



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Influência das práticas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar - Contributo do Enfermeiro de Saúde Familiar

Isabel Rodrigues Vilaverde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Isabel Rodrigues Vilaverde

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Influência das práticas dos pais na saúde alimentar
das crianças em idade escolar: Contributo do Enfermeiro
de Saúde Familiar

I Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof. Doutora Maria Manuela Amorim

Cerqueira

AGRADECIMENTOS

Estou profundamente agradecida pelo apoio e colaboração de diversas pessoas que, de várias maneiras, contribuíram para a realização deste Relatório Final. Em especial, quero destacar a Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira, cuja constante disponibilidade e incansável apoio foram fundamentais. Ela desempenhou um papel crucial como fonte de motivação, inspiração e auxílio ao longo deste percurso.

À equipa da Unidade de Saúde Familiar, em especial à minha orientadora de estágio, Enfermeira Elisabete Correia, pelo suporte, conhecimento partilhado e dedicação.

Às famílias que colaboraram neste trabalho, sem as quais este estudo não teria sido possível. Agradeço a generosidade e disponibilidade em participar.

Aos meus filhos, Francisca e Afonso, pela paciência, compreensão e amor, que foram fundamentais durante esta jornada.

Ao meu marido, pelo apoio incondicional, incentivo constante e por acreditar em mim em todos os momentos.

À minha família, em especial aos meus pais por todos os valores que me transmitem e aos meus amigos, pelo encorajamento, confiança e compreensão nos momentos de ausência. Agradeço do fundo do coração por estarem sempre ao meu lado.

Às colegas da minha unidade de trabalho, por todo o apoio demonstrado, sem o qual não teria sido possível terminar esta etapa.

À minha colega de estágio, Marisol Varela, pelo companheirismo, colaboração contínua, disponibilidade demonstrada e pela sua amizade, que tornaram este percurso mais leve e enriquecedor.

Às colegas de turma do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pelo importante contributo no meu crescimento profissional e pessoal. Agradeço também ao corpo discente pelo apoio incansável.

Ao corpo docente e não docente desta escola pela compreensão e proximidade demonstrada;

A todos que, direta ou indiretamente, me apoiaram nesta formação, expresso o meu sincero agradecimento.

Bem-haja a todos vós!

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas os pais que cuidam dos seus filhos.

PENSAMENTO

“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém.”

Dalai Lama

RESUMO

Na medida em que a enfermagem de saúde familiar pretende ser uma resposta dinâmica às necessidades multidimensionais da família, é essencial cuidar da família, enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. As intervenções devem estar centradas na qualidade de vida das famílias ao longo do ciclo vital. É nas famílias que cada membro encontra o apoio no enfrentamento de necessidades nos vários processos de transição. Gerir, articular e mobilizar recursos são situações presentes no quotidiano profissional que exige competências especializadas.

Neste sentido, pretendendo desenvolver competências especializadas no âmbito da enfermagem de saúde familiar, optamos por realizar em Estágio de Natureza Profissional (ENP), numa Unidade de Saúde Familiar (USF), de forma a um cuidar com qualidade, centrado nas necessidades multidimensionais das famílias.

No decurso do estágio desenvolvemos competências especializadas no âmbito da prestação de cuidados, atendendo às áreas essenciais da enfermagem de saúde familiar.

Delineamos intervenções de âmbito multidimensional que tinham como propósito serem uma resposta ativa aos problemas presentes das famílias

Cuidar da família, enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar exige do enfermeiro de saúde familiar uma abordagem sistêmica da família que envolve uma interação dinâmica entre o sistema como um todo e suas partes, procurando a adaptação nos processos de saúde e doença.

No domínio da investigação, verificamos através do diagnóstico de situação em contexto da prática de cuidados e da nossa experiência profissional, a necessidade de investigar a prática quotidiana dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar, com o objetivo geral de conhecer as práticas quotidianas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar, com o propósito da melhoria das práticas das equipas de saúde, nomeadamente para inovação/mudança das práticas de cuidados dos cuidados de saúde primários que trabalham com as crianças e famílias sobretudo na saúde alimentar das crianças em idade escolar.

Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, utilizando a entrevista semiestruturada dirigida a familiares da criança em idade escolar da Unidade de Saúde Familiar, para a recolha

de dados. Utilizamos a análise de conteúdo segundo Bardin (2016), como procedimento para a análise dos dados. Os procedimentos ético-moral foram respeitados.

Verificamos que os participantes do estudo conceptualizam as práticas alimentares como algo que vai exigir um processo de reorganização do seu quotidiano. Constatou-se que a maioria dos participantes, consideram importante aumentar as informações sobre as necessidades nutricionais das crianças e mostrar o impacto que as estratégias de alimentação infantil podem ter nas preferências e no consumo de alimentos por parte das crianças.

As famílias apelam a que exista formação à comunidade escolar para uma maior integração do seu filho na escola e na comunidade, maior apoio das equipas de saúde, nomeadamente do enfermeiro, e que este apoio seja de proximidade.

A prática alimentar dos pais em relação às crianças em idade escolar requer uma articulação efetiva entre todos os parceiros, tanto da área da saúde quanto da educação.

No domínio da formação, desenvolvemos atividades quer como formadora quer como formanda. No domínio da gestão, foi detetada a necessidade de conhecer detalhadamente os processos organizacionais da unidade de saúde, incluindo o Regulamento interno, Plano de Ação, Manual de procedimentos e protocolos; entender a dinâmica da equipa e os papéis e funções de cada membro; identificar problemas, formular diagnósticos de enfermagem, e desenvolver planos de intervenção; priorizar a utilização eficiente dos recursos materiais e humanos disponíveis; colaborar estreitamente com outras equipas multiprofissionais, especialmente em situações que requerem acompanhamento especializado fora da área de atuação dos enfermeiros; desenvolver intervenções na área da liderança, com foco na organização e orientação dos cuidados de saúde às famílias, considerando os recursos internos e externos e colaborar na gestão do processo de implementação, operacionalização da vacinação, especialmente em resposta ao contexto pandémico atual, seguindo as orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS).

Essas necessidades destacam a importância de uma gestão bem estruturada e colaborativa, que integra o conhecimento organizacional, a dinâmica de equipa, a eficiência de recursos e a resposta a situações emergentes como a pandemia.

Palavras-chave: Saúde familiar / enfermagem / saúde alimentar / criança em idade escolar / Competências Especializadas

ABSTRACT

As family health nursing aims to be a dynamic response to the multidimensional needs of the family, it is essential to care for the family, as a care unit and for each of its members throughout the life cycle and at different levels of prevention. Interventions must be focused on the quality of life of families throughout the life cycle. It is in families that each member finds support in facing needs in the various transition processes. Managing, articulating and mobilizing resources are situations present in everyday professional life that require specialized skills.

In this sense, intending to develop specialized skills within the scope of family health nursing, we chose to undertake a Professional Internship in a family health unit, in order to provide quality care, focused on the multidimensional needs of families.

During the internship we develop specialized skills in the provision of care, covering the essential areas of family health nursing.

We outlined multidimensional interventions that were intended to be an active response to families' current problems

Caring for the family, as a unit of care and for each of its members, throughout the life cycle and at different levels of prevention, leading and collaborating in intervention processes within the scope of family health nursing requires the family health nurse to have an approach family system that involves a dynamic interaction between the system as a whole and its parts, seeking adaptation in health and disease processes.

In the field of research, we verified, through the diagnosis of a situation in dispute with the practice of care and our professional experience, the need to investigate the daily practice of parents in the nutritional health of school-age children, with the general objective of knowing the daily practices of parents in the nutritional health of school-age children, with the purpose of improving the practices of health teams, namely to innovate/change care practices in primary health care that work with children and families, especially in children's nutritional health of school age.

Qualitative, exploratory-descriptive study, using semi-structured interviews aimed at family members of the school-age child at the Family Health Unit, to collect data. We used content analysis according to Bardin (2016), as a procedure for data analysis. Ethical-moral procedures were respected.

We found that study participants conceptualize eating practices as something that will require a process of reorganization of their daily lives. It was found that the majority of participants consider it important to increase information about children's nutritional needs and show the impact that child feeding strategies can have on children's food preferences and consumption.

Families call for training to be provided to the school community for greater integration of their child into the school and community, greater support from healthcare teams, particularly nurses, and that this support be local.

Parents' dietary practices in relation to school-age children require effective coordination between all partners, both in the health and education areas.

In the field of training, we develop activities both as a trainer and as a trainee. In the management domain, the need for detailed knowledge of the health unit's organizational processes was detected, including the Internal Regulations, Action Plan, Procedures and Protocols Manual; understand team dynamics and the roles and functions of each member; identify problems, formulate nursing diagnoses, and develop intervention plans; prioritize the efficient use of available material and human resources; collaborate closely with other multidisciplinary teams, especially in situations that require specialized support outside the nurses' area of activity; develop interventions in the area of leadership, focusing on the organization and guidance of health care for families, considering internal and external resources and collaborate in the management of the implementation process, operationalization of vaccination, especially in response to the current pandemic context, following the guidelines of the Directorate-General for Health (DGS).

These needs highlight the importance of well-structured and collaborative management, which integrates organizational knowledge, team dynamics, resource efficiency and response to emerging situations such as the pandemic.

Keywords: Family health / nursing / food health / school-age child / Specialized Skills

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Ed. - Edição

Et al.- E outros

n.º - Número

p. - Página

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

AM – Alto Minho

APA - American Psychological Association

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

EF – Enfermeiro de Família

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ESS – Escola Superior de Saúde

EEECASF – Enfermeiro Especialista Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar

EEESF - Enfermeiro Especialista Enfermagem Saúde Familiar

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ENPRF – Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

INE – Instituto Nacional de Estatística

EPE – Entidade Pública Empresarial

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAF – Plano Ação de Formação

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de saúde Personalizados

ULSAM– Unidade Local de Saúde do Alto Minho

USAG – Unidade de Serviços de Apoio Geral

U – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
DEDICATÓRIA	iv
PENSAMENTO	v
RESUMO	vi
ABSTRACT.....	viii
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	x
ÍNDICE	xi
ÍNDICE DE DIAGRAMAS, FIGURAS, GRÁFICOS, QUADRADOS E TABELAS	xiv
INTRODUÇÃO	1
1. O INÍCIO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS	5
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	7
2.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	14
3. DIMENSÃO INVESTIGATIVA EM SAUDE FAMILIAR.....	16
3.1 JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	17
3.2 CONCEITOS CENTRAIS DE ESTUDO	20
3.2.1 A saúde alimentar da criança em idade escolar – conceptualização.....	20
3.2.2 A família e as práticas dos pais na alimentação da criança em idade escolar....	27
3.2.3 Intervenção do enfermeiro de família como educador para saúde alimentar das crianças em idade escolar	32
3.2.4 Metodologia e tipo de estudo	38
3.2.5 Participantes do estudo.....	39
3.2.6 Instrumento de recolha de dados.....	45
3.2.7 Procedimento e tratamento da informação	47
3.2.8 Considerações éticas	48
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
4.1. APRESENTAÇÃO E ANALISE DOS RESULTADOS.....	50
4.1.1. Conceito de alimentação saudável atribuído pelos pais da criança em idade escolar.....	52

4.1.2. Percepções dos pais relativamente a uma alimentação saudável das crianças em idade escolar	54
4.1.3. Descrição verbalizada pelos pais relativos à alimentação da criança em idade escolar.....	58
4.1.4. Constituição alimentar do pequeno almoço das crianças em idade escolar na voz dos pais.....	64
4.1.5. Necessidades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável	66
4.1.6. Dificuldades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável	69
4.1.7. Perceção dos pais da criança em idade escolar relativo aos contributos dados pelo enfermeiro de família sobre saúde alimentar	73
4.1.8. Sugestões dos pais da criança em idade escolar para aumentar a literacia sobre a alimentação infantil	75
4.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
5. CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES.....	89
6. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	91
6.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	91
6.1.1. Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção	91
6.1.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	94
6.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS	96
6.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	97
6.2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	99
6.2.3. Domínio da gestão dos cuidados	105
6.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	106
CONCLUSÃO GERAL E SUGESTÕES	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110

ANEXOS	128
Anexo I – AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA USF.....	129
Anexo II – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSAM, EPE	131
APÊNDICES	134
Apêndice i – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	135
Apêndice II – GUIÃO DA ENTREVISTA.....	138
Apêndice III – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	140
Apêndice IV – EXEMPLAR DE UMA ENTREVISTA.....	142
Apêndice V – GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	147
Apêndice VI - A DIMENSÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO 1ª ANO DE VIDA	160
Apêndice VII – GUIA PRÁTICO PARA OS PAIS – ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO 1º ANO DE VIDA	172
Apêndice VIII – MANUAL DE ACOLHIMENTO USF	181

ÍNDICE DE DIAGRAMAS, FIGURAS, GRÁFICOS, QUADRADOS E TABELAS

Diagramas

Diagrama 1 - Conceito de alimentação saudável atribuído pelos pais da criança em idade escolar	53
Diagrama 2 - Percepções dos pais relativamente a uma alimentação saudável das crianças em idade escolar	55
Diagrama 3 - Descrição verbalizada pelos pais relativos à alimentação da criança em idade escolar	59
Diagrama 4 - Constituição alimentar do pequeno almoço das crianças em idade escolar na voz dos pais	65
Diagrama 5 - Necessidades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável	67
Diagrama 6 - Dificuldades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável	70
Diagrama 7 - Percepção dos pais da criança em idade escolar relativo aos contributos dados pelo enfermeiro de família sobre saúde alimentar.	73
Diagrama 8 - Sugestões dos pais da criança em idade escolar para aumentar a literacia sobre a alimentação infantil.	76

Figuras

Figura 1- Mapa do Concelho de Viana do castelo	9
Figura 2 - Freguesias que integram o Concelho de Viana do Castelo- destaque localização geográfica da USF	10
Figura 3 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF em (dezembro/2023)	13
Figura 4 - Roda dos Alimentos	23

Gráficos

Gráfico 1 – Género e Gráfico 2 - Grau parentesco com a criança	40
Gráfico 3 - Faixa etária dos participantes no estudo	41
Gráfico 4 - Habilitações Literárias	41
Gráfico 5 - Situação perante o emprego	42

Gráfico 6 - Profissão dos participantes em esquema de barras	42
Gráfico 7 - Profissão dos participantes em gráfico circular	43
Gráfico 8 - Local de residência dos participantes	43
Gráfico 9 - Estado civil dos participantes	43
Gráfico 10 - Idades dos filhos dos participantes	44
Gráfico 11 - Número de filhos dos participantes	44
Gráfico 12 - Criança com doença crónica	45

Quadros

Quadro 1 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas realizadas aos familiares das crianças em idade escolar	50
---	----

Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da População e área por Freguesia	11
---	----

INTRODUÇÃO

É hoje reconhecido, que as famílias representam o principal sistema de socialização dos seus membros. É efetivamente, um espaço preponderante para a preservação das relações familiares e dos afetos. Realça-se, que cada família tem a sua própria identidade, ela é única na medida em que se organiza em torno de uma estrutura relacional onde se definem as funções e os papéis de cada um dos seus membros. Refere Relvas (2004, p.14) que "(...) não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal" Segundo Portugal (2015), a família é percebida como um grupo de pessoas, considerada como uma unidade social que é composta por membros ligados pela consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, integrando um conjunto de valores, crenças, atitudes e conhecimentos. Importa realçar, que a pessoa tem necessidade de se unir e criar vínculos uns com os outros, não apenas para perpetuar a espécie, mas com o propósito de não viver sozinho, de estabelecer relações afetivas de forma estável (Noronha & Parron, 2020). As constantes e diferentes concepções sobre família levarem à construção de um conceito universal, dinâmico e complexo, uma vez que "a família é uma entidade social inerente à vida humana" (Pereira, 2019, p. 10).

Contudo, hoje temos vindo assistir a alterações na composição familiar com implicações a vários níveis: relacionais, sociais, económicas, afetivas e com implicações a nível dos cuidados de saúde. Assim, no contexto dos cuidados de saúde primários a família tem vindo a ocupar um lugar de destaque e, a evidenciar-se nas políticas de saúde. Figueiredo (2012), afirma que a família evolui de acordo com os objetivos delineados, desenvolvendo determinadas atividades que se vão alterando de acordo com as tendências sociais.

Tendo em conta todos estes pressupostos, o conceito de saúde familiar liga-se frequentemente à saúde mental dos membros que constituem a estrutura da família. Já Hanson (2005, p.7) referia que o conceito de saúde familiar "(...) é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológicos, psicológicos, espiritual sociológico e cultural do sistema familiar"

Assim, a Enfermagem de Saúde Familiar, surge alicerçada no pensamento sistémico, dando especial atenção à interação e reciprocidade entre os membros da família, centrando-se quer no sistema familiar quer no individual (Friedman, 1998, in Hanson, 2005). Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar é o profissional de referência que garante o cuidado à família como unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, tal como menciona o Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

Ao enfermeiro de família, cabe, assim, considerar as especificidades da família, quanto ao processo de saúde doença e a forma como cada pessoa/família é ou não capaz de integrar nas suas vidas o aparecimento de uma doença, readaptando-se e reinventando-se, de acordo com os seus recursos internos, as suas redes de apoio e as suas circunstâncias.

Nesta linha de pensamento e tendo em conta a nossa experiência como enfermeira generalista nos cuidados de saúde primários em que verificamos no nosso quotidiano profissional, famílias com necessidades de apoio e acompanhamento por enfermeiros com competências especializadas, optamos por realizar um Estágio de Natureza Profissional (ENP), de forma a desenvolver competências gerais e específicas, na medida em que consideramos que é urgente mudar a forma de estar relativamente ao cuidar das famílias.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) no regulamento n.º 140/2019, no que se refere às competências comuns do enfermeiro especialista, na página 4744, refere que os cuidados de enfermagem, exigem competência técnica, científica e humana, pelo que a especialização é uma condição para a prestação de cuidados diferenciados e cada vez mais complexos.

Realça-se, que já no 2º semestre do curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar, realizamos um Estágio de Natureza Académica numa Unidade de Saúde Familiar (USF), da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), o que permitiu o desenvolvimento de competências específicas na área da enfermagem de saúde familiar para um cuidar mais humano e integral, mas também, para uma tomada de decisão consistente e de encontro com necessidades efetivas família. Realçamos ainda, que durante este estágio verificamos que a adoção de hábitos alimentares pelas crianças em idade pré-escolar saudáveis era difícil. Como se sabe a alimentação é um dos fatores ambientais que mais influenciam a nossa saúde. Não basta ter acesso a alimentos, é essencial escolher os alimentos certos, nas quantidades adequadas às nossas necessidades diárias, ao longo das diversas fases da vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que a adoção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância tende a ser mantida ao longo da vida, reduzindo o risco de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e osteoporose (World Health Organization, [WHO], 2019a). A alimentação, especialmente na infância e adolescência, exerce uma influência crucial no desenvolvimento emocional, intelectual e social. Portanto, é fundamental conhecer os hábitos alimentares das crianças e as rotinas diárias, tanto em casa quanto na escola (Portugal, 2007).

As práticas dos pais desempenham um papel crucial na saúde alimentar das crianças em idade escolar. A forma como os pais abordam a alimentação pode ter um impacto significativo

no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis em seus filhos. Desta forma, a família desempenha um papel crucial na formação de hábitos alimentares saudáveis, pois serve como modelo de referência e influencia as escolhas alimentares desde cedo. A família intervém diretamente na seleção e preparação dos alimentos, moldando assim os hábitos alimentares (Liem, Russell & Worsley, 2015). Dada a significativa influência da família nos comportamentos alimentares das crianças, é fundamental promover intervenções que envolvam toda a família, com ênfase na mudança comportamental de todos os seus membros.

Face ao exposto, a idade pré-escolar é um período crucial para intervenções preventivas. É fundamental conhecer o estado nutricional e identificar os fatores de risco associados ao excesso de peso na população portuguesa dessa faixa etária (Espanca et al., 2010). Dada a influência da família nos comportamentos alimentares das crianças, é fundamental realizar intervenções baseadas na família, com ênfase na mudança comportamental de todos os membros. Compreender as necessidades específicas da família é crucial para planejar intervenções de apoio adequadas. Portanto, é prioritário implementar programas de educação para a saúde que concentrem esforços na elaboração e aplicação de estratégias eficazes de literacia em saúde para as famílias que cuidam da alimentação das crianças em idade escolar. Em Portugal, alinhado com a tendência internacional, essa abordagem tornou-se cada vez mais importante como um pilar essencial na promoção da saúde e como uma estratégia para melhorar a saúde e utilizar os cuidados de saúde de forma mais racional (Portugal, 2019a).

Portanto, dada a relevância de promover a saúde no contexto familiar, evidenciou-se a necessidade de realizar neste ENP, uma pesquisa com a temática “Influência das práticas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar: Contributo do Enfermeiro de Saúde Familiar” tendo como objetivo geral: Conhecer as práticas quotidianas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar e objetivos específicos: Identificar as perceções dos pais relativamente às intervenções do enfermeiro de família na saúde alimentar das crianças em idade escolar; Identificar nos pais o significado de uma alimentação saudável; Identificar as práticas alimentares dos pais com crianças em idade escolar; Identificar as crenças dos pais relativo à saúde alimentar das crianças em idade escolar; Identificar necessidades dos pais relativo à saúde alimentar das crianças em idade escolar; Identificar dificuldades dos pais relativo à saúde alimentar das crianças em idade escolar. Tendo como finalidade contribuir para a melhoria da prática do Enfermeiro de Família (EF), acerca desta temática e aumentar o nível de literacia.

Importa ainda realçar, que o presente relatório do ENP, surge como resultado de formação desenvolvida em contexto da prática clínica numa USF do Alto Minho (AM), entre

outubro de 2023 a março de 2024, tem como base os objetivos e as competências delineadas para o estágio, com principal foco o desenvolvimento de competências específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Saúde Familiar (EEECASF), com ênfase à prática fundamentada em evidências científicas e na análise crítica e reflexiva.

Em termos estruturais, o presente relatório é constituído por 6 capítulos, sendo o primeiro referente ao contexto do ENP, com uma breve caracterização do contexto clínico onde foi desenvolvido e onde é apresentado o diagnóstico da situação.

Segue-se a apresentação do estudo de investigação que contempla o enquadramento do tema, a revisão da literatura, os objetivos propostos, a metodologia utilizada, os resultados obtidos, a análise/discussão dos resultados, perspetivas futuras e a conclusão. Por fim, o último capítulo é relativo às atividades e competências desenvolvidas na área da enfermagem de saúde familiar tendo em conta os domínios preconizados pela OE para o ENP.

As citações e as referências bibliográficas apresentadas estão de acordo com as normas da American Psychological Association (APA).

1. O INÍCIO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A elaboração do presente relatório surge no âmbito da unidade curricular, Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF), do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS IPVC), da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, no ano letivo 2023/2024. Esta unidade curricular decorreu no 1.º semestre do 2.º ano, com 30 European Credit Transfer System (ECTS), sendo o trabalho da estudante no local de estágio, um total de 810 horas (incluindo trabalho autónomo), sendo 600 horas de contacto (390 horas de estágio e 210 horas para elaboração do Relatório Final). O ENPRF, realizou-se numa Unidade de Saúde Familiar do AM, com o objetivo de descrever e evidenciar através de uma análise reflexiva, competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista na Área de Saúde Familiar (EEAESF), desenvolvida ao longo da unidade curricular ENPRF.

O EF, deve desempenhar um papel central e funcional para garantir o acesso na prestação de cuidados no contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Isto envolve cuidar da família como um todo, bem como de cada um de seus membros em todas as fases da vida e nos diferentes níveis de prevenção. Realçamos, que a família é a unidade fundamental onde os membros interagem socialmente, desempenhando diferentes funções e papéis. Neste contexto, são estabelecidos laços de aliança, filiação e consanguinidade, sujeitos a diversas fases de desenvolvimento (Relvas, 1996).

No cuidar da família, o enfermeiro ocupa um lugar de destaque na promoção da saúde e no cuidado integral (Portugal, 2018). Este cuidado integral exige intervenções do enfermeiro especialista que se estendem para além da promoção e prevenção da doença, como a educação em saúde e na capacitação da pessoa, família e comunidade em relação à sua saúde, sendo as competências descritas e regulamentadas conforme regulamento inframencionado.

Durante este processo de aprendizagem, é nosso intuito adquirir as competências necessárias à prática de cuidados especializados na área de Enfermagem de Saúde Familiar, com base nos objetivos que estabelecemos e nos propusemos alcançar. Tendo em conta as diretrizes do plano de estudos da ESS do IPVC, bem como as competências comuns do enfermeiro especialista estabelecidas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, publicado no Diário da República, as Competências Específicas do EEEASF, conforme estipulado no Regulamento n.º 428/2018, de

16 de julho de 2018, da OE, apostamos no desenvolvimento da investigação em contexto da prática de cuidados. Neste sentido levamos a cabo o estudo de investigação intitulado: “Influência das práticas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar: Contributo do Enfermeiro de

Saúde Familiar”.

O papel dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar é significativo, e o enfermeiro de família pode desempenhar um papel crucial ao apoiar e capacitar os pais para promover um ambiente familiar saudável. Ao fornecer orientação especializada e apoio contínuo, o enfermeiro pode contribuir para o bem-estar nutricional das crianças em idade escolar, onde a alimentação equilibrada e os hábitos alimentares saudáveis são valorizados e praticados.

De referir que que vamos procurar no desenvolvimento das competências o conhecimento, a motivação, a partilha, a comunicação, a ética o acompanhamento familiar esteja presente no nosso percurso de forma a garantir a qualidade dos cuidados. Assim, e de acordo com a OE, vamos cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar; Desenvolver a prática clínica na área da especialidade com responsabilidade profissional, ética e legal ; Desenvolver a prática clínica numa lógica de melhoria contínua da qualidade ; Integrar os pressupostos de gestão dos cuidados na sua prática clínica; Atuar tendo por base o desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A evolução das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar envolve a construção de conhecimento fundamentado em evidências e a procura de novas interpretações que resultem em mudanças na prática, levando a melhorias e assegurando a qualidade dos cuidados de enfermagem.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) surgem como o primeiro contacto dos cidadãos com a prestação de cuidados de saúde, estes são fundamentais na promoção da saúde e prevenção da doença, na prestação de cuidados na doença, e permitem ainda a continuidade dos cuidados através da ligação com outros serviços. Decreto-Lei nº 28/2008, 2008). Desta forma, os CSP devem estar ao alcance de todos os indivíduos, famílias e comunidade.

Se recuarmos no tempo a 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, onde surgiu a primeira definição de CSP, conceptualizados como “ (...) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. “(Declaração Alma Ata, 1978). A partir deste momento muitas iniciativas foram tomadas, criando serviços e programas com o objetivo principal de defender, proteger e tratar a saúde da população.

O Programa do XVII Governo Constitucional, durante os anos de 2005 a 2009, enfatizou a importância dos cuidados de saúde primários como o alicerce fundamental do sistema de saúde. De acordo com o programa, os centros de saúde desempenham um papel crucial como o primeiro ponto de contacto dos cidadãos com os serviços de saúde. Eles têm responsabilidades significativas na promoção da saúde, prevenção de doenças, prestação de cuidados durante a doença e na coordenação com outros serviços para assegurar a continuidade dos cuidados. Como resultado desse contexto, o Decreto-Lei nº 28/2008 foi introduzido. Este decreto-lei, previa a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), os quais foram definidos como "serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, compostos por várias unidades funcionais que agrupam um ou mais centros de saúde". A missão principal dos ACeS era garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica. Essa iniciativa visava fortalecer e aprimorar a prestação de cuidados de saúde primários, fornecendo uma estrutura organizacional mais eficaz e coordenada para atender às necessidades da população em termos de cuidados de saúde primários.

O atual enquadramento legislativo dos CSP segue um modelo voltado para a prestação de cuidados de proximidade pelas USF. Estas unidades são consideradas essenciais na prestação de

cuidados de saúde a nível individual e familiar (Decreto-Lei nº 298/2007, (2007), e servem como um contexto para concentrar a atenção e o foco da prática de enfermagem no sistema familiar.

No AM, a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população é garantida pelo seu Agrupamento de Centros de Saúde, pertencente à ULSAM, Entidade Pública Empresarial (EPE), constituído por 12 centros de saúde, num total de 37 Unidades funcionais: 7 Unidades de Saúde Familiares Modelo B, 9 Unidades de Saúde Familiares Modelo A, 8 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 12 Unidades de Cuidados na Comunidade e 1 Unidade de Saúde Pública. (Serviço Nacional de Saúde, 2023a).

A área de influência da ULSAM, cobre a totalidade do distrito de Viana do Castelo, abrangendo os concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira

O Concelho de Viana do Castelo após a agremiação de freguesias passou a 27 freguesias. Município com 319,02 km² de área e 85 784 habitantes resultando de uma densidade populacional de 268,9 hab./Km² (dados dos Censos 2021) Instituto Nacional de Estatística, representando cerca de 2,26% da população de Portugal e, aproximadamente, 6,50% da população da Região Norte. De referir que o índice de envelhecimento é de 252, o que significa que há 252 idosos para cada 100 jovens. Além disso, há cerca de 2,2 pessoas em idade ativa para cada idoso, em um total de 90.855 famílias (Serviço Nacional de Saúde, 2023a). Portanto, do ponto de vista demográfico, Viana do Castelo é um dos distritos mais envelhecidos do País, com o índice de envelhecimento de 252%, em 2021, valor superior ao da Região Norte (184%) e ao de Portugal (182%), segundo dados dos Censos 2021 (Portugal, 2021).

As freguesias com maior densidade populacional são as que envolvem a sede do concelho. A nível da taxa de atividade, o concelho demonstrou nos últimos censos uma variação acima 0,12% relativamente a 2001 (37,80%), sendo justificado pela diminuição da população residente e população ativa entre os períodos assinalados.

De seguida, apresentamos o mapa do concelho de Viana do Castelo de forma a demonstrar as suas freguesias após a reorganização administrativa de 2013 e podermos evidenciar a região onde desenvolvemos o ENP.

Figura 1- Mapa do Concelho de Viana do castelo



Fonte: <http://mapas.igeo.pt/igp/igp.phtml> (adaptado)

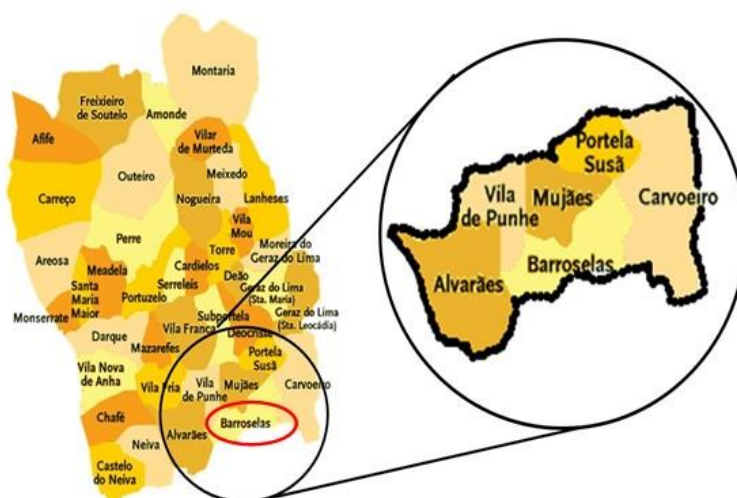
Realçamos que a formação em contexto da prática é essencial para integrar conhecimentos e desenvolver competências dos enfermeiros. Ela é fundamental na socialização e construção da identidade profissional, sendo uma parte crucial do seu desenvolvimento (Carvalho, et al., 2014). Neste sentido para a realização do ENP de forma plena e com o intuito de desenvolver competências comuns e específicas de um Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, é fundamental um ambiente propício para tal. Este estágio decorreu numa Unidade Funcional integrada no ACeS do AM, da qual fazemos a respetiva caracterização e enquadramento conceptual e contextual.

