, relativamente à alimentação infantil: +

A alimentação é considerada um fator de grande importância no que se refere a causas de morte prematura em todo o mundo, uma vez que “as tendências mundiais têm evoluído no sentido de dietas pouco saudáveis, com alto teor em gorduras, sal e açúcares, demasiados alimentos processados e pouca quantidade de fruta, legumes e alimentos “protetores”” (Lang, 2013, p.63). Esta evidência leva-nos a considerar que ambos os problemas referidos apresentam igual importância e relação com o fator de risco, uma vez que, quer seja por um peso desadequado, quer seja por défice de conhecimentos sobre alimentação infantil, o risco para a saúde de desenvolvimento de doenças crónicas no adulto ou criança é elevado.

Quanto aos critérios, capacidade técnica para resolução do problema e exequibilidade de intervenção no problema de elevado IMC das mães estes são limitados. Esta limitação deve-se à natureza complexa do problema, pois a mudança comportamental em saúde é um processo tortuoso e requer não apenas adoção de comportamentos saudáveis, mas também a manutenção dos mesmos e prevenção da recaída (Marques, 2014), o que exigiria recursos humanos e temporais mais alargados, dos quais não se dispõe. Ainda assim, apesar de não se contemplar este problema na intervenção, acredita-se que o aumento de conhecimentos a nível da alimentação infantil saudável poderá, indiretamente, potenciar a melhoria de

comportamentos de saúde relativos à alimentação das mães e conseqüentemente a diminuição do peso das mesmas.

Relativamente ao problema, baixo nível de conhecimentos, por parte das famílias, relativamente à alimentação infantil, tendo em conta os critérios, capacidade técnica de resolver o problema e a exequibilidade de intervenção, considerou-se ser exequível a redução/resolução deste problema. Esta deliberação teve em conta que, ao contrário de uma mudança de comportamentos referida, o objetivo de melhoria de conhecimentos, tendo em conta os recursos reduzidos, sobretudo temporais, é passível de ser atingido.

2.4. Fixação de Objetivos

A fixação dos objetivos é a terceira etapa do planeamento em saúde. Tavares (1990) considera que estes devem ser concisos e passíveis de serem atingidos, bem como, devem facultar orientações para o desenvolvimento das atividades posteriores, quer no planeamento ou aplicação das mesmas. Os participantes das atividades, através dos objetivos, devem compreender quais os comportamentos a atingir.

Para a formulação dos objetivos foram consideraram-se as seguintes características: pertinência, precisão e capacidade de realização e mensuração.

Problema a intervir: **Baixo nível de conhecimentos, por parte das famílias, relativamente à alimentação infantil:**

Objetivo Geral:

- Aumentar conhecimentos relativos a uma alimentação infantil saudável, das famílias das crianças dos 2 aos 5 anos, inscritas numa USF da cidade de Lisboa.

Objetivos Operacionais:

- Aumentar em 10% o conhecimento das famílias das crianças dos 2 aos 5 anos, inscritas numa USF da cidade de Lisboa, que permita desmistificar crenças alimentares familiares, no período de 26 Setembro de 2016 a 10 Fevereiro de 2017.
- Aumentar em 15% o conhecimento das famílias das crianças dos 2 aos 5 anos, inscritas numa USF da cidade de Lisboa, sobre a importância de um padrão alimentar variado/diversificado, no período de 26 Setembro de 2016 a 10 Fevereiro de 2017.

No sentido de assegurar o cumprimento dos objetivos propostos foram desenvolvidos um conjunto de indicadores: execução ou atividade e impacto ou resultado. Segundo Imperatori (1993), os indicadores de atividade pretendem avaliar a atividade desenvolvida no sentido de alcançar os indicadores de resultado. Enquanto os indicadores de resultado estão relacionados com a medição da alteração de determinado problema ou da sua real dimensão.

Indicadores de Atividade

Nº telefonemas realizados x 100
Total de famílias da amostra

Nº convites enviados x 100
Total de famílias da amostra

Nº sessões EpS realizadas x 100
Total de famílias da amostra

Nº famílias que visualizaram o cartaz x 100
Total de sessões EpS realizadas

(Nº folhetos entregues/2) x 100
Total de sessões EpS realizadas

Nº de QAI preenchidos x 100
Total de sessões EpS realizadas

Nº fichas de avaliação preenchidas x 100
Total de sessões EpS realizadas

Indicadores de Resultado

$$\frac{\text{Nº total de respostas corretas (QAI - Crenças alimentares familiares)} \times 100}{\text{Total de perguntas (QAI - Crenças alimentares familiares)}}$$

$$\frac{\text{Nº total de respostas corretas (QAI - Variedade/diversidade no padrão alimentar)} \times 100}{\text{Total de perguntas (QAI - Variedade/diversidade no padrão alimentar)}}$$

$$\frac{\text{Nº total de avaliações positivas} \times 100}{\text{Total de questionários de avaliação preenchidos}}$$

2.5. Seleção de Estratégias

A etapa de seleção de estratégias é, segundo Imperatori (1993) uma etapa primordial no processo de Planeamento em Saúde, pois pretende estruturar a forma mais adequada em reduzir os problemas identificados. Com a definição de estratégias, pretende-se atingir os objetivos fixados anteriormente. A estratégia em saúde é assim definida como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um objetivo, reduzindo, assim, um ou mais, problemas de saúde” (Imperatori, 1993, p.87).

Segundo Tavares (1990), para a escolha da estratégia a utilizar, deve-se ter em conta quatro parâmetros: custos, obstáculos, pertinência e vantagens de cada estratégia. Outro fator a ter em conta nesta escolha é o modelo de saúde escolhido como base para a intervenção. Como suporte para a contextualização da intervenção, utilizou-se o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que se fundamenta no conceito de Promoção da Saúde já descrito anteriormente.

Enfatizando a importância da Promoção da Saúde, a OE (2001) defende que os enfermeiros para obterem a excelência no exercício da profissão, têm o dever de ajudar as pessoas a atingirem o máximo potencial de saúde, sendo que para isso, nomeadamente, criem oportunidades para promover estilos de vida saudáveis e forneçam informação promotora de conhecimentos e conseqüentemente de novas capacidades do cliente. Pender (2014) reforça esta ideia, referindo que os indivíduos e famílias têm o direito à informação e a participarem ativamente na sua saúde. No

entanto, para tal é necessário que tenham conhecimentos no sentido de tomarem decisões informadas acerca da sua saúde e das que o rodeiam. Neste sentido, pode-se afirmar que a EpS veio operacionalizar o conceito de Promoção para a Saúde definido em Ottawa em 1986 (DGE, 2014).

Os enfermeiros recorrem à EpS no processo educativo da comunidade, definindo-se esta como “toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e formas de pensar” (Tones e Tilford, 1994 citado por Carvalho 2006, p,25). As mudanças associadas à EpS podem assim levar à aprendizagem de competências, mudança de comportamentos e estilos de vida (Carvalho, 2006). A EpS permite desta forma que o indivíduo, família e comunidade estejam conscientes do seu bem-estar e que aprendam a utilizar os recursos disponíveis no seu ambiente, tornando a saúde como um recurso para o dia-a-dia (Stanhope, 2011).

É através da EpS que os profissionais da saúde devem facultar à comunidade conhecimento científico que lhe demonstre as necessidades reais, no entanto, para isso é necessário desenvolver a capacidade para aproximar saberes (Loureiro, 2010). A educação surge assim como um alicerce para a melhoria do nível de saúde de indivíduos e comunidades (Carvalho, 2006).

Considerando a natureza holística do conceito da EpS e tendo em conta que o objetivo desta intervenção visa o aumento de conhecimentos das famílias, relacionados com a alimentação infantil, optou-se pela EpS como estratégia para intervir nesta população-alvo.

Ainda de referir que, a aproximação de saberes através da EpS deverá ser mediada por um processo de comunicação eficaz. A comunicação em saúde refere-se ao “estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (Teixeira, s.d, p.615). Assim, verifica-se que a informação e comunicação em saúde são temas transversais utilizados em diversos contextos, nomeadamente na elaboração de mensagens utilizadas em atividades de EpS, no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis e adesão comportamental, seja a nível individual ou comunitário (Teixeira, s.d).

A mente e os comportamentos individuais são moldados por fatores biológicos e ambientais, logo, o tipo de comunicação utilizado na EpS deve ser adequado às características específicas de cada família, caso contrário pode levar ao insucesso do programa (Carvalho, 2006).

Tal como já foi mencionado, a aplicação do QAI permitiu conhecer o nível de conhecimentos sobre alimentação infantil inicial das famílias das crianças com idades entre 2-5 anos. Só a partir desse conhecimento foi possível compreender que a EpS era adequada para esta amostra devido à necessidade de aumento da literacia em saúde, relativo a este tema.

Inerente às características específicas de cada família, destaca-se a literacia em saúde. A literacia em Saúde é “a capacidade de lidar com a informação sobre saúde, nomeadamente no que diz respeito ao seu acesso, compreensão, interpretação, avaliação, aplicação e utilização em diversas situações e ao longo do ciclo de vida” (Costa, 2016, p.38).

Reconhecendo o impacto deste tema para a saúde da população, decidiu-se atuar, através da EpS, de forma a disponibilizar ferramentas às famílias que permitam a prevenção do excesso de peso e obesidade das crianças. Considera-se ainda que a tomada de consciência para a importância deste assunto poderá ter implicações positivas, não só, na saúde da criança, como também na da restante família.

2.6. Preparação Operacional/ Programação

A preparação operacional surge como a 5ª etapa do Planeamento em Saúde e “caracteriza-se por planear operacionalmente a execução do projeto” (Tavares, 1990, p.165). Para tal devem ser desenvolvidas um conjunto de atividades em função dos objetivos operacionais estabelecidos.

Para contribuir para a capacitação das famílias de crianças dos 2 aos 5 anos inscritos numa USF na zona de Lisboa com conhecimentos relativos a uma

alimentação infantil saudável, tendo em conta a estratégia escolhida e que a comunicação em saúde pode ser feita a nível individual e a nível comunitário (Teixeira, s.d) foi elaborado um conjunto de atividades, que irão ser descritas de seguida.

A nível comunitário, optou-se por informar a população, no geral através da realização de um cartaz e em particular, informar as famílias das crianças, através da realização de dois folhetos. Por outro lado, a nível individual, visto tratar-se de uma população heterogénea, tal como demonstra a amostra estudada, relativamente às características económicas, escolaridade e nacionalidade, optou-se por realizar sessões de EpS individuais com cada família da amostra.

Atividade 1: Cartaz com o título: Açúcar, Perigo invisível (apêndice VII)

O cartaz com o tema: Açúcar: Perigo Invisível teve como objetivo informar sobre as consequências da utilização indevida do açúcar na alimentação das crianças, bem como, estratégias para reduzir esse consumo.

Este tema foi escolhido, uma vez que o excesso de açúcar, tal como já foi referido, é um dos principais erros alimentares cometidos pela população, em destaque nesta faixa etária.

O cartaz é dirigido à população em geral, motivo pelo qual foi afixado nas 2 salas de espera da USF.

Atividades 2 e 3: Folhetos: Alimentação Infantil Saudável e Açúcar: Perigo Invisível (apêndice VIII)

Os folhetos foram dirigidos às famílias de crianças com idades dos 2 aos 5 anos. A idade pré-escolar é uma oportunidade de intervenção, fundamental na prevenção de hábitos alimentares desadequados, entre eles, o excesso de açúcar. Hábitos, que, se não foram corrigidos atempadamente, prolongar-se-ão para a idade adulta.

Os folhetos foram entregues no final de cada sessão de EpS individual às famílias das crianças pertencentes à amostra. No sentido de não desperdiçar oportunidades de atuação e visto tratar-se de uma intervenção comunitária, estes foram também entregues às famílias que se dirigiram às consultas de enfermagem de saúde infantil e que demonstravam importantes erros alimentares.

Considerou-se necessário a entrega destes documentos em formato papel, após as sessões de EpS, pois para além de constituírem um resumo da sessão, permitem aos destinatários a sua leitura posterior e esclarecimento de dúvidas no domicílio.

Atividade 4: Sessão de EpS: Alimentação Infantil Saudável (apêndice IX)

A sessão de EpS, com o tema “Alimentação Infantil Saudável” teve como objetivo dar a conhecer a cada família, as orientações gerais associadas a uma alimentação saudável, quais as causas e consequências da obesidade, bem como, um dos principais erros alimentares, excesso de ingestão de açúcar na infância. No decorrer da sessão foram abordadas questões relacionadas com os temas variedade/diversidade do padrão alimentar e crenças alimentares familiares.

A sessão teve como alvo as famílias de crianças com idades compreendidas entre os 2-5 anos pertencentes à amostra. No sentido da participação na sessão de EpS individual, as famílias foram convocados telefonicamente, de forma a agendar a data da sessão. Posteriormente foi enviado um convite formal (apêndice X), via correio ou e-mail. Ainda no sentido de promover a adesão à sessão, foi efetuado novo contacto telefónico 2 dias antes da data da atividade para lembrar o evento e concomitantemente confirmar a presença dos convidados.

Após as sessões individuais, para além dos 2 folhetos referidos, foram entregues, para seu preenchimento, como forma de avaliação, uma versão resumida do QAI (anexo VI), onde apenas constam perguntas relativas aos temas que constam nos objetivos, e uma ficha de avaliação da sessão (apêndice XI).

Na consecução dos objetivos da intervenção por parte da totalidade da amostra, foi planeada outra estratégia, a visita domiciliária, no entanto, não foi realizada por escassez de recursos humanos.

Apurou-se, no geral, após interação com as famílias durante as consultas de enfermagem de saúde infantil, défice de conhecimentos relativos à alimentação infantil saudável. Tal como já foi referido, visto tratar-se de uma intervenção comunitária e para maximizar oportunidades de atuação, sentiu-se necessidade de agir em famílias com crianças de outras faixas etárias. Neste sentido, foi feita EpS sobre a alimentação infantil saudável a todas as famílias que se dirigiram às consultas de enfermagem de saúde infantil.

As atividades descritas devem ser detalhadas (Tavares, 1990). Para tal foram especificados os seguintes parâmetros: atividade, quem, quando, onde, como, objetivos que se pretende atingir e avaliação das atividades, no apêndice XII.

Como recursos humanos associados a esta intervenção, contou-se com a mestranda e os enfermeiros da USF. Relativamente aos recursos materiais utilizou-se a sala de enfermagem de saúde infantil e as salas de espera para o desenvolvimento das atividades.

Todos os custos associados à elaboração das atividades foram suportados pela mestranda.

2.7. Avaliação

A avaliação é a última etapa do Planeamento em Saúde. Esta tem como função estimar o grau de cumprimento de um objetivo através do confronto entre objetivos e estratégias (Tavares, 1990). Para Pender (2014) esta etapa é essencial, pois permite aos enfermeiros aperfeiçoar o programa, decidir sobre as atividades de promoção de saúde a selecionar e ensaiar se os resultados positivos de uma nova intervenção se irão traduzir na prática.

Para alcançar resultados que transpareçam a realidade medida, são utilizados indicadores. Estes são “dados referentes às variáveis em estudo disponíveis através da captação direta pelo observador” (Imperatori, 1993, p.178). Os indicadores utilizados para a avaliação desta intervenção comunitária encontram-se previamente descritos.

Indicadores de Atividade

Após o cálculo dos indicadores de atividade (apêndice XIII) pode-se concluir que só 1 (5%) família não foi contactada, por contacto não válido. Do total das famílias contactadas, somente 13 (68,4%) se disponibilizaram a participar na sessão de EpS programada, tendo sido enviados convites personalizados a esta percentagem da amostra. Ainda assim, apenas 11 (57,8%) famílias convocadas, efetivamente participou da atividade. A baixa taxa de adesão à sessão de EpS está associada a pouca disponibilidade temporal e motivacional dos referidos elementos da amostra. As 2 (10,5%) famílias que foram convocadas e não compareceram na data marcada, alegaram imprevistos, não se disponibilizando para reagendamento de nova data.

Por outro lado, nas famílias que participaram na atividade verificaram-se taxas de 100% no que respeita à visualização do cartaz, entrega de folhetos e preenchimento do QAI resumido e ficha de avaliação.

Indicadores de Resultado

A análise dos indicadores de resultado (apêndice XIII) revela que, após a realização das intervenções programadas, o nível de conhecimentos relativo ao tema crenças alimentares familiares e variedade/diversidade no padrão alimentar, aumentou de 75% para 85% e de 70% para 91%, de respostas corretas respetivamente, ou seja, o défice de conhecimento sobre estes dois temas diminuiu em 10% e 21%. Estes resultados permitem, desta forma, declarar que os objetivos

operacionais foram atingidos e superados em 6% no que diz respeito ao tema variedade/diversidade no padrão alimentar.

Relativamente à avaliação da sessão de EpS, todas as famílias avaliaram de forma positiva. No entanto, 2 (18,1%) consideram que os assuntos abordados apenas eram suficientemente interessantes ou úteis para o quotidiano. Como aspetos positivos evidenciou-se a informação, esclarecimento e sensibilização para uma alimentação infantil saudável. Como sugestões, uma das famílias referiu a importância da continuação desta intervenção.

Os resultados globais da avaliação do plano operacional revelam que um dos obstáculos à melhoria dos conhecimentos sobre uma alimentação infantil saudável é a baixa disponibilidade/motivação para a participação neste tipo de iniciativas, o que condiciona a adesão dos indivíduos às mesmas. Por esta razão e pelos resultados da ficha de avaliação, relativamente ao interesse/utilidade do tema, pode-se concluir que a comunidade, no geral, poderá não se encontrar desperta para a importância do tema e das implicações para a saúde que daí podem advir.

Assim, é importante continuar a intervir na comunidade, não só com intervenções desta natureza, mas também através de políticas e programas multidisciplinares a longo prazo, no sentido de sensibilizar a população a ter um papel ativo na sua saúde e das que o rodeiam.

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA DESENVOLVIDAS NA PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL

Para o desenvolvimento da prática de cuidados de enfermagem de inovação e qualidade, é essencial a definição de competências a vários níveis, tendo em conta diferentes domínios, aos quais se deve dar resposta para uma prática de excelência, conduzindo à capacitação de profissionais e utentes resultando em ganhos positivos para a organização.

O conceito de competência segundo Fleury (2001) é “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidade, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”, é assim considerada como a interação entre a pessoa, formação educacional e experiência profissional de forma a dar resposta ao que se lhe é solicitado.

A competência fica assim aliada a diferentes tipos de conhecimento, implicando um processo contínuo de aprendizagem. A aprendizagem, é um processo que leva à construção de memórias e conseqüentemente à identidade (profissional ou organizacional) (Fleury, 2001).

Apesar de inúmeras atualizações de políticas, procedimentos e processos formativos, se não houver investimento global e motivação na mudança do “saber aprender” e “saber agir”, a realidade ficará presa ao passado, incapaz de evoluir e de se prestarem melhores cuidados.