A Unidade Funcional sobre a qual se irá realizar a caracterização e onde se desenvolveu o estágio é uma USF, mais propriamente na freguesia de Barroselas.

A Freguesia de Barroselas dista cerca de 14 Km da cidade de Viana do Castelo, a sede do concelho e do distrito a que pertence. Ocupa uma área de aproximadamente 790 hectares estendendo-

se desde o rio Neiva até aos pontos elevados da serra da Padela. A Sul, estabelece limites territoriais com o concelho de Barcelos. A Norte, com as freguesias vianenses de Mujães e de Vila de Punhe. A Nascente, com a Freguesia de Carvoeiro e a Poente com a freguesia de Alvarães. Foi constituída em 2013, no âmbito de uma reforma administrativa nacional, pela agregação das antigas freguesias de Barroselas e Carvoeiro com sede em Barroselas. A área de abrangência da USF, inclui: Barroselas, Carvoeiro, Mujães, Portela Susã, Vila de Punhe e Alvarães, perfazendo uma área total de 43,6 Km² e com uma densidade populacional de 256,5 hab./km² (Portugal, 2021) .

Figura 2 - Freguesias que integram o Concelho de Viana do Castelo- destaque localização geográfica da USF



Fonte: (Adaptado)

Relativamente às freguesias em análise e pelos dados do quadro, denota-se que a freguesia mais densamente povoada é, indubitavelmente, a de União das Freguesias de Barroselas de Carvoeiro, aquela que regista menor densidade populacional é a de Mujães.

Tabela 1 - Distribuição da População e área por Freguesia

Designação	População	Área
Alvarães	2462	10,24
União de Freguesias Barroselas e carvoeiro	4701	19,39
Mujães	1422	4,90
União das Freguesias de Subportela,	2250	15,77
Vila de Punhe	2064	6,03
Total	12899	56,33

De acordo com o diagnóstico efetuado no âmbito da Rede Social do seu Município, bem como, a análise dos dados censitários existentes, revelaram que a população sofreu um progressivo envelhecimento, sendo que no período 2011-2022, houve uma acentuada perda de população jovem e um aumento da população idosa.

As USF, são pequenas unidades operativas com autonomia funcional e técnica e que contratualizam os objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, garantindo aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017). São constituídas por médicos, enfermeiros e administrativos que se auto organizam voluntariamente e que têm por missão a prestação de cuidados diretos aos seus utentes, concedendo-lhes uma maior autonomia e responsabilização face aos resultados a alcançar.

A USF, Modelo – A, anteriormente designada por Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP) de Barroselas, as UCSP com estrutura e funcionamento idêntico ao das USF, diferindo destas pelo facto de os profissionais não se auto organizarem e não usufruírem de incentivos. A USF conta com 9 meses de atividade sendo que a sua criação se deu em 30 de junho de 2023. A unidade sede fica situada na Rua do Alambique nº 58, 4905-472, freguesia de Barroselas, num edifício já antigo desde 2008. O espaço dispõe de moderadas condições e é partilhado com a Unidade de Cuidados Continuados (UCC), com parecer técnico em 28 de março de 2013 e o início de atividade em 01 de janeiro de 2015. As UCC são constituídas por profissionais que se auto organizam, tendo por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde de uma dada população, prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, ou em situação de doença que requeira acompanhamento mais próximo e contínuo. É ainda, uma Unidade de Serviços de Apoio Geral (USAG) é constituída por uma equipa multiprofissional e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do Centro de Saúde, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do AM e da ULSAM.

A autonomia e articulação da unidade funcional com as restantes unidades, serviços e departamentos da ULSAM estão devidamente detalhadas no manual de processos de

articulação que foi elaborado pelas unidades funcionais do ACeS do AM e aprovado pelo conselho de administração da ULSAM.

A USF é coordenada por uma médica e a equipa multidisciplinar é constituída pelos seguintes profissionais de saúde: 8 médicos de família, 8 enfermeiros de família, 6 secretários clínicos. Dos 22 profissionais acima referidos, dois médicos, dois enfermeiros e dois secretários clínicos estão na extensão. A USF assume a responsabilidade de prestar todos os serviços da carteira básica aos utentes não pertencentes à sua área de influência, exceto o apoio domiciliário que será prestado pela unidade de saúde de proximidade após articulação adequada entre os profissionais envolventes.

Embora não estejam contemplados na legislação das USF como profissionais, é importante referir que a USF tem como colaboradores diretos:

- **Assistentes Operacionais**, cedidas pela USAG de Barroselas e partilhados com as respetivas unidades funcionais, cedência normalizada em Manual de Articulação;
- **Nutricionista**;
- **Assistente Social**;
- **Outras colaborações**: Enfermeiro com funções de chefia da UCC de Barroselas:

Permitindo a articulação com outras Unidades Funcionais USAG de Barroselas, Gabinete do Cidadão e UCC de Barroselas.

Esta USF está integrada no ACeS do AM, da Administração Regional de Saúde (ARS) Norte (N), por sua vez integrado na ULSAM, EPE, é uma das suas USF em Modelo A, desde junho de 2023, conforme referi anteriormente. Existe ainda um Polo integrado nesta USF. Relativamente ao horário de atendimento, a USF funciona das 08h às 20h de segunda a sexta-feira, e encontra-se encerrada aos sábados, domingos e feriados. Nestes dias, os utentes têm de se dirigir ao serviço de atendimento complementar de fim de semana que funciona no edifício de uma USF, em Viana do Castelo (Serviço Nacional de Saúde, 2023b).

Os enfermeiros da USF possuem uma lista de utentes pertencentes a uma determinada área geográfica, prestando todos os cuidados necessários ao longo de todo o ciclo vital. Os utentes da USF são atendidos, preferencialmente, pelo seu Enfermeiro de Família, mas no caso da sua ausência a USF garante um sistema de substituição para que o acesso a cuidados de enfermagem seja assegurado. Fornece ainda um conjunto básico de serviços que inclui a implementação de vários programas, como: programas de saúde infantil e juvenil, programa de

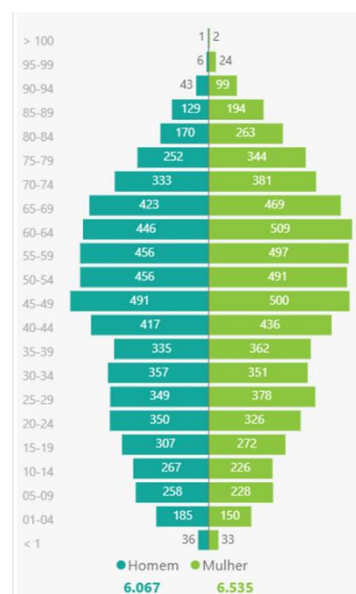
planeamento familiar, programa de saúde materna, programa de rastreio oncológico, gestão da doença crónica, programa de saúde do idoso, programa de saúde do adulto, programa de visitação domiciliária, programa nacional de vacinação, programa de cuidados em situações de doença aguda (consulta aberta) e tratamentos curativos e medicamentosos (UCSP, 2022).

A USF tem como missão prestar cuidados de saúde globais, de forma contínuo e personalizada, visando sempre uma melhoria do estado de saúde da população abrangida, bem como a visão de ser uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, humanizados, adequados   população, próxima das suas famílias e utentes, com base num trabalho de equipa empreendedor, sustentável e eficiente, proporcionando mais e melhor saúde, confiança e satisfação.

No que diz respeito aos valores, pretendem ser uma equipe competente, dinâmica, minuciosa e criativa. Procuram interagir com os utentes e famílias, convictos de que o comprometimento pessoal e profissional resultará em excelência nos serviços, promovendo a corresponsabilidade, acessibilidade, qualidade e competência. (UCSP, 2022).

A 31 de Dezembro de 2023 na USF encontravam-se inscritos 12 602 utentes, perfazendo uma média de cerca de 1575 utentes por enfermeiro. Podemos observar, através da pirâmide etária da população inscrita na USF, apresentada na Figura 3, que a distribuição de utentes por sexo é relativamente equivalente já que 6.067 são do sexo masculino (46,56%) e 6.535 do sexo feminino (53,44%). Não há diferenças significativas entre os dois sexos ao longo do ciclo vital e em qualquer um dos sexos a faixa etária entre os 07-64 representa o maior número de utentes. Relativamente ao  ndice de dependência total de 55,85%, sendo 17,1 % jovens e de 38,75% idosos (Serviço Nacional de Saúde, 2023b).

Figura 3 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF em (dezembro/2023)



Fonte: dados populacionais da PAUF existentes na base de dados do RNU a 31 de outubro de 2023)

2.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Para a realização do ENP que tem como grande objetivo desenvolver competências no âmbito da intervenção do enfermeiro de família, impõe que seja efetuado um diagnóstico de situação de forma a identificar áreas lacunares apresentadas pela equipa de saúde e identificadas por nós aquando as primeiras semanas de estágio. Convém ressaltar que um diagnóstico não é estático, ele é dinâmico, flexível e que vai exigindo a monitorização e avaliação do implementado. Um diagnóstico requer conhecimento científico para realizar intervenções em saúde de maneira eficaz. Na prática, fazer um diagnóstico significa identificar as mudanças que compõem um determinado problema no qual pretendemos intervir. Identificar necessidades significa entender o ambiente em que estamos inseridos para recolher informações sobre as necessidades de saúde da população. Essas informações serão usadas para realizar intervenções de forma mais direta e rápida (Nunes,2020). A primeira etapa da metodologia do projeto é o diagnóstico da situação, que consiste principalmente em identificar um problema e serve como ponto de partida para as ações subsequentes. Segundo Tavares (1990), o diagnóstico de situação é o ponto inicial do planeamento em saúde, através do qual se consegue identificar o estado de saúde da população em questão, os seus principais problemas de saúde e os elementos que as influenciam. Também para Imperatori e Giraldes (1993), a etapa inicial do planeamento em saúde, é o diagnóstico de situação, tem como principal objetivo aprofundar o conhecimento sobre os problemas de saúde, a fim de determinar as necessidades reais de uma determinada população. De acordo com Tavares, citado por Ferrito et al., (2010), o diagnóstico deve atender às necessidades de saúde das populações, visando resolver ou reduzir os problemas identificados, além de otimizar ou aumentar a eficácia dos serviços prestados às populações.

Neste ponto de vista, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da saúde familiar, ao realizar diagnósticos de situação para promover a saúde e capacitar a família, está a ampliar significativamente as oportunidades de atuação para tornar as famílias mais equitativas (Loureiro & Miranda, (2018).

Para que o projeto atingisse o diagnóstico da situação em contexto, vários elementos precisaram ser considerados e avaliados antecipadamente. Estes elementos incluíram a população alvo, a seleção e caracterização do instrumento de recolha de dados, questões éticas e a metodologia de análise dos dados. Estas atividades foram realizadas durante o estágio, que ocorreu entre outubro e novembro de 2023, e as restantes fases do planeamento em saúde foram definidas e implementadas ao longo do Estágio. Portanto, durante a primeira semana, realizou-se uma avaliação inicial das necessidades da equipa de saúde. Para recolher

informações, foram usadas estratégias como observação da estrutura, análise de protocolos e entrevistas com a equipa de saúde, incluindo a enfermeira coorientadora, a enfermeira formadora e outros membros durante reuniões da equipa. Na primeira fase (diagnóstico) foi realizado o estudo das práticas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar e, nessa sequência, surge este projeto de intervenção por forma a mitigar os problemas prioritários identificados. Segundo Melo, na realização de um projeto, a “finalidade é o objetivo mais genérico do projeto e relaciona-se com a grande área temática do mesmo.” (Melo, 2020, p.24). Assim sendo e conforme planeado, iniciamos este projeto com o diagnóstico de situação e a definição do tema *Influência das práticas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar: Contributo do enfermeiro de saúde familiar*.

Assim, foram elencadas um conjunto de necessidades e apreensões: desde a saúde alimentar da criança em idade escolar; a família e as práticas dos pais na alimentação das crianças; as intervenções do enfermeiro de família como educador.

A partir das informações colhidas, identificaram-se necessidades e recorreu-se a uma análise SWOT e foram avaliados tanto os pontos fortes quanto as áreas que precisavam de melhoria. A equipe demonstrou grande motivação para novas aprendizagens e apresentou ampla experiência na gestão da saúde alimentar de crianças em idade escolar. No entanto, foi observada uma certa fragilidade na gestão das práticas alimentares dos pais das crianças em idade escolar.

Dos vários pontos identificados na alimentação das crianças em idade escolar e tendo em conta as prioridades selecionaram-se dois temas para desenvolver – a família e as práticas alimentares e a intervenção do enfermeiro de família como educador. Para este último foi proposto pela enfermeira coorientadora a elaboração de um protocolo de intervenção na alimentação das crianças em idade escolar que equipa ainda não tinha realizado.

Desta forma, tendo em consideração as prioridades identificadas no diagnóstico da situação da unidade e coincidindo com os interesses e necessidades individuais no desenvolvimento de competências como enfermeira especialista, nos próximos pontos serão explanados como foram desenvolvidas as atividades realizadas para dar resposta.

3. DIMENSÃO INVESTIGATIVA EM SAÚDE FAMILIAR

A Enfermagem Saúde Familiar é definida por Hanson (2005, p.8) como “o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem (...) pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade”. Ela, foca-se em oferecer respostas abrangentes para os problemas reais e potenciais enfrentados pelas famílias, adotando uma abordagem colaborativa. Essa abordagem destaca as capacidades e recursos dos membros da família, com o objetivo de apoiá-las na procura de soluções para os desafios identificados.

Intervir junto da família e com a família, exige que se vá estabelecendo interações de confiança, de forma a promover a saúde em vez de tratar a doença. É fundamental, que o foco das nossas intervenções esteja na promoção da saúde familiar e do seu bem-estar integrando a saúde individual dos membros da família, com ênfase nas forças e recursos necessários para resolver efetivamente problemas reais e potenciais. Neste sentido, abrange uma variedade de conhecimentos derivados da pesquisa sobre o seu foco de estudo (Alligood & Tomey 2004).

Realça-se que apoiar a família e acompanhá-la exige ao enfermeiro especialista uma série de competências, como cognitivas, técnicas, humanas, bem como éticas, e, de investigação.

A evidencia científica vem demonstrando a necessidade de se produzir conhecimento em contexto de práticas clínicas, nomeadamente na área de enfermagem de saúde familiar que ainda se encontra numa fase muito insípida. Assim, levar a cabo pesquisas na prática dos cuidados é fundamental para a melhoria dos cuidados, para informar as políticas de saúde e de educação dos profissionais de saúde e melhorar a literacia dos cidadãos.

Durante a nossa atividade profissional nos cuidados de saúde primários, bem como, o diagnóstico de necessidades realizado no ENP, constatamos que uma das áreas problemas reside na saúde alimentar das crianças em idade escolar e que carece de mais evidencia de forma a promover a saúde das crianças e prevenir complicações quer a nível imediato, quer a nível tardio.

Segundo Fortin et al. (2009), a investigação científica é um método de excelência para obter novos conhecimentos essenciais para responder a uma pergunta específica sobre um determinado assunto. Ela é caracterizada por ser rigorosa e sistemática, o que a diferencia de outras formas de adquirir conhecimento.

Neste capítulo, serão apresentados de seguida os conceitos centrais, o percurso metodológico, a apresentação e discussão dos resultados e a conclusão mais evidente dos resultados.

3.1 JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este ponto apresenta a explicação que valida a relevância deste estudo e ajuda a formular o problema, a questão de investigação e os objetivos. Isto ocorre porque as questões surgem diretamente do objetivo e fornecem a informação desejada (Fortin, 2009).

Atualmente, é comum concordar que uma alimentação saudável na infância oferece benefícios duplos. Não apenas auxilia no desenvolvimento mental e no crescimento apropriado para a idade, mas também auxilia na prevenção de várias doenças ligadas a hábitos alimentares inadequados e desequilibrados.

É amplamente aceite que os primeiros anos de vida desempenham um papel crucial na transmissão de conhecimentos essenciais, especialmente no que se refere à alimentação, estabelecendo assim hábitos saudáveis que podem perdurar ao longo da vida. Os hábitos alimentares formados durante a infância exercem influência significativa nos padrões alimentares na vida adulta.

Durante a infância, a família tem um papel fundamental não apenas na seleção dos alimentos oferecidos, mas também na influência sobre os hábitos alimentares das crianças. Os pais desempenham o papel de educadores nutricionais primários e têm uma responsabilidade significativa nesse aspeto. Ao considerar a família como o contexto inicial e primordial de socialização e aprendizagem, ela desempenha um papel crucial e predominante na promoção de estilos de vida saudáveis (Menezes et al., 2011). Também Sousa (2018), refere a promoção de hábitos saudáveis na infância requer colaboração com a família, envolvendo-os como parceiros na promoção da interiorização contínua e duradoura de comportamentos saudáveis. Neste sentido, a promoção da alimentação saudável, proporciona a informação e capacitação das famílias e crianças, para que tomem decisões saudáveis ao escolher e consumir alimentos, e adquiram competências e conhecimentos que promovam ganhos em saúde a longo prazo. É crucial oferecer aos consumidores as ferramentas necessárias para que possam fazer escolhas e adotar comportamentos mais apropriados e corretos, tendo em conta os aspetos educacionais da população, uma vez que isto é central para muitas das questões relacionadas à interação entre alimentação e saúde (Luís, 2010).

Os enfermeiros de família são encarregados de conduzir as famílias, junto com as crianças, sobre os impactos da obesidade e os hábitos alimentares saudáveis, usando educação para a saúde e táticas para melhorar a qualidade de vida das crianças e famílias.

O objetivo é capacitar os pais a melhorar o conhecimento e habilidades relacionadas com a alimentação saudável dos filhos, com o propósito de criar um ambiente alimentar positivo para as crianças.

Carrillo, I. et al. (2020), reforçam que: “Os resultados conflitantes e a escassez de literatura sugerem a necessidade de mais estudos multicêntricos em larga escala para garantir que o cuidado de enfermagem seja baseado nas melhores evidências disponíveis e abordar questões mais holísticas” (p.12). Segundo Fortin (2009), o investigador deve garantir que a pergunta inicial seja relevante, tanto em termos de seu valor e contribuição para as pessoas e a sociedade, quanto para o corpo de conhecimento de uma disciplina, bem como sua importância para a prática profissional e o avanço científico. Para Lucio et al. (2013) a importância da formulação de perguntas de pesquisa reside no fato de que essas perguntas são as que queremos responder ao concluir o estudo para atingir os objetivos.

Após a revisão da literatura, verificou-se a magnitude do problema com o facto de ser reconhecido que as famílias têm uma grande influência na saúde das crianças, e que as crenças e conhecimentos dos pais sobre alimentação, influenciam as suas atitudes e comportamentos educacionais, particularmente na educação alimentar. Neste sentido, todo paragrafo é dedicado ao processo que envolve a investigação acerca da problemática à qual pretendemos estudar: a evolução do conhecimento dos pais sobre a alimentação infantil em idade escolar. Face a esta realidade surge a necessidade da elaboração deste estudo. Para tal, considera-se a seguinte questão de investigação: **Qual a prática quotidiana dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar?**

Assim, para uma melhor compreensão do problema, foram formuladas as seguintes questões orientadoras:

- Qual a perceção dos pais acerca do contributo do Enfermeiro de família na saúde alimentar das crianças em idade escolar?
- Qual o significado dos pais sobre uma alimentação saudável?
- Qual a prática alimentar dos pais em crianças em idade escolar?
- Qual as crenças dos pais relativo a saúde escolar nas crianças em idade escolar?

Achamos adequado focar em iniciativas de promoção da saúde para este grupo etário, pois a fase dos 10 aos 11 anos é crucial para o desenvolvimento físico, mental e emocional das crianças. Durante esse período, elas passam por diversas mudanças e transições, o que oferece uma oportunidade ideal para estabelecer hábitos saudáveis no futuro e na vida adulta (Rego et al., 2010). É crucial ter em mente que a formação de hábitos alimentares saudáveis é algo que ocorre gradualmente e que cada criança tem particularidades. Além disso, é essencial estabelecer um ambiente positivo em relação à comida, sem impor pressões excessivas, para promover uma relação saudável com a alimentação ao longo da vida.

Os objetivos de um estudo de investigação determinam a abordagem que o investigador usará para encontrar respostas à questão de investigação. Eles devem indicar nitidamente o resultado que o investigador deseja alcançar (Fortin, 2009).

Definimos como objetivo geral desta investigação: **Conhecer as práticas quotidianas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar.** A finalidade é obter informações sobre as rotinas diárias dos pais no que diz respeito à alimentação das crianças em idade escolar. Isso inclui compreender os hábitos alimentares, as escolhas de alimentos, as práticas culinárias, a organização das refeições, e a influência dos pais no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis nas crianças.

Sendo de seguida definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as perceções dos pais relativamente às intervenções do enfermeiro de família na saúde alimentar das crianças em idade escolar;
- Identificar nos pais o significado de uma alimentação saudável;
- Identificar as práticas alimentares dos pais com crianças em idade escolar;
- Identificar as crenças dos pais relativo à saúde alimentar das crianças em idade escolar;
- Identificar necessidades dos pais relativo à saúde alimentar das crianças em idade escolar;
- Identificar dificuldades dos pais relativo à saúde alimentar das crianças em idade escolar.

A definição destes objetivos desempenha um papel crucial na determinação do paradigma a seguir, pois estabelece as bases para a tomada de decisões e ações que moldam o caminho em direção ao sucesso desejado.

3.2 CONCEITOS CENTRAIS DE ESTUDO

Este capítulo desenvolve a moldura conceptual executada para caraterizar o fenómeno em análise. Concretiza-se uma abordagem inicial ao conceito em saúde alimentar da criança em idade escolar, a família e as práticas dos pais na alimentação da criança e a intervenção do enfermeiro de família como educador para a saúde alimentar.

3.2.1 A saúde alimentar da criança em idade escolar – conceptualização

Na fase da idade escolar a criança ainda é muito dependente do adulto, sendo influenciada pelas experiências que lhe são proporcionadas e pelo ambiente em que vive. Associa o estilo de vida da criança e os riscos para a saúde aos seus cuidadores principais, bem como ao ambiente em que esta reside. É também nesta fase, que a criança se encontra envolvida em diferentes contextos que lhe possibilitam a aquisição de novas competências e aprendizagens. Aqui começa a ser cada vez mais autónoma e capaz de ser responsável por certas escolhas comportamentais saudáveis e de prevenção, onde se pode inserir as preferências alimentares que esta faz fora das refeições principais (Barros, 2003). Carmo et al. (2014), refere que é durante a infância e a adolescência que se efetuam importantes opções de estilos de vida decisivos para futuros riscos e para a salubridade na idade adulta, pelo que, desde cedo, ao iniciar-se a formação na fase pré-escolar, a consciencialização para hábitos e práticas alimentares saudáveis é de todo primordial. É necessário capacitar o indivíduo para que possua recursos que lhe possibilitem efetuar escolhas saudáveis.

Nesta fase da saúde alimentar, os objetivos centrais são a correção de hábitos alimentares inadequados, a promoção da adoção de hábitos de atividade física contínua e adequada, e o fornecimento de conhecimentos que sustentem atitudes positivas em relação a comportamentos saudáveis e rejeição de comportamentos impróprios. Acreditamos firmemente que ao trabalhar esses aspetos, podemos contribuir significativamente para a promoção de uma vida saudável e prevenir futuros problemas de saúde relacionados à alimentação e o estilo de vida (Barros,2003).

Alguns dos objetivos nesta fase da saúde alimentar, passam pela correção dos hábitos alimentares, o estabelecimento de hábitos de atividade física contínua e adequada, aquisição conhecimentos que sustente atitudes positivas face a comportamentos saudáveis e de rejeição perante comportamentos impróprios. Considerar o bem-estar e o ser-se saudável, encarando estes aspetos como dependentes da própria vontade, também são aspetos importantes (Barros, 2003).

Ao falar sobre alimentação, é essencial adotar uma abordagem holística que leve em consideração diversos aspectos, desde a qualidade nutricional dos alimentos até fatores culturais, emocionais e ambientais que influenciam as nossas escolhas alimentares. Portanto, é pertinente, que saibamos diferenciar alimentação de nutrição, com estas duas definições será mais fácil de entendermos o estilo de vida saudável. No entanto, estes termos dizem respeito a realidades distintas, ainda que exista uma ligação entre elas.

A alimentação independentemente do contexto em que se move e da cultura que perfilha, surge como uma das principais determinantes de saúde (Loureiro, 2004). Define-se como “um processo de seleção de alimentos, fruto das preferências, das disponibilidades e da aprendizagem de cada indivíduo, processo esse que lhe permite escolher e distribuir as refeições ao longo do dia, de acordo com os seus hábitos e condições pessoais” (Breda & Nunes, 2001, p.14).

Porem, o conceito de nutrição abrange o estudo dos elementos que constituem os alimentos e dos processos pelos quais o organismo digere, metaboliza, absorve e elimina os nutrientes obtidos por via da alimentação que são necessários para um funcionamento adequado do organismo no seu desenvolvimento, crescimento e manutenção de funções vitais (Brito et al., 2017).

É a partir deste conhecimento que é possível definir, por um lado, o que são hábitos e escolhas alimentares saudáveis e, por outro, alertar para os comportamentos que são ou podem tornar-se prejudiciais à saúde.

Portugal, tem uma tradição ligado à alimentação mediterrânica devido à sua localização geográfica. Esta é considerada um dos padrões alimentares mais saudáveis e completos. Evidencias científicas, concluíram que as populações do sul da Europa estavam protegidas contra doenças cardiovasculares e certas doenças oncológicas. Concluíram, também, que a adoção deste padrão alimentar reduziu em 23% o risco de morte por doença (Minderico & Teixeira, 2008). Porém, os portugueses estão a afastar-se cada vez mais deste tipo de dieta mediterrânica.

Uma criança em idade escolar, usualmente, já tem um padrão alimentar bem definido, bem como as suas preferências alimentares (Lucas & Feucht, 2010). Em contrapartida, é um período de desenvolvimento em que a criança se encontra envolvida em diferentes contextos que lhe possibilitam a aquisição de novas competências e aprendizagens, daí que seja de extrema importância incentivar os hábitos alimentares saudáveis, estando ciente de que os hábitos adquiridos nestas idades orientam a criança neste período de tomada de decisão e de responsabilidade e prevalecem ao longo da vida.

Assim sendo, o estado nutricional da criança é de particular interesse, a mudança na sociedade moderna, a maior disponibilidade e acessibilidade a alimentos altamente calóricos e pobres em nutrientes, têm influenciado os estilos de vida e, conseqüentemente, o aumento da obesidade infantil (Cardoso, 2013).

A alimentação em idade escolar, ao mesmo tempo que integra um fator fundamental para o crescimento e desenvolvimento, pode também ser um dos principais fatores de prevenção de algumas doenças na idade adulta (Resende, et al. 2007). Admite-se, hoje, que uma alimentação saudável durante a infância é extremamente benéfica, pois, por um lado, facilita o desenvolvimento intelectual e o crescimento adequado para a idade e, por outro, previne uma série de doenças relacionadas com uma alimentação incorreta e desequilibrada, como a obesidade, a anemia, a desnutrição, as cáries dentárias, o atraso de crescimento, entre outras (Rêgo et al., 2010, citado por Aparício, 2016).

Para se manter uma alimentação saudável é importante assegurar a segurança alimentar, a diversidade tendo em conta todas as necessidades de nutrientes essenciais, a variedade de forma a evitar excessos ou défices de nutrientes e manter a proporcionalidade entre os diferentes grupos de alimentos. Para que as regras sejam cumpridas os cuidadores e todos os adultos com quem a criança se relaciona, devem servir de modelos para uma alimentação saudável (Cabral et al., 2005).

Assim sendo, os hábitos alimentares saudáveis desde a infância proporcionarão níveis ideais de saúde e favorecerão os desenvolvimentos físico e intelectual adequados, reduzindo os transtornos causados pelas deficiências nutricionais e prevenindo a manifestação da obesidade, distúrbios alimentares e doenças na idade adulta (Paiva, 2010). Para isto, é necessário um adequado processo de aprendizagem alimentar, para o qual, muito contribui o desenvolvimento social e emocional da criança e a qualidade da relação cuidadores-filhos.

Na idade escolar, tal como nas outras fases de desenvolvimento, a alimentação saudável é um dos fatores decisivos para o adequado crescimento, desenvolvimento e manutenção da saúde das crianças. Desta forma, o consumo de alimentos deverá ser adequado às necessidades das crianças nesta fase, e deverá incluir os diferentes nutrientes pertencentes aos grupos da Roda dos Alimentos, em porções equilibradas e variadas dos alimentos (Ogden, 2010). Relativamente a uma alimentação saudável, importa lembrar que a “Roda da Alimentação Mediterrânica” é uma excelente ferramenta de educação e ensino, bem como de orientação das escolhas alimentares (Franchini et al., 2016).

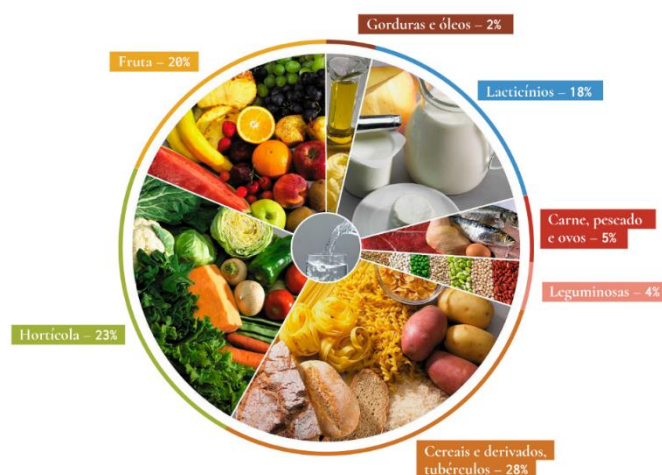
Segundo Portugal, (2023) a Roda dos Alimentos, é o guia que nos ajuda a selecionar e a combinar os alimentos que devem fazer parte da nossa alimentação diária. Foi concebida no âmbito da campanha de educação alimentar “Saber Comer é Saber Viver”, de 1977. No entanto sofreu alterações a nível organizacional, passando a ser composta por 7 grupos mais a representação da água no centro (7+1).

Cada grupo inclui alimentos com composição relativamente semelhante e que fornecem determinado tipo de nutrientes, com funções equivalentes em termos nutricionais. Os Grupos de alimentos mostram diferentes dimensões, identificando os grupos que devem estar presentes em maior quantidade na nossa alimentação (grupos de maior dimensão) e os grupos que devem estar presentes em menor quantidade (grupos de menor dimensão).

Este tipo de classificação visa facilitar o conhecimento do valor alimentar dos diferentes alimentos, colocando no mesmo grupo, aqueles que apresentam entre si maiores afinidades em termos de valor nutricional.

Conforme a Figura 4 a roda dos alimentos pretende transmitir como mensagem que se deve comer diariamente alimentos de todos os grupos na proporção em que se encontram representados, (cereais e derivados, tubérculos – 28%, Hortícolas – 23%, Fruta – 20%, Lacticínios – 18%, Carne, pescado e ovos – 5%, Leguminosas – 4%, Gorduras e óleos – 2%). Deve-se variar o mais possível os alimentos dentro de cada grupo não devendo esquecer nem exagerar em nenhum deles (Portugal, 2023).

Figura 4 - Roda dos Alimentos



Fonte: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>

A alimentação deve ocorrer ao longo do dia, por 5 a 6 refeições diárias, em intervalos regulares (Breda & Nunes, 2001).