Nos últimos anos, o papel do enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários tem vindo a ser reconhecido. Uma série de fatores, tais como, as mudanças de perfil demográfico, indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas, fez sobressair necessidades de saúde às quais é necessário responder com vista à melhoria do *status* da saúde da população. Neste contexto, o EEECS, surge como um profissional fundamental, com conhecimento sobre o ser humano (resposta a

processos de vida e problemas de saúde), dotado de um conjunto de competências capazes de dar resposta às necessidades do indivíduo, família ou comunidade. (OE, 2010).

O desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, assim com a sua implemetação, permitiu o desenvolvimento capacidades e habilidades que capacitam para a prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito da área da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidos pela OE (2010).

Considerando a intervenção comunitária desenvolvida, esta contribuiu para dar resposta à necessidade de saúde encontrada, controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil, definida como uma das metas do PNS 2012-2020, sublinhando a importância da família na promoção de uma alimentação infantil saudável, dando assim resposta à competência - Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS.

Por outro lado, de forma a dar resposta à competência - avaliar o estado de saúde de uma comunidade – sentiu-se necessidade de conhecer as famílias implicadas, criando assim uma base de sustentação sólida, valorizando as características de cada família, utilizando-as como suporte para o desenvolvimento de estratégias que permitiram a aproximação do profissional de saúde. Neste contexto, a utilização da metodologia do Planeamento em Saúde, como do referencial teórico de enfermagem escolhido, permitiu, através da sucessão do cumprimento das diferentes etapas preconizadas, a possibilidade de uma atuação ajustada à realidade. Concomitantemente, a caracterização de uma amostra, permite ao profissional adquirir ferramentas, que de futuro, possibilitem, em larga escala, dar resposta à competência “realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”, contribuindo para a “análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença” (OE, 2010, p.5).

A intervenção comunitária implementada e os resultados positivos obtidos na avaliação, possibilitaram o desenvolvimento das competências definidas pela OE (2010) para o EEECSF e contribuiu para a capacitação das famílias implicadas, relativamente ao tema da alimentação infantil saudável. É esperado que durante o

processo de capacitação das famílias, estas se consciencializem de qual a sua posição atual relativamente à saúde e qual o caminho a percorrer para o desenvolvimento de hábitos alimentares mais adequados e saudáveis, quer relativamente à criança implicada, quer à restante família, tendo em conta a saúde individual, como também o papel de modelo desempenhado relativamente ao menor.

De acordo com os descritores de Dubin para o 2º ciclo foi também desenvolvido um conjunto de competências. Competências comunicacionais (escritas e verbais) foram desenvolvidas, pois, a pesquisa, programação e realização das atividades descritas proporcionaram momentos que levaram ao aperfeiçoamento da transmissão de mensagens claras e inequívocas. Por outro lado, a intervenção evidenciou a importância da constante pesquisa, atualização de conhecimentos e da sua aplicação no contexto profissional.

A aquisição de habilidades relacionadas com a investigação, permitirão de futuro o desenvolvimento de conhecimentos noutras áreas e a integração da mais recente evidência no contexto profissional.

O desenvolvimento da capacidade crítica foi possível através da reflexão constante em todas as etapas deste processo de aprendizagem. A análise mais detalhada e profunda das situações, promoveu o autoconhecimento, permitindo a antecipação de possíveis problemas e adaptação a novas situações e contextos.

Apesar de se considerar um contexto profissional novo, o desenvolvimento das competências referidas permitiram autonomia, responsabilidade pelas atitudes tomadas e transformação do contexto da intervenção.

O percurso profissional prévio e as competências desenvolvidas desde o início do curso, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, possibilitaram, considerando, o modelo de aquisição de competências de Dreyfus, revisto por Benner, o alcance da etapa principiante avançado. Para Benner (2001) o enfermeiro iniciado avançado é aquele segue as regras, toma decisões básicas mas que ainda não tem experiência suficiente, em determinado contexto, para identificar

determinados aspetos de uma situação no sentido de elaborar protocolos de atuação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O excesso de peso e a obesidade infantil têm vindo a ganhar expressão. Este facto impõe a necessidade urgente de intervir, uma vez que tem implicações, nomeadamente na área da saúde.

Os Cuidados de Saúde Primários, detêm um papel de grande importância na promoção da saúde. O enfermeiro, surge como um dos atores principais, pois para além de trabalhar em diversos ambientes que proporcionam momentos ideais para o desenvolvimento da promoção de saúde (CIE, 2000), tem como dever, proporcionar ao indivíduo a habilidade para desenvolver capacidades para controlar a sua vida e, quando caso disso, gerir a doença.

O EEECS, por sua vez, considerando o seu entendimento profundo do ser humano, apresenta elevada capacidade para dar uma resposta mais adequada às necessidades dos diferentes clientes, o que se traduz em ganhos efetivos de saúde (OE, 2010).

Tendo em conta a conjuntura económica, que determina a redução de recursos na área da saúde, prevê-se que esta, fará com que, a longo prazo, existam indivíduos cada vez menos informados e conscientes para a prática de estilos de vida saudáveis, a par disso, produzir-se-ão perdas consecutivas de saúde, determinando o aparecimento precoce de incapacidade e de doenças crónicas (PNS, 2012).

Confirmando esta previsão, constatou-se que as famílias da amostra apresentavam défice de conhecimentos sobre a alimentação infantil saudável. Pelo que, considerando o papel preponderante da família na determinação dos comportamentos das crianças em idade pré-escolar, com esta intervenção propôs-se, através da utilização da metodologia de Planeamento em Saúde e da aplicação do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, contribuir para a capacitação das famílias com conhecimentos sobre alimentação infantil saudável, para que assumam uma intervenção participativa na saúde das suas crianças, nomeadamente na prevenção do excesso de peso e obesidade.

Após a avaliação da intervenção constatou-se que houve redução do défice de conhecimentos relativos à alimentação infantil saudável. A aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências nesta área contribuirá para que a família assuma um papel promotor da saúde das crianças possibilitando novas aprendizagens e mudança de comportamentos menos adequados.

Importa referir que, em contexto de consulta de enfermagem de saúde infantil, a restante comunidade, no geral, apresenta hábitos e práticas alimentares desadequadas, pelo que, considerando os resultados positivos, importa dar continuidade à intervenção. De futuro, esta intervenção, se precoce e sistematicamente implementada, pressupõe-se, que tenha um contributo positivo na promoção da saúde das famílias. A prevenção da doença crónica e das suas complicações aumentam os ganhos em saúde e sustentabilidade, atenuando os efeitos negativos dos fatores de risco e determinantes. Neste sentido, em reunião de enfermagem, expuseram-se os resultados à equipa, de forma a mostrar a eficácia das ações, tendo em vista a promoção da motivação dos profissionais para a continuação da aplicação da intervenção. Para além da abordagem do tema da alimentação infantil saudável, nas consultas de enfermagem de saúde infantil, ficou acordado que, sempre que se justificasse, mediante a avaliação do enfermeiro de família, proceder-se à entrega dos folhetos realizados e à manutenção do cartaz nas salas de espera. Foi também disponibilizada a apresentação em formato PowerPoint à equipa para a sua utilização, como recurso para a realização de futuras sessões de EpS.

No decorrer do estágio afiguraram-se algumas limitações, sendo as mais evidentes, os recursos temporais e a adesão das famílias às atividades propostas. O recurso temporal foi escasso, pois para se evidenciar alterações efetivas relativas a comportamentos alimentares, as atividades deveriam ser sistematizadas. Por outro lado, o facto de se verificar indisponibilidade das famílias, relacionada com fatores temporais e motivacionais fez com que tivesse havido impossibilidade na concretização da sessão de EpS programada, por parte da totalidade da amostra.

Ainda de mencionar que a disponibilidade temporal reduzida, por parte dos enfermeiros da equipa da USF, inviabilizou as visitas domiciliárias às famílias que não se disponibilizaram para a participação da sessão de EpS na USF.

Apesar de, ser o início de um caminho na área da enfermagem comunitária, esta intervenção teve um carácter potenciador, no que respeita ao desenvolvimento de competências estipuladas pela OE para o EEECS (OE, 2010), traduzindo-se desta forma, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aparício, G., Cunha, M., Duarte J. & Pereira A. (2012) Questionário de Alimentação Infantil (QAI).
- Aparício, G. (s.d) Ajudar a Desenvolver Hábitos Alimentares Saudáveis na Infância. Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde. 283-298.
- Benner (2001) De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bonita, R., Beaglehole R., Kjellström, T. (2010). 2ª edição. Epidemiologia Básica. São Paulo: Livraria Santos Editora Comércio e Importação Ltda. Acedido a 19/05/2016 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43541/5/9788572888394_por.pdf
- Canesqui, A., Garcia, R. (2005) Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cardoso, A. (2013) Estado Nutricional da Criança: Influência do Comportamento Alimentar e da Cultura Organizacional da Família. Escola Superior de Saúde de Viseu. Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Viseu.
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006) Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência.
- CIE (2000). CIE e a Mobilização dos Enfermeiros para a Promoção da Saúde (nota informativa). Lisboa: OE.
- Costa, A., Saboga-Nunes, L., Costa, L. (2016) Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. *Boletim Epidemiológico – Artigos Breves* nº9. 17(2), 38-40.
- Costa, M., Nunes, M., Duarte, J., Pereira, A. (2012) Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. *Revista de Enfermagem de Referência*. III série (6), 55-68.
- DGE (2014) Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde. Lisboa: DGE.
- DGS (2005) Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins de Infância. Lisboa: DGS.
- DGS (2005a) Programa Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa: DGS.

- DGS (2012) Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: DGS.
- DGS (2012a) Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: DGS. Disponível em: www.dgs.pt. Acedido a: 05/02/2016.
- DGS (2015) Plano Nacional de Saúde – extensão 2020. Lisboa: DGS.
- DGS (2016) PORTUGAL- Alimentação Saudável em Números – 2015. Lisboa: DGS.
- DGS (2016a) Redução do consumo de açúcar em Portugal: evidência que justifica ação. Lisboa: DGS.
- Duarte, M. (2011). Estilos De Vida Familiar e Peso Excessivo Na Criança em Idade Pré-Escolar - Implicações para a Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.
- EUFIC (2005) Disponível em: <http://www.eufic.org/article/pt/expid/37> . Acedido a 18/05/2016.
- Figueiredo, M. H. (2013). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Loures: Lusociência.
- Fleury, M., Fleury, A. (2001) Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*. 5 (edição especial), 183-196.
- Fortin, M., Côté, J., Filion, F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, R. (s.d) Alimentação Cuidada, Maior Qualidade De Vida. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Obesidade%20Infantil%20%20-%20por%20Enfermeira%20Regina%20Freitas.pdf>. Acedido a 10/01/2017.
- Goes, A.R., Câmara, G., Loureiro, I., Bragança, G., Nunes, L.S., Bourbon, M. (2015) “ Papa Bem”: Investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista portuguesa de Saúde Pública*. 33(1), 12-23.
- Hoog M., Stronks, K., Eijssden M., Gemke, R., Vrijkotte, T., (2012) Ethnic differences in maternal underestimation of offspring’s weight: the ABCD study. *International Journal of Obesity*. 36, 53-60.
- IOFT (2010) Strategic Plan for IOFT. Disponível em: http://www.worldobesity.org/site_media/uploads/IOTF_Strategic_Plan_-_August_2010_11_08_10_pdf. Acedido a 07/06/2016.

- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993) Metodologia do planeamento em saúde. (3ª edição). Lisboa: ENSP: Edições da Saúde.
- INSA (2011) Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil. Lisboa: INSA.
- INSA (2015) Childhood Obesity Surveillance Initiative- COSI Portugal 2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi-portugal-2013.aspx>. Acedido a 02/02/2016.
- Lang, T. (2013) Alimentos sustentáveis para dietas sustentáveis? O desafio da saúde pública ecológica. In Santos, J., Carmo, I., Graça, P., Ribeiro, I. (Coords). O futuro da Alimentação: Ambiente, saúde e Economia (p.62-71). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lei de Bases da Saúde. Disponível em: <http://www.sppsm.org/wp-content/uploads/2011/06/Lei-de-Bases-da-Sa%C3%BAde-48.90.pdf>. Acedido a 24/06/2016.
- Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R. (2004) Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity reviews*. 5 (1), 4–85.
- Loureiro, I, Miranda,N. (2010) promover a saúde – dos fundamentos à ação. Coimbra: Almedina.
- Manios,Y., Costarelli, V., Kolotourou, M., Kondakis, K., Tzavara, C., Moschonis, G. (2007) Prevalence of obesity in preschool Greek children, in relation to parental characteristics and region of residence. *BMC Public Health*.7 (178).
- Marchi-Alves, L.M., Yagui, C.M., Rodrigues, C.S., Mazzo, A., Rangel, E.M.L., Girão, F.B. (2011) Obesidade infantil ontem e hoje: importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. *Escola Anna Nery*. 15 (2), 238-244.
- Marques, M.M., Teixeira, P.J., Modificação comportamental na Gestão de Peso: da teoria à prática. *Revista Factores de Risco*. 34, 56-66.
- Nunes, S.F.S. (2008) Ressalto Adipocitário na Infância e a Predição de Obesidade. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Dissertação de mestrado. Porto.
- Ogden, C.L., Carroll, M.D., Kit, B.K., Flegal, K.M. (2014) Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011-2012. *The Journal of the American Medical Association*. 311(8), 806-814.

- OE (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf> acedido a 29-11-2016.
- OE (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Lisboa: OE.
- OE (2010a). Guias Orientadores de Boa Prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Série I, 3 (vol.1). Lisboa: OE.
- OE (2011) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2. Lisboa: OE.
- OMS. Health promotion - The Ottawa Charter for Health Promotion (¶3). OMS: Geneva. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> Acedido a 25/05/2016.
- OMS (1998) Saúde 21 – saúde para todos no século XXI – Uma Introdução. Loures: Lusociência.
- OMS (2006) Conferência Ministerial da Organização Mundial de Saúde Europeia sobre a Luta contra Obesidade. Carta Europeia de luta contra a obesidade. Istambul: OMS. Disponível em: http://goprod.dgs.pt//ResourcesUser/Institucional/O%20que%20deve%20saber%20sobre%20a%20obesidade/Carta%20Europeia%20de%20luta%20contra%20a%20obesidade%20final_2.GHA%5B1%5D.pdf. Acedido a 06/03/2016.
- OMS (2012) Population-based approaches to childhood obesity prevention. Geneva: OMS.
- OMS (2012a) Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity. Geneva: OMS.
- OMS (2014) Disponível em: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/>. Acedido em 14/04/2016.
- OMS (2014a) Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: OMS.
- OMS (2015) Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acedido a 14/04/2016.

- ONU (1959) Declaração dos Direitos da Criança. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/declaracao-dos-direitos-da-crianca.html>. Acedido a 20/06/2016.
- Padez, C., Mourão, I., Moreira, P., Rosado, V. (2005). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatrica*. 94, 1550-1557.
- Payas, N., Budd, G.M., Polansky, M. (2010). Exploring Relationships Among Maternal BMI, Family Factors, and Concern for Child's Weight. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 23(4), 223-230.
- Pender, N.J. (2011) Health Promotion Model Manual. University of Michigan. Disponível em: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf. Acedido a 10/04/2016.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. (2014). Health Promotion in Nursing Practice (6ª ed.). Essex: Pearson.
- Reichert A., Almeida, A., Souza, L., Silva, M., Collet, N. (2012) Vigilância do crescimento infantil: Conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Revista Rene*. 13(1), 114-126.
- Spargo, M., Mellis, C. (2013) Childhood obesity and parental perceptions in a rural Australian population: A pilot study. *Journal of Pediatrics and Child Health*. 50, 131-134.
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População, sétima edição. Loures: Lusodidacta.
- Silva, S. (2009) Família como cliente dos cuidados: Perspectivas e práticas do Enfermeiro de Família. In Barbieri, M., Martins, M., Figueiredo, M., Martinho, M., Andrade, L., Oliveira, P. ... Santos, M. (Coords). Da investigação à prática de Enfermagem de Família (pp. 58-66). Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família.
- Silva, A.C.S., Santos, I. (2010). Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. *Texto & Contexto Enfermagem*. 19 (4), 745-753.

- Tavares, A. (1990) Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Teixeira, J., A.,C. (s.d) Comunicação em saúde. Relação técnicos de saúde-utentes. Notas didáticas. 615-620.
- UNICEF (1989) A Convenção dos Direitos da Criança. Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf. Acedido em 20/06/2016.
- Valle, J.M.N., Euclides, M.P. (2007) A formação dos hábitos alimentares na infância: Uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. *Revista Atenção Primária à Saúde*. 10(1), 56-65.
- Viana, V., Santos, P., Guimarães, M. (2008) Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 9 (2), 209-231.
- Victor, J.F., Lopes, M.V.O., Ximenes, L.B. (2005) Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*. 18(3), 235-240.

ANEXOS

Anexo I – Histórico de Pesquisa “Scoping Review”

Histórico de Pesquisa CINAHL

Friday, July 08, 2016 6:58:12 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S6	s1 and s2 and s3	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20151231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	12
S5	s1 and s2 and s3	Limiters - Full Text Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	30
S4	s1 and s2 and s3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	72
S3	(MH "Parental Attitudes")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	7,237
S2	(MH "Child")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	319,027
S1	(MH "Obesity")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	54,525

Histórico de Pesquisa MEDLINE

Friday, July 08, 2016 6:50:21 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S8	(s1 or s2) and s3 and s4	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20151231 Narrow by SubjectAge: - child, preschool: 2-5 years Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	26
S7	(s1 or s2) and s3 and s4	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20151231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	100
S6	(s1 or s2) and s3 and s4	Limiters - Full Text Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	174
S5	(s1 or s2) and s3 and s4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	477
S4	(MH "Health Knowledge, Attitudes, Practice")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	83,139
S3	(MH "Child")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	1,465,371
S2	(MH "Overweight")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	15,835
S1	(MH "Obesity")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE with Full Text	141,915

Anexo II – Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde Nola Pender

Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde Nola Pender (Vitor, 2005)