As crianças em idade escolar deverão consumir, por dia, três porções (30g) de carne ou peixe, três porções (240 ml) de leite, três a quatro porções (100g) de hortaliças ou outros produtos agrícolas e duas porções (100g) de frutas, segundo Coimbra e Amaral (1994). As crianças deverão efetuar todas as refeições (pequeno almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar) de forma equilibrada, variada e completa. As porções calóricas indicadas para as crianças em idade escolar variam entre as 1800 e as 2000 calorias, nas situações em que as crianças praticam uma atividade física moderada (WHO, 2001).

Como já referido anteriormente para manter uma vida saudável, é essencial consumir uma variedade adequada de alimentos. Esses alimentos fornecem nutrientes que sustentam as funções vitais do corpo, como respiração, regulação da temperatura, movimento, crescimento, atividades recreativas e trabalho. Os componentes dos alimentos são chamados de nutrientes. Com base nas propriedades químicas, podem ser classificados em hidratos de carbono, proteínas, gorduras, vitaminas, sais minerais, fibras alimentares e água. Estes sete grupos de nutrientes desempenham três funções essenciais no corpo humano: função energética, função plástica ou reparadora e função reguladora. Na função energética uma das funções principais dos alimentos é fornecer energia ao corpo para garantir o funcionamento adequado e manter as atividades vitais. Esta energia é essencial para manter a temperatura corporal estável e possibilitar a atividade muscular (Breda & Nunes, 2001)

Função plástica ou construtora para Breda e Nunes (2001), os nutrientes plásticos ou construtores referem-se principalmente às proteínas, que são essenciais para a composição de todos os tecidos. Estas contribuem para a regeneração e crescimento dos tecidos, bem como para a formação daqueles que passam por renovação constante. Alguns sais minerais, como cálcio e fósforo, que compõem os ossos, e o ferro presente no sangue, juntamente com a água, que é necessária para o bom funcionamento das células, também desempenham funções plásticas (Breda & Nunes, 2001).

Função reguladora pode ser expressa de outra forma como nutrientes reguladores. Estes são nutrientes que, mesmo não fornecendo energia, promovem e facilitam quase todas as reações bioquímicas no organismo humano. Sem a sua ação, a vida não seria possível, nem os outros nutrientes seriam corretamente aproveitados. Os nutrientes reguladores mais importantes incluem as vitaminas, os minerais e as fibras alimentares (Breda & Nunes, 2001).

Os hábitos alimentares adquiridos durante a infância determinam os comportamentos alimentares na idade adulta. Usualmente, estas rotinas traduzem-se nas crenças, atitudes e comportamentos familiares sujeitos por fatores de ordem económica, social e cultural. Também os fatores ambientais, como a escola e os meios de comunicação social, redes sociais, têm demonstrado uma grande influência nas práticas alimentares das crianças (Ogden, 2003). Contento & Michela (1986), confirmaram a existência de conciliação entre as crenças sobre determinados alimentos e a ingestão dos mesmos a partir do estágio operativo concreto.

Desta feita, as doenças relacionadas com a alimentação são um problema de Saúde Pública, pois mostram um perfil epidemiológico de extrema desigualdade social, cujas causas e consequências têm sido alvo de análise, de modo a orientar políticas de saúde e nutrição (Aparício, 2016).

Também as mudanças sociais sucedidas nas últimas décadas conduziram a alterações significativas nos estilos de vida das pessoas e, consequentemente, a um aumento da prevalência do excesso de peso e da obesidade infantil nos países desenvolvidos, nomeadamente em Portugal (Adan et al., 2007; Baine et al., 2010).

A evidência científica patenteia que apesar do excesso de peso e/ou obesidade apresentarem natureza multifatorial (Correia, 2004, citado por Araújo 2012), os estilos de vida, particularmente os relacionados com a alimentação desempenham um papel significativo, não só como fator desencadeante (Sobral, 2001), mas, também, ao nível da prevenção e tratamento (WHO, 2020).

Portanto a presença de obesidade nesta faixa etária tem sido associada ao aparecimento precoce de patologias, que comprometem a qualidade de vida e o bem-estar na idade adulta.

A palavra obesidade, de origem etimológica no latim, significa gordura excessiva, é definida pela Organização Mundial de Saúde como uma doença na qual existe uma acumulação excessiva de gordura corporal, de tal forma que a saúde pode ser adversamente afetada (Anjos, 2006).

Neste contexto e, de acordo com a OMS (WHO, 2020), a obesidade é considerada uma epidemia global do século XXI, sendo a segunda causa de morte mundial. Portugal não foge à regra, verifica-se um aumento preocupante da obesidade em todos os grupos etários, abrangendo todos os níveis socioeconómicos e educacionais, com início na infância (Pais-Ribeiro & Viana, 2005).

O excesso de peso nas crianças está a aumentar em todas as regiões do mundo, com um número crescente de crianças, com idades inferiores a 5 anos, a apresentarem excesso de peso. Neste cenário, a OMS apresenta como meta até 2025 uma estabilização no aumento do excesso de peso entre as crianças. Paralelamente a este aumento significativo, a obesidade na infância está

associada a uma série de complicações de saúde graves e a um risco aumentado de início prematuro de doenças relacionadas (WHO, 2020). Ou seja, o aumento da sua prevalência nas últimas décadas, tem implicações sérias na saúde das crianças, pois, considerando a obesidade uma patologia, esta está associada a diversas comorbidades, como um aumento da resistência à insulina, diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial, dislipidemia, problemas ortopédicos, neurológicos e gastrointestinais. Para além de que, as crianças obesas, podem apresentar problemas de ordem psicossocial, nomeadamente baixa autoestima e humor deprimido, podendo ser alvo de discriminação pelas outras crianças (Branco et al., 2011).

A etiologia da obesidade tem origem em vários fatores. Como vários estudos demonstram, existe uma forte influência genética na obesidade, mas são os fatores ambientais que mais interferem na importância da manifestação desta doença, nomeadamente o comportamento alimentar inadequado e a inatividade física. Além destes fatores, outros têm sido relacionados com o risco de excesso de peso e obesidade, concretamente o peso de nascimento, o aleitamento materno exclusivo, o estado nutricional parental, o grau de instrução parental, o número de horas de televisão, o número de horas de sono e o tipo de família (Branco et al., 2011).

Os estudos realizados até à data sustentam que, sem intervenção, crianças e adolescentes com obesidade provavelmente continuarão a ser obesos até a idade adulta (WHO, 2020).

Neste sentido a aquisição das práticas alimentares saudáveis na infância é determinante na saúde das crianças e, posteriormente, na sua saúde enquanto adultos. A Direção Geral de Saúde (Portugal, 2005), defende que a alimentação: “assegura a sobrevivência do ser humano; fornece energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo; contribui para a manutenção do nosso estado de saúde físico e mental; desempenha um papel fundamental na prevenção de certas doenças (exemplo: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipos de cancro, etc.) e contribui para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes.”

De forma a prevenir o surgimento destas doenças, é necessário incentivar, o desenvolvimento de hábitos de alimentação saudável desde os primeiros anos de vida, (Lalanne, et al., 2011). São vários os autores que vêm reforçar esta ideia quando asseveram que para promover a saúde do indivíduo e prevenir doenças relacionadas com a alimentação é necessária uma alteração dos comportamentos alimentares (Melo & Tapadinhas, 2012; Ramos & Stein, 2000).

Uma dieta saudável e variada é fundamental para a saúde das crianças, mesmo que estas tenham alguns alimentos favoritos. O método Estivill: método para ensinar as crianças a comer, tem como objetivo não só que a criança coma, mas que aprenda a comer bem e de tudo. Neste método o essencial é ter uma atitude positiva por parte dos pais e dos educadores, pois estes são promotores de bons hábitos alimentares, incentivando as crianças a comer um pouco de tudo e com moderação. Instrui os pais/educadores a compreender e enfrentar algumas dificuldades relacionadas à alimentação infantil, como a entender certas causas que levam às crianças a deixar de comer. Pois segundo este modelo, as crianças não deixam de comer sem motivo. Temos de compreendê-las e contornar o problema sem tornar obsessão e motivo de preocupação para os pais.

O fundamental neste método é uma atitude positiva por parte dos pais e dos educadores, pois ajudará sempre a resolver situações difíceis (Estivill & Domènech, 2008).

Com isto, concluímos que a educação para a saúde alimentar é um processo contínuo que visa capacitar as pessoas a adotarem comportamentos alimentares saudáveis ao longo da vida. Essas estratégias podem ser adaptadas às necessidades específicas de diferentes comunidades e indivíduos. É importante a promoção de estilos de vida ativos, acesso a serviços de saúde e medidas para abordar determinantes sociais da saúde. Bem como continuar a realizar educação/formação/programas aos pais para que promovam uma alimentação saudável em idade escolar, pois através destes projetos as crianças poderão efetuar opções mais conscientes em relação aos alimentos. Além disso, como já foi mencionado, são as práticas alimentares adotadas nesta fase de desenvolvimento, que irão prevalecer na idade adulta. Como é defendido pelos estudos de Ainsworth et al., (2004) e Birch et al. (2007), verificamos que é elementar envolver os pais nas atividades realizadas com as crianças e que é essencial fornecer recomendações e esclarece-los sobre as práticas alimentares na infância. Uma intervenção breve e ativa poderá iniciar o processo de mudança em relação à alimentação das crianças em idade escolar. Ao adotar uma abordagem de promoção da saúde, a sociedade pode trabalhar para criar condições que permitam que as pessoas alcancem seu melhor estado de saúde possível e melhorem sua qualidade de vida a longo prazo.

3.2.2 A família e as práticas dos pais na alimentação da criança em idade escolar

A família, os fatores sociais e os fatores ambientais são apresentados na literatura como os principais fatores de influência do padrão alimentar das crianças (Ramos & Stein, 2000; Moreira et al., 2008). É no seio familiar, sendo o sistema social primário, dentro do qual a criança se

desenvolve, que se formam comportamentos alimentares através de uma aprendizagem social, sendo que efetivamente, os pais apresentam-se como grandes promotores deste processo (Scaglione, Salvioni & Galimberti, 2008; Ramos & Stein, 2000). Para Dias e Moraes (2012), uma das principais responsáveis pelo desenvolvimento, pela educação, pela afetividade, pelo conforto, pela proteção e segurança da criança, é a família, pois possui um papel vital na formação de cada sujeito, consiste no elo entre o mundo e a sociedade. Efetivamente, a forma como a família interage com as suas crianças durante as refeições é fundamental para a formação desses mesmos hábitos. Estes são aprendidos durante a infância e conforme salienta Barbosa et al., (2021) é nesta etapa da vida, que é formada a personalidade e são criados modelos que serão a base do comportamento da criança na idade adulta.

Para Ramos e Stein (2000), é na infância que os hábitos alimentares se criam, sendo importante o conhecimento dos seus determinantes para que seja possível sugerir processos mais efetivos de uma alimentação mais saudável junto das crianças.

Para Moreira (2020), é na infância que a família, nomeadamente os pais, assumem um papel fulcral na formação do comportamento alimentar da criança, sendo por esta razão, considerados como os primeiros educadores alimentares. As crianças ainda não têm autonomia, ou seja, este processo fica a cargo dos cuidadores, até a criança adotar de forma progressiva e independente as suas decisões. A responsabilidade sobre a criação dos hábitos alimentares das crianças não está somente dependente da família, isto porque fatores culturais e psicossociais, como a escola, as redes sociais, as condições socioeconómicas e culturais, também exercem grande influência neste processo. Estes fatores são vistos como potencialmente transformáveis e apresentam uma enorme influência no processo de construção das práticas alimentares não só da criança, mas também do indivíduo adulto (Ramos & Stein, 2000; Rossi et al., 2008)

As famílias têm um grande impacto na saúde das crianças, na medida em que constituem o seu primeiro ambiente de aprendizagem. A família é, portanto, o primeiro e o principal contexto de socialização da criança, esta proporciona um relacionamento intergeracional e constitui, em si mesma, um ambiente privilegiado de transmissão de valores, de comportamentos e de influências, naqueles que crescem e se desenvolvem no seu seio (Dessen & Polonia, 2007).

A Teoria da Aprendizagem Social desenvolvida por Albert Bandura é particularmente relevante quando aplicada ao contexto das crianças. Estas aprendem observando os adultos e outras crianças. Elas são influenciadas pelo comportamento de modelos significativos como pais, professores e amigos a imitação desempenha um papel importante no processo de aprendizagem. O comportamento dos pais, reações emocionais as interações sociais são

observadas e, muitas vezes, imitados pelas crianças. Portanto, é importante que os pais sirvam como modelos positivos. Bem como se uma criança observa um colega a ser recompensado por um comportamento específico, ela pode estar mais inclinada a imitar esse comportamento.

Ao aplicar a teoria da aprendizagem social no contexto das crianças, é importante considerar a qualidade dos modelos que as crianças têm acesso, a forma como são reforçados os comportamentos e como o ambiente à sua volta influencia seu desenvolvimento. Familiares/pais desempenham um papel fundamental no fornecimento de modelos positivos e na criação de um ambiente que promova o desenvolvimento saudável das crianças (Bandura, 1996).

A investigação explorou a relação entre o funcionamento familiar e os hábitos alimentares das crianças. O ambiente familiar desempenha um papel crucial na formação de padrões alimentares, preferências e comportamentos relacionados com a alimentação. É importante ressaltar que o funcionamento familiar é complexo e multifacetado. Além disso, as influências ambientais externas e padrões sociais, também desempenham um papel na formação dos hábitos alimentares das crianças (Breda & Nunes, 2001).

É importante lembrar que o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis é um processo gradual e que cada criança é única. Além disso, criar um ambiente positivo em relação à comida, livre de pressões excessivas, é fundamental para promover uma relação saudável com a alimentação ao longo da vida (Ramos & Stein, 2000).

A fase escolar é um período de desenvolvimento em que a criança se depara com diferentes situações que lhe proporcionam a aquisição de novas competências e aprendizagens. Também Pikunas (1979), refere que nesta fase de desenvolvimento infantil que vai dos 6-7 anos até aos 9-10 anos, as crianças tendem a apresentar uma grande motivação para frequentar a escola; um aumento do conhecimento; começam com alguma autonomia por parte dos pais; um maior ganho de resiliência e um aumento da auto-identificação. Na faixa etária dos 10 aos 11 anos é um período crucial no desenvolvimento físico, mental e emocional das crianças. Durante esta idade, as crianças estão a passar por várias mudanças e transições, e é um momento propício para estabelecer hábitos saudáveis no futuro, enquanto adulto. (Rego et al., 2010).

Desta forma, é nesta faixa etária que as famílias e sobretudo os cuidadores, desempenham um papel fundamental na formação dos hábitos alimentares saudáveis e na promoção da saúde da criança (Moreira, et al., 2008).

Hoje, reconhece-se que uma alimentação saudável durante a infância é duplamente benéfica, pois, por um lado, facilita o desenvolvimento intelectual e o crescimento adequado para a idade e, por outro, previne uma série de patologias relacionadas com uma alimentação não adequada

e desequilibrada, como a anemia, obesidade, desnutrição, cáries dentárias, atraso de crescimento, entre outras (Fontoura et al., 2004, citado por Aparício, 2016). Desta feita, as doenças relacionadas com a alimentação são um problema de Saúde Pública, pois mostram um perfil epidemiológico de extrema desigualdade social, cujas causas e consequências têm sido alvo de análise, de modo a orientar políticas de saúde e nutrição (Aparício, 2016).

A fim de promover hábitos alimentares mais saudáveis e, conseqüentemente, diminuir os índices de obesidade ou outro tipo de patologia associada ao comportamento alimentar infantil, acredita-se que seja importante que os pais tenham conhecimentos de alimentação e nutrição (Giugliani & Triches, 2005).

Vários autores, desenvolveram estudos acerca dos conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil, nomeadamente Costa et al. (2012), que realizaram um estudo de validação do Questionário de Alimentação Infantil (QAI) com 559 pais de crianças a frequentar o ensino escolar residentes no centro de Portugal. Os autores concluíram que, a maioria dos pais apresentava bom conhecimento (51,6%), sendo os conhecimentos insuficientes mais expressivos nos progenitores do sexo masculino.

Também no estudo de Costa (2012), sobre práticas alimentares, realizado com pais de crianças em idade escolar, concluiu que, na totalidade da amostra, 51,9% apresenta bons conhecimentos, sobretudo as mães (52,4%), enquanto 33,3% dos pais revelaram conhecimentos insuficientes.

Os conhecimentos em saúde fazem parte de um conceito mais abrangente, usualmente referido como literacia em saúde. Este conceito é entendido como integrador de vários níveis de capacitação, podendo ser definido como a capacidade para obter, processar e compreender informação e serviços básicos de saúde, necessários para fazer escolhas de saúde, adoção de estilos de vida saudável, ou na adoção de um papel ativo relativamente aos determinantes sociais de saúde. A baixa literacia em saúde tem sido identificada em diversos estudos como um fator de risco para determinadas patologias como, por exemplo, obesidade, uma vez que, tem sido associada a valores superiores de, entre outros. Por outro lado, níveis adequados de literacia em saúde parecem resultar em melhorias da saúde e em mais qualidade de vida (Beech et al., 2008).

Assim sendo, torna-se fundamental que os pais ensinem aos seus filhos o significado de uma alimentação saudável, isto é, da importância de uma dieta que os defenda de doenças como a obesidade, a diabetes entre outras. No entanto, para tal, devem possuir conhecimentos neste

âmbito e acima de tudo, terem essas práticas, pois a criança aprende com as conversas, troca de ideias e experiências com os adultos, mas essencialmente, com os seus exemplos.

Desta forma, sabe-se que os conhecimentos que os diferentes intervenientes na educação da criança possuem acerca da alimentação podem atuar de forma positiva nos fatores de risco modificáveis (sedentarismo, prática de atividade física e alimentação). Alguns estudos, revelam que o conhecimento desempenha um pequeno papel, mas fundamental, na adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, uma vez que não leva a uma ação direta ao nível do comportamento alimentar (Giugliani & Triches 2005; Afonso et al., 2014).

Assim sendo, a família tem um papel primordial na prevenção de doenças como a obesidade infantil e na implementação de hábitos alimentares saudáveis, pois ela é a principal prestadora de cuidados à criança, sendo responsável pela promoção da sua saúde e bem-estar. Esta influência parental é um fator muito importante uma vez que as crianças crescem em ambientes onde “os seus pais podem representar modelos e promover comportamentos que resultam num balanço energético positivo” (Carmo et al., 2014, p.10).

Estreitamente ligadas às atitudes parentais encontram-se as práticas parentais relacionadas com a alimentação da criança. Pinheiro-Carozzo e Oliveira (2015) definem as práticas parentais como as estratégias que os pais utilizam junto dos filhos na educação alimentar, de forma a diminuir as respostas desapropriadas e naturalmente, aumentar as apropriadas. Também o estudo realizado por Ramos e Stein (2000), confirmou a existência de influência das estratégias utilizadas pelos pais nos padrões de alimentação das crianças, e apurou-se que os pais, em vez de tentarem desenvolver hábitos e atitudes direcionados a padrões de alimentação mais apropriados do ponto de vista qualitativo, estavam mais preocupados relativamente à quantidade de alimentos ingerida pelas crianças.

Também Galimberti, et al., (2008) no seu estudo referem, quanto ao papel dos pais, que práticas de alimentação infantil, tais como exercer controlo demasiado sobre o que e quanto as crianças ingerem, podem contribuir para o sobrepeso na infância.

Pode-se concluir, que a consciencialização da família, constitui o ponto de partida para o tratamento de crianças com doenças nomeadamente a obesidade. Prevenir a obesidade não significa, somente, diferenciar o que se pode ou não comer, mas, principalmente, a identificação dos fatores e das razões de natureza física, emocional e social que determinam o ganho de peso excessivo (Silveira, 2015).

Assim, como expõem Fernandes e Moreira (2007), aprender, desde cedo, a apreciar os bons alimentos e a distinguir os que fazem bem dos que fazem mal, é uma maneira de formar adultos

autónomos e aptos para conseguirem gerir a sua saúde, através da adoção de práticas alimentares adequadas.

Em conclusão, como referem Galimberti, et al. (2008) um modelo parental assertivo pode apresentar-se como um processo mais eficaz para aperfeiçoar a alimentação da criança, em vez de determinados esforços de controlo dietético.

3.2.3 Intervenção do enfermeiro de família como educador para saúde alimentar das crianças em idade escolar

As políticas de saúde para o século XXI consideravam um conjunto de novos desafios para os enfermeiros, em particular aos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, pela sua contribuição na promoção da saúde familiar e pelo seu papel preponderante junto das famílias. Em Portugal, a reorganização dos serviços de saúde, veio trazer uma nova oportunidade para os enfermeiros implementarem estratégias com foco na promoção de saúde, dirigidas a famílias inseridas em diferentes contextos físicos e sociais (Lancaster & Stanhope 2011).

As declarações da OMS, que descrevem e legitimam a promoção de saúde, em particular a Carta de Ottawa 1986, a Conferência de Adelaide, 1988, a Declaração de Jacarta, 1997, e em 2016, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Xangai. A Carta de Ottawa de 1986, surgiu como a primeira conferência após a Declaração de Alma-Ata. Nesta conferência, foram nomeadas certas conjunturas e recursos fulcrais para a melhoria da saúde das populações, entre os quais a “paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, a justiça social e equidade”(Portugal, 1986, p.1). Neste seguimento, a Carta de Ottawa traçou três orientações fundamentais a serem praticados pelos promotores de saúde: advogar, capacitar e mediar. Posteriormente à Carta de Ottawa surgiram diversas conferências. As conferências que a sucederam vieram reforçar a promoção da saúde, algumas com o intuito de fortalecer os pressupostos até então estabelecidos. A Declaração de Jacarta de 1997, Portugal (1997), menciona que se deve investir na capacitação do indivíduo e da comunidade, com vista a realizar a promoção da saúde “pelo e com o povo, e não sobre e para o povo” (Alves, 2017, p.16).

Em 2016, surge a 9ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Xangai (WHO, 2016). Esta conferência pretendeu ser uma oportunidade para reafirmar o contributo da promoção da saúde, realçando a necessidade de atender ao desenvolvimento sustentável para aumentar os ganhos em saúde e a sua equidade (WHO, 2016). Neste evento, foram considerados três pilares da promoção da saúde: Boa governação; Cidades saudáveis; e Literacia em Saúde.

Assim sendo, e, ainda no contexto das metas definidas pela OMS “Saúde 21”, iniciou-se um conjunto de novos desafios para os enfermeiros.

A conceção de uma abordagem de enfermagem de saúde familiar, centrada no trabalho com a família como uma unidade de cuidados, não é uma ideia nova. No entanto, foi em 2000, durante a segunda Conferência Ministerial de Enfermagem da OMS, que essa abordagem recebeu um novo impulso com a aprovação da Declaração de Munique. Fortalecendo ainda mais, o papel do enfermeiro na promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, incentivando um modelo de cuidados próximos e personalizados (Portugal, 2014).

A intervenção dos profissionais de saúde na promoção da saúde, deverá orientar a sua prática para auxiliar os indivíduos a construírem a sua autonomia e responsabilidade, uma vez que o poder na tomada de decisão é partilhado. Sendo que estes profissionais de saúde, se tornam “dinamizadores, facilitadores, advogados, pelo que do seu corpo de competência não se espera apenas o domínio técnico-científico, mas também, os valores e os princípios que orientam a profissão” (Graça, 2015, p.13).

Por conseguinte, é fulcral salientar a ideia de que promover a saúde é amplificar o controlo que as pessoas/famílias têm sobre a sua própria saúde, sendo que o papel dos promotores de saúde deve incluir a forma como o indivíduo define os seus objetivos de saúde, cooperando deste modo para a sua concretização (Laverack, 2008).

O enfermeiro é provido de conhecimento científico, habilidade técnica e capacidades que lhe permitem dotar “os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde” (Portugal, 2011, p.15).

Deste modo, a enfermagem de família pode abordar a família como contexto, como um todo, como um sistema ou, ainda, como um constituinte da sociedade (Hanson, 2005).

De acordo com Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, definidas pela OE, o enfermeiro “cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”, de modo que “lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento nº428/2018, 2018, p. 19355).

Efetivamente, a prática de enfermagem deve estabelecer uma relação com a família de modo a promover condutas de procura de saúde e prevenção da doença numa perspetiva de agente facilitador e impulsionador de hábitos de vida saudáveis. Tendo ainda, o papel central na articulação dos recursos existentes na comunidade e na família. Na gestão dos recursos de

saúde, o papel do Enfermeiro de Família (EF,) passa por promover a aprendizagem de forma a aumentar os recursos pessoais e comunitários para lidar com os desafios de saúde.

Os EF têm um contacto privilegiado com a família/criança, onde lhes possibilita avaliar o meio em que a criança cresce, perceber qual a influência da família nos seus estilos de vida, e assim, conseguir desenvolver, em conjunto com a equipa multidisciplinar, ações destinadas a promover um processo estratégico de intervenção da família no problema de saúde da criança. Deste modo, e vendo a família como uma unidade sendo caracterizada pelas relações entre os seus constituintes, dentro da sua organização e funcionalidade específica, entendida como um conjunto de indivíduos interligados (Lebreiro et al., 2019).

A enfermagem de família deve ser fundamentada numa filosofia de parceria e colaboração entre o enfermeiro e a família defendendo estratégias e intervenções de enfermagem centradas na família, direcionadas para a abordagem necessária para a mudança de comportamentos e adoção de hábitos de vida saudáveis, bem como, na adoção de uma alimentação equilibrada na prevenção de complicações como o excesso de peso/obesidade (Figueiredo & Martins, 2009).

Da análise das evidências científicas, constatamos que a intervenção do EF na promoção de uma alimentação saudável junto das crianças revelou-se fundamental para a introdução dos hábitos no seu dia-a-dia, promovendo assim, o bom desenvolvimento cognitivo, físico e social.

Assim sendo, faz todo o sentido que o enfermeiro participe na promoção de saúde junto das crianças em idade escolar, para que, desde cedo, estas compreendam e adotem estilos de vida saudáveis.

Relativamente à intervenção do enfermeiro, focamo-nos na alimentação. Segundo a (Portugal, 2019a) a Ciência tem demonstrado a existência de um impacto da alimentação e do estado nutricional da criança na programação futura da pessoa. A vigilância do crescimento das crianças durante a idade pediátrica, prevê uma vigilância regular em consultas de “saúde infantil e Juvenil” de modo a compreender o desenvolvimento das suas características (Portugal, 2013). Também Correia (2016), refere que o EF assume um papel elementar na avaliação e monitorização infantil uma vez que acompanha a criança desde o nascimento até à idade adulta, detetando atempadamente eventuais comportamentos de risco.

As crianças aprendem inseridas em determinados contextos, sendo que os contextos proximais incluem a família, enquadrada em contextos sociais mais amplos, os comportamentos das crianças, interagem com características individuais como a idade e são moldados por fatores contextuais ao nível familiar (Portugal, 2019b). A pessoa é um ser social aprende sobretudo por imitação assimila, recebe e adequa a informação do meio que o rodeia.

Segundo Lourenço (2015), a interação que os enfermeiros estabelecem com a família/criança, nos diferentes tipos consultas nomeadamente as de vigilância de saúde infantil entre outras, oferece uma excelente oportunidade para dar aos pais a informação mais apropriada, incentivando-os a eventuais mudanças de estilo de vida, para que saibam identificar os comportamentos que colocam a criança em risco sobretudo nas famílias com os fatores de risco e, desta forma, poderem agir em conformidade.

É atendendo aos aspetos suprarreferidos que consideramos fundamental conhecer a importância da intervenção do enfermeiro no âmbito da alimentação saudável, bem como que o mesmo se possa constituir numa análise crítica fundamentada.

Para promover hábitos alimentares saudáveis em crianças, é o profissional de enfermagem quem assume a responsabilidade para a promoção da saúde, incentivando a aquisição de estilos de vida saudáveis, nomeadamente alimentação saudável, adotando estratégias como a educação, a comunicação e a divulgação em saúde, junto das crianças e da sua família.

Também Alves et al., (2019), refere que a educação para a saúde pode ser conseguida através da realização de diversas sessões de educação individual de saúde alimentar. Estas, por sua vez, permitem capacitar as crianças a optar pelas escolhas mais saudáveis promovendo assim um comportamento promotor de saúde.

A educação para a saúde constitui de facto, uma dimensão fundamental para a obtenção de maiores níveis de literacia como veículo da promoção de saúde, o que reforça a ideia de que a educação para estilos de vida saudáveis é um assunto cada vez mais importante na prevenção da obesidade infantil.

É através das suas escolhas e ações, que a família se torna agente da própria saúde, apoiada continuamente pelo processo de capacitação. Indo ao encontro do papel do enfermeiro como agente promotor da saúde e na manutenção de um estilo de vida promotor de saúde, todo a ênfase colocada pelos sistemas de saúde na prevenção primária e promoção da saúde, coloca os enfermeiros em posições-chave como estratégias, quer como modelos quer como promotores de saúde (Graça, 2015; Silva, 2016).

Os EF desempenham um papel fundamental na melhoria do estado de saúde da população, especialmente quando se concentra na educação e promoção da saúde. Ao fornecer informações e orientações sobre práticas saudáveis, os enfermeiros podem capacitar a família a tomar decisões informadas sobre sua saúde e adotar comportamentos saudáveis. Além disso, os enfermeiros podem desempenhar um papel ativo na deteção precoce de problemas de saúde e na promoção de estilos de vida saudáveis, contribuindo para a prevenção de doenças e a

melhoria geral da saúde da população (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009; Amaral, Gonçalves, & Nunes, 2005).

É fundamental, o desenvolvimento de comportamentos saudáveis nas crianças para aumentar a prevalência de estilos de vida saudáveis ao longo do crescimento e desenvolvimento, como já mencionado anteriormente. Também Oliveira (2014), destaca a importância do papel dos EF referindo que estes podem “capacitar os clientes ajudando-os a adquirir as competências necessárias para terem uma vida saudável e para serem clientes eficazes dos cuidados de saúde” (p. 19). A educação para a saúde “assume um importante papel para a capacitação individual, permitindo obter comunidades mais informadas e interventivas (...) deve nortear as intervenções de enfermagem pois, através desta conseguir-se-á atingir o principal objetivo da enfermagem que é a promoção da saúde. (...) A educação para a saúde está associada ao empoderamento, deste modo pretende-se promover a capacitação das crianças e pais/família (Oliveira, 2014, p. 34).

Relacionado com criança a nível da anamnese, está a educação para a saúde, norteadada para o autocuidado alimentar, sempre que o EF incita para a importância do estabelecimento de regras no horário das refeições familiares bem como para a importância da refeição e da preparação da mesma como sendo um momento de família, e em contacto próximo entre todos os membros da família, incluindo a criança.

Dando sequência à problemática em questão, a saúde alimentar da criança desempenha um papel crucial no crescimento saudável e desenvolvimento adequado. Portanto, é uma área de intervenção extremamente importante no âmbito da especialidade de saúde familiar, devido aos riscos e consequências que podem afetar a vida adulta da criança. Ao garantir uma alimentação adequada desde a infância, é possível prevenir problemas de saúde futuros e promover um estilo de vida saudável ao longo da vida. Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde familiar estejam envolvidos nesta questão e forneçam orientações e apoio às famílias nesse especto.

Face ao estudo, é essencial investir em intervenções precoces, para minimizar e prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas na infância, que podem persistir até a idade adulta. De salientar, que ao investir em medidas preventivas e tratamentos adequados pode ajudar a promover um futuro mais saudável e qualidade de vida para as crianças.

Compreender a etiologia e complexidade do comportamento alimentar infantil deve ser um aspeto a favorecer no plano de intervenções de prevenção da obesidade em idade escolar. As crianças em idade escolar passam grande parte do seu dia na escola, sendo fundamental o papel da família na educação alimentar para estimular comportamentos e hábitos alimentares

saudáveis. Deste modo as intervenções do EF na saúde alimentar das crianças em idade escolar, procura facultar conhecimentos para que estas crianças possam adquirir hábitos para uma vida saudável, tendo por base uma alimentação saudável, equilibrada e variada (Portugal,2005).