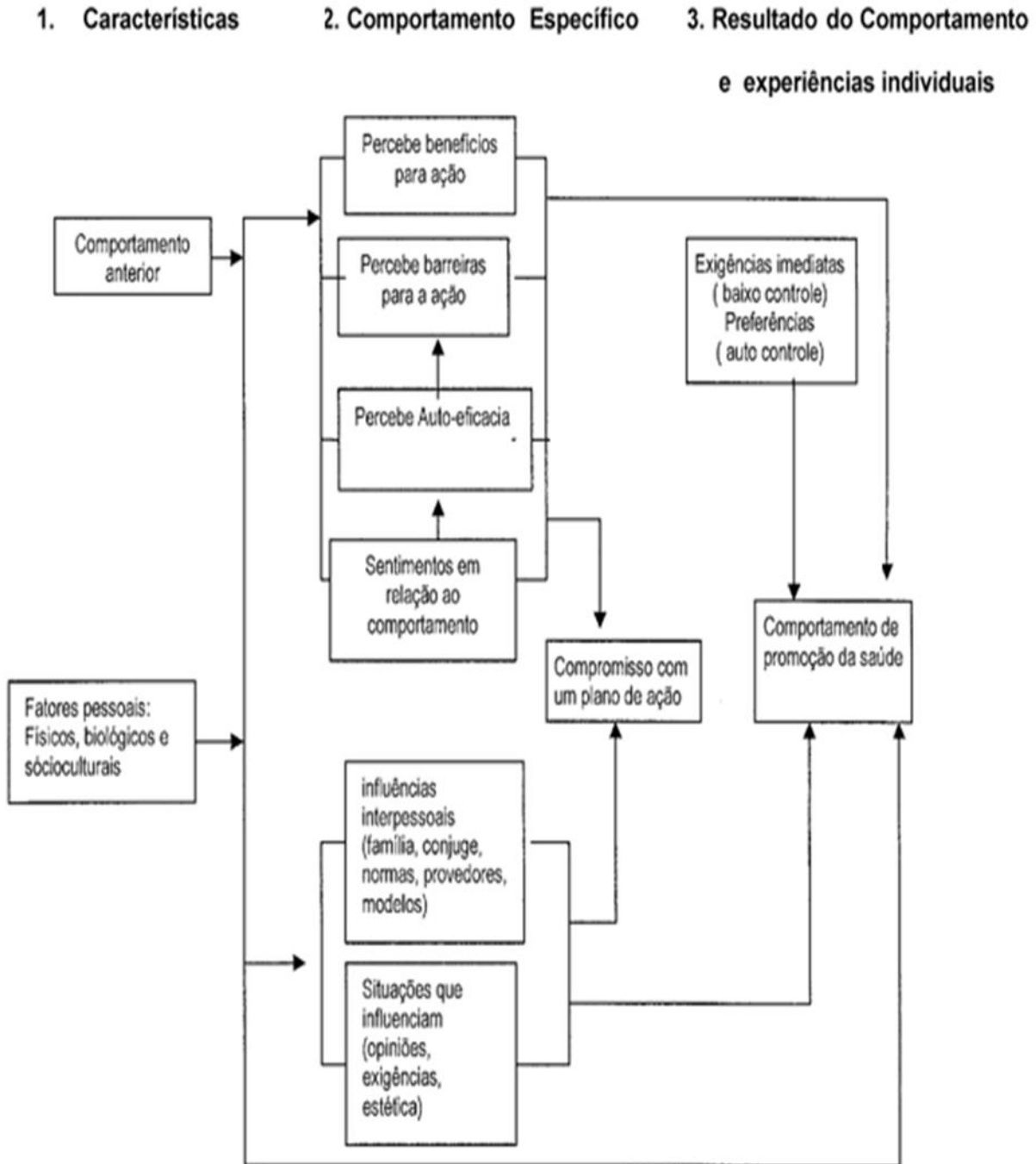
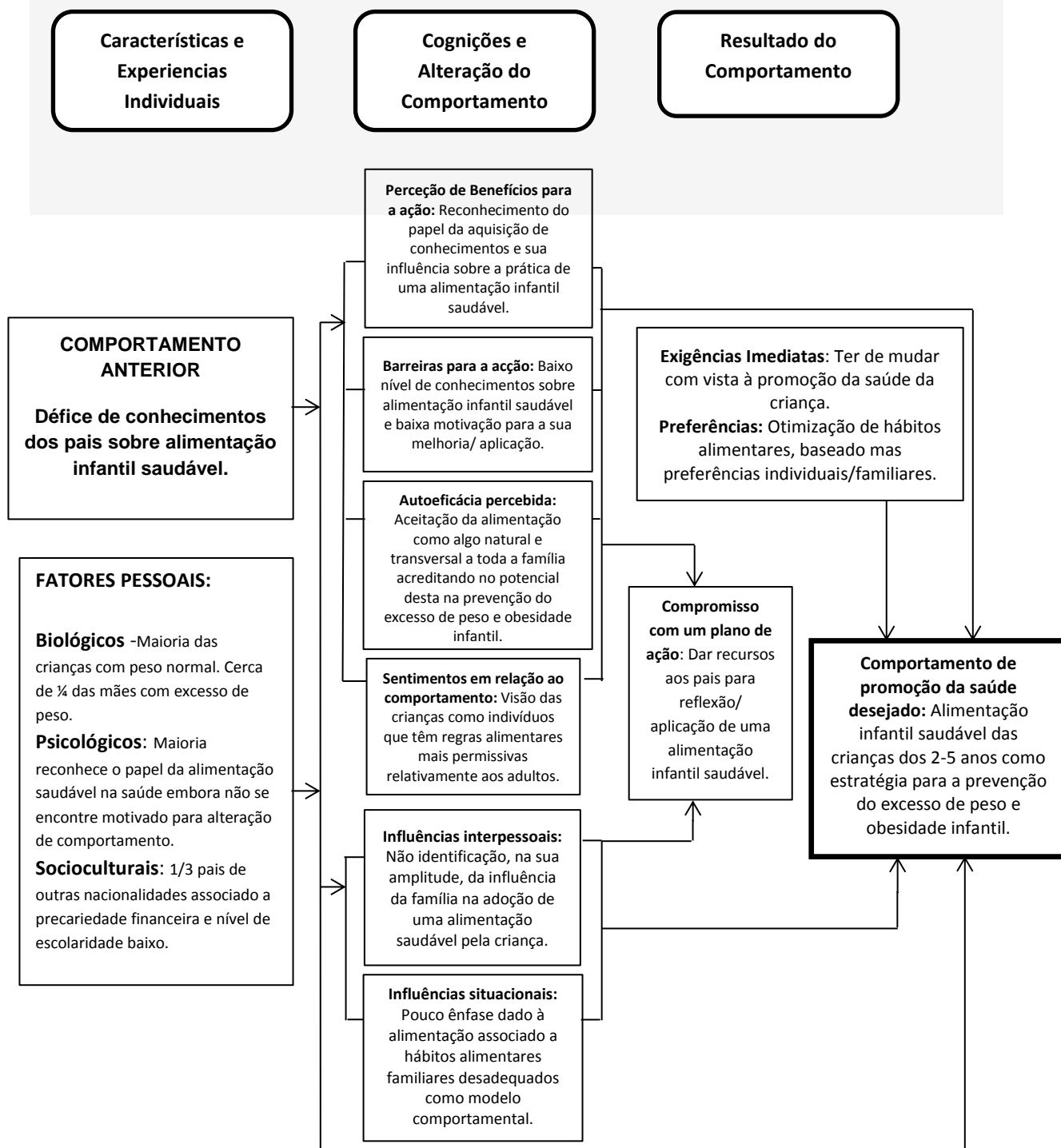


Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*⁽¹⁹⁾

**Anexo III – Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde Nola Pender –
Adaptado**

Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender – Adaptado



Anexo IV – Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil

Questionário de Conhecimentos Sobre Alimentação Infantil (QAI) Aparício G, Cunha M, Duarte J & Pereira A. (2012)

Por favor, leia cada afirmação que se segue, assinalando com uma cruz a opção que melhor se adequa àquilo que faz ou pensa, relativamente à alimentação do seu filho(a).		
Afirmações	Verdadeiro	Falso
1.A alimentação da criança não precisa de ser variada		
2.Uma alimentação saudável para as crianças inclui 5-7 refeições diárias		
3.Um bom pequeno-almoço favorece o desenvolvimento da inteligência		
4.O intervalo ideal entre as refeições é de cinco horas		
5.O leite e os derivados são a principal fonte de cálcio na alimentação		
6.Uma criança deve comer diariamente 3-5 peças de fruta		
7.É aconselhável que uma criança coma diariamente uma porção de doces ou bolos		
8.As refeições do almoço e jantar devem iniciar-se com sopa rica em hortaliças e legumes		
9.Os produtos lácteos gordos são mais recomendados para a criança		
10.Para uma criança é suficiente ingerir um copo de leite ou derivados		
11.As crianças devem comer preferencialmente cozidos e grelhados		
12.Na alimentação das crianças deve utilizar-se pouco sal		
13.As crianças precisam de comer refeições em grande quantidade para crescerem melhor		
14.A obesidade na infância aumenta o risco de obesidade na vida adulta		
15.A quantidade de sal recomendada é uma colher de chá rasa por dia, distribuída por todas as refeições		
16.Uma alimentação com uma grande quantidade de gordura, açúcar e pobre em vegetais aumenta o risco desenvolver doenças como a hipertensão arterial e obesidade nas crianças		
17.As crianças devem comer alimentos ricos em proteínas vegetais (feijão, grão...) pelo menos 4 vezes por semana		
18.A obesidade na infância aumenta o risco de aparecimento de diabetes		
19.Incluir 3-4 vezes por semana bolacha ou outros alimentos idênticos nos lanches das crianças, não prejudica a sua saúde		
20.As refeições diárias das crianças devem incluir carne, peixe e ovos		
21.A alimentação equilibrada da criança não inclui a ingestão de água		
22.As hortaliças, legumes e fruta são alimentos ricos em fibras		
23.Numa das refeições diárias, a sobremesa das crianças pode ser um doce		
24.A gordura é um alimento necessário ao crescimento das crianças		
25.É aconselhado comer 5 porções diárias dos alimentos ricos em fibras, como as hortaliças, legumes e fruta		
26.Os alimentos de origem animal são ricos em gorduras saturadas e colesterol		
27.Os cereais e as batatas são as principais fontes de energia		
28.Para que uma criança aceite um alimento novo é recomendável insistir em oferece-lo entre 5-10 vezes		
29.A carne, peixe e ovos são importantes para o crescimento das células		
30.Os óleos vegetais, os frutos secos e o peixe são ricos em gorduras polinsaturadas		
31.Os alimentos pobres em calorias são os designados por "fast food"		
32.Na escolha do pão e outros cereais, deve optar-se pelos menos refinados		

33.O feijão, grão e outras leguminosas, são ricos em proteínas vegetais		
34.As frutas e legumes são alimentos ricos em vitaminas e sais minerais		
35.O pão de mistura ou escuro, é o melhor para a alimentação		
36.Os produtos de salsicharia, folhados ou outros salgadinhos podem comer-se com frequência		
37.O pão de mistura ou escuro é fonte de energia e fibra		
38.Na alimentação da criança pode permitir-se o consumo de refrigerantes		
39.Um copo de leite equivale a 2 iogurtes sólidos		
40.Fazer as refeições a ver TV é desaconselhado		
41.A actividade física programada (desporto) é aconselhável mesmo nas crianças fisicamente activas		
42.A ingestão de bebidas açucaradas está associada ao aumento de peso		
43.As crianças não necessitam de ser fisicamente activas		
44.As crianças podem ver TV ou jogar jogos de vídeo em média 3 horas por dia		
45.As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos		
46.Não tomar o pequeno-almoço prejudica a aprendizagem na escola		
47.Deve permitir-se que as crianças colaborem na confecção das refeições em casa		
48.Na compra de alimentos deve ter-se em conta a lista de ingredientes existente no rótulo		
49.É menos preocupante uma criança ser gordinha do que ser magrinha		
50.As refeições em família devem obedecer a um horário regular		
51.É aconselhável que os pais saibam o que os filhos comem no refeitório da escola		
52.Na compra dos alimentos deve atender-se à sua qualidade nutricional		
53.As crianças devem comer o que gostam independentemente do valor nutritivo dos alimentos		
54.O peso das crianças deve ser avaliado pelo menos uma vez por ano		
55.As crianças que petiscam entre as refeições, fazem uma alimentação mais equilibrada		

**Anexo V – Autorização para Utilização do Questionário de Conhecimentos
sobre Alimentação Infantil**

Autorização para Utilização do Questionário de Conhecimentos Sobre Alimentação Infantil

Caro(a) investigador(a)

Agradecemos o seu interesse no nosso instrumento de recolha de dados - *Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil* (QAI) de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira, (2012).

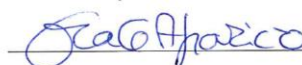
Temos todo o gosto em lhe disponibilizar a versão final deste instrumento para fins da sua investigação como um modo de alargar a recolha de dados a outras populações.

Garantimos permissão para a sua utilização, contudo gostaríamos que respeitasse e atendesse a algumas condições:

1. Obter o compromisso de receber os resultados do vosso estudo;
2. Receber uma cópia dos dados de validade e fiabilidade (se aplicável) obtidos na sua investigação;
3. Todas as referências ao instrumento original ou de uma possível adaptação, realizadas no seu trabalho ou na publicação de outros trabalhos com ele relacionado, devem incluir a citação da autoria do instrumento original, conforme indicado no cabeçalho deste documento.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 28 de abril de 2016



(Maria da Graça Ferreira Aparício Costa, PhD)

gaparicio5@hotmail.com

**Anexo VI – Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil -
Resumido**

Questionário de alimentação infantil (QAI) Aparício G, Cunha M, Duarte J & Pereira A. (2012) - Resumido

Por favor, leia cada afirmação que se segue, assinalando com uma cruz a opção que melhor se adequa àquilo que faz ou pensa, relativamente à alimentação do seu filho(a).		
Afirmações	Verdadeiro	Falso
1.A alimentação da criança não precisa de ser variada		
6.Uma criança deve comer diariamente 3-5 peças de fruta		
10.Para uma criança é suficiente ingerir um copo de leite ou derivados		
15.A quantidade de sal recomendada é uma colher de chá rasa por dia, distribuída por todas as refeições		
17.As crianças devem comer alimentos ricos em proteínas vegetais (feijão, grão...) pelo menos 4 vezes por semana		
19.Incluir 3-4 vezes por semana bolicao ou outros alimentos idênticos nos lanches das crianças, não prejudica a sua saúde		
21.A alimentação equilibrada da criança não inclui a ingestão de água		
23.Numa das refeições diárias, a sobremesa das crianças pode ser um doce		
24.A gordura é um alimento necessário ao crescimento das crianças		
25.É aconselhado comer 5 porções diárias dos alimentos ricos em fibras, como as hortaliças, legumes e fruta		
26.Os alimentos de origem animal são ricos em gorduras saturadas e colesterol		
27.Os cereais e as batatas são as principais fontes de energia		
28.Para que uma criança aceite um alimento novo é recomendável insistir em oferece-lo entre 5-10 vezes		
29.A carne, peixe e ovos são importantes para o crescimento das células		
30.Os óleos vegetais, os frutos secos e o peixe são ricos em gorduras polinsaturadas		
31.Os alimentos pobres em calorias são os designados por "fast food"		
32.Na escolha do pão e outros cereais, deve optar-se pelos menos refinados		
33.O feijão, grão e outras leguminosas, são ricos em proteínas vegetais		
39.Um copo de leite equivale a 2 iogurtes sólidos		
43.As crianças não necessitam de ser fisicamente activas		

APÊNDICES

Apêndice I - Autorização de Colheita e Utilização dos Dados

Exmo. Presidente do Conselho Clínico do ACES [REDACTED]

Dr. [REDACTED]

Sara Horta Alves, estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), vêm por este meio solicitar a V. Ex. autorização para desenvolver na USF [REDACTED] um projecto de intervenção comunitária no âmbito da prevenção do excesso de peso e obesidade infantil tendo como orientadora da ESEL a Professora Cláudia Bacatum e supervisor clínico o Sr. Enfermeiro Pedro Branco.

Para a realização do projecto prevê-se a utilização da metodologia de planeamento em saúde, sendo que o diagnóstico da situação tem como objectivo identificar o estado nutricional e os hábitos alimentares das crianças entre os 5-6 anos das famílias inscritas na USF [REDACTED].

Desta forma, pretende-se que a colheita de dados seja realizada através da consulta do plano de desempenho do ACES [REDACTED], dados do processo da criança e família, da avaliação dos dados antropométricos (peso e altura) e da aplicação de um questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis dirigido a crianças com idades entre os 3-7 anos no contexto de consulta de enfermagem para a realização do exame global de saúde.

Desde já garante-se o anonimato e a confidencialidade da informação e o respeito pelos utentes, pedindo o consentimento informado ao representante legal da criança por escrito para a utilização da informação e posterior divulgação dos resultados.

Peço deferimento,

Lisboa, ___/___/____

(Sara Horta)

Apêndice II – Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial e a Convenção de Oviedo

O projecto “Obesidade Infantil: Papel da família na promoção de uma alimentação infantil saudável” tem como objectivo capacitar as famílias para a promoção de uma alimentação saudável das suas crianças.

Este é um projecto académico e realiza-se no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tendo como responsável a Enf^a Sara Horta.

A recolha de dados será feita através da consulta do processo clínico, medição do peso e altura do seu filho(a)/ educando, bem como, a aplicação de um questionário.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este projeto e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela responsável pelo projeto.

Tomei também conhecimento que, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos e os benefícios previstos.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ / _____ Grau de parentesco: _____

Assinatura da responsável pelo projeto: _____

Apêndice III – Caracterização da Amostra - Resultados Obtidos

Caracterização da Amostra

1. Dados das Crianças

Idade (anos)	2	3	4	5
Total n (%)	3 (16%)	9 (47%)	3 (16%)	4 (21%)

Tabela 1 – Faixa etária das crianças

Sexo	Feminino	Masculino
Total n (%)	6 (32%)	13 (68%)

Tabela 2 – Sexo das crianças

Classes IMC (Percentil)	Total n (%)
Baixo Peso $P < 3$	1 (5%)
Peso Normal $P \geq 3$ e ≤ 97	18 (95%)
Excesso de Peso $P > 97$	0
Obesidade $P > 99$	0

Tabela 3 – IMC das crianças

2. Dados dos Pais

Classes IMC	Total n (%)
Baixo Peso < 18.5	1 (5%)
Peso Normal $18.5 - 24.9$	13 (68%)
Pré Obesidade $25 - 29.9$	2 (11%)
Obesidade Classe I $30 - 34.9$	3 (16%)
Obesidade Classe II $35 - 39.9$	0
Obesidade Classe III ≥ 40	0

Tabela 4 – IMC das mães

Nacionalidade	Portuguesa	Estrangeira
Total n (%)	23 (66%)	12 (34%)

Tabela 5 - Nacionalidade dos pais

Emprego	Sim	Apenas 1	Não
Total n (%)	10(53%)	5 (26%)	4 (21%)

Tabela 6 – Situação de empregabilidade dos pais

Escolaridade	< 1º ciclo	2 e 3º ciclo	Secundário	Superior
Total n (%)	4 (11%)	8 (23%)	9 (26%)	14 (40%)

Tabela 7 – Nível de escolaridade dos pais

**Apêndice IV – Caracterização dos Conhecimentos das Famílias sobre
Alimentação Infantil - Resultados Obtidos**

Caracterização dos Conhecimentos das Famílias Sobre Alimentação Infantil

Nível de conhecimentos	Total n (%)
Insuficiente (≤ 37 respostas corretas)	3 (16%)
Suficiente (38- 41 respostas corretas)	5 (26%)
Bom (≥ 42 respostas corretas)	11 (58%)