Segundo Centeno et al., (2020), não é apenas em casa que as crianças aprendem sobre hábitos alimentares saudáveis, também as escolas têm um papel fundamental para promover o consumo de alimentos saudáveis, é importante que as crianças em idade escolar aprendam que necessitam de se alimentar bem para crescerem adequadamente, evitar doenças e aprender a fazer opções alimentares corretas.

Uma das estratégias capazes de reduzir o impacto das doenças de origem alimentar é a prevenção e a promoção da saúde, estando o EF apto para promover o aumento dos níveis de literacia para a saúde dos pais, capacitando-os para o desempenho do seu papel, de forma a fortalecerem conhecimentos, competências e confiança em relação à criança, à saúde e ao crescimento para efetuarem alterações, pois no futuro trará ganhos em saúde.

É fundamental que o EF adapte a sua intervenção de acordo com as necessidades específicas de cada família, levando em consideração a visão geral dessa família. Ao abordar as crianças e famílias, o EF deve considerar o ambiente familiar, escolar e social como um todo, garantindo que a abordagem seja abrangente. Além disso, quando o EF percebe que suas capacidades estão a esgotar-se, é importante procurar apoio de outros profissionais para garantir uma intervenção adequada e eficaz (Sousa,2021).

Em suma, é importante ressaltar que os enfermeiros desempenham um papel crucial como educadores, incentivando as pessoas a refletir sobre suas práticas alimentares e as consequências dessas escolhas. Eles procuram estimular uma consciência crítica e reflexiva, capacitando as famílias a adotarem estilos de vida saudáveis. Os enfermeiros fornecem informações e orientações sobre os benefícios de uma alimentação equilibrada, os riscos de uma dieta inadequada e as estratégias para promover uma alimentação saudável. Ao fazer isso, eles capacitam as famílias a tomar decisões informadas e responsáveis em relação à sua saúde e bem-estar (Pinho et al., 2019).

Considerando que as crianças de hoje serão os adultos do futuro, é crucial garantir que se desenvolvam de maneira saudável e ativa, promovendo ganhos tanto para a saúde individual quanto comunitária.

É evidente a importância dos comportamentos relacionados à alimentação inadequada e o sedentarismo, bem como outros determinantes de saúde associados ao estilo de vida, que podem ser evitados e não devem ser subestimados, pois contribuem para doenças e redução da

qualidade de vida. É notável o perigo que o excesso de peso representa para o desenvolvimento saudável das crianças, sendo a prevenção da obesidade infantil um desafio significativo a ser enfrentado.

Como já referido os EF desempenham um papel fundamental na promoção de comportamentos alimentares saudáveis e ajustados dentro das famílias. Podem identificar os desafios específicos que impedem a adoção de comportamentos alimentares ajustados, oferecendo suporte individualizado, adaptado às necessidades de cada família. Fornecendo informações práticas sobre como implementar mudanças positivas na alimentação, a melhorar a adesão aos comportamentos alimentares ajustados, fornecendo recursos e estratégias para lidar com obstáculos comuns, como falta de tempo, falta de conhecimento ou restrições financeiras.

Os EF têm o potencial de fazer a diferença junto das famílias, na adoção de comportamentos alimentares saudáveis. Uma abordagem holística e personalizada, juntamente com a capacidade de orientação prática e apoio emocional, são ferramentas valiosas para promover mudanças positivas na alimentação familiar e no bem-estar geral dos membros da família.

3.2.4 Metodologia e tipo de estudo

Considerando a questão da investigação e os objetivos delineados, a estrutura metodológica deste estudo foi baseada no paradigma qualitativo, um estudo exploratório e descritivo simples. Foi escolhido um estudo exploratório e descritivo simples, pois este tipo de abordagem serve para identificar as características de um fenómeno de forma a obter uma visão geral de uma determinada situação ou população (Fortin, 2009).

O método de investigação qualitativa procura obter conhecimento a partir de uma perspetiva naturalista da realidade experienciada. Neste sentido, procurando-se compreender a realidade vivida pelos pais das crianças em idade escolar relativo à sua saúde alimentar e, tal como defende Fortin (2009), os indivíduos em relação a um determinado fenómeno, devem destacar o sentido e a compreensão completa desse fenómeno em estudo, pelo que procuramos explorar em profundidade a problemática em estudo.

Para Fortin (2009, p.290), um dos principais objetivos da pesquisa qualitativa é “descrever um problema ainda mal conhecido e defini-lo, isto é, explorar em profundidade um conceito que leva à descrição de uma experiência ou à atribuição de um significado desta mesma experiência”.

No contexto dos estudos qualitativos, este refere-se a uma abordagem de pesquisa exploratória, descritiva pois esta valoriza a subjetividade dos participantes e procura descrever

e interpretar as experiências de forma aprofundada e significativa, concentrando-se nas experiências humanas conforme são relatadas pelos participantes do estudo (Fortin, 2009).

Ao procurar “Conhecer as práticas quotidianas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar” na USF do AM, o objetivo é que os participantes descrevam as experiências, opiniões e visões sobre as práticas alimentares e, através dessas descrições, obter uma compreensão mais profunda do valor e da importância do contributo dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro de família.

3.2.5 Participantes do estudo

A população do estudo é constituída por todos os pais de crianças em idade escolar que frequentam a USF do AM. Definimos como critérios de inclusão, os pais de crianças em idade escolar a frequentar as consultas de vigilância de saúde na USF do AM e que aceitaram pertencer ao estudo, assinando o consentimento informado livre e esclarecido. Estes critérios de inclusão foram estabelecidos para seleccionar os elementos que têm características específicas relevantes para dar resposta ao objetivo do estudo. Como critérios de exclusão foram definidos aqueles que não são relevantes ou não se enquadram nos objetivos da pesquisa (Fortin, 2009). Assim, como critérios de exclusão definimos o seguinte: Crianças não inscritas na Unidade de Saúde Familiar em estudo, crianças institucionalizadas e/ou com inscrição esporádica; pais que não dominam a língua portuguesa; crianças com patologia crónica; pais que não aceitaram participar no estudo. Tendo em conta estes critérios, constituíram-se como participantes do estudo, os pais de crianças em idade escolar da USF, AM que, após terem sido contactados se mostraram disponíveis a colaborar no estudo e que pertencem à lista do enfermeiro de família que é mestre em Saúde Comunitária.

Para Fortin (2009), os participantes do estudo devem ser representativos da população alvo de forma a manter a qualidade da investigação.

A seleção cuidadosa dos participantes é fundamental para garantir que as conclusões e inferências feitas com base nela sejam válidas e confiáveis.

Realçamos que após autorização da coordenadora da Unidade Saúde Familiar (Anexo I), foi pedido autorização à Comissão de Ética da ULSAM, EPE (Anexo II). O estudo foi apresentado à equipe de enfermagem da USF para informá-los sobre o projeto de pesquisa. Procuramos a participação deles na identificação das famílias e no desenvolvimento de estratégias para o contato com as mesmas. A investigadora comprometeu-se a divulgar os resultados do estudo à equipe de saúde da USF após sua conclusão.

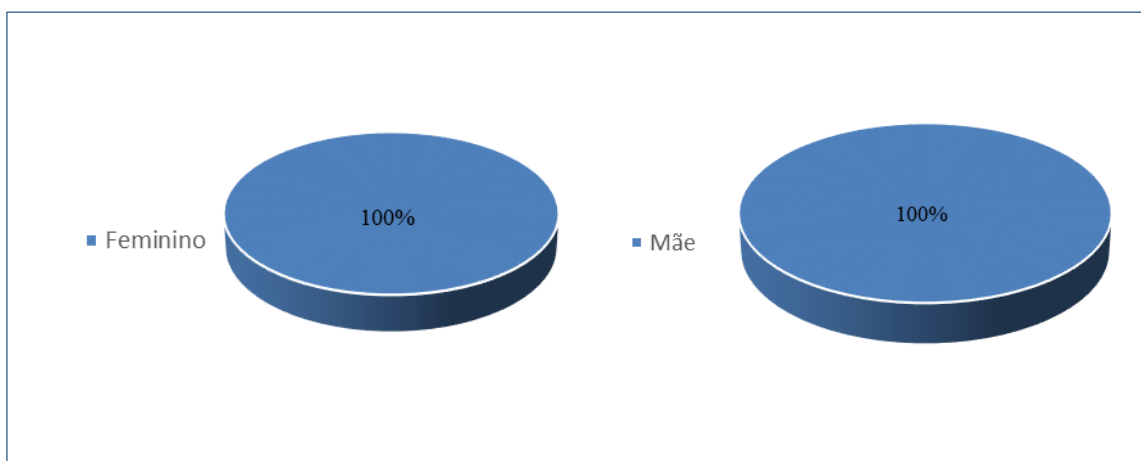
No presente estudo participaram onze pais de crianças em idade escolar, após ter sido obtido a saturação de dados, ou seja, não surgiram mais informações relevantes e novos dados.

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre os participantes do estudo, foram recolhidos e analisados os dados sociodemográficos das famílias (Apêndice I), bem como alguns dados referentes à criança. Para facilitar a compreensão dos resultados obtidos, esses dados foram analisados estatisticamente e são exibidos por meio de gráficos, acompanhados de uma análise descritiva correspondente.

Deste modo, em relação às características dos participantes do estudo, um total de 11 entrevistados, todos do sexo feminino e com grau de parentesco como mãe o que correspondem a 100%. O que nos indica que, mesmo com a transformação social da nossa sociedade, as mães continuam a ser as principais responsáveis pela educação das crianças e pelas atividades relacionadas ao contexto escolar e de saúde.

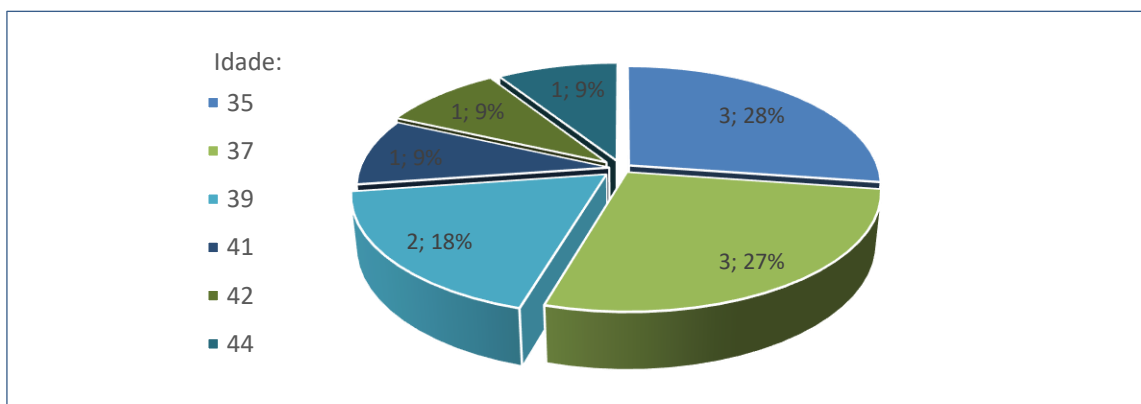
Gráfico 1 - Género

Gráfico 2 - Grau parentesco com a criança



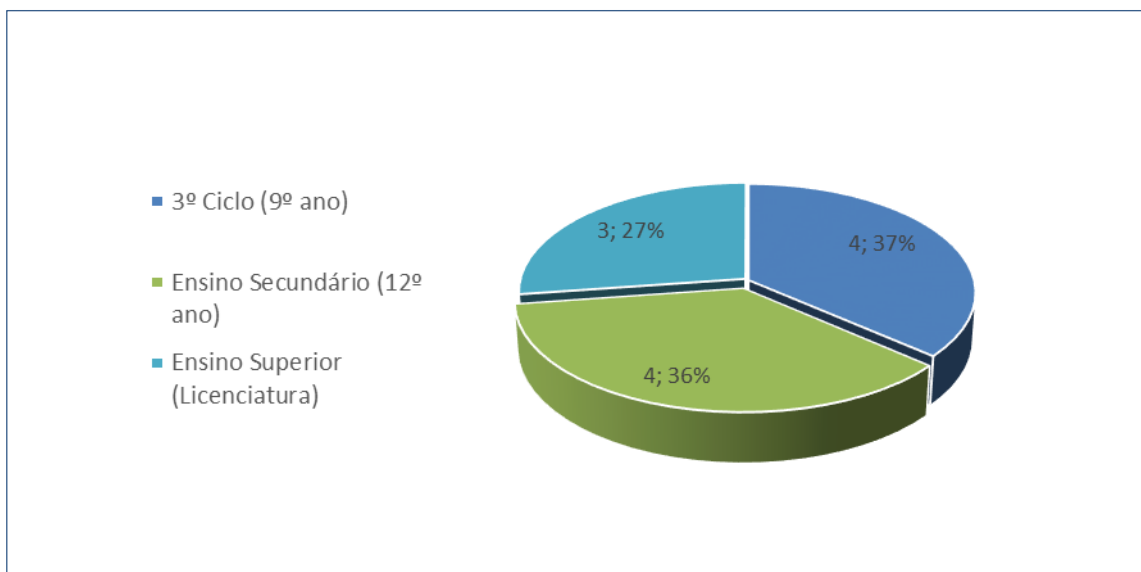
A média de idades dos participantes é de 38,27 anos, com uma amplitude de variação da idade dos participantes de 9 anos. A distribuição das idades por intervalos, diz-nos que 6 participantes têm entre 35 e 37 anos (55%), 3 participantes entre 39 e 41 anos (27%) e 2 participantes entre 42 e 44 anos (18%). Como podemos visualizar no gráfico 3.

Gráfico 3 - Faixa etária dos participantes no estudo



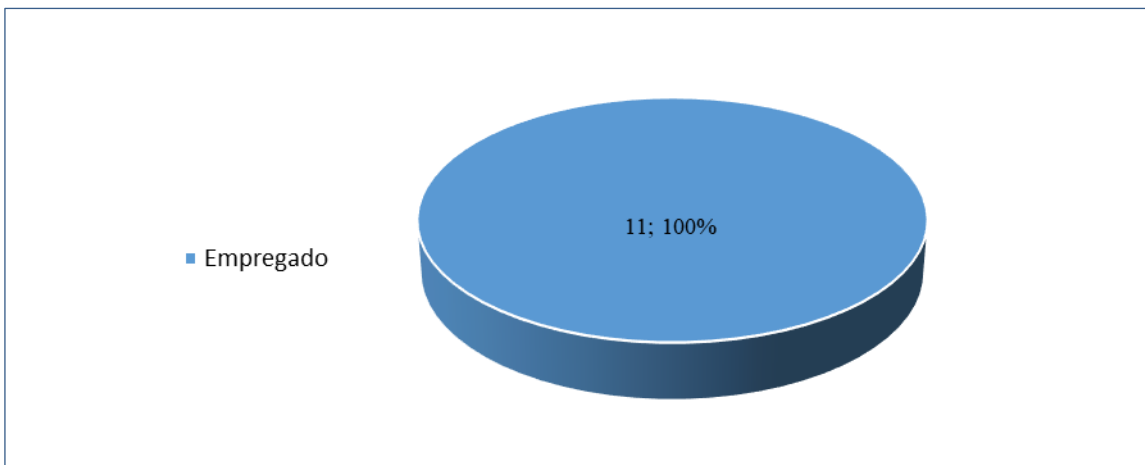
Quanto às habilitações literárias dos participantes, tivemos 4 com 3º Ciclo 9º ano de escolaridade (37%), 4 com Ensino Secundário 12º ano de escolaridade (36%) e 3 Licenciaturas (27%), como se pode observar no gráfico n.º 4

Gráfico 4 - Habilitações Literárias



A situação perante o emprego dos participantes no estudo reflete que os 11 encontram-se empregados 100%, gráfico nº 5.

Gráfico 5 - Situação perante o emprego



A caracterização dos participantes relativamente à profissão existe uma variedade muito grande, como representa o gráfico n.º 6, com predomínio de Auxiliar de Produção Têxtil 2 (19%), Auxiliar de Ação Educativa 2 (18%), Empresária 2 (18%), Bancária 1 (9%), Comercial 1 (9%), Grooming 1 (9%), Farmacêutica 1 (9%), e Costureira 1 (9%). Todos os participantes com situação perante o emprego de empregados.

Gráfico 6 - Profissão dos participantes em esquema de barras

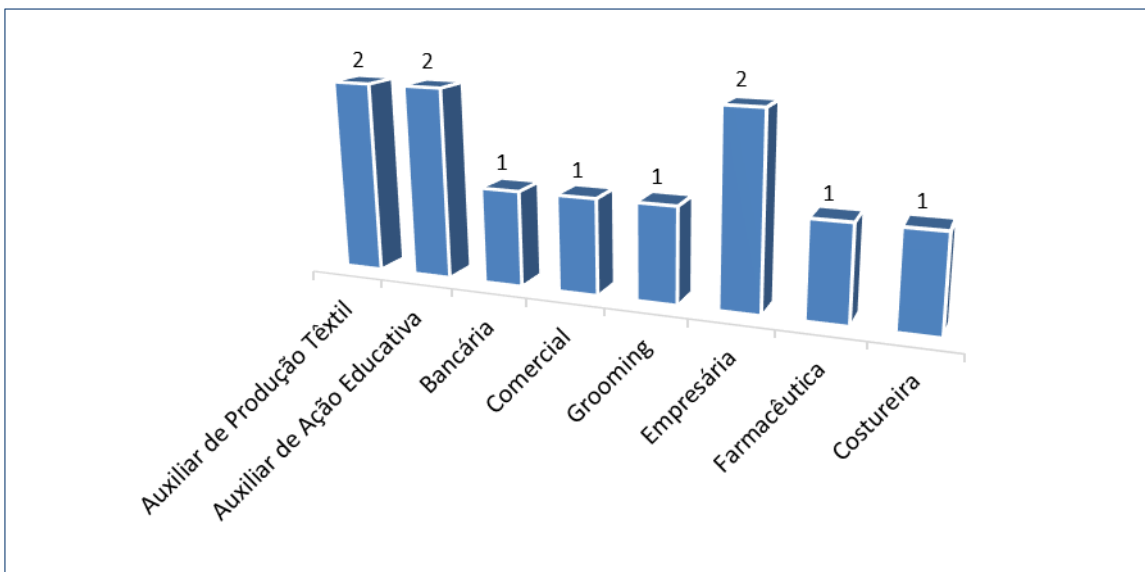
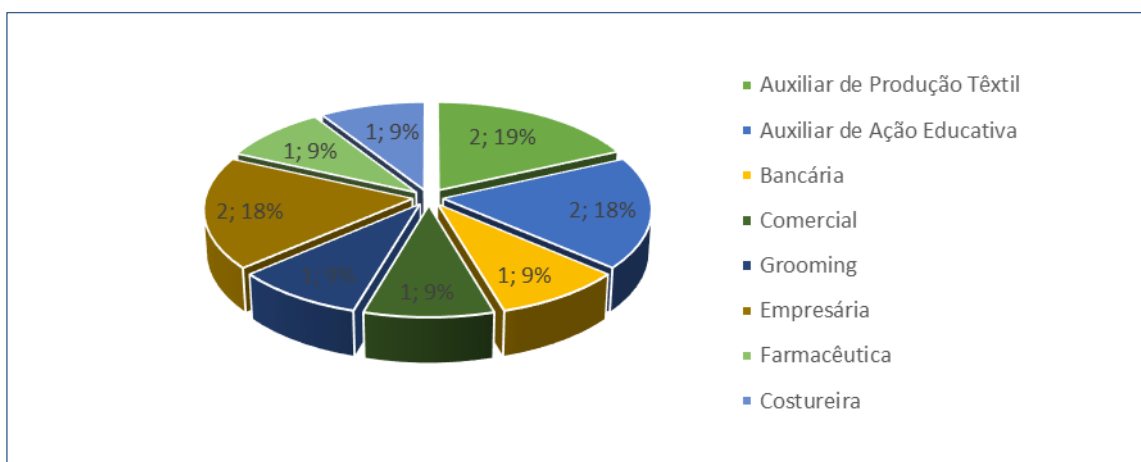
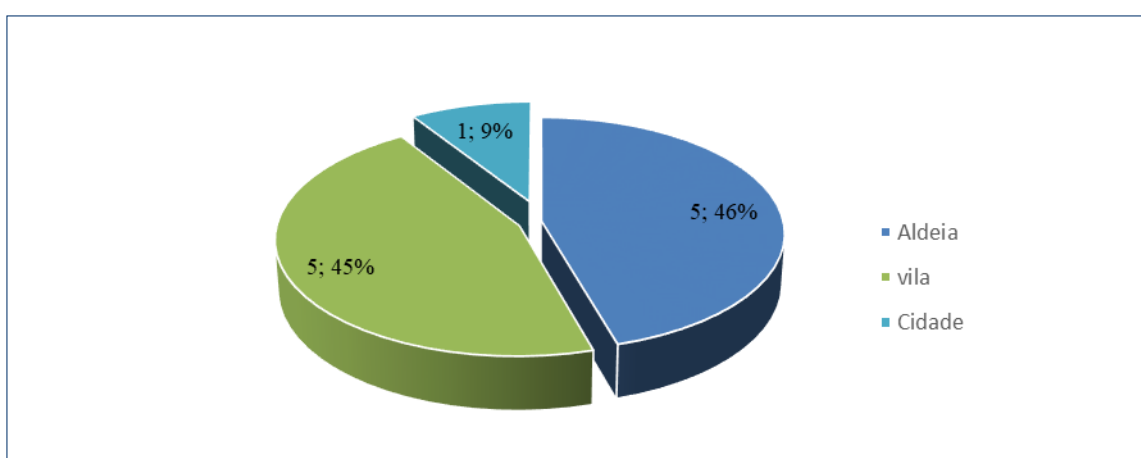


Gráfico 7 - Profissão dos participantes em gráfico circular



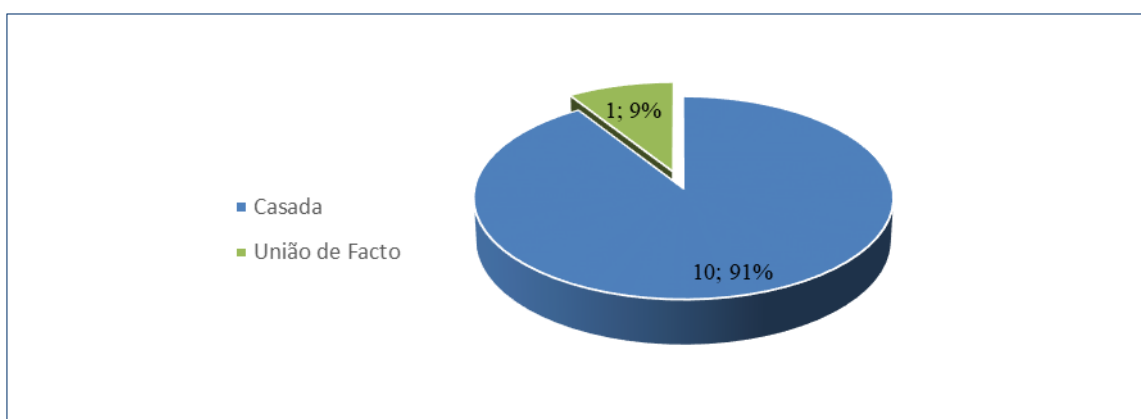
No que diz respeito à residência, 5 participantes residem na Aldeia, (46%), 5 na Vila (45%) e 1 na Cidade (9%), gráfico nº7.

Gráfico 8 - Local de residência dos participantes



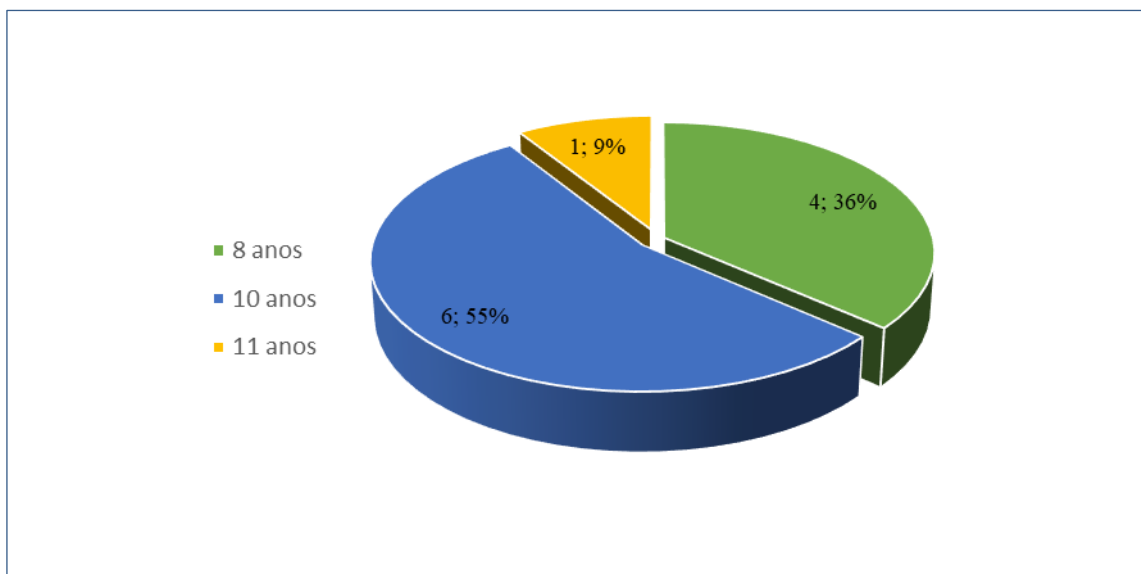
Em relação ao estado civil dos participantes 10 são casados o que representa 91%, e 1 em união de facto (9%) conforme se pode observar no gráfico nº 8.

Gráfico 9 - Estado civil dos participantes



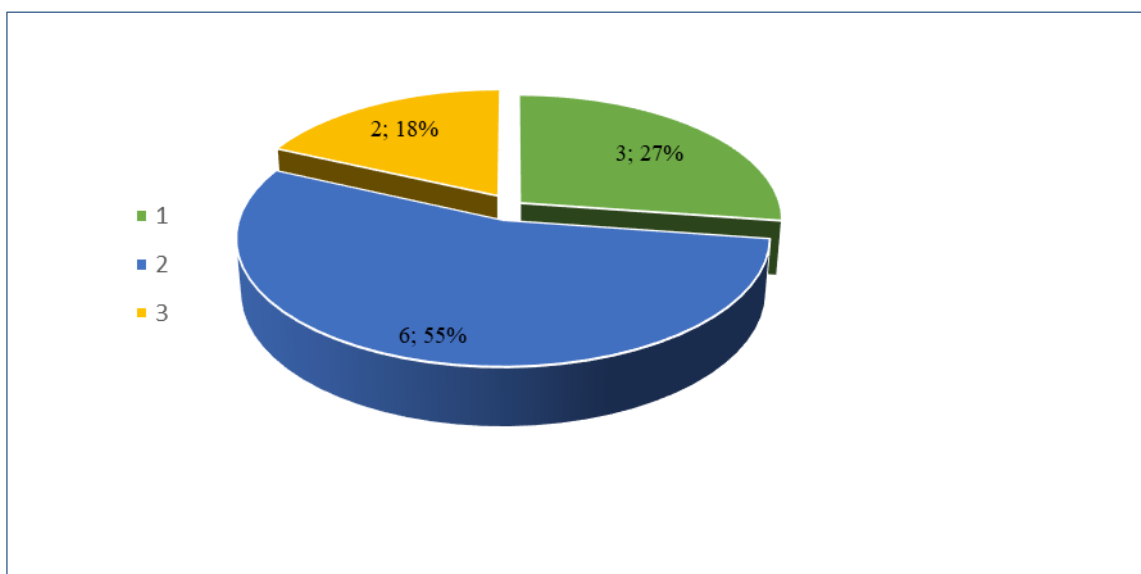
No que concerne à idade das crianças, estas apresentam idades compreendidas entre 8 anos e os 11 anos. Foram definidas 3 categorias: 8 anos; 10 anos e 11 anos. Como se evidencia no gráfico n.º 9 as crianças com idade 10 anos foi a mais representada com 6 (55%) das crianças, seguida de 4 crianças com idade 8 anos (36%) e com uma criança de 11 anos, com uma percentagem de 9%.

Gráfico 10 - Idades dos filhos dos participantes



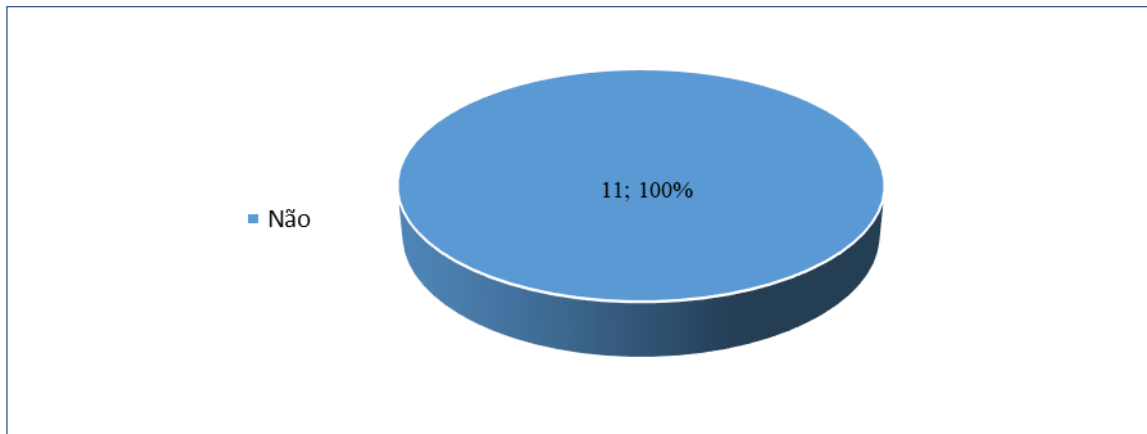
O número de filhos varia de um a três, em que 6 participante tem 2 filhos (55%), 3 tem 1 filho (27%) e 2 participantes tem 3 filhos (18%) conforme se pode verificar no gráfico nº 10.

Gráfico 11 - Número de filhos dos participantes



Quando os participantes foram questionados se a criança tem alguma doença crónica podemos verificar que as 11 crianças todas sem doença crónica, conforme se pode verificar no gráfico nº 10.

Gráfico 12 - Criança com doença crónica



3.2.6 Instrumento de recolha de dados

A escolha da entrevista semiestruturada como instrumento de colheita de dados foi feita tendo em consideração os objetivos e o tipo de estudo. A investigadora optou por este método por acreditar que é o mais adequado para a investigação qualitativa, pois permite o acesso ao contexto do comportamento das pessoas, auxiliando o investigador a compreender os significados desse comportamento.

De acordo com Fortin et al. (2009), os instrumentos servem para colher dados, que permitirão responder às questões de investigação e é essencial assegurar a fidelidade e validade destes. Todos os dados recolhidos através da aplicação do instrumento devem ser analisados e, posteriormente, interpretados de forma a retirar conclusões dos mesmos.

Nos estudos qualitativos, o principal instrumento de colheita de dados é a entrevista. Esta é “um modo de comunicação verbal entre duas pessoas, o entrevistador e o entrevistado/respondente” (Fortin et al., 2009).

Como referi anteriormente na escolha do instrumento de recolha de dados optamos pela entrevista semiestruturada, também designada por entrevistas semidirigidas, com plano, com guia, com esquema ou focalizadas (Bardin, 2016). Neste tipo de entrevista, o entrevistador formula questões a respeito de um tema e apresenta-as ao entrevistado numa ordem que ele considere apropriada (Fortin et al., 2009).