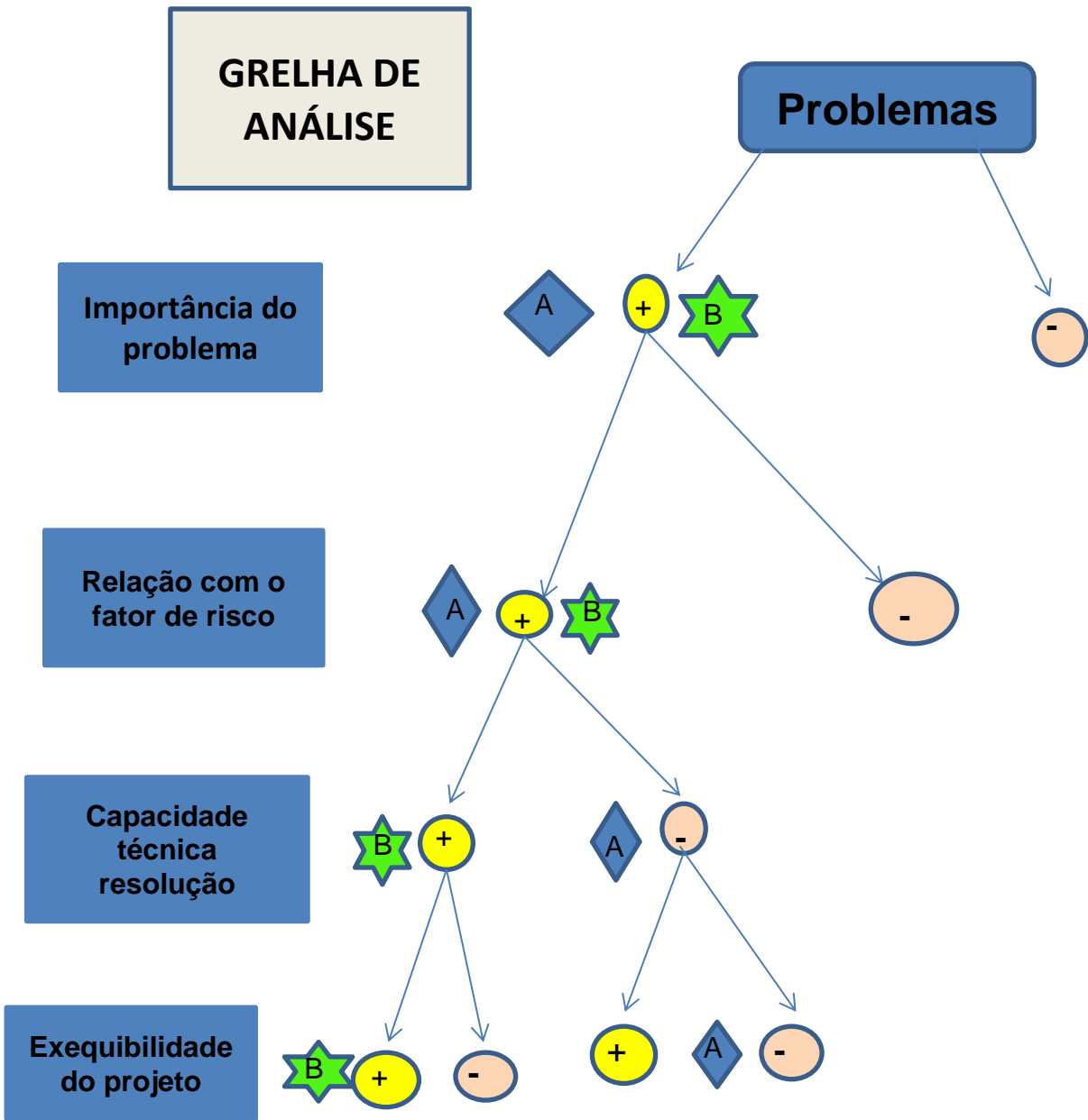
Tabela 7 -Nível de conhecimentos das famílias sobre alimentação infantil

Temas	Corretas n (%)	Erradas n (%)
Alimentação e saúde (22 itens)	355 (85%)	63 (15%)
Regras alimentares (13 itens)	222 (90%)	25(10%)
Crenças alimentares familiares (9 itens)	129 (75%)	42 (25%)
Variedade/ diversidade do padrão alimentar (11 itens)	146 (70%)	63 (30%)
Total n (%)	852 (81%)	193 (19%)

Tabela 8 – Nível de conhecimentos das famílias sobre alimentação infantil por tema

Apêndice V – Cronograma de Atividades

Apêndice VI - Grelha de Análise



1º Posição - Problema B: Baixo nível de conhecimentos, por parte das famílias, relativamente à alimentação infantil saudável

4º Posição – Problema A: Elevado IMC das mães

Apêndice VII – Cartaz: Açúcar Perigo Invisível

AÇÚCAR : PERIGO INVISÍVEL

7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular de Estágio com Relatório
Aluna: Sara Horta
Profª Orientadora: Profª Cláudia Escalim
Enfª Orientador: Enfª Pedro Branco

Dose máxima recomendada de açúcar por dia:

➤ **50g Açúcar** (distribuir o seu consumo ao longo do dia)

Atenção: Deve ter em conta que esta dose já inclui o açúcar presente nos alimentos.

Principais riscos para a saúde:

Hoje



Obesidade

Cáries Dentárias

Doenças Crónicas
(diabetes, hipertensão, AVC...)

Amanhã



Evite a ingestão de açúcar das crianças:

- ✓ Não adicione açúcar aos alimentos e bebidas (ex: fruta, leite, iogurtes e sumos naturais);
- ✓ Reserve o consumo de alimentos açucarados para dias de festa (ex: produtos de pastelaria, cereais açucarados, gelados, chocolates, rebuçados e sobremesas);
- ✓ Opte pela água! Não ofereça refrigerantes ou sumos de fruta artificiais.



Salve a sua criança !

**Apêndice VIII – Folhetos: Alimentação Infantil Saudável e Açúcar Perigo
Invisível**

Qual a quantidade máxima de açúcar que posso consumir por dia?

Dose máxima recomendada de açúcar por dia:

⇒ 50g Açúcar (distribuído ao longo do dia)

Atenção: Deve ter em conta que esta dose já inclui o açúcar presente nos alimentos.

Principais perigos para a saúde

- * Aumento do peso;
- * Aumento das Cáries dentárias;
- * Favorece o aparecimento de doenças crónicas (ex: Diabetes, Hipertensão, Doença Cardiovascular).

Reduza o Consumo de Açúcar

- * Não adicione açúcar aos alimentos e bebidas (ex: fruta, leite, iogurtes, sumos naturais);
- * Reserve o consumo de alimentos açucarados para dias de festa (ex: produtos de pastelaria, cereais açucarados, gelados, chocolates, gomas, rebuçados, sobremesas);
- * Opte sempre pela água! Não ofereça refrigerantes ou sumos de fruta artificiais.

Ao escolher alimentos para as crianças, prefira sempre os com menor teor em açúcar e menos aditivos.



Quantidade de açúcar dos alimentos consumidos no dia-a-dia:

- 1 colher de chá= 46g açúcar



Cereais Açoçucarados
14,5 g açúcar = ± 2 colheres de chá



Papéis Instantâ
13 g açúcar = ± 3 colheres de chá



Pão com Chocolate
12,5 g açúcar = ± 2 colheres de chá



Iogurte Instantâ
12g açúcar = ± 2 colheres de chá

* Valores médios de açúcar. Varem consoante a marca.



Uma alimentação saudável é...



- Variada
- Completa
- Equilibrada



Principais funções de uma alimentação saudável

- Fornece energia necessária às actividades do dia a dia;
- Contribui para o bem estar físico e mental;
- Promove o crescimento adequado das crianças e jovens;
- Previne o aparecimento de doenças crónicas (ex: Obesidade, Diabetes, Hipertensão).

Tomar 6 refeições por dia



Orientações gerais para a escolha e confecção alimentar

- Inicie o almoço e o jantar por sopa;
- Dê 3 peças de fruta por dia;
- Prefira alimentos cozidos, grelhados e estufados;
- Evite refeições pré-preparadas e produtos de pasteleria (salgados, folhados e bolos);
- Consuma no máximo 1 colher de chá de sal/dia. Use ervas aromáticas!
- Ofereça água ao longo do dia.



Causas da Obesidade

- ⇒ Hábitos alimentares desadequados
- ⇒ Actividade física reduzida
- ⇒ Fatores genéticos
- ⇒ Fatores psicológicos



Consequências da Obesidade

- ⇒ Favorece o aparecimento de doenças crónicas (ex: diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares);
- ⇒ Promove o bullying;
- ⇒ Pode levar ao isolamento social e doenças mentais;
- ⇒ Reduz anos de vida.

Apêndice IX – Sessão de EpS: Alimentação Infantil Saudável

Plano da sessão de EpS – Alimentação Infantil Saudável

Data e hora: a combinar com cada família

População-alvo: família de crianças com idades entre 2 e 5 anos

Local: sala de enfermagem de saúde infantil da USF (piso 6)

Duração: 35min

Material: computador, cartaz, folhetos, QAI e ficha de avaliação

	Atividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação das partes constituintes da sessão	Expositivo	5 min	
Desenvolvimento	Exposição do tema “ Alimentação infantil saudável”: <ul style="list-style-type: none"> • Definição de alimentação saudável • Funções de uma alimentação saudável • Causas da obesidade • Orientações gerais para uma alimentação infantil saudável • Como reduzir a ingestão de açúcar • Como ler um rótulo alimentar Exercício sobre quantidade de açúcar ingerida por dia por uma criança	Expositivo Interrogativo	15 min 5 min	Participação da família
Conclusão	Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Entrega de 2 folhetos informativos: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentação Infantil Saudável • Açúcar: Perigo Invisível 	Expositivo	10 min	Aplicação do QAI resumido Aplicação do questionário de avaliação da sessão



ALIMENTAÇÃO INFANTIL SAUDÁVEL

Estudante: Sara Horta
Enfº Orientador: Enfº Pedro Branco
Profª Orientadora: Profª Cláudia Bacatum

7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Alimentação saudável

O que é?

- Equilibrada;
- Variada;
- Completa.



DS3 (2008) Princípios para uma alimentação saudável. Lisboa: DS3.

2



Alimentação saudável Qual a função?



The diagram illustrates the functions of healthy eating. At the center is a purple circle labeled 'Funções de alimentação'. Four arrows point outwards from this central circle to four surrounding circles: 'Energia' (orange, left), 'Vida' (blue, top), 'Crescimento saudável' (light green, bottom), and 'Previne doenças crónicas' (green, right).

APN (2015) Dúvidas, Problemas e Dificuldades na alimentação do seu filho: encontro algumas soluções. Lisboa: APN.
DGS (2008) Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins de Infância. Lisboa: DGS.

3



Alimentação saudável Causas da Obesidade

Portugal é um dos 5 países da Europa com mais crianças obesas:

- 31,6% Obesidade Infantil


60% DAS CRIANÇAS OBESAS SERÃO ADULTOS OBESOS



The diagram shows a blue box labeled 'Principais causas da obesidade' connected by a bracket to two red boxes: 'Hábitos alimentares desadequados' and 'Actividade física reduzida'.

INSA (2015) Childhood Obesity Surveillance Initiative- COSI Portugal 2013. Lisboa: INSA.

4



Alimentação saudável Orientações Gerais

- 3 refeições principais e 2 a 3 lanches;
- Inicie sempre o almoço e o jantar por sopa;
- Prefira sempre alimentos naturais (ex: fruta, legumes);
- 1 colher de chá de sal/dia. Use ervas aromáticas!
- Confecionar alimentos de preferência : cozidos, grelhados e estufados;
- Dar água ao longo do dia.

APN (2015) Dúvidas, Problemas e Dificuldades na alimentação do seu filho: encontre algumas soluções! Lisboa: APN.
DGS (2015) Estratégia para a redução do consumo de sal na alimentação em Portugal. Lisboa: DGS.



Alimentação Saudável Como variar?



Gorduras e óleos 1-3 porções

Leite e derivados 2-3 porções

Carne, peixe e ovos 1-2 porções

Leguminosas 1-2 porções

Cereais e derivados, tubérculos 4-11 porções

Hortícolas 3-5 porções

Fruta 3-5 porções

Figura 1- Roda dos alimentos

DGS (2006) Princípios para uma alimentação saudável. Lisboa: DGS.
DGS (2006) Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins de Infância. Lisboa: DGS.
<http://www.alimentacaointeligente.dgs.pt/>



Como reduzir a ingestão de açúcar?

- **Não adicione açúcar** aos alimentos e bebidas;
- Comer alimentos açucarados **apenas** em dias de festa;
- **Opte sempre pela água!**

DCS (2005) Princípios para uma alimentação saudável. Lisboa: DCS.
DCS (2016) Modulação do consumo de Açúcar em Portugal: Evidência que justifica a ação. Lisboa: DCS.

7



Como ler um rótulo alimentar?

- **Chocolate em Pó**

Ingredientes: Açúcar, cacau magro (21,6%), emulsionante (lecitina de soja), sais minerais (carbonato de magnésio, pirofosfato férrico, sulfato de zinco), sal, vitaminas (C, B1, D), óleo de girassol, aroma, canela.

Declaração Nutricional		
	Por 100 ml	Por dose: 14g (2 colheres de sobremesa) + 200ml leite meio gordo
Energia	383Kcal	150Kcal
Lípidos	3.6g	3.8g
Hidratos de Carbono	78.2g	21g
Dos Quais Açúcares	75.7g	20.5g
Fibra	7.2g	1g
Proteínas	4.8g	7.5g
Sal	0.34g	0.3g

Exemplo de um rótulo de um chocolate em pó

8



Como ler um rótulo alimentar?

Dose máxima recomendada de açúcar por dia:

⇒ 50g Açúcar (distribuído ao longo do dia)

Refeição	Alimentos ingeridos (exemplo)	Açúcar por dose
Pequeno-almoço	Cereais achocolatados	14,5 g
Lanche da manhã	1 iogurte ("suissinho")	12 g
Almoço	1 Sumo (néctar de fruta)	32 g
Lanche da tarde	1 Leite com chocolate + 4 bolachas maria	24 g + 5,6 g
Jantar	1 bola de gelado	12 g
	Total	100,1 g

DSS (2016) Redução do consumo de Açúcar em Portugal: Evidência que justifica a ação. Lisboa: DSS.
WHO (2015) Guidelines: Sugars intake for adults and children. Geneva: WHO.

9



Alimentação Infantil Saudável

Obrigada, pela vossa presença.

Boas refeições!

10

Apêndice X – Convite para a Sessão de EpS

Convite para a Sessão de EpS

CONVITE

Aos pais e toda a família, a participarem numa sessão de esclarecimento sobre:

Alimentação Infantil Saudável

Data: a definir

Local: Unidade de Saúde Familiar Fonte Luminosa (piso 6)

Espero por si!

Morada:
Rua Carvalho Araújo, nº 103, Lisboa

Qualquer dúvida contacte:
USF Fonte luminosa - 218105024

Apêndice XI – Ficha de Avaliação da Sessão de EpS

Ficha de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Alimentação Infantil Saudável

Duração: 35min

Numa escala de 0 (mau) a 5 (muito bom) avalie os aspectos referidos (assinale com uma cruz):

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Os assuntos tiveram interesse? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Os temas abordados têm utilidade no dia a dia? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. A formadora utilizou uma linguagem clara? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Que nota final atribui à sessão? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Aspetos positivos:

Aspetos Negativos:

Sugestões:

Apêndice XII – Tabelas de Descrição das Atividades

Cartaz: Açúcar: Perigo Invisível

Atividade 1	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo a atingir	Avaliação
Cartaz - Açúcar: Perigo Invisível	Enfermeira Mestranda	20 de Outubro 2016 a 10 de Fevereiro 2017	Salas de Espera da USF	Cartaz	Aumentar em 10% a desmistificação de crenças alimentares e familiares das famílias.	Nº famílias que visualizaram <u>cartaz x 100</u> Total de sessões EpS realizadas
Recursos materiais: Cartaz						

Folhetos – Alimentação Infantil Saudável e Açúcar: Perigo Invisível

Atividade 2 e 3	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo a atingir	Avaliação
Folhetos: - Açúcar: Perigo Invisível - Alimentação Infantil Saudável	Enfermeira Mestranda	1 de Novembro de 2016 a 10 de Fevereiro de 2017	Gabinete de enfermagem de saúde infantil	Folheto	Aumentar em 15% o conhecimento das famílias sobre uma alimentação diversificada; Aumentar em 10% a desmistificação de crenças alimentares familiares das famílias.	<u>(nº folhetos entregues/ 2) x100</u> Total de sessões EpS realizadas
Recursos materiais: 2 Folhetos						

Sessão de Educação para a Saúde: Alimentação Infantil Saudável

Atividade 4	Quem	Quanto	Onde	Como	Objetivo a atingir	Avaliação
Sessão de educação para a saúde - Alimentação Infantil Saudável	Enfermeira Mestranda	Novembro de 2016 a Fevereiro de 2017	Gabinete de enfermagem de Saúde Infantil da USF	Diapositivos	Aumentar em 15% o conhecimento das famílias sobre uma alimentação diversificada; Aumentar em 10% a desmistificação de crenças alimentares familiares das famílias.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ telf realizados} \times 100}{\text{Total de famílias da amostra}}$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ convites enviados} \times 100}{\text{Total de famílias da amostra}}$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ sessões EpS realizadas} \times 100}{\text{Total de famílias da amostra}}$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de respostas corretas (QAI - Variedade/diversidade padrão alimentar)} \times 100}{\text{Total de perguntas (QAI - Variedade/diversidade padrão alimentar)}}$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de respostas corretas (QAI - Crenças alimentares familiares)} \times 100}{\text{Total de perguntas (QAI - Crenças alimentares familiares)}}$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de avaliações positivas} \times 100}{\text{Total de questionários de avaliação preenchidos}}$
Recursos materiais: computador, cartaz, folhetos, QAI e ficha de avaliação da sessão de EpS						

Apêndice XIII – Tabelas de Resultados de Indicadores de Atividade e Resultado

Tabelas de Resultado de Indicadores de Atividade e Resultado

Indicador	Total n (%)
Taxa de telefonemas realizados	18 (95%)
Taxa de convites enviados	13 (68,4%)
Taxa de sessões de EpS realizadas	11 (57,9%)
Taxa de visualização do cartaz	11 (100%)
Taxa de entrega de folhetos	11 (100%)
Taxa de preenchimento de QAI	11 (100%)
Taxa de preenchimento de fichas de avaliação	11 (100%)

Tabela 1 – Resultado de Indicadores de Atividade

Indicador	Total n (%)
Taxa de respostas corretas QAI - Crenças alimentares familiares	84 (85%)
Taxa de respostas QAI - Variedade/diversidade no padrão alimentar	110 (91%)
Taxa de avaliações positivas	11 (100%)

Tabela 2 – Resultado de Indicadores de Resultado