Compreendemos que durante uma entrevista semiestruturada, é importante que os participantes tenham liberdade de expressar as suas experiências, sentimentos e pensamentos

sobre determinado assunto. Para alcançar esse objetivo, o entrevistador deve utilizar estratégias que promovam motivação nos participantes, utilizando técnicas de comunicação verbal e não verbal atrativas e convidativas. Além disso, é essencial criar um ambiente confortável, permitindo que os participantes se sintam à vontade para responder às questões abordadas (Fortin,2009)

Neste estudo, desenvolvemos um “guião de entrevista” que foi revisto e validado pela orientadora deste relatório. Também realizamos um pré-teste, aplicando a uma família composta pelos pais de uma criança em idade escolar. A realização do pré-teste é uma maneira de verificar a eficácia da entrevista e identificar possíveis falhas ou lacunas que precisam ser corrigidas (Fortin,2009), não havendo problemas na compreensão das perguntas e na formulação das respostas durante o pré-teste, portanto, decidimos manter a versão original do guião de entrevista.

O ‘guião de entrevista’ ficou composto por duas partes (Apêndice II). Na primeira parte são abrangidas 10 perguntas fechadas para caracterização dos participantes (dados sociodemográficos). Na segunda parte do guião, incluímos 10 perguntas abertas, que possuem um formato mais livre e permitem aos participantes responderem de forma mais ampla e minuciosa, “a vantagem de favorecer a livre expressão do pensamento e de permitir um exame aprofundado da resposta do participante” (Fortin, 2009, p. 378).

As entrevistas foram marcadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e realizadas na USF, durante os meses de novembro e dezembro de 2023. Estas decorreram num gabinete da USF, proporcionando um ambiente acolhedor, beneficiando de privacidade, o que facilitou a expressão dos familiares (pais). A duração foi entre 15 a 20 minutos.

Durante a entrevista, foi fornecida a descrição do estudo, nomeadamente a identificação dos objetivos e a importância da participação dos entrevistados e foi assegurada a confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes e solicitada assinatura do Consentimento informado, livre e esclarecido, (Apêndice III).

No final de cada entrevista, a investigadora reviu e validou as informações com as famílias (pais), recapitulando os pontos relevantes discutidos ao longo da entrevista. Isso foi feito para garantir a precisão e a compreensão mútua dos dados colhidos. Após a realização das entrevistas, as respostas foram registadas verbalmente e gravadas em formato áudio, mediante autorização prévia do participante. Essa abordagem garantiu que todas as informações fossem registadas de forma completa.

Após a conclusão das entrevistas, todos os conteúdos expressos foram transcritos na íntegra, tendo em consideração pausas, expressões de sentimentos, como risos e dificuldade em falar

devido ao nervosismo. A transcrição foi feita o mais rapidamente possível para garantir que todos os comportamentos não-verbais fossem registrados. Isso inclui atitudes, expressões faciais, expressões corporais, risos, entre outros, que não podem ser gravados, mas são aspectos importantes para os resultados do estudo, (Apêndice IV). Em resumo, os dados recolhidos constituem as narrativas das diferentes entrevistas, que foram tratadas e analisadas.

3.2.7 Procedimento e tratamento da informação

Concluída a recolha de dados, é essencial divulgar e compreender como o tratamento dos dados foi realizado e quais métodos de análise foram aplicados durante o processo de investigação. Utilizamos a análise de conteúdo como metodologia de tratamento de dados. Essa técnica permite-nos extrair o significado de cada enunciado e categorizar as informações recolhidas (Fortin, 2009).

O procedimento de tratamento de dados é a estratégia utilizada para organizar as informações obtidas, a fim de facilitar sua análise posterior. Na investigação qualitativa, os dados são representados por palavras e, de acordo com Fortin (2009), a colheita e a análise ocorrem simultaneamente. Isso significa que a análise dos dados já começa no momento em que a primeira colheita é realizada.

Conforme as entrevistas são realizadas, o investigador analisa os dados, organiza-os e procura compreender o seu significado. Com base nos objetivos da investigação, durante a própria entrevista, pode surgir a necessidade de explorar novas questões com o participante, solicitando respostas mais precisas ou a ser reorientado para os objetivos do estudo.

É necessário documentar e transcrever as entrevistas semiestruturadas, seguido pela realização da análise de dados. Para realizar essa análise, é crucial utilizar uma análise de conteúdo (Bardin, 2016).

Bardin (2016, p. 42) assevera que a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. Tem como objetivo organizar, resumir e dar uma estrutura aos dados da pesquisa para obter respostas pertinentes às perguntas de investigação.

Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo pode ser dividida em três fases principais, que ocorrem por ordem cronológica específica. Essas fases são: pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Deste modo, a análise de conteúdo das entrevistas realizadas seguiu as diretrizes propostas por Bardin, (2016).

Durante as entrevistas, apesar da riqueza de informações fornecidas pela fala dos entrevistados, às vezes essa informação pode ser confusa, contraditória, com partes que faltam, falas incompreensíveis, negações desconfortáveis, recuos, atalhos, respostas evasivas ou aparentemente claras, mas enganadoras. Esta realidade pode complicar o processo de análise, especialmente para alguém principiante (Bardin, 2016).

Durante o processo de análise de conteúdo das transcrições das entrevistas emergiram temas, categorias e subcategorias, que dão a conhecer as práticas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar, dando lugar à construção de uma matriz (Apêndice V).

3.2.8 Considerações éticas

É fundamental que qualquer investigação envolvendo pessoas leve em consideração considerações éticas e morais. Isso significa garantir que os direitos e liberdades dos participantes sejam protegidos, que os dados sejam mantidos em segurança, que a confidencialidade seja preservada e que o anonimato seja mantido em todas as etapas do estudo.

Segundo Fortin (2009), a investigação apresenta dilemas éticos complexos que irão exigir que o investigador, assuma responsabilidade para assegurar o respeito à proteção dos direitos de todas as pessoas envolvidas. Assim, durante a realização deste estudo, iremos levar em conta os princípios éticos e deontológicos.

Streubert e Carpenter (2013), asseveram e citam que é dever do investigador garantir que os participantes não sejam prejudicados em nenhum momento (princípio de não maleficência) e que sua privacidade e anonimato serão respeitados e tratados com dignidade (princípio da beneficência e justiça). O investigador também precisa garantir que os participantes concordem voluntariamente em participar do estudo, estejam plenamente informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo adquirindo o consentimento livre e informado (princípio da autonomia).

Para o aviaamento desta investigação, os procedimentos a seguir realizados: foi solicitado o parecer para a implementação do projeto à Coordenadora da USF (Anexo I), de seguida apresentado o projeto de investigação ao Conselho de Administração da ULSAM para apreciação da Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM, o qual obteve um parecer favorável. Parecer nº 88/2023 - CES (Anexo II).

Os enfermeiros de família foram os primeiros a entrar em contato com os participantes, para garantir que a adesão à investigação não fosse influenciada pelo pesquisador. A recolha de dados encetou somente após deferimento de todas as entidades mencionadas anteriormente.

Antes de cada entrevista, os participantes receberam informações sobre os objetivos, vantagens e natureza da investigação, foi garantido que os dados recolhidos na entrevista seriam mantidos em sigilo e anonimato. Foi transmitida a importância da gravação de áudio, e foi solicitada autorização, garantindo anonimato e confidencialidade, com a promessa de destruição dos registos após a transcrição. Após concordarem em participar de forma esclarecida e voluntária, foi pedido que assinassem o Consentimento Informado, conforme a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo (Apêndice III).

Garantimos o anonimato, a confidencialidade e a privacidade codificando as entrevistas. Após a conclusão do estudo, todas as informações obtidas serão destruídas.

Ao término da investigação, os resultados serão compartilhados com a instituição de saúde, conforme combinado com a equipa de saúde.

Com base nas nossas escolhas metodológicas bem fundamentadas, nas diferentes etapas do processo de investigação e nos métodos utilizados para recolher e analisar os dados, iremos agora apresentar e discutir os resultados obtidos.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, vamos explicar os resultados que obtivemos ao analisar o conteúdo das onze entrevistas efetuadas a um familiar de uma criança em idade escolar que pertence a uma Unidade de Saúde Familiar (USF) na região do AM.

As entrevistas foram designadas com a letra E e numeradas de 1 a 11, seguindo a ordem em que foram realizadas, para garantir o anonimato dos entrevistados.

A análise de conteúdo das entrevistas revelou 8 áreas temáticas com categorias e subcategorias correspondentes como estão detalhadas no quadro nº 1. Além disso, em Apêndice (Apêndice V), foi elaborada uma matriz de redução de dados que engloba todas as unidades de análise, permitindo obter uma visão abrangente das práticas alimentares dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar.

A seguir, depois de apresentar os quadros que fornecem uma visão geral das descobertas, vamos apresentar cada área temática com as categorias e subcategorias correspondentes, juntamente com diagramas interpretativos e excertos relevantes.

Quadro 1 - Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas realizadas aos familiares das crianças em idade escolar

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
1- Conceito de alimentação saudável atribuído pelos pais da criança em idade escolar	Incutir nas crianças horários regulares de alimentação	
	Promover proporções adequadas dos alimentos	
	Escolhas alimentares diversificadas	
2- Percepções dos pais relativamente a uma alimentação saudável das crianças em idade escolar	Padrão alimentar diversificado	Ingestão de sopa
		Ingestão de frutas
		Ingestão de legumes
		Ingestão de lacticínios
		Ingestão de água
	Distribuição dos alimentos por seis refeições	
	Integração diversificada e equilibrada dos alimentos em idade precoce	
	Ausência de açúcar	
	Sem ingestão de alimentos ao pequeno almoço	

3- Descrição verbalizada pelos pais relativos à alimentação da criança em idade escolar	Sem ingestão de alimentos a meio da manhã	
	Ingestão de alimentos ao pequeno almoço	Pão e Cereais
		Lacticínios
		Fruta
	Ingestão de alimentos a meio da manhã	Pão e Cereais
		Lacticínios
		Fruta
	Ingestão de alimentos ao almoço	Alimentação Completa
		Alimentação Variada
	Ingestão de alimentos ao lanche	Pão e cereais
		Lacticínios
		Fruta
	Ingestão de alimentos ao jantar	Alimentação Completa
		Alimentação Variada
4- Constituição alimentar do pequeno almoço das crianças em idade escolar na voz dos pais	Cereais e gordura	
	Lacticínios	
	Doce	
	Fruta	
5- Necessidades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável	Saber lidar com as reações comportamentais dos filhos	
	Saber lidar com a falta de tempo	
	Saber gerir os alimentos sem açúcar	
	Maior disponibilidade financeira	
	Maior disponibilidade de tempo	
	Maior oferta de alimentos frescos	
	Saber motivar a criança	Diminuição da ingestão de alimentos
	Sem necessidades	Equilíbrio alimentar
6- Dificuldades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável	Resistência das crianças para a ingestão do peixe	
	Resistência das crianças em aceitar a não ingestão de alimentos processados	
	Escassez de tempo para a confeção	
	Resistência das crianças na ingestão de legumes	
	Enfrentar o preço dos alimentos	
	Acesso a alimentos frescos	
	Acesso fácil a alimentos processados	

	Sem dificuldades	
7- Percepção dos pais da criança em idade escolar relativo aos contributos dados pelo enfermeiro de família sobre saúde alimentar	Ajuda no saber comer	
	Aumento da literacia alimentar	
	Favorece a obtenção de ganhos em saúde	
8- Sugestões dos pais da criança em idade escolar para aumentar a literacia sobre a alimentação infantil	Sem sugestões	
	Promoção da saúde em meio escolar	
	Literacia na consulta de enfermagem	
	Sessões de educação para a saúde personalizadas	
	Divulgação de informação digital (display LED) nas salas de espera da Unidade de Saúde Familiar	

Para facilitar a interpretação e estruturação dos resultados, como já mencionado, a descrição e análise dos resultados serão organizadas por áreas temáticas. Isto será realizado com recurso a diagramas interpretativos e com a apresentação de excertos mais representativos.

4.1.1. Conceito de alimentação saudável atribuído pelos pais da criança em idade escolar

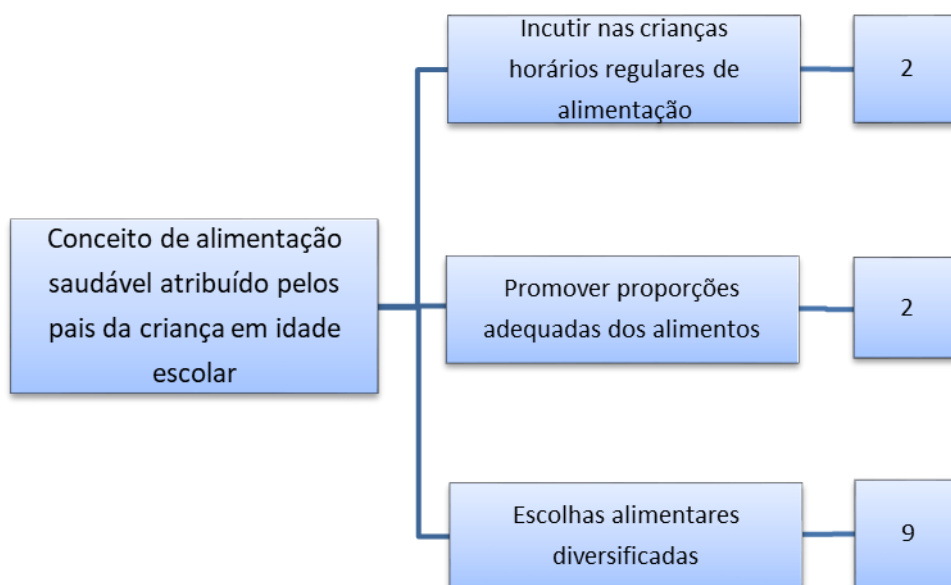
Manter uma alimentação saudável exige assegurar a segurança alimentar, a diversidade tendo em conta todas as necessidades de nutrientes essenciais, a variedade de forma a evitar excessos ou défices de nutrientes e manter a proporcionalidade entre os diferentes grupos de alimentos (Cabral et al., 2005). Para que as regras sejam cumpridas os cuidadores e todos os adultos com quem a criança se relaciona, devem servir de modelos para uma alimentação saudável.

Desde a infância, é importante tomar precauções para garantir que as escolhas alimentares sejam saudáveis e equilibradas, a fim de evitar o consumo excessivo de alimentos inadequados (Moreira et al., 2020).

Partindo destes pressupostos, tornou-se pertinente identificar o conceito atribuído pelos pais à alimentação saudável das crianças em idade escolar.

Através dos relatos dos pais identificamos três categorias: “Inculir nas crianças horários regulares de alimentação; Promover proporções adequadas dos alimentos; Escolhas alimentares diversificadas”, conforme ilustra o diagrama 1.

Diagrama 1 - Conceito de alimentação saudável atribuído pelos pais da criança em idade escolar



O significado atribuído pelos pais, face ao conceito de alimentação saudável a que reuniu mais consenso foi a categoria “**Escolhas alimentares diversificadas**”, em nove casos é relatado dos quais destacamos alguns exemplos:

(...) uma alimentação variada, com tudo, não é. Frutas, legumes, massa, arroz, tudo o que estiver na roda dos alimentos (...) **E2**

(...) uma alimentação que seja variada, mas principalmente constituída por legumes, frutas e proteínas e pronto e água (...) **E3**

(...) olha é comer, sei lá, legumes, peixe, arroz e massa, mas não muito e sopa, mais ou menos isto (...) **E4**

(...) uma alimentação saudável para mim é uma alimentação variável ...com os legumes com a carne, o peixe e os cereais (...) **E5**

Na categoria “**Inculcar nas crianças horários regulares de alimentação**” reuniu dois relatos, que assinalamos:

(...) é comer de duas em duas horas (...) **E1**

(...) uma peça de Fruta de duas em duas horas (...) **E1**

A categoria **“Promover proporções adequadas dos alimentos”** foi a categoria que reuniu as mesmas descrições, com dois familiares a descrever, conforme expresse nestes extratos:

(...) o prato comer mais há base de legumes, a carne por exemplo a costeletinha tem que ser do tamanho da mão do tamanho da nossa mão. Ou a costeletinha ou o bife só uma colher de sopa ou de arroz ou massa e o resto é tudo à base de legumes e a sopa se quiser a sopa de legumes
(...) **E1**

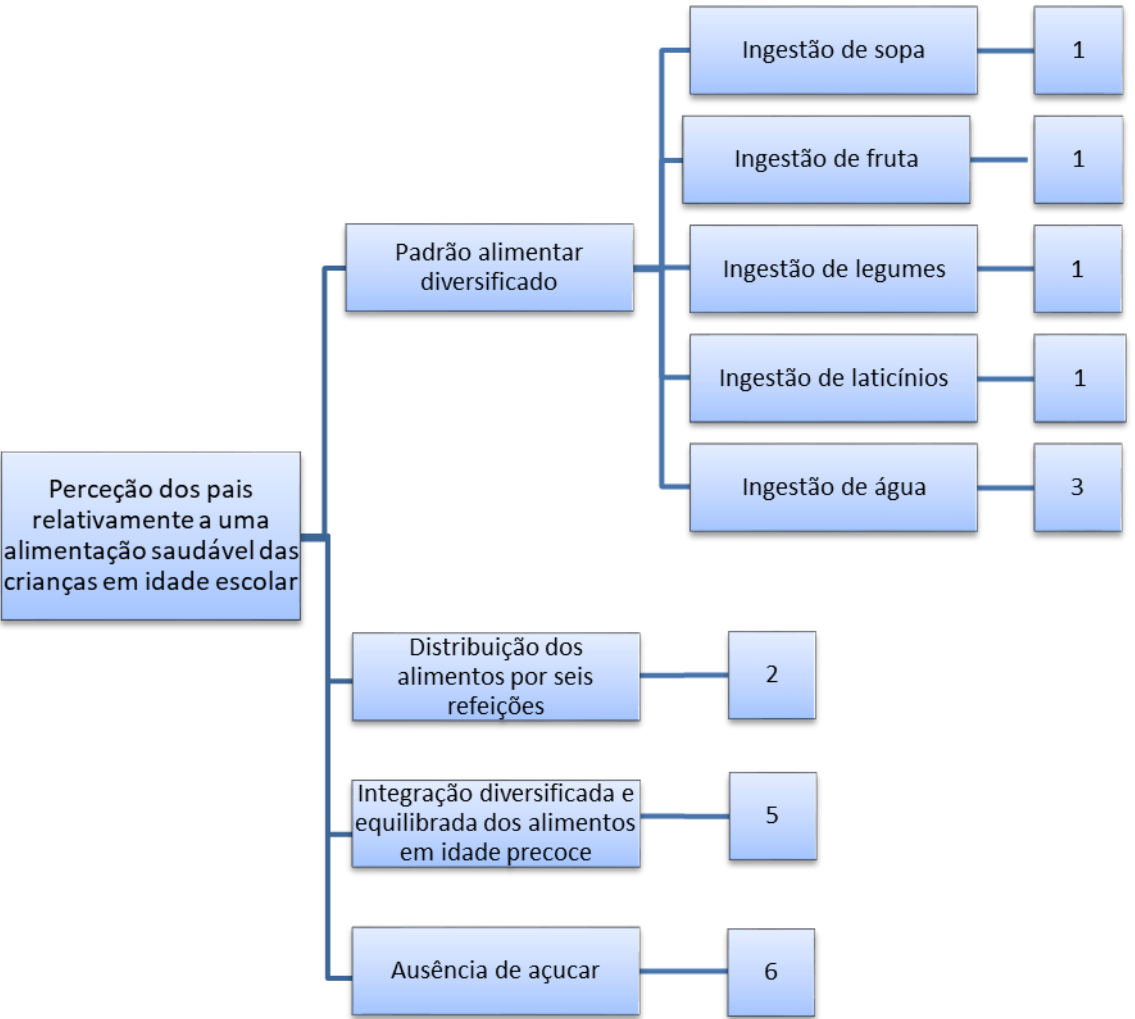
(...) uma alimentação saudável é comer um pouco de tudo, seja fruta, legumes, pão, leite, de tudo. Também um bocadinho de doce, não exagerado, mas comer um pouco de tudo (...) **E6**

Em síntese, podemos verificar através dos relatos dos pais das crianças em idade escolar, que estes têm conceitos diferentes relativo à alimentação saudável. Parece-nos poder inferir, que estas diversidades de conceitos se relacionam com as suas vivências, a sua cultura, o seu meio social, os seus valores entre outros. Estes aspetos, alertam os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros para a importância do conceito, pois este, vai interferir na forma de conviver com a família, podendo ainda, inserir na construção de projetos de saúde alimentar, quer da criança quer da família.

4.1.2. Perceções dos pais relativamente a uma alimentação saudável das crianças em idade escolar

Independentemente das perceções dos pais em relação à alimentação saudável de uma criança em idade escolar estas podem variar, mas geralmente existem algumas ideias comuns sobre o assunto. No decorrer das entrevistas, as famílias descreveram as perceções dos pais em quatro categorias: “Padrão alimentar diversificado”, “Distribuição dos alimentos por seis refeições”, “Integração diversificada e equilibrada dos alimentos em idade precoce” e “Ausência de açúcar”, como se pode observar no diagrama 2.

Diagrama 2 - Percepções dos pais relativamente a uma alimentação saudável das crianças em idade escolar



Na categoria “**Padrão alimentar diversificado**” surgem cinco subcategorias: *Ingestão de sopa* existe um relato onde explica que:

(...) comer a bela sopinha de leguminosas (...) chegaram a chamar-me á escola a dizer que ele estava a passar fome em casa... e eu disse não... não passa não vê o corpo que ele tem (pesa 78kg) e depois eu acho que agora que não deixam comer o prato dele e dos colegas porque normalmente na casa o que sobrava ele ia comer(...) **E1**

Na subcategoria *Ingestão de frutas* existe um relato, onde refere que:

(...) o que uma mãe quer e a frutinha (...) **E1**

Na subcategoria *Ingestão de legumes* existe um relato que explica:

(...) comer legumes, acho que faz muito bem (...) **E5**

Na subcategoria *Ingestão de lacticínios* existe um relato que explica:

(...) e manter o uso de leite de vaca (...) **E8**

Na subcategoria de *Ingestão de água* foi mencionada por três famílias que referem:

(...) e pronto e água (...) **E3**

(...) e beber muita água (...) **E8; E9**

No que respeita à categoria “**Distribuição dos alimentos por seis refeições**” duas famílias descrevem o tipo de distribuição que necessitam efetuar ao longo do dia, evidentes nestes excertos:

(...) pelo menos não é.... ter as refeições que são supostas, pequeno-almoço, lanche, almoço, lanche a meio da tarde, o mais pequenino.

Depois ao jantar e ceia (...) **E2**

(...) comer várias vezes ao dia (...) **E5**

Relativamente à categoria “**Integração diversificada e equilibrada dos alimentos em idade precoce**”, com 5 relatos dos quais destacamos:

(...) a introdução de todos os tipos de alimentos desde cedo para que eles se irem familiarizando com toda a variedade que existe no nível alimentar (...) **E3**

(...) variedade de alimentos; fazer uma alimentação com uma variedade de alimentos dos diferentes grupos alimentares, incluindo frutas, vegetais, cereais, proteínas e laticínios com baixo teor de gordura (...) **E7**

(...) mais atenção ainda pois as crianças estão a desenvolver o corpo, tem de ter uma alimentação mais cuidada com carne, peixe, fruta, cereais e água (...) **E9**

A categoria que reúne mais eventos é “**Ausência de açúcar**” é referido em seis relatos, que passamos de seguida a explicar:

(...) tem levado bolacha com pouco açúcar tento evitar... e fruta ou iogurte (...) **E3**

(...) não, não os deixo comer muitos doces nem nada disso. Eles também não são muito de doces ...gostam mais de da comida (...) **E4**

(...) o que é que eu defendo é evitar os doces.... Evitar os doces acima de tudo (...) **E5**

(...) olha, tentar reduzir ao máximo os hidratos de carbono. É isso eu tento cortar e também o nível dos açúcares, o que às vezes é difícil, mas sim (...) **E6**

(...) para as crianças, todos os alimentos introduzidos a partir da diversificação alimentar, evitando o sal, o açúcar, o mel, bebidas açucaradas (...) **E8**

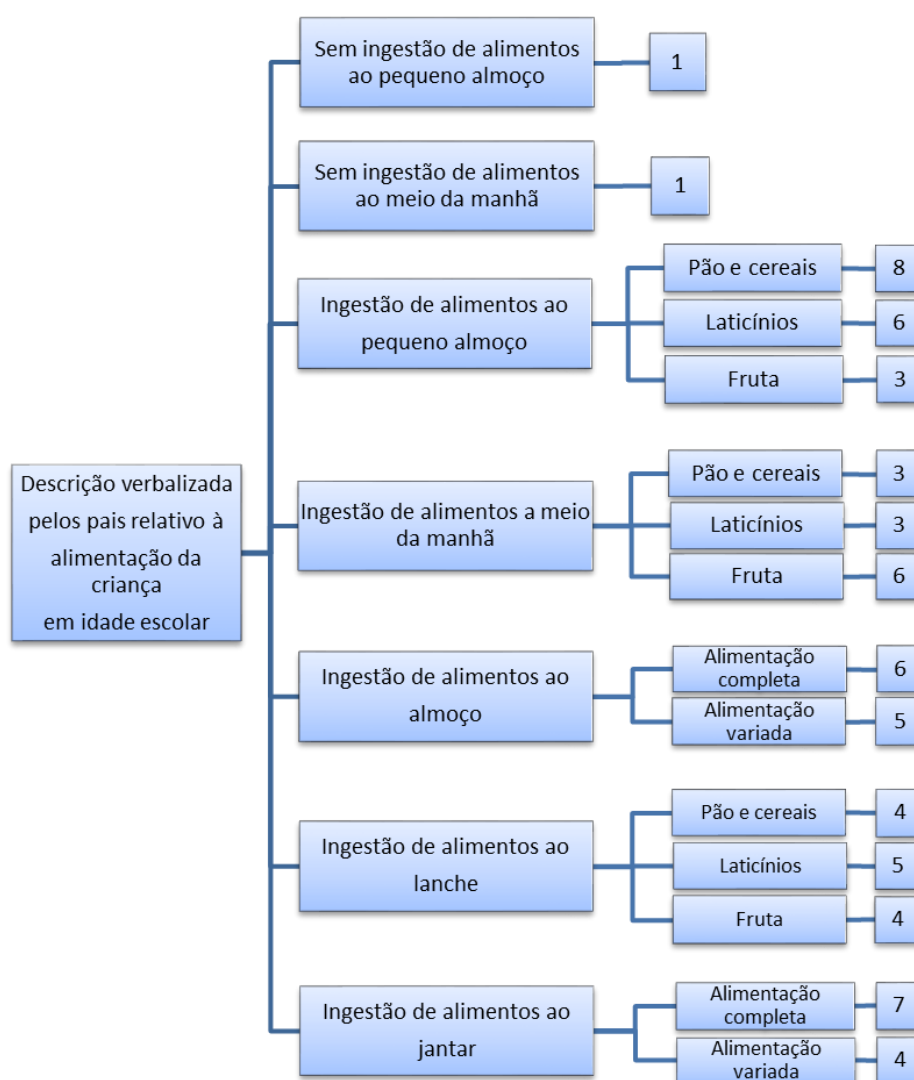
(...) evitar os sumos, bolos e doces (...) **E10**

Muitos pais reconhecem a importância de uma alimentação saudável para o crescimento, desenvolvimento e desempenho escolar dos filhos, reconhecem a importância de educar os filhos sobre hábitos alimentares saudáveis e tentam inculcar esse conhecimento desde cedo. Em resumo, as perceções dos pais sobre uma alimentação saudável para as crianças em idade escolar variam, mas muitos reconhecem a importância e enfrentam desafios ao tentar promover hábitos alimentares saudáveis nos filhos.

4.1.3. Descrição verbalizada pelos pais relativos à alimentação da criança em idade escolar

É importante cuidar da alimentação desde a infância para evitar o consumo excessivo de alimentos inadequados devido a preferências alimentares não saudáveis (Moreira et al., 2020). A educação alimentar e nutricional refere-se a métodos organizados que visam encorajar escolhas alimentares saudáveis e promover a valorização da alimentação como um aspecto vital da vida. Deste modo, conhecer a descrição verbalizada pelos pais é extremamente importante através da análise das entrevistas realizadas, assomaram-se sete categorias: *“Sem ingestão de alimentos ao pequeno almoço”*, *“Sem ingestão de alimentos a meio da manhã”*, *“Ingestão de alimentos ao pequeno almoço”*, *“Ingestão de alimentos a meio da manhã”*, *“Ingestão de alimentos ao almoço”*, *“Ingestão de alimentos ao lanche”* e *“Ingestão de alimentos ao jantar”*, com subcategorias respetivamente, representado pelo diagrama 3. Realçamos que se considerou como Alimentação variada, ou seja, vários alimentos dentro de cada grupo ao longo do dia e a Alimentação Completa ingerir ao longo do dia alimentos de todos os grupos.

Diagrama 3 - Descrição verbalizada pelos pais relativos à alimentação da criança em idade escolar



Na categoria **“Sem ingestão de alimentos ao pequeno almoço”** é referido por uma mãe, evidente neste excerto:

(...) nada não está mal pois não a mãe sempre a ralhar, hoje não comeste nada ontem também não. Qual é o principal que ele devia comer? O pequeno almoço. Ele não come (...) **E1**

A categoria **“Sem ingestão de alimentos a meio da manhã”** também reuniu um relato, que assinala:

(...) Ele não come. Prontos depois a meio da manhã, também não, ele leva um pão, não sei se a lancha de manhã ... eu acho que não (...) **E1**

A categoria “**Ingestão de alimentos ao pequeno almoço**” surgem três subcategorias:

Pão e cereais foi a que foi mencionada pela maior parte dos familiares (oito relatos), de seguida estão expressas alguns deles:

(...) o Eduardo faz pequeno-almoço em casa, leite com cereais (...) **E2**

(...) faz um pequeno almoço antes de sair de casa, que é variável a maior parte das vezes é torrada (...) **E3**

(...) olha, de manhã toma o pequeno-almoço, é leite e com pão com manteiga (...) **E4**

(...) pequeno almoço: pão de cereais... e fresco com manteiga (...) **E7**

A subcategoria com grande relevo é os *Lacticínios*, com seis participantes a enumerá-las, das quais destacamos:

(...) faz um pequeno almoço antes de sair de casa, que é variável (...) às vezes é leite (...) **E3**

(...) toma o pequeno-almoço em família por volta das 10h ou 10 e meia, estando em casa, será um leite achocolatado. (...) e um pãozinho ou um bolinho, devo considerar estar em casa (...) **E5**

(...) olha de manhã, ela come, não come um pão inteiro com manteiga, come metade porque ela não gosta muito de tomar o pequeno-almoço e bebe um copinho de leite, é o que ela come (...) **E6**

Existe três relatos na subcategoria *Frutas*, como fica patente nas afirmações:

(...) faz um pequeno almoço antes de sair de casa, que é variável (...) outras vezes é fruta (...) **E3**

(...) e vai no carro a comer uma peça de fruta sempre (...) **E9**

(...) e também uma pecinha de fruta que normalmente é banana, umas uvas que ela gosta muito, ou kiwi, ou a pera, porque a maçã acho que é a fruta que ela menos gosta (...) **E11**

Na categoria “**Ingestão de alimentos a meio da manhã**” emergiram três subcategorias:

Pão e cereais é referido em três relatos, que passamos de seguida a mencionar:

(...) será 50% das vezes torrada (...) **E3**

(...) ao meio da manhã é um pão com ou com queijo, ou com fiambre, ou com manteiga (...) **E4**

(...) e meio pão com queijo ou fiambre (...) **E7**

Na subcategoria Lacticínios também referida por três relatos manifestadas nestes excertos:

(...) de vez em quando leite ou iogurte ... (...) **E3**

(...) meio da manha: iogurte líquido (...) **E7; E8**

A subcategoria *Fruta* foi aquela que reuniu mais relatos, verbalizados por seis mães, onde destacamos os seguintes testemunhos:

(...) é aquilo que ele (...) faz a meio da manhã é sempre fruta na escola.

Eu mando sempre o lanche da manhã, é sempre fruta (...) **E2**

(...) uma peça de fruta meio da manhã (...) **E5**

(...) uma pecinha de fruta (...) kiwi, ou a pera, porque a maçã acho que é a fruta que ela menos gosta (...) **E11**

Na categoria “**Ingestão de alimentos ao almoço**” emergiram duas subcategorias:

Alimentação Completa com seis relatos como fica patente nas seguintes asseverações:

(...) ao meio dia ou meio dia e meio e almoço na escola o da cantina, tudo o que servem (...) **E1**

(...) o almoço é na escola, pronto, em casa temos sempre também uma alimentação com salada tem que as saladas ter tomate, pepino, alface isto tem que ter sempre ... e de vez em quando também é pizza ..., mas de vez em quando (...) **E2**

(...) almoço na escola o que derem na cantina, sopa, prato e peça de fruta (nós temos acesso sempre à ementa escolar, para evitar repetir ao jantar ...) **E7**

(...) almoço constituído...prato com carne, peixe ou ovo, legumes ou salada, massa ou arroz ou batata nunca os dois hidratos e uma peça de fruta ou gelatina no fim (...) **E8**

Relativamente à subcategoria *Alimentação Variada* é referida por cinco mães das quais destacamos estes excertos:

(...) no almoço sempre a proteína ou..., ou carne, ou o peixe o acompanhamento ...e não gosta de legumes (...) a Matilde come os legumes às vezes na escola, mas depende o que servem e como servem..., mas a sopa come na escola e em casa ... sempre (...) **E3**

(...) o almoço ou peixe ou carne, sopa. Ao fim da semana, ao meio-dia, não comem sopa (...) **E4**

Na categoria “**Ingestão de alimentos ao lanche**” surgem três subcategorias:

Pão e cereais existem quatro relatos como fica patente nas declarações:

(...) no intervalo das quatro ou quatro e meia come o pão na escola (...) **E1**

(...) faz o lanche da tarde. Aí costumo mandar, por exemplo, para a escola, um suminho...costumo mandar um suminho e (...), umas tostas, aquelas tostinhas secas (...) **E2**

(...) lanche da tarde alterna pão com fiambre ou queijo (...) **E8**

(...) lanche da tarde é dado na escola pão com fiambre, (...) **E10**

Outra subcategoria com grande relevo é *Lacticínios*, com cinco participantes a enumera-las, das quais **destacamos**:

(...) é o lanche ou, ou um iogurte com pão ou com o que eles quiserem (...) **E4**

(...) depois à tarde lancha o iogurte... (...) **E5**

(...) lanche da tarde o preconizado pela escola para ser igual para todos os miúdos (...) **E7**

Na subcategoria Fruta existe quatro relatos, dos quais destacamos:

(...) Em tudo semelhante ao pequeno-almoço. Se calhar se fizerem banana de manha, já não vão comer à tarde tem maça (...) **E3**

(...) é o lanche ou, (...) o que eles quiserem ou fruta (...) **E4**

(...) ela lancha nos avós, que também lhe dão e come muita fruta (...) **E6**

Na categoria “**Ingestão de alimentos ao jantar**” emergiram duas subcategorias:

Alimentação completa foi mencionada por sete mães de seguida encontram-se referidos alguns excertos:

(...) noite, tem sempre a proteína, o acompanhamento e sempre sopa...sempre e por fim uma fruta sempre (...) **E3**

(...) à noite, ou é peixe, ou carne, ou arroz ou massa, ou batata (...) **E4**

(...) sopa por norma, será à noite. Só à noite, temos sempre sopa em casa. (...) E à noite é comida novamente e sopa (...) **E5**

A subcategoria *Alimentação variada* foi mencionada por quatro relatos, onde explanam que:

(...) o jantar é com uma cara... ou agora.... hoje vai ser frango assado, frango ali ao churrasco e uma saladinha com certeza para ele vai ser batatas ele não come salada e depois antes de ir pra cama nada (...) **E1**

(...) fazemos o jantar, um jantar normal onde há sempre legumes, salada, sobretudo só aqueles legumes crus, não cozidos, não gostam, gostam é de legumes crus (...) **E2**

(...) e legumes. Ela não gosta de muito, mas é obrigada a comer e depois à noite também. Ela tem um problema, é que ela adora comer massa come muita massa, mas os avós vão cortando que ela à noite não come comigo, vem com os avós porque eu chego sempre nove, nove e meia da noite. (...) **E6**

(...) variamos a comida nunca comemos o mesmo (...) ao jantar (...) **E11**

Existe dois relatos na subcategoria *Alimentação equilibrada*, como fica patente nas afirmações:

(...) ao jantar sopa (só uma concha), prato alternado com o da escola se for carne na escola é peixe em casa... elas já sabem e fruta se quiser no fim (...) **E7**

(...) janta em casa tipo o almoço da escola mais ou menos isto (...) **E10**

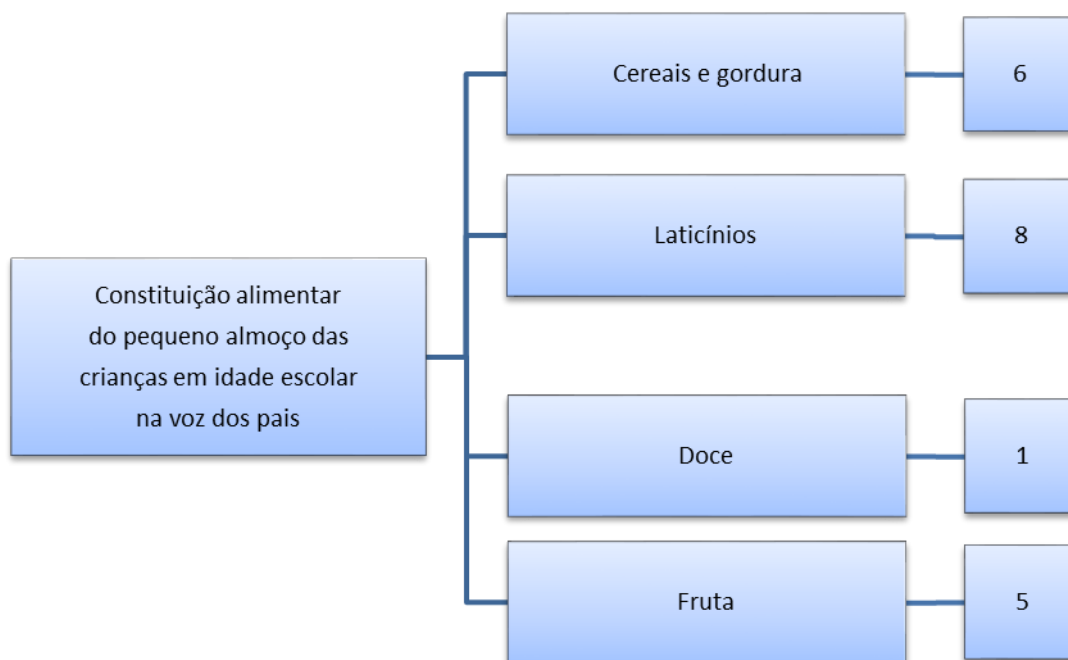
Como se pode verificar, o pai tem uma panóplia de descrições relativo à alimentação da criança em idade escolar que advém das várias exigências, nomeadamente a variedade de opções, alimentos favoritos, nutritivos e equilibrados, facilidade e rapidez muitos preferem refeições rápidas de preparar, mas ainda assim saudáveis e as preferências individuais de cada criança, pois nem todas têm os mesmos gostos e necessidades nutricionais.

4.1.4. Constituição alimentar do pequeno almoço das crianças em idade escolar na voz dos pais

Mudanças nos padrões de vida familiar resultam que muita criança em idade escolar tem que cuidar do próprio pequeno almoço e, muitas delas acabam por não fazer essa refeição, consumindo menos energia e nutrientes em comparação com aquelas que tomam o pequeno almoço (Lucas & Feucht, 2010). Não tomar o pequeno-almoço ou consumi-lo com poucos nutrientes é comum. Os lanches, muitas vezes selecionados por conveniência em vez de valor nutricional, estão a tornar-se cada vez mais importantes na alimentação habitual durante a adolescência (Hockenberry & Wilson, 2014; WHO, 2019b). Neste seguimento, a abordagem dietética deve incentivar a ingestão regular do pequeno-almoço e a diversificação da dieta com uma variedade de alimentos, como sugerido pela literatura atual e baseada no Plano Nacional de Saúde Infantojuvenil. (Portugal, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014).

Conhecer a constituição do pequeno-almoço descrito pelas mães em estudo é por isso importante. Através da análise das entrevistas realizadas, despontaram quatro categorias: “Cereais e gordura”, “Lacticínios”, “Doce” e “Fruta”. Como se pode observar no diagrama 4.

Diagrama 4 - Constituição alimentar do pequeno almoço das crianças em idade escolar na voz dos pais



Seis mães salientam a categoria **“Cereais e gordura”**, deixamos aqui alguns relatos:

(...) é um pão com manteiga (...) **E1; E6**

(...) torrada (...) **E3**

A categoria **“Laticínios”** foi aquela que reuniu mais relatos, com 8 mães, onde destaco os seguintes testemunhos:

(...) um bocado de leite achocolatado (...) **E1**

(...) faz leite com cereais é, é o que ele quer é o pai que prepara o pequeno. É igual, fazem os dois leites com cereais (...) **E2**

(...) leite (...) **E3; E8**

(...) o pequeno-almoço, é leite (...) **E4; E5**

Na categoria **“Doce”** temos um achado, que salienta:

(...) Um bolinho (...) **E5**

Cinco mães realçam na categoria **“Fruta”**, onde ficam aqui alguns dos depoimentos unânimes:

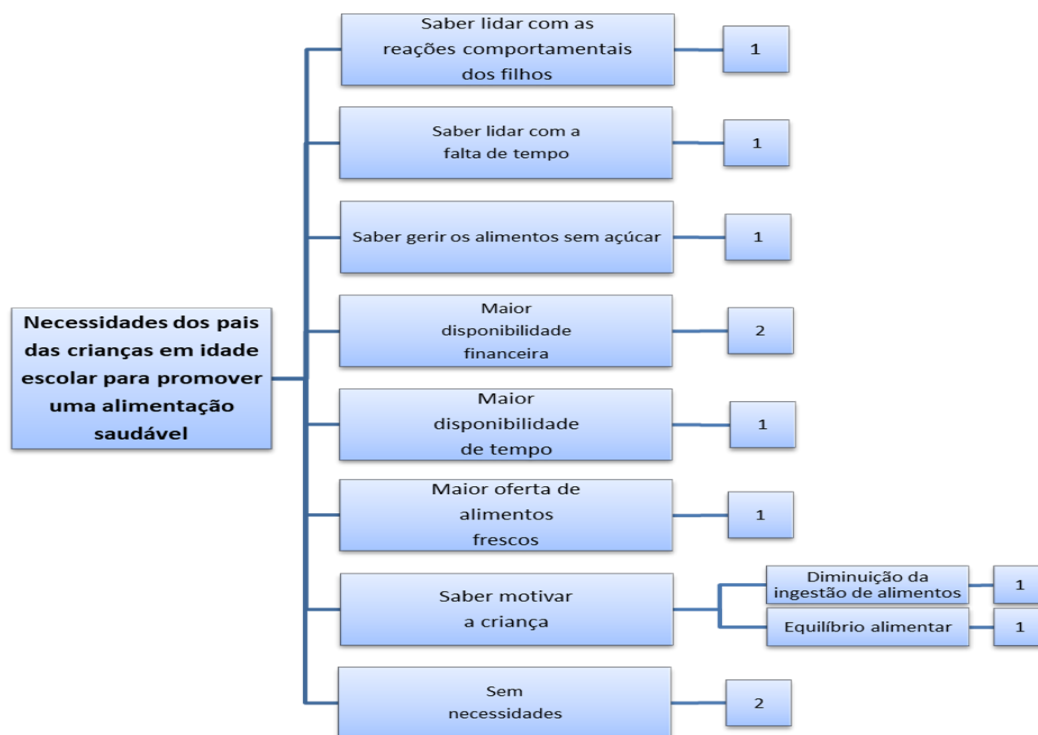
(...) fruta (...) **E3; E9; E10**

Em resumo, as exigências das crianças em relação ao pequeno-almoço geralmente incluem uma combinação de sabor, variedade, nutrição e praticidade, atendendo às suas preferências individuais e às necessidades nutricionais.

4.1.5. Necessidades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável

Promover uma alimentação saudável para crianças em idade escolar é determinante para o seu desenvolvimento. Os pais desempenham um papel fundamental neste processo, e as necessidades podem incluir orientação sobre os princípios de uma alimentação saudável para poderem transmitir esse conhecimento aos filhos. Ao atender a essas necessidades, os pais podem desempenhar um papel significativo na promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças em idade escolar. Da análise das entrevistas, verificamos que são várias as necessidades que as famílias encontram para promover uma alimentação saudável, estão registadas em oito categorias: “Saber lidar com as reações comportamentais dos filhos”, “Saber lidar com a falta de tempo”, “Saber gerir os alimentos sem açúcar”, “Maior disponibilidade financeira”, “Maior disponibilidade de tempo” “Maior oferta de alimentos frescos” “Saber motivar a criança” “Sem necessidades” conforme apresenta o diagrama 5.

Diagrama 5 - Necessidades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável



Na categoria **“Saber lidar com as reações comportamentais dos filhos”** uma mãe manifesta esta dificuldade e explica:

(...) é ele ser teimoso não quer ouvir a mãe, se ele ouvisse a mãe ele comia legumes, leguminosas, fazia o pequeno almoço, mas ele não quer. (...) eu tenho mandado o pão, e ele vota ao lixo. Também não pode ser assim (...) **E1**

Uma família enumerou **“Saber lidar com a falta de tempo”**, que com maior disponibilidade de tempo ajudaria na confeção de uma alimentação, como fica descrito:

(...) as necessidades do dia a dia é sempre faz falta tempo, não é? E isso não é fácil, pois porque com as rotinas do dia a dia é um bocadinho complicado... basicamente é isso, o tempo para confeccionar e ter o tempo para também adquirir o necessário para uma boa confeção (...)

E3

Também é relatado por uma família **“Saber gerir os alimentos sem açúcar”**, que a descreve da seguinte forma:

(...) é difícil de fugir aos doces, é difícil de ganhar... dar-lhe algo que fujam aos açúcares... nem aos é aos açúcares, porque o cereal tem muitos açúcares. E os legumes que ela na escola sempre comeu desde a primária, sempre adorou os legumes cozidos e em casa muito difícil por a comer os legumes (...) **E5**

Na categoria **“Maior disponibilidade financeira”** são reportadas duas situações:

(...) tenho que comprar mesmo que me custe por vezes que há uma fruta é caríssima. As leguminosas são caras, mas eu não corto, corto noutras coisas. Se fizer falta, mas nisso não corto (...) **E6**

(...) ter dinheiro para comprar a alimentação (...) **E10**

Uma família descreve como uma dificuldade acrescida a **“Maior disponibilidade de tempo”**, como fica patente neste testemunho:

(...) tempo para planear as refeições semanais, a mim ajuda-me a evitar escolhas alimentares impulsivas (chegar ao supermercado e comprar frango já pronto como exemplo) o que consigo garantir a variedade de alimentos nutritivos promovendo escolhas mais saudáveis (...) **E7**

A **“Maior oferta de alimentos frescos”** foi expressa por uma mãe, com o relato:

(...) conseguir uma alimentação equilibrada e é sem dúvidas, a maior oferta de nutrientes (ou seja, vitaminas, minerais e outros) para o corpo. Quando nos alimentamos de maneira adequada, conseguimos praticamente obter tudo o que o organismo precisa só pela comida...rir (...) **E8**

Na categoria **“Saber motivar a criança”** surgem duas subcategorias:

Diminuição da ingestão de alimentos é referido por uma mãe que explica:

(...) a maior necessidade é que reduzissem a quantidade de comida que comem à refeição e fora dela, eu era rica se não gastasse tanto em comida (...) **E9**

Na subcategoria *Equilíbrio alimentar* existe um achado, que salienta (...) manter a coisa (alimentação) equilibrada, não é? São necessidades. Ela está sempre a procurar alguma coisinha...algo que faz mal e umas atrás da outra...(...) **E11**

Na categoria **“Sem necessidades”**, duas famílias relatam como o fazem:

(...) ora bem, nós felizmente temos acesso a tudo. Fazemos agricultura biológica, temos quase tudo em casa, depois temos os meus sogros, que também... também têm sempre uma coisita e tal. Tudo que temos tentamos que seja tudo caseiro, não temos assim, atentamos não comprar nada do que seja legumes assim, anão ser congelados, mas pouco porque temos também a fazer, produzimos para pronto precisamente por isso, para ser mais saudável para eles (...) **E2**

(...) que necessidades para a alimentação saudável... sei lá. Dar o melhor possível (...) **E4**

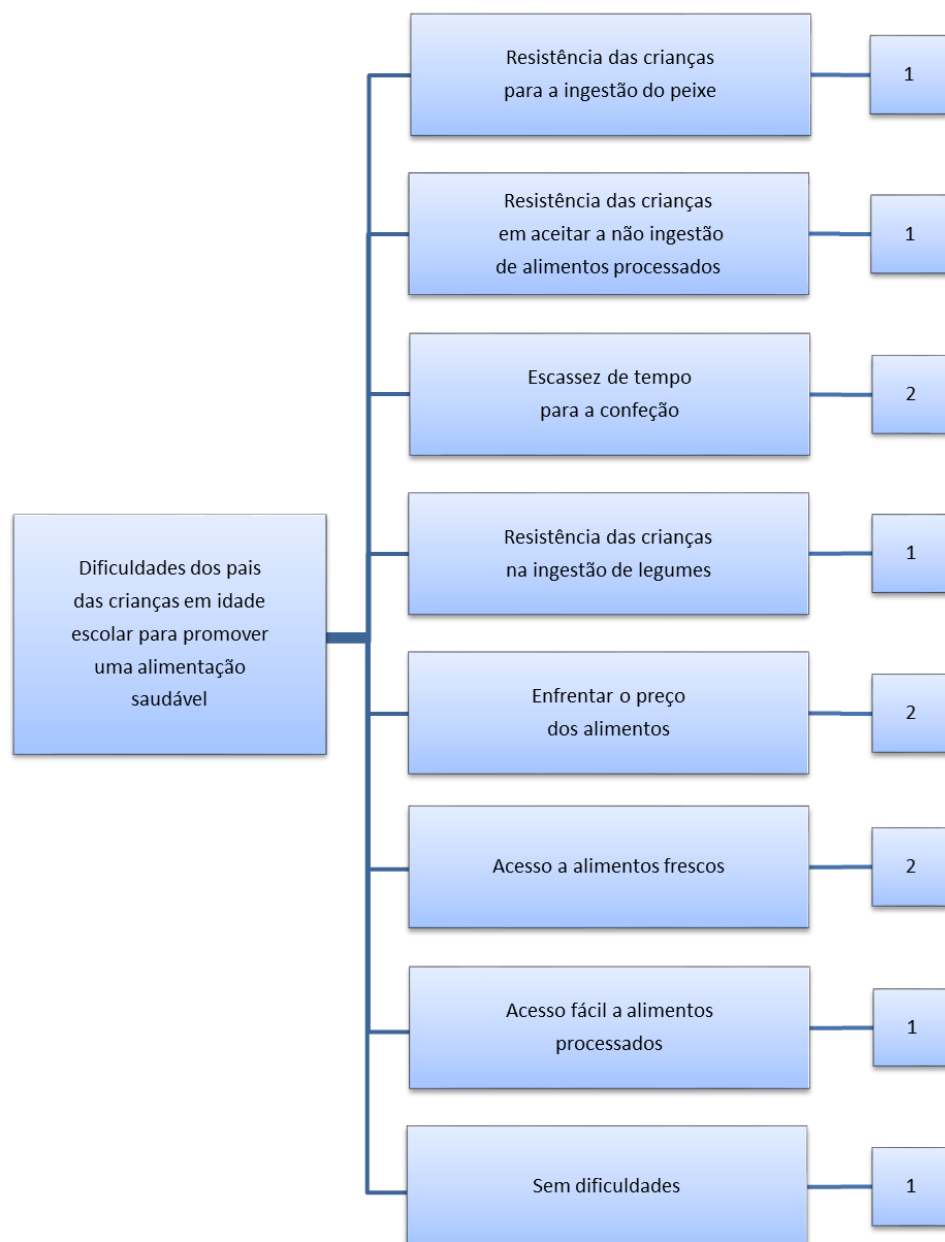
Em síntese podemos verificar existe uma variedade de necessidades da família para promover uma alimentação saudável. Identificar as necessidades da família é essencial para que o enfermeiro planeia os cuidados de acordo com as necessidades demonstradas. Ao atender a essas necessidades, os pais podem desempenhar um papel significativo na promoção de hábitos alimentares saudáveis em crianças em idade escolar. Assim, é fundamental que o enfermeiro atue como um suporte e faça parte ativa do apoio familiar, contribuindo para fortalecer a família e transmitir confiança em relação ao cuidar da criança em idade escolar. Coordenando um projeto de intervenção para atender às necessidades destas famílias, em colaboração com a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Familiar (USF), e com a participação dos pais.

4.1.6. Dificuldades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável

Promover uma alimentação saudável nas crianças em idade escolar pode apresentar desafios para os pais. Existem várias dificuldades comuns que os pais podem enfrentar ao tentar garantir que os filhos adotem hábitos alimentares saudáveis. Ao enfrentar essas dificuldades, é importante que os pais sejam pacientes e persistentes. Nesta área temática as dificuldades estão

expressas em oito categorias: “Resistência das crianças para a ingestão do peixe”, “Resistência das crianças em aceitar a não ingestão de alimentos processados”, “Escassez de tempo para a confecção”, “Resistência das crianças na ingestão de legumes”, “Enfrentar o preço dos alimentos”, “Acesso a alimentos frescos”, “Acesso fácil a alimentos processados” e “Sem dificuldades”, conforme diagrama 6.

Diagrama 6 - Dificuldades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável



Na categoria **“Resistência das crianças para a ingestão do peixe”** surgiu uma mãe que aponta como dificuldade a ingestão de peixe, como demonstra este excerto:

(...) não há o caso de peixe, mas é os peixes já bacalhau às vezes é para o lado se estiverem virados é que vai... senão também não... vem pescada também é depende... às vezes faço foi o caso de ontem sardinhas fritas pequeninas com arroz de feijão ... também não quis, fiz rissóis de camarão diz que era fraco. Também não quis. Não comeu. Comeu arroz só (...) **E1**

A **“Resistência das crianças em aceitar a não ingestão de alimentos processados”**, foi expressa por uma mãe, com o relato:

(...) não são meninos complicados, sobretudo lá está o que é saudável, mas também gostam do que é não saudável (...) **E2**

“Escassez de tempo para a confeção”, é a categoria que é mencionada por duas famílias, que explicam:

(...) são basicamente, é o tempo, o tempo (...) **E3**

(...) o tempo de confeccionar os alimentos nas dificuldades para promover a alimentação saudável (...) **E5**

Uma mãe refere como dificuldade **“Resistência das crianças na ingestão de legumes”**, que narra o seguinte:

(...) as dificuldades é mais nos legumes, dificuldades que ele coma legumes... é isso (...) **E4**

Na categoria **“Enfrentar o preço dos alimentos”**, são reportadas duas situações:

(...) as dificuldades que eu encontro é que são caros, é tudo muito caro e eu por acaso eu posso, não é? (...) **E6**

(...) o preço dos alimentos, eu se não tivesse um pequeno terreno para ter uma estufa, não comprava vegetais, e depois o peixe está caríssimo para dar uma refeição de peixe todos os dias está impossível. A carne

também está pelos olhos da morte, a fruta nem se fala (...) **E9**

O **“Acesso a alimentos frescos”**, foi expresso por duas famílias, como o relato:

(...) acesso a alimentos frescos e saudáveis, como o peixe os vegetais. Depois o marketing das comidas processadas, tento sempre fugir...bem como o ambiente ao nosso redor com o fast-food (...) **E7**

(...) primeiro ensinar as pessoas que preparam as refeições que incluam na sua rotina a compra dos ingredientes necessários para cozinhar, que na maioria das vezes não são frescos. Se forem frescos esses alimentos são mais nutritivos, pois as vitaminas e nutrientes são preservados, e isso proporciona muitos benefícios à saúde. Depois embora a vontade de comer doces seja normal e até saudável em todos nós, em algumas pessoas principalmente no meu marido... apresenta-se mais constante e até de forma incontrolável, fazendo consecutivamente ataques aos gelados, e o consumo de açúcar comprometem a dieta e a saúde... Estas são as maiores dificuldades (...) **E8**

Uma mãe refere o **“Acesso fácil a alimentos processados”**, como dificuldade e explana o seguinte:

(...) fácil acesso no supermercado a comidas prensadas ... já feitas, os fast food que agora existe por todo o lado, tipo Burger king ou Mac e os miúdos estão sempre a pedir (...) **E10**

Na categoria **“Sem dificuldades”**, é reportada uma situação:

(...) não tenho dificuldades, ela come bem, não é. Para já consigo comprar tudo aquilo que acho que é importante para ela (...) **E11**

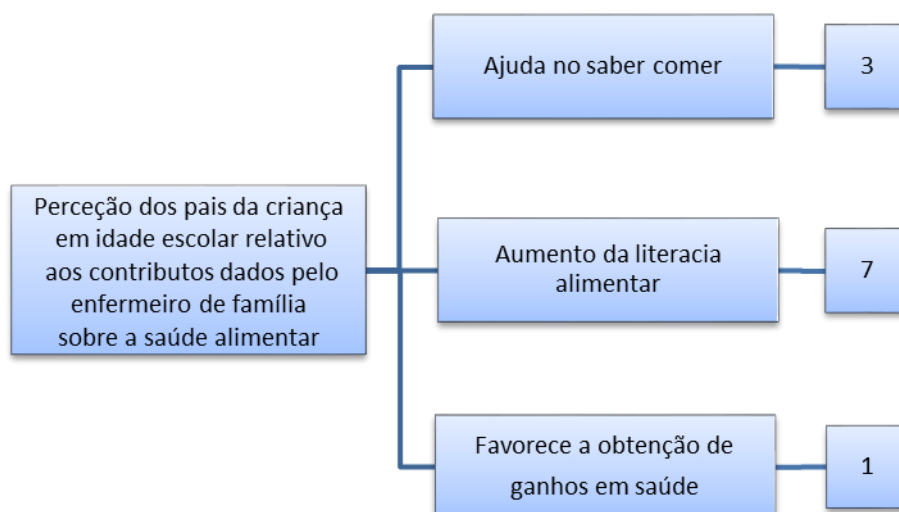
Muitos pais encontravam desafios ao promover hábitos que consideravam saudáveis, e sentiam satisfação por atender os desejos dos filhos. Isso refletia o ambiente alimentar da família, onde as opiniões e vontades das crianças ganhavam cada vez mais importância, influenciadas pela dimensão afetiva e pelos padrões culturais vigentes (Barros et al, 2018; Galimberti , et al., 2018). Assim sendo as dificuldades dos pais para promover uma alimentação

saudável para as crianças requer esforço contínuo e consistente, mas pode ter um impacto significativo na saúde e no bem-estar a longo prazo.

4.1.7. Percepção dos pais da criança em idade escolar relativo aos contributos dados pelo enfermeiro de família sobre saúde alimentar

Os pais de crianças em idade escolar percebem o papel do enfermeiro de família como crucial para promover e sustentar comportamentos alimentares saudáveis e na prevenção de doenças relacionadas à nutrição incluindo a importância de uma dieta equilibrada, ingestão de nutrientes essenciais e controle de porções. Bem como acompanhar o progresso da família em relação à melhoria dos hábitos alimentares e fornecer apoio contínuo para alcançar metas saudáveis. Ao desempenhar esses papéis, o Enfermeiro de Família pode desempenhar um papel significativo na promoção de uma alimentação saudável e no bem-estar geral dos membros da família. Portanto, os pais referem o enfermeiro de família como um recurso valioso para orientação e apoio na promoção de hábitos alimentares saudáveis. Durante o relato foram evocando situações, que deram lugar a esta área temática com três categorias: “Ajuda no saber comer”, “Aumento da literacia alimentar” e “Favorece a obtenção de ganhos em saúde”, representado no diagrama 7.

Diagrama 7 - Percepção dos pais da criança em idade escolar relativo aos contributos dados pelo enfermeiro de família sobre saúde alimentar.



Na categoria **“Ajuda no saber comer”**, três mães manifestam-se e expressam:

(...) a enfermeira faz uns planos alimentares, mas ele não cumpre, ela esforça-se sempre nas consultas ..., mas enfim ele não quer saber...não cumpre nada (...) **E1**

(...) o principal contributo é dar-nos as dicas ou orientações sobre escolhas alimentares saudáveis, tentar substituir as guloseimas por pratos saudáveis. Olhe um exemplo ... até me ensinou a fazer panquecas com aveia, banana e laranja ... vou-lhe dar a receita. E é claro ensinar no primeiro ano de vida a introdução dos alimentos para irem crescendo saudáveis e na idade escolar manter essas orientações dada pela enfermeira (...) **E9**

(...) alertar os pais para os riscos da alimentação com essas comidas pré-feitas e Mac. (...) **E10**

“Aumento da literacia alimentar” foi a categoria que referiu mais contributos com sete famílias, onde destacamos os seguintes testemunhos:

(...) da experiência que eu tenho com a enfermeira Elisabete, ela esclarece tudo e é superacessível, não tenho tido dificuldades, explica tudo o que é preciso (...) **E2**

(...) e era falado era falado sobre a alimentação e é sempre bom porque vai sempre elucidar. Apesar de uma pessoa ler na internet e comprar livros e tudo o mais, é sempre um relembrar, um reavivar a memória do que é que é, portanto, não que seja dado (...) **E3**

(...) forneceu sempre as informações e orientações sobre escolhas alimentares saudáveis e a importância de uma dieta equilibrada (...) **E7**

Existe uma mãe que realça a categoria **“Favorece a obtenção de ganhos em saúde”**, onde explica:

(...) o papel do Enfermeiro de família na promoção da alimentação saudável da criança em idade escolar e não só ... e nos diferentes contextos de cuidados é fundamental, oferece contributos para obter

ganhos em saúde. É indiscutível o contributo (...) **E8**

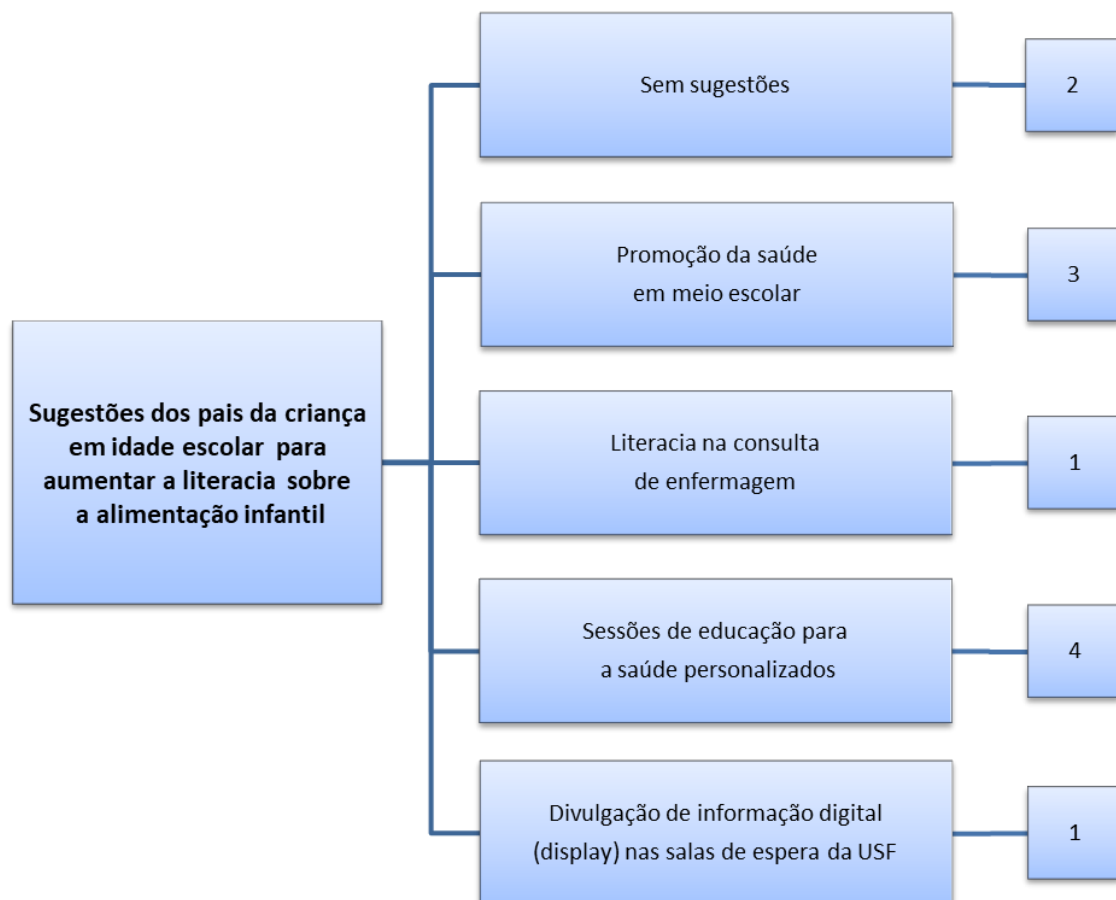
A denominação "literacia alimentar" é usado para descrever os aspetos práticos do quotidiano relacionados a uma alimentação saudável (Gallegos & Vidgen 2014).

A prevenção e a promoção da saúde, incluindo o aumento dos níveis de literacia para a saúde dos pais pelo Enfermeiro de Família, é uma estratégia fundamental para reduzir o impacto das doenças de origem alimentar. Isso capacita os pais a desempenharem o seu papel com conhecimentos, habilidades e confiança em relação à saúde e ao crescimento das crianças, contribuindo assim para implementar mudanças, sendo uma importante estratégia de saúde comunitária na área de saúde familiar, pois no futuro trará ganhos em saúde.

4.1.8. Sugestões dos pais da criança em idade escolar para aumentar a literacia sobre a alimentação infantil

As sugestões que as famílias deixam aos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, contribuirá por certo, para aumentar a literacia sobre a alimentação infantil, obter cuidados de saúde com maior qualidade e como tal, crianças mais saudáveis. É por isso importante. Através da análise das entrevistas realizadas, despontaram cinco categorias: “Sem sugestões”, “Promoção da saúde em meio escolar”, “Literacia na consulta de enfermagem”, “Sessões de educação para a saúde personalizadas” e “Divulgação de informação digital (display) nas salas de espera da USF” conforme diagrama 8.

Diagrama 8 - Sugestões dos pais da criança em idade escolar para aumentar a literacia sobre a alimentação infantil.



Duas mães responderam **“Sem sugestões”**, alegando os motivos:

(...) não há... ela já trabalha de mais, tem cuidados até se esforça mais a dizê-las coisas, mas ele é que não ouve nem se esforça (...) **E1**

(...) não para mim para já esta tudo bem sem queixas...rir.... rir (...) **E4**

Três famílias são da opinião que deveria existir a **“Promoção da saúde em meio escolar”** e evocam as seguintes razões:

(...) em grandes grupos por exemplo na escola era interessante fazer ensinios a grandes grupos e aos pais. Isso sim, antigamente iam às escolas, tinham programas agora não se vê esses ensinios e eram interessantes. Relembrar e ate ensinar pequenos almoços saudáveis entre outros (...) **E2**

(...) na escola é que realmente se trabalha muito mais essa situação. A saúde escolar, sim, sim e é um contributo muito bom (...) **E5**

(...) na escola fazer palestras juntamente com os professores (...) **E9**

Na categoria **“Literacia na consulta de enfermagem”**, uma mãe sugere:

(...) eu acredito que nas consultas que são feitas anualmente, que seja um dos temas que são falados e deverão manter. Não sei dizer se é ou não, neste momento, mas caso não seja, é uma das maneiras aproveitar sempre a consulta quando os meninos vão ao médico para se falar sobre a alimentação (...) **E3**

Na categoria **“Sessões de educação para a saúde personalizadas”** surgiram quatro mães que apontam para essa necessidade, como se pode observar dos excertos apresentados:

(...) talvez desenvolver planos de cuidados personalizados para crianças com problemas nutricionais, seja para o controle do peso em casos de obesidade ou para a promoção de uma alimentação equilibrada. Isto pode ser feito por meio de sessões educacionais, materiais informativos e workshops (...) **E7**

(...) aumentar a formação dos pais /coletividades com sessões de educação para a saúde a nível das práticas alimentares, com panfletos, sessões de formação no sentido de valorizar as ações promotoras da saúde (...) **E8**

(...) aqui no centro ter brochuras ou panfletos sobre os alimentos a evitar e os substitutos. Até receitas saudáveis (...) **E9**

(...) dar panfletos nas consultas sobre alimentos saudáveis e mais enfase aos riscos da fast-food (...) **E10**

Foi indicado por um familiar na categoria **“Divulgação de informação digital (display) nas salas de espera da USF”** como uma estratégia importante, realçando:

(...) enquanto aguardamos pelas consultas na sala de espera no televisor passar sessões de educação para a saúde (...) **E8**

Podemos verificar, que a sugestão anterior tem um peso marcante para as famílias com o intuito de aumentar a literacia sobre alimentação infantil. Devido à proximidade com as famílias, o

enfermeiro de saúde familiar deve colaborar estreitamente com a equipa de saúde, avaliando a situação de saúde e as diferentes fases da vida das famílias, com ênfase em educação e promoção da saúde, (Decreto-Lei n.º 118/2014). O enfermeiro de saúde familiar desempenha um papel crucial nas USF, adotando uma abordagem centrada na família ao longo do seu ciclo de vida, com foco primordial na promoção da saúde, educação e manutenção da mesma.

Mas para além do lar, as crianças também adquirem conhecimentos sobre bons hábitos alimentares nas escolas. O papel das escolas na promoção do consumo de alimentos saudáveis é crucial. É essencial que as crianças em idade escolar compreendam a importância de uma alimentação saudável para um desenvolvimento adequado, prevenção de doenças e tomada de decisões alimentares corretas (Centeno, et al. 2020).

As crianças em idade escolar são um grupo que, na sua maioria, basicamente saudável, mas que pode aprimorar os fatores que promovem ou protegem a saúde (Briske et al., 2011), e os hábitos alimentares são complexos e são influenciados por uma variedade de fatores, incluindo experiências pessoais, observação do comportamento dos outros e educação (Breda & Nunes, 2001). Compreender essas influências pode ser útil para promover escolhas alimentares mais saudáveis e sustentáveis. O acesso a recursos educacionais como folhetos informativos ou websites confiáveis, podem ajudar os pais a compreender e promover escolhas alimentares saudáveis. Também podem precisar de orientação sobre como preparar refeições saudáveis que sejam práticas e atrativas para as crianças, sugestões sobre como introduzir variedade nas refeições, proporcionar ideias para envolver as crianças no processo de planeamento e preparação das refeições bem como proporcionar um ambiente favorável em casa, podem ser úteis para promover a aceitação de alimentos saudáveis.

Para dar respostas às sugestões destas famílias destaca-se também que a prática de cuidados baseada em evidências científicas apoia a execução de projetos de intervenção, os quais são orientados pelas necessidades reais encontradas, promovendo a obtenção de ganhos em saúde.

4.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste subcapítulo, os resultados obtidos serão analisados de maneira crítica e reflexiva, tendo em consideração os objetivos delineados: identificar as perceções dos pais relativamente às intervenções do enfermeiro de família na saúde alimentar das crianças em idade escolar; Identificar nos pais o significado de uma alimentação saudável; Identificar as práticas alimentares dos pais com crianças ; Identificar as crenças dos pais relativo à saúde alimentar das crianças em idade escolar; bem como identificar as necessidades/dificuldades de promover uma alimentação saudável. Pretende-se também usar as informações obtidas

para identificar possíveis consequências que possam auxiliar no desenvolvimento futuro de projetos de intervenção direcionados a grupos semelhantes, de forma a promover hábitos alimentares saudáveis. Como mencionado anteriormente, compreender o comportamento alimentar é fundamental para a educação e a prevenção no contexto da saúde (Barbosa et al., 2003).

Para uma discussão mais aprofundada dos resultados, é importante ressaltar mais uma vez a questão de investigação delineada: ***Qual a prática quotidiana dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar?***

Procurámos assim, construir uma descrição crítica, relativa às perspetivas das famílias acerca das práticas quotidianas na saúde alimentar da criança em idade escolar. A discussão segue a sequência das áreas temáticas identificadas, através da análise do conteúdo das entrevistas realizadas.

- **Perfil dos participantes que cuidam da saúde alimentar das crianças em idade escolar**

No presente estudo participaram 11 participantes do sexo feminino, que corresponde (100%), com idades entre um mínimo de 35 e um máximo de 44 anos, com uma média de 38,27 anos, com uma amplitude de variação da idade dos participantes de 9 anos. A distribuição das idades por intervalos, diz-nos que 6 participantes têm entre 35 e 37 anos (55%), 3 participantes entre 39 e 41 anos (27%) e 2 participantes entre 42 e 44 anos (18%). Considerando a idade das crianças estudadas, a idade dos pais vai ao encontro das estatísticas nacionais em 2021 em que, segundo o INE, a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho era de 30,4 anos e a idade média da mulher ao nascimento de um filho era de 31,8 anos, mantendo-se a tendência de adiamento da maternidade (Pordata, 2021). Destacamos que os 11 entrevistados, são mães da criança (100%).

Em relação ao estado civil destas famílias, 10 são casadas (91%), 1 (9%) união de facto, os resultados são corroborados, por Silva (2014), que verificaram que a maioria das mães eram casadas ou viviam em união de facto.

Quanto às habilitações literárias, 4 (36%) possui o ensino secundário, seguido de 4 (37%) com 3º ciclo 9º ano (37%) e com 3 (27%) o ensino superior licenciatura, com uma variedade muito grande de profissões, sendo 2 operárias fabris (19%), com predomínio de Auxiliar de Produção Têxtil 2 (19%), Auxiliar de Ação Educativa 2 (18%), Empresária 2 (18%), Bancária 1 (9%), Comercial 1 (9%), Grooming 1 (9%), Farmacêutica 1 (9%), e Costureira 1 (9%). A situação perante o emprego reflete que 11 (100%) encontram-se empregados. No que diz respeito à residência 5 residem nas aldeias de Barroselas (46%), 5 na Vila de Barroselas (45%) e 1 (9%) na Cidade.

Verificamos que 6 (55%) dos agregados familiares são constituídos por 4 elementos, variando entre 3 e 5 elementos. A totalidade das famílias, segundo a definição de Bairrada et al., (2010), são famílias nucleares, o que corresponde no nosso estudo a 11 famílias (100%).

As crianças apresentam idades compreendidas entre 8 anos e os 11 anos. A faixa etária dos 10 anos foi a mais representada com 6 (55%) das crianças, 4 (36%) das crianças com idade 8 anos e com uma criança de 11 anos (9%). Relativamente aos problemas de saúde, foi referido pelos participantes quando questionados se a criança tem alguma doença crónica, podemos verificar que as 11 (100%) das crianças todas sem doença crónica.

As nossas participantes na entrevista, 11 (100%), mães das crianças, apresentando-se como responsável da criança. Estes resultados estão em consonância com os apurados por Collet et al., (2018), que afirmam, que a maioria dos cuidadores de crianças são mães. Também a evidência científica, vem demonstrando, que a maioria dos cuidadores são do sexo feminino (Caçador, 2018). Na sociedade atual, a mulher ainda é principalmente responsável pelas tarefas relacionadas à gestão do lar, incluindo o trabalho doméstico e o cuidado com as crianças (Dias, 2011). O papel da mulher envolve diversas funções, incluindo as responsabilidades parentais e domésticas, entre outras. Isto está ligado às noções tradicionais de gênero, que veem a mulher como a principal cuidadora da família (Silva, 2014).

- **Conceito de alimentação saudável atribuído pelos pais da criança em idade escolar**

Da análise efetuada ao conteúdo das entrevistas e do que já se explanou na contextualização teórica, verificamos que não existe um conceito único de alimentação saudável. O significado atribuído pelos pais à alimentação saudável da criança em idade escolar são: “Inculcar nas crianças horários regulares de alimentação; Promover proporções adequadas dos alimentos; Escolhas alimentares diversificadas”.

Os resultados deste estudo revelaram que os pais têm uma variedade de conceitos sobre o que consideram ser uma alimentação saudável para as suas crianças em idade escolar. A categoria que reuniu mais consenso entre os pais foi “Escolhas alimentares diversificadas”, onde eles destacaram a importância de uma alimentação variada, composta por frutas, legumes, proteínas e cereais, tal como no estudo de Cabral et al., (2005). Também Andrade et al., (2017) referem que devem ser consumidas 5 porções de legumes e frutas todos os dias. A consideração da diversidade alimentar como parte integrante de uma alimentação saudável para crianças reflete a compreensão da importância de uma dieta equilibrada e nutricionalmente rica. Este entendimento pode servir como base para promover hábitos alimentares saudáveis e duradouros nas crianças, contribuindo para seu desenvolvimento e

bem-estar a longo prazo. Uma alimentação adequada nos primeiros anos de vida da criança pode ajudar a prevenir doenças como obesidade ou anorexia (Durão et al., 2019).

Alguns pais, também enfatizaram a importância de incutir nas crianças horários regulares de alimentação, como comer de duas em duas horas, e promover proporções adequadas dos alimentos, como comer mais à base de legumes e limitar a quantidade de carne e carboidratos. Resultados semelhantes foram encontrados por Moreira et al., (2020). A forma como as refeições são organizadas, os horários em que são feitas e o ambiente em que ocorrem são cruciais e representam oportunidades importantes para transmitir os valores da alimentação tradicional e familiares (Portugal, 2007).

Em síntese, os pais têm conceitos diferentes sobre alimentação saudável, que podem ser influenciados por suas vivências, cultura, meio social e valores. Esses resultados destacam a importância de os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, considerarem esses diferentes conceitos ao trabalhar com famílias para promover hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade escolar. Segundo Lourenço (2015), refere que toda ação preventiva deve focar-se na família. Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, devem encorajar os pais a adotar um estilo de vida saudável. Assim, existe um consenso de que, ao abordar a prevenção da obesidade infantil, é crucial enfatizar a promoção de uma alimentação saudável e a prática regular de atividade física (Moura & Cunha, 2005; Campos et al., 2008; Kleiner et al., 2010; Silvia & Silva, 2010). Nesta ótica de promoção e prevenção, a identificação dos fatores de risco ligados à obesidade em crianças e adolescentes é de extrema importância, visando aprimorar as estratégias preventivas, considerando que a idade escolar é vista como um momento ideal para intervenções preventivas (Vieira & Carvalho, 2018).

- **Percepções dos pais relativamente a uma alimentação saudável das crianças em idade escolar**

Os resultados revelam que os pais têm uma variedade de percepções sobre o que consideram ser uma alimentação saudável para as suas crianças em idade escolar.

A categoria que reuniu mais consenso entre os pais foi “Padrão alimentar diversificado”, onde eles destacaram a importância de uma dieta variada e equilibrada, que incluía sopa, frutas, legumes, laticínios e água. Também Fernandes e Moreira (2007), reforçam que é importante aprender, desde cedo, a apreciar os bons alimentos e a distinguir os que fazem bem dos que fazem mal, através da adoção de práticas alimentares adequadas.

Alguns pais também enfatizaram a importância de distribuir os alimentos ao longo de seis refeições diárias, para garantir a ingestão adequada de nutrientes ao longo do dia, indo de

encontro ao estudo de Costa (2012), sobre práticas alimentares, onde a maioria dos pais apresenta bons conhecimentos. Além disso, no nosso estudo, os pais consideraram importante introduzir uma variedade de alimentos desde cedo, para que as crianças se familiarizem com diferentes alimentos e evitem o consumo excessivo de açúcar. Muitos pais estão cientes da importância de uma dieta saudável para o crescimento, desenvolvimento e desempenho acadêmico de seus filhos. Eles também valorizam a necessidade de ensinar e incentivar hábitos alimentares saudáveis desde cedo.

Em resumo, as opiniões dos pais sobre a alimentação saudável para crianças em idade escolar podem variar, mas é comum que reconheçam sua importância e enfrentem desafios ao promover tais hábitos alimentares nos filhos.

- **Descrição verbalizada pelos pais relativos à alimentação da criança em idade escolar**

A análise dos resultados nesta área temática revela que os pais têm diferentes padrões alimentares para as crianças em idade escolar. A maioria dos pais relatou que os seus filhos têm ingestão de alimentos ao pequeno-almoço, sendo que pão e cereais foram os mais mencionados, seguidos por laticínios e frutas. No entanto, houve também relatos de pais que mencionaram que os seus filhos não comem nada ao pequeno-almoço.

Quanto à ingestão de alimentos a meio da manhã, os pais relataram que os seus filhos consomem principalmente pão e cereais, seguido por laticínios e frutas. Alguns pais relataram que os seus filhos não comem nada a meio da manhã. Outros estudos, incluindo o de Alarcão et al., (2017), confirmam este resultado, demonstrando que crianças portuguesas com menos de 10 anos não estão a cumprir a recomendação da OMS de consumir 400 g/dia (equivalente a 5 ou mais porções diárias) de frutas e legumes.

No almoço, os pais relataram que os filhos têm uma alimentação variada, com proteínas, vegetais, legumes ou salada, e um acompanhamento como massa, arroz ou batata. Alguns pais relataram que os filhos têm uma alimentação completa, com sopa, prato principal e fruta. Isto indica um padrão comportamental geralmente saudável quando comparado com os resultados do estudo COSI (2016), onde a maioria das crianças relatou consumir sopa de legumes.

No lanche da tarde, os pais relataram que os filhos consomem principalmente pão e cereais, seguido por laticínios e frutas. Alguns pais relataram que os filhos não comem nada ao lanche da tarde. De acordo com Barreta (2012), é recomendado promover o consumo de laticínios, especialmente os com baixo teor de gordura, e optar por alimentos com baixo teor de açúcar, evitando o consumo de alimentos com açúcar refinado, bebidas doces e guloseimas.

No jantar, os pais relataram que os filhos têm uma alimentação variada, com proteínas, vegetais, legumes ou salada, e um acompanhamento como massa, arroz ou batata. Alguns pais relataram que seus filhos têm uma alimentação completa, com sopa, prato principal e fruta.

De uma forma geral, estas crianças consomem as porções diárias apontadas por Amaral e Coimbra (1994), como sendo as adequadas: três porções (30g) de carne ou peixe, três porções (240 ml) de leite, três a quatro porções (100g) de hortaliças ou outros produtos agrícolas e duas porções (100g) de frutas.

Globalmente, em relação aos hábitos alimentares, os pais afirmam que os filhos consomem regularmente alimentos saudáveis, como carne, peixe, frutas, legumes e sopa. Resultados semelhantes foram observados por Martins (2016) e Andrade (2014), que notaram bons hábitos alimentares nas crianças alvo de estudo, apesar do consumo frequente de doces e fast food.

- **Constituição alimentar do pequeno almoço das crianças em idade escolar na voz dos pais**

A análise dos resultados nesta área temática revela que os pais têm diferentes constituições alimentares para o pequeno-almoço das crianças em idade escolar. As categorias identificadas incluem “Cereais e gordura”, “Lacticínios”, “Doce” e “Fruta”.

No que diz respeito aos cereais e à gordura, os pais relataram que os seus filhos consomem principalmente pão com manteiga ou torrada. Alguns pais também mencionaram a ingestão de bolinhos no pequeno-almoço. Quanto aos lacticínios, os pais relataram que os filhos consomem principalmente leite, muitas vezes com cereais ou leite achocolatado. O estudo COSI ,2016 também revelou que as crianças portuguesas consomem diariamente leite e produtos lácteos, principalmente leite, iogurtes e outros produtos lácteos (Graça, 2017).

Em relação aos doces, alguns pais mencionaram que os filhos consomem bolinhos no pequeno-almoço. Todos estes dados remetem para os dados da WHO (2020), sobre a obesidade na infância estar associada a uma série de complicações de saúde graves e a um risco aumentado de início prematuro de doenças relacionadas. Para além de que, as crianças obesas, podem também apresentar problemas, nomeadamente baixa autoestima e humor deprimido, podendo ser alvo de discriminação pelas outras crianças (Branco et al., 2011).

Finalmente, em relação à fruta, os pais relataram que os filhos consomem principalmente pera ou maçã, mas também podem consumir outras frutas ocasionalmente.

Em resumo, os resultados desta área temática mostram que os pais têm diferentes constituições alimentares para o pequeno-almoço das crianças em idade escolar. Isso destaca a importância de os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, considerarem esses

diferentes padrões alimentares ao trabalhar com famílias para promover hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade escolar.

- **Necessidades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável**

A análise dos resultados nesta área temática revela diversas necessidades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável. Alguns pais relataram dificuldades em lidar com as reações comportamentais dos filhos, como a teimosia, que pode interferir na sua alimentação. Além disso, alguns pais mencionaram que os seus filhos rejeitam alimentos saudáveis, como legumes e leguminosas. Outros, relataram que a falta de tempo é uma das principais dificuldades em promover uma alimentação saudável para seus filhos. Eles mencionaram que as rotinas do dia a dia tornam difícil encontrar tempo para preparar refeições saudáveis e adquirir os ingredientes necessários. Alguns pais mencionaram que é difícil evitar o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces e cereais. Além disso, alguns pais relataram que os seus filhos têm dificuldade em consumir legumes em casa, mesmo que os consumam na escola. Outros mencionaram que o custo dos alimentos saudáveis, como frutas e leguminosas, pode ser um obstáculo para promover uma alimentação saudável para seus filhos.

Foi também apontada que se tivessem mais tempo para planejar as refeições semanais poderiam evitar escolhas alimentares impulsivas e promover escolhas mais saudáveis, bem como defendem que ter uma maior oferta de alimentos frescos pode ajudar a promover uma alimentação mais equilibrada e nutritiva.

Com base nos resultados do nosso estudo, acredita-se que a alimentação poderá não ser a mais adequada, sendo que a alimentação saudável é um dos fatores decisivos para o adequado crescimento, desenvolvimento e manutenção da saúde das crianças (Ogden, 2010). Defende-se, tal como Barros (2003), que deverão ser feitas algumas correções dos hábitos alimentares, o estabelecimento de hábitos de atividade física contínua e adequada, aquisição conhecimentos que sustente atitudes positivas face a comportamentos saudáveis e de rejeição perante comportamentos impróprios.

- **Dificuldades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável**

A análise dos resultados nesta área temática revela diversas dificuldades enfrentadas pelos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável. As

categorias identificadas incluem a resistência das crianças para a ingestão do peixe, a resistência das crianças em aceitar a não ingestão de alimentos processados, a escassez de tempo para a confecção, a resistência das crianças na ingestão de legumes, o enfrentar o preço dos alimentos, o acesso a alimentos frescos, o acesso fácil a alimentos processados e a ausência de dificuldades.

Apesar das dificuldades apontadas pelos nossos participantes do estudo, importa reter que estas crianças se encontram numa fase essencial para a formação de hábitos, sendo que a forma como a família interage com as suas crianças durante as refeições é fundamental para a formação desses mesmos hábitos. É nesta etapa da vida, que é formada a personalidade e são criados modelos que serão a base do comportamento da criança na idade adulta (Barbosa et al., 2021).

Em resumo, os resultados desta área temática mostram que os pais enfrentam diversas dificuldades ao tentar promover uma alimentação saudável para seus filhos. Essas dificuldades incluem a resistência das crianças a certos alimentos, falta de tempo, custo dos alimentos saudáveis, dificuldade em ter acesso a alimentos frescos, influência do marketing de comidas processadas e fast food, e fácil acesso a alimentos processados.

- **Perceção dos pais da criança em idade escolar relativo aos contributos dados pelo enfermeiro de família sobre saúde alimentar**

Os resultados desta área temática indicam que os pais de crianças em idade escolar percebem os contributos dados pelo enfermeiro de família sobre saúde alimentar de diversas maneiras. As categorias identificadas incluem ajuda no saber comer, três mães afirmaram que o enfermeiro os ajudou a compreender melhor as práticas alimentares adequadas, aumento da literacia alimentar sete referiram um aumento na literacia alimentar devido à intervenção do enfermeiro de família, e favorecimento da obtenção de ganhos em saúde onde uma mãe mencionou que a intervenção do enfermeiro contribuiu para melhorias na saúde o que vai de encontro ao Regulamento nº428/2018. Os pais percebem que o enfermeiro ajuda no saber comer ao fornecer dicas e orientações sobre escolhas alimentares saudáveis, substituindo guloseimas por pratos saudáveis e ensinando a introdução de alimentos para o crescimento saudável das crianças. Além disso, os pais consideram que o enfermeiro alerta para os riscos das comidas pré-feitas e fast food.

O aumento da literacia alimentar é outro contributo percebido pelos pais, que afirmam que o enfermeiro esclarece dúvidas e explica tudo o que é preciso sobre alimentação.

Eles valorizam a informação e orientações fornecidas pelo enfermeiro, especialmente durante a fase da lactação e em situações de dificuldades alimentares.

Por fim, os pais acreditam que o enfermeiro favorece a obtenção de ganhos em saúde ao oferecer contributos para promover a alimentação saudável da criança em idade escolar e em diferentes contextos de cuidados. Eles consideram o papel do enfermeiro essencial para obter ganhos em saúde e valorizam a sua disponibilidade para esclarecer dúvidas e fornecer orientações sobre escolhas alimentares saudáveis. Dados semelhantes foram encontrados por Lourenço (2015), que defende que a interação que os enfermeiros estabelecem com a família/criança, oferece uma excelente oportunidade para dar aos pais a informação mais apropriada, incentivando-os a eventuais mudanças de estilo de vida, para que saibam identificar os comportamentos que colocam a criança em risco sobretudo nas famílias com os fatores de risco e, desta forma, poderem agir em conformidade. Como referimos anteriormente a percepção positiva das mães em relação aos contributos do enfermeiro de família sobre literacia alimentar é promissora. É amplamente reconhecido que um nível inadequado de literacia em saúde resulta em custos significativos para o sistema e representa um fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças crônicas, incluindo a obesidade (Andrade, 2018). O aumento da literacia alimentar e a orientação sobre hábitos alimentares saudáveis são indicativos do impacto positivo da intervenção do enfermeiro. Estas percepções sugerem que a abordagem do enfermeiro é bem recebida e está produzindo resultados positivos. Este feedback das mães pode ser útil para direcionar e aprimorar as práticas do enfermeiro e enfatizar a importância de intervenções similares na saúde alimentar. Segundo Marques, (2019), é através do feedback destes que se inicia o processo de aprendizagem. Oliveira (2014), enfatiza a relevância do EF, destacando que estes têm a capacidade de capacitar os pais, auxiliando-os a desenvolver as habilidades necessárias para levar uma vida saudável e serem participantes eficazes no cuidado de saúde. Refere ainda que a educação para a saúde desempenha um papel crucial na capacitação individual, permitindo o desenvolvimento de comunidades mais bem informadas e ativas. Deve guiar as intervenções de enfermagem, uma vez que é através dela que o principal objetivo da enfermagem, que é a promoção da saúde, possa ser alcançado. A educação para a saúde está vinculada ao empoderamento, e, dessa maneira, almeja-se promover a capacitação de crianças, pais e famílias. Também Sebastian (2011), corrobora que os enfermeiros podem ajudar as pessoas a desenvolver as habilidades essenciais para levar uma vida saudável e se tornarem parceiros eficazes no cuidado da saúde. Em resumo, os resultados desta área temática mostram que os pais percebem os contributos dados pelo enfermeiro de família sobre saúde alimentar de forma positiva, considerando-os essenciais para promover uma alimentação saudável e obter ganhos em saúde para seus filhos em idade escolar.

- **Sugestões dos pais da criança em idade escolar para aumentar a literacia sobre a alimentação infantil**

É crucial, na nossa visão, que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários estejam cientes das sugestões provenientes dos pais das crianças em idade escolar, a fim de poderem colaborar com as famílias no desenvolvimento de intervenções com objetivos comuns. Estas intervenções colaborativas visam promover a qualidade de vida tanto da família quanto da relação entre enfermeiro e família.

Os pais de crianças em idade escolar têm várias sugestões para aumentar a literacia sobre alimentação infantil. Como sugestões apontaram: “Promoção da saúde em meio escolar”, “Literacia na consulta de enfermagem”, “Sessões de educação para a saúde personalizadas” e “Divulgação de informação digital (display) nas salas de espera da USF”.

Existiram pais que não apresentaram sugestões, o que revela que as informações dadas pela enfermeira de família já são suficientes e não têm sugestões adicionais.

A categoria, “Promoção da saúde em meio escolar”, sugere que as escolas poderiam desempenhar um papel mais ativo na promoção de uma alimentação saudável, através de ensinamentos a grandes grupos e aos pais, palestras com professores, e disponibilização de brochuras, panfletos e receitas saudáveis.

A categoria, “Literacia na consulta de enfermagem”, propõe que as consultas de enfermagem anuais poderiam incluir a discussão sobre alimentação, especialmente se a criança tiver problemas nutricionais.

A categoria, “Sessões de educação para a saúde personalizadas”, sugere que os pais poderiam beneficiar de sessões educacionais personalizadas, workshops e materiais informativos sobre alimentação saudável, especialmente em casos de obesidade ou para promoção de uma alimentação equilibrada.

A última categoria, “Divulgação de informação digital (display LED) nas salas de espera da Unidade de Saúde Familiar”, sugere a utilização de displays digitais nas salas de espera para transmitir informações sobre alimentação saudável enquanto os pacientes aguardam pela consulta.

Denota-se, acima de tudo, que a família se torna um agente da própria saúde, apoiada continuamente pelo processo de capacitação (Graça & Rito 2015; Paloma et al., 2023).

Os EF desempenham um papel fundamental na melhoria do estado de saúde da população, ao fornecer informações e orientações sobre práticas saudáveis, podem capacitar a família a tomar decisões informadas sobre a sua saúde e adotar comportamentos saudáveis (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009; Amaral et al., 2005).

Em resumo, os pais sugerem várias formas de aumentar a literacia sobre alimentação infantil, incluindo o envolvimento das escolas, a inclusão de temas de alimentação nas consultas de enfermagem, sessões educacionais personalizadas e a utilização de displays digitais para divulgação de informação.

5. CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES

Relembrando os objetivos do estudo: caracterizar as práticas quotidianas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar, bem como identificar as perceções dos pais relativamente às intervenções do enfermeiro de família, bem como a sua intencionalidade contribuir para o aumento da literacia e capacitação dos pais na saúde alimentar das suas crianças, passamos apresentar as conclusões mais expressivas do estudo de investigação na prática clínica.

O presente estudo mostrou que existe a necessidade de aumentar a literacia e capacitação dos pais na saúde alimentar das suas crianças;

A saúde alimentar da criança exige toda uma reestruturação da vida da família com várias repercussões a nível económico e social;

Importa salientar a importância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de saúde familiar no apoio/acompanhamento das famílias, através da educação para a saúde e da elaboração de estratégias que permitam uma melhor qualidade de vida das crianças e das suas famílias;

É primordial o desenvolvimento de programas/projetos de intervenção que deem respostas efetivas às necessidades das famílias e considerem estas, como parceiras na capacitação, de forma a que família e criança preservem a sua qualidade de vida;

Confirmamos que as crianças precisam ter uma alimentação variada e diversificada, além de praticarem regularmente atividades físicas, reduzindo ao mínimo o tempo gasto em frente aos ecrans e o consequente sedentarismo;

Em relação ao impacto da profissão dos pais no conhecimento/práticas da alimentação infantil, verificamos que, de fato, aqueles com profissões mais qualificadas demonstram um conhecimento mais amplo sobre esse assunto;

As práticas parentais dos pais da criança em idade escolar podem influenciar a alimentação e o estado ponderal da criança, podendo futuros programas de intervenção na alimentação infantil beneficiar do conhecimento acerca do efeito de cada umas destas práticas. No entanto, pais e crianças influenciam-se mutuamente tornando complexo perceber o sentido destas associações.

Pudemos concluir, que a prática do enfermeiro de família deverá centrar-se na orientação da família, juntamente com as crianças, sobre as consequências das más práticas alimentares e, simultaneamente, sobre o comportamento alimentar, através da educação para a saúde e da elaboração de estratégias que permitam uma melhor qualidade de vida das crianças

e das suas famílias. De facto, o papel do Enfermeiro Especialista na promoção da alimentação saudável da criança nos diferentes contextos de cuidados é fundamental, oferecendo contributos para obter ganhos em saúde.

- Implicações

Atendendo aos resultados deste estudo, seria muito interessante replicar o estudo novamente na USF, assim como, na extensão, para se avaliar se haveria diferenças nas atitudes e práticas parentais. Sem dúvida, que seria também muito interessante dar seguimento ao estudo e através dos dados obtidos, criar intervenções juntos das crianças e dos seus Encarregados de Educação de forma a prevenir as más práticas alimentares e, consequentemente, realizar nova reavaliação a estas crianças.

Em suma no futuro, serão necessários mais estudos a longo prazo para esclarecer como as práticas diárias afetam a saúde alimentar das crianças, e para compreender a natureza dessas relações. Tais práticas podem ser uma resposta ao estado de peso da criança ou, quando realizadas com frequência, podem influenciar a longo prazo o estado de peso.

- Limitações

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas ao analisar os resultados. A principal limitação prende-se com o facto de um estudo qualitativo não permitir realizar generalizações. A segunda, está relacionada com os participantes que teve um carácter voluntário sendo recolhida, maioritariamente, através da vinda às consultas de rotina, e não sendo representativa da população em geral.

6. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

6.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

A enfermagem de saúde familiar foi desenvolvida para dar resposta às necessidades de cuidados especializados numa área emergente e distinta, a saúde familiar. O papel do enfermeiro de família destaca a evolução dos cuidados de saúde primários, que estão a tornar-se cada vez mais cruciais no tratamento e prevenção de doenças. Nesse sentido, é essencial que este profissional atue como um elemento central e funcional na acessibilidade e prestação de cuidados dentro deste contexto. Efetivamente, o EEEASF, deve ser o profissional de referência por acompanhar e cuidar da família como uma unidade de cuidados ao longo de todas as fases da vida, de acordo com as competências especializadas estabelecidas pelo Regulamento 428/2018, o enfermeiro de família cuida da família como um todo, de cada um dos seus membros, ao longo de todas as fases da vida e em diversos níveis de prevenção, bem como, lidera e colabora nos processos de intervenção no campo da enfermagem de saúde familiar (Regulamento nº 428/2018, 2018).

De seguida, apresentamos as atividades desenvolvidas para o atingimento das competências específicas emanadas pelo (Regulamento nº 428/2018, 2018).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista Enfermagem Saúde Familiar (EEESF), dividem-se em duas áreas que passa a explicar de seguida.

6.1.1. Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

O elucidativo de competência indica promovendo a capacitação da família como uma unidade de cuidados, com foco tanto na família como um todo quanto nos seus membros individualmente, ao longo do ciclo de vida e durante as suas transições (Regulamento nº 428/2018, 2018).

Atendendo à evolução das famílias através de transições e à necessidade de mudança nos padrões familiares, conforme referido por Figueiredo (2009), e considerando que os objetivos da enfermagem de família concentram-se na capacitação da família para construir e

desenvolver competências que permitam enfrentar positivamente os processos de mudança, algumas famílias do ficheiro do enfermeiro de família foram alvo de avaliação e intervenção.

Os momentos de transição, que implicam mudanças na dinâmica familiar, incluindo a redefinição de papéis e responsabilidades, devem ser vistos pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar como uma oportunidade e um meio para promoção da saúde.

Segundo Santos (2012), o papel primordial do enfermeiro de família é simplificar as transições durante as diferentes fases da vida familiar, utilizando a teoria das transições de Meleis como base. Dessa forma, a intervenção de enfermagem designa implementar alterações que auxiliem tanto o indivíduo quanto a família a lidar de forma mais eficaz com os problemas de saúde, criando um contexto propício para a mudança.

Para Figueiredo (2012), o cuidado de enfermagem à família concentra-se na interação entre o enfermeiro e a família, o que envolve estabelecer um processo interpessoal, significativo e terapêutico.

A abordagem sistêmica da família implica que o trabalho do enfermeiro envolve uma interação dinâmica entre o sistema como um todo e suas partes, procurando a adaptação nos processos de saúde e doença. (Santos, 2012)

Na situação em questão, é exequível identificar oito unidades de competência:

- Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas;
- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família;
- Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas;
- Desenvolve a prática de Enfermeiro de Família baseada na evidência científica;
- Intervém, de forma eficaz, na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas;
- Facilita a resposta da família em situação de transição complexa;
- Envolve-se de forma ativa e intencional na prática da enfermagem de saúde familiar;
- Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem (Regulamento nº 428/2018, 2018).

Considerando o exposto, foi desafiador desenvolver estas competências específicas durante o estágio realizado. O contexto pandémico, foi difícil ultrapassar e marcou muito as dinâmicas das unidades, dificultando todo o processo terapêutico mais sistémico. A Gripe sazonal / Gripe A (a distinção entre gripe A (influenza A) ou gripe B (influenza B) só é possível através de exames laboratoriais, nomeadamente através de teste com zaragatoa nasofaríngea,

semelhante à colhida para o teste COVID-19), não permitiu a interação com um maior número de famílias. A Unidade teve de reduzir as suas atividades programadas, nomeadamente as consultas aos grupos vulneráveis, pois teve de vacinar os grupos de risco que não tiveram resposta nas farmácias, bem como administrar a vacina COVID-19 conforme o plano de vacinação definido pelas autoridades de saúde.

Esta competência foi adquirida através da interação com diversos programas de saúde, com ênfase nos programas de Saúde da Família, Programa Nacional da Diabetes, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Programa Nacional de Vacinação (incluindo a vacinação COVID-19 e Gripe) e de Tratamento de Úlceras e feridas, visita domiciliária, durante o período de estágio. Essa interação permitiu o desenvolvimento da habilidade de abordagem à família, aproveitando todos os contatos para treino.

O estudo realizado possibilitou compreender os diferentes tipos de famílias, facilitando a análise dos processos familiares com base no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Durante as consultas de enfermagem, utilizamos instrumentos como genograma, ecomapa, escala de Graffar e APGAR familiar de Smilkstein. É de ressaltar que no SClínico® existem diversos instrumentos que não eram preenchidos devido à falta de tempo, mas que constituem recursos importantes para a elaboração do processo de enfermagem, possibilitando uma avaliação mais objetiva da estrutura familiar e facilitando a subsequente conceção e implementação de intervenções direcionadas às necessidades específicas de cada família. Após a implementação dessas intervenções, é necessário avaliar os resultados para analisar a eficácia.

Ao interagir com as famílias, compreendemos a importância e a relevância dos instrumentos de avaliação familiar, uma vez que o enfermeiro ao identificar problemas, estabelecer objetivos, elaborar diagnósticos de enfermagem e discutir casos com a equipe disciplinar, pode proporcionar uma contribuição significativa

O EE em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) desempenha um papel importante no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital. Ele trabalha para entender e abordar as complexidades internas das famílias, incluindo relacionamentos, estrutura e funcionamento, assim como as interações com a comunidade ao redor. Ao fazer isto, ele procura incentivar mudanças positivas nos padrões de interação dentro das famílias e entre elas, na promoção da saúde e gestão da doença.

Na aquisição das competências específicas em ESF, como futura enfermeira especialista, levamos em conta os princípios estabelecidos pela Associação Internacional de Enfermagem de Família (IFNA). Ao reconhecer a importância da visão da saúde das famílias como reflexo de um paradigma holístico, entende-se que é um processo dinâmico que envolve a interação entre bem-estar e doença. Esta abordagem vai além de apenas considerar a saúde dos indivíduos

como partes independentes e reconhece a família como um ecossistema próprio. Nesse contexto, a família é vista como o centro de atuação do enfermeiro de família (IFNA, 2022).

6.1.2. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar

A competência específica “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” é mencionada no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, isso significa “gere, articula e mobiliza os recursos necessários para fornecer cuidados à família” (Regulamento nº 428/2018, 2018).

A estrutura deste ponto é influenciada pelas diferentes competências designadas no regulamento de competências específicas para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária, com foco na área de enfermagem de saúde familiar.

- **Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família**

Segundo o Portugal (2012), o enfermeiro de família desempenha um papel crucial como gestor dos cuidados de enfermagem. Nesse contexto, é essencial estabelecer uma ligação eficaz com diversas unidades e serviços comunitários para capacitar as famílias. É fundamental ter conhecimento dos recursos disponíveis e dos métodos para ativá-los.

O fato da USF situar-se no mesmo edifício da USAG e da UCC, pode ser facilitador para a comunicação entre equipas e referênciação, isto refere-se à boa coordenação e integração entre as diferentes áreas especializadas de enfermagem, conforme estabelecido no Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem (Portugal, 2011).

As atividades realizadas proporcionaram uma compreensão mais abrangente dos cuidados de saúde primários, incluindo a complexidade da gestão, a abordagem familiar em diferentes fases do ciclo vital e a importância do Enfermeiro de Saúde Familiar como um profissional próximo e capacitado para lidar com os problemas familiares, intervindo ao nível dos focos de intervenção de enfermagem e encaminhando para outros profissionais, conforme necessário.

- **Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.**

O papel do enfermeiro de saúde familiar ainda não está claramente definido nos cuidados de saúde, e, por isso, ainda está principalmente ligado às tarefas práticas e tem uma forte ligação à prática médica.

A mudança de paradigma ligada à abordagem sistêmica da família é complicada e depende do comprometimento dos profissionais com experiência nessa área. A presença de enfermeiras com formação em enfermagem de saúde familiar teve um impacto significativo durante o estágio. Nas reuniões específicas da equipe de enfermagem e nas reuniões interdisciplinares que pude participar, a questão da família como foco foi discutida em vários momentos, com um significativo envolvimento da enfermeira com especialização em saúde familiar. Ter a orientação de uma enfermeira com formação específica em saúde familiar possibilitou uma compreensão mais clara do papel e das competências do enfermeiro especialista nesta área. O fato da enfermeira orientadora ter empenho, parceria com a restante equipa de enfermagem, na minha opinião, isto traduz-se em cuidados de saúde mais acessíveis e abrangentes para a família, destacando a importância do enfermeiro tanto para os utentes quanto para a equipa.

Considerando que é uma área em crescimento com um conjunto de saberes e competências muito específicas, sublinho a relevância das atividades de formação nas quais tive a oportunidade de estar presente e participar. Estas atividades ajudaram a aumentar a consciência sobre a importância de abordar a família como o principal foco de cuidados de saúde, numa perspetiva sistêmica, e assim contribuíram para dar maior destaque ao conhecimento da enfermagem em saúde familiar.

Destacamos neste âmbito a reunião dinamizada no âmbito da Formação em Serviço da USF intitulada de “Novas tecnologias na cicatrização do doente com Ferida”, com a colaboração do delegado da URGO MEDICAL, Healing people® e a “A dimensão da alimentação complementar no 1º Ano de vida, a necessidade e importância da intervenção na prevenção de futuras complicações”, (Apêndice VI), com a colaboração da nutricionista da ULSAM e solicitado no Plano Ação e Formação (PAF), contemplado no Plano de Ação de 2024 da USF. A pertinência deste último tema como referimos está contemplado no PAF.

O resultado da reunião foi extremamente favorável, já que a participação de todos os membros da equipa multidisciplinar sensibilizou os diversos profissionais sobre o seu papel dentro da equipa familiar, com foco na saúde alimentar da criança. A sensibilização mencionada pôde ser observada através da participação ativa de diferentes grupos profissionais, como a

equipe médica que compartilhou suas experiências e dúvidas, e o interesse, dedicação evidenciados pelo seu envolvimento na organização das famílias por meio da formação.

Acreditamos que o esforço constante da enfermeira com especialização em saúde familiar, ao adotar uma abordagem menos formal em relação à família como um sistema e como foco de cuidados durante as reuniões de enfermagem, onde são discutidas famílias de forma sistêmica e são planejados cuidados, de maneira mais estruturada, por meio de atividades de capacitação para a equipa multidisciplinar, contribuíram para o êxito da sessão, permitindo discutir e abordar os cuidados de saúde e seus impactos na melhoria da saúde alimentar da criança em idade escolar.

Foi um percurso enriquecedor para adquirir conhecimento, compartilhar experiências e desenvolver competências especializadas comuns e específicas, o que estimulou o pensamento crítico em todas as fases. Apesar dos desafios profissionais e de tempo, foi um processo gradual e complexo que proporcionou um desenvolvimento pessoal e profissional inesquecível.

6.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS

Atualmente, os cuidados de saúde e, por conseguinte, os cuidados de enfermagem, envolvem cada vez mais grande complexidade na intervenção na medida em que exigem intervenções precoces em áreas como a alimentação, o exercício, entre outras, travando o crescimento exponencial do aumento das doenças crônicas, progressivas e terminais. Neste sentido, é fundamental desenvolver competências comuns que nos permita intervir de forma eficaz e eficiente de acordo com as necessidades encontradas. A especialização e diferenciação tornaram-se uma realidade para a maioria dos profissionais de saúde.

Neste subcapítulo passamos a descrever de forma crítica e reflexiva as atividades que apoiam o desenvolvimento das competências comuns executadas pelos enfermeiros especialistas. De acordo com o regulamento n.º 140/2019 emitido pela OE, todos os enfermeiros especialistas possuem um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de cuidados de saúde.

O Estatuto da OE segue este requisito, concedendo o título de enfermeiro especialista em diversas áreas. Conforme referi anteriormente, a obtenção deste título requer que estes profissionais de saúde demonstrem não apenas as competências enunciadas em cada regulamento de especialidade de enfermagem, mas também compartilhem um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento nº140/2019, 2019).

Assim, as competências comuns do Enfermeiro Especialista dividem-se em quatro domínios:

a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (Regulamento nº140/2019, 2019).

Essas competências devem ser evidenciadas e comprovadas por meio da sua capacidade excecional de conceção, gestão e supervisão de cuidados, além de oferecer suporte eficaz para práticas profissionais especializadas na área de formação, investigação e assessoria.

6.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio aponta para a necessidade de se promover uma prática profissional de forma ética e legal, na área da especialidade, seguindo as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Garantindo que as práticas de cuidados estejam em conformidade com os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril do Ministério da Saúde estabelece que a enfermagem, como uma profissão autorregulada, tem os princípios éticos e deontológicos que fundamentam a sua prática definida tanto no Código Deontológico do Enfermeiro quanto no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Estes documentos são essenciais para o exercício e a boa prática da profissão.

O REPE estabelece que os enfermeiros devem agir de forma responsável e ética, respeitando os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Portugal, 2015). Ao assumir as responsabilidades de enfermeiro, compromete-se diariamente a cuidar do próximo, de várias pessoas e da família em todas as fases da vida, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida.

Seguindo o Código Deontológico do Enfermeiro, as ações de enfermagem são executadas com o objetivo de proteger a liberdade e a dignidade tanto da pessoa quanto do enfermeiro, além de respeitar os valores universais essenciais na relação profissional, como a liberdade responsável, a capacidade de fazer escolhas considerando o bem comum, a verdade e a justiça.

Para Amaral et al. (2005), a dignidade humana é fundamental em todas as decisões e ações, e isso inclui respeitar a capacidade de cada pessoa de tomar as próprias decisões sobre a sua vida, ou seja, a liberdade de escolher o que afeta a vida de cada um. Valores universais na relação profissional estão diretamente relacionados aos princípios éticos. Apenas somos responsáveis pelas ações que escolhemos realizar de forma voluntária.

Exposto isto, no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, destacam-se duas competências:

- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Na materialização destas competências, procuramos promover a proteção dos direitos humanos, garantindo o respeito pelos direitos das pessoas e famílias no que diz respeito ao acesso à informação, confidencialidade, segurança da informação escrita e oral, liberdade de escolha, privacidade e respeito pelas crenças espirituais, valores e costumes.

É responsabilidade dos profissionais de saúde respeitar e preservar o direito das pessoas à privacidade e confidencialidade das informações pessoais. Ao fazer isto, os profissionais de saúde podem garantir a confiança dos cidadãos, estabelecendo uma relação terapêutica sólida baseada na confiança com as pessoas de quem cuidam (Cardoso et al., 2012). Também, o consentimento informado, esclarecido e livre, é crucial na interação entre enfermeiro e pessoa/família. Esse consentimento, permitiu estabelecer conotações com as famílias para avaliação efetiva e para continuar o processo de educação, adquirindo novas habilidades e aprimorando as existentes. É também, da responsabilidade do enfermeiro garantir que a pessoa tenha compreendido as informações e esclarecimentos fornecidos. O consentimento ou a recusa de um determinado tratamento são direitos das pessoas, a menos que haja uma disposição legal em contrário (Portugal, 2015).

Ao mesmo tempo, fazer parte da equipe da USF permitiu-nos assistir e realizar consulta autónoma e interdisciplinar, bem como, juntamente com a equipe tomar decisões, seguindo princípios, valores e normas deontológicas.

Procuramos dar resposta às necessidades encontradas tendo sempre presente os princípios comunicacionais como: disponibilidade, respeito, verdade, presença, ou seja, atendendo ao saber-saber, saber estar, saber ser, saber fazer, respeitando as leis e ética profissional.

Adotamos uma postura preventiva para assegurar a segurança, privacidade e dignidade da pessoa e família, enquanto se avaliava constantemente os resultados das decisões tomadas.

Em síntese, desde o planeamento, programação, execução, monitorização e avaliação, atendemos aos princípios éticos e legais, tendo sempre por base as evidências científicas.

6.2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A qualidade é essencial em todos os setores de atividade, mas no campo da saúde, tornou-se uma prioridade crucial. É agora uma exigência fundamental e um requisito de enorme relevância na gestão das organizações de saúde. Isto, reflete a responsabilidade ética e respeito das organizações de saúde pelos cidadãos que delas necessitam (Mendes, 2012)

Para Mendes (2012), a definição da qualidade de um produto ou serviço só pode ser feita pelo cliente. Nesse sentido, a noção de qualidade varia conforme as mudanças nas necessidades e expectativas do cliente. A gestão da qualidade surgiu para assegurar que as organizações se comprometam com a procura pela excelência dos seus produtos.

A qualidade em saúde, de acordo com o Institute of Medicine, refere-se à medida em que os serviços de saúde contribuem para aumentar a probabilidade de alcançar resultados de saúde desejáveis para indivíduos e populações, conforme o conhecimento profissional atual.

Segundo Carvalho et al. (2015) A importância dos cuidados de saúde de alta qualidade é defendida por várias razões, incluindo o aumento das exigências e expectativas dos utentes, a necessidade de formação e conhecimento aprofundados por parte dos profissionais de saúde, a promoção de boas práticas, a valorização e satisfação dos prestadores de cuidados, a utilização eficiente dos recursos e o desenvolvimento de uma cultura de qualidade em organizações de saúde.

Leite (2013), defende veementemente que a OE, valoriza fortemente a ideia de que a qualidade é um elemento essencial em todas as áreas de uma organização e que apenas através da participação de todos, é possível alcançar a melhoria contínua.

A importância da qualidade dos cuidados de saúde está em ascensão. Nos últimos anos, houve um aumento significativo na exigência por cuidados de alta qualidade, tornando-se um aspeto fundamental na gestão clínica das várias unidades de saúde. Isto, valida garantir a melhoria contínua da qualidade, assegurando que os cidadãos recebam cuidados de excelência.

A governação clínica pode ser entendida como a criação de um sistema que possibilita o desenvolvimento de habilidades organizacionais para fornecer cuidados de saúde de alta qualidade, sustentáveis e centrados no utente.

Rodrigues (2018), menciona que uma boa governança clínica e de saúde depende de uma abordagem descentralizada em vários níveis, com autonomia nas operações diárias, promovendo o orgulho, a criatividade e o envolvimento entusiástico de todos. Para este mesmo autor, isto significa que é importante realizar as tarefas corretamente, melhorá-las continuamente e garantir que as equipas recebam informações de qualidade, bem como, tenham tempo para analisar, avaliar e discutir as boas práticas.

A implementação de boas práticas no sector da qualidade, ajuda a uniformizar os procedimentos e assegurar que os profissionais de saúde estejam sempre atualizados e bem informados sobre as orientações corretas para as diversas técnicas e procedimentos realizados, visando o benefício do utente/família.

No domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, pretende-se que o EE desenvolva as seguintes competências:

- Garanta um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garanta um ambiente terapêutico e seguro.

No que concerne à primeira competência o EE contribui para o desenvolvimento e implementação de projetos institucionais relacionados à qualidade e participa ativamente na disseminação necessária para sua compreensão e implementação em nível operacional (Regulamento nº 140/2019). As competências incluem a aplicação de conhecimentos e habilidades para assegurar a melhoria contínua da qualidade e a orientação de projetos institucionais na área da qualidade.

No que respeita à segunda competência o EE reconhece que para melhorar a qualidade é necessário avaliar as práticas com base nos resultados, possivelmente revelas e implementar programas de melhoria contínua (Regulamento nº 140/2019). As três áreas de competência incluem: avaliar a qualidade das práticas clínicas, planejar programas de melhoria contínua e liderar programas de melhoria contínua (Regulamento nº 140/2019).

Por último, a terceira competência o EE considera a importância de colocar a pessoa no centro da gestão do ambiente, pois isso é crucial para garantir a eficácia do tratamento e prevenir incidentes. Ao atuar proactivamente, promove a participação ativa adequada ao seu bem-estar, gerindo os riscos de forma eficiente (Regulamento nº 140/2019.). Além disso, o EE deve demonstrar competência em promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual que garanta segurança e proteção para os indivíduos/grupos, e também em participar ativamente na gestão de riscos em nível institucional e/ou em unidades funcionais (Regulamento nº 140/2019). Estas competências, são fundamentais para o papel do EE de garantir um ambiente seguro e terapeuticamente eficaz.

Após considerarmos o contexto da Melhoria Contínua da Qualidade, as ações realizadas durante os ensinamentos clínicos possibilitaram a implementação de medidas que melhoram a qualidade dos cuidados.

Desenvolvemos uma prática fundamentada em evidências ao procurar diretrizes e protocolos clínicos para a prática de enfermagem, aplicando conhecimentos e habilidades para assegurar a constante melhoria da qualidade. Além disso, adquiriu-se competências de investigação ao elaborar um trabalho de investigação recorrendo a um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa

Simultaneamente, a formação em serviço está cada vez mais reconhecida como uma ferramenta para atualização científica e melhoria da qualidade dos cuidados. A procura por evidências para melhores práticas deve ser um processo contínuo e dinâmico. O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na atualização de conhecimentos, conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua. Ele é um elemento crucial na área da formação, mobilizando conhecimentos, compartilhando experiências e estimulando a mudança, o que leva ao crescimento e desenvolvimento da equipa.

Durante os ensinamentos clínicos, tivemos a oportunidade de consultar o plano de formação anual, o qual é preparado no final de cada ano com base nas necessidades formativas expressas pelos membros da equipa profissional. Neste contexto, foi realizado e apresentado o “Guia Prático para os pais – Alimentação complementar no 1º ano de vida” em conjunto com a minha colega de estágio e de curso, Marisol Varela para colmatar as dificuldades sentidas pela equipa da USF (Apêndice VII).

Para além desta formação, ao longo dos ensinamentos clínicos tivemos a oportunidade de:

- Manusear o programa informático SClínico com a colaboração dos elementos da equipa durante as consultas;
- Manusear os programas “GOTA” para utentes hipocoagulados, “SIIMA Rastreios” para utentes que realizam rastreios do cancro colo do útero e cólon retal e “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” para utentes dependentes que necessitam de reabilitação e/ou manutenção motora e/ou descanso do cuidador;
- Participar, conjuntamente com a equipa profissional UCC de Barroselas, na organização e dinamização da atividade: “Workshop de Lanches Saudáveis” para todos os 5º e 6º anos do Agrupamento de Escolas de Barroselas, inseridos no dia Mundial da Alimentação;
- Participar nos Workshops “Controlar a Diabetes: se não agora, quando?”
- Outubro é o mês internacional de consciencialização para o cancro da mama e na ESS do IPVC os alunos da licenciatura 3º B, dinamizaram uma sessão de sensibilização através de uma palestra Experiência de Vida - Luta contra o cancro da mama com o relato da autora céu Matos sobre “cancro, covid e vida”. Participei nesta palestra como assistente e por ter sido a Enfermeira de Família da autora.

- Participamos na organização do Projeto Solidário (Família Feliz) inserido na festa de natal da ESS, os nossos alunos precisam de ajuda. Por isso decidimos criar um banco para bens doados que constituíram cabazes, distribuídos pelos alunos mais carenciados, sinalizados por docentes, coordenadores de curso e ou funcionários da ESS.

- Participar, conjuntamente com a equipa profissional da USF na Formação: “Comunicação com o utente nos Cuidados Saúde Primários”;

- Efetuamos e apresentamos ao CT o “Manual de Acolhimento Para Profissionais de Saúde e Alunos de Medicina e de Enfermagem da USF” (Apêndice VIII), elaborado em conjunto com a minha colega de estágio e de curso, Marisol Varela durante o ensino clínico;

- Frequentamos o Curso de formação profissional “FERIDAS: CURSO PRÁTICO DE DESBRIDAMENTO 29 de novembro de 2023;

- Nesta última década, houve um considerável reconhecimento das avaliações dos utentes nos cuidados de saúde primários como um indicador de qualidade. Os médicos de família, em particular, e as Unidades de Saúde Familiar têm prestado cada vez mais atenção a essas avaliações, resultando em níveis mais elevados de satisfação por parte dos utentes. É conhecido que as avaliações dos utentes desempenham um papel triplo. Primeiro, elas representam uma avaliação da qualidade dos cuidados prestados, incorporando valores, experiências, expectativas e percepções dos utentes. Segundo, são consideradas como resultados de saúde que os médicos de família procuram alcançar, servindo como indicadores do sucesso de sua prática clínica. Terceiro, podem indicar áreas dos cuidados que podem ser melhoradas. Assim sendo para avaliar o grau de satisfação dos utentes, relativamente à qualidade dos serviços de saúde prestados durante o ano de 2023, com vista à sua melhoria contínua, participamos no preenchimento e distribuição do Questionário de satisfação aos utentes da USF. Este inquérito avaliou quatro dimensões principais: atendimento, qualidade, instalações e “melhoramentos/sugestões” da USF durante o ano de 2023;

- Participar, conjuntamente com a equipa profissional da USF e UCC de Barroelas na Atividade: Campanha Nacional de Direitos Reprodutivos promovida pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (APDMGP). Tem como objetivo informar e capacitar a sociedade civil, as pessoas com intenção de engravidar, as Grávidas e puérperas, assim como os profissionais de saúde, sobre os direitos na gravidez, parto e puerpério;

- Formação “Comunicação com o Doente e seus Familiares”. Voluntariado Liga dos Amigos do Hospital de Ponte de Lima – 25 de novembro de 2023;

- Formação “- Cuidar para Humanizar”. Voluntariado Liga Amigos Hospital de Ponte de Lima, foi em 16 dezembro por motivos de saúde só fiz em 6 de abril 2024);

- Participar na formação para facilitador administrativo da 2ª fase do Programa Vale Eficiência;

- Formação dinamizada em conjunto com a minha colega de estágio e de curso, Marisol Varela durante o ensino clínico, (as mestrandas convidaram o Especialista no cuidado de feridas na Urgo Medical Portugal); denominada “Novas tecnologias na cicatrização do doente com ferida” (Urgo-Medical – 24 janeiro 2024);

- “Desenvolver o presente, olhar o futuro – Parentalidade(s) e Desenvolvimento da Criança e Família” (USF Mais saúde, 16 de fevereiro de 2024). Esta atividade de formação foi realizada como parte do Mestrado em Enfermagem Comunitária, com foco na Enfermagem de Saúde Familiar. O objetivo foi discutir a parentalidade positiva/consciente usando métodos expositivos e interativos, com profissionais de cuidados de saúde primários, que acompanham de perto as famílias ao longo da vida. Foram abordadas a definição do conceito, os benefícios para a vida familiar e a importância da comunicação e gestão das emoções.

- Participar na formação online “É para cicatrizar? É com a Urgo: Falar com a ferida” (Urgo-Medical – 22 fevereiro 2024);

- Formação “Parentalidade Positiva em Cuidados de Saúde Primários”, (USF Mais Saúde, 08 de março de 2024). A parentalidade positiva inclui as tarefas necessárias para que os pais cuidem e eduquem os seus filhos, com a imposição de limites e relacionamento positivo, sendo essencial ao contexto dos cuidados de saúde primários. Tendo como objetivos; uniformizar práticas de cuidados; Melhoria contínua da Qualidade e Abordar o impacto das práticas parentais no desenvolvimento infantil;

- 15º Fórum internacional de úlceras e feridas. 11º Congresso Interdisciplinar de feridas Complexas. “O doente com Feridas num Contexto de Saúde Global”, 15 e 16 de março de 2024.

Mesa redonda ELCOS – SILAUHE “O Doente Idoso, as Feridas e os Recursos”.

- As fragilidades da pele, no Idoso;
- Recursos para Manter a Integridade Cutânea;
- Quando a Úlcera Anuncia o Fim;
- Feridas, Suportes Informáticos e Disponibilidade dos Dados;

Conferência inaugural

- Uma só Saúde, na Sociedade Global;

Mesa redonda ELCOS – GNEAUPP “O Doente Diabético: pensamento global/intervenção local

- Compreender a Diabetes Enquanto Características da Sociedade Ocidental;
- Resposta à Diabetes em Portugal: tratar os doentes e as políticas?
- A Imprevisibilidade do Pé Diabético. Para onde referenciar?

Mesa redonda – “Contextos e Respostas na Educação e Formação em Feridas”

- Projeto de Cooperação para o Desenvolvimento ELCOS/Hospital de Cumura-Guiné Bissau;

- Doente com Feridas na Organização: conhecer a realidade para planificar a resposta;
- Formação: processo de melhoria contínua, na resposta às feridas;
- Certificação de Formadores: um modelo andragógico de apoio à clínica;

Workshop Urgo “Quem é quem”

Mesa redonda – “Patologia dos Membros Inferiores”

- Patologia dos Membros Inferiores: diagnóstico diferencial;
- Quando Referenciar para Cirurgia Vascular?
- O Doente na Comunidade: monitorização;
- Formação evento organizado pela Roche "Roche Care 4 You - Digitalização e a melhoria do controlo glicémico na DT2", realizado no dia 18 de março de 2024, com a duração de 1 hora;
- Formação Webinar – “Aprenda a fazer um caso clínico” Urgo Medical, 20 de março de 2024;
- Formação “A Dimensão da Alimentação complementar no 1º Ano de Vida a necessidade e importância da intervenção na prevenção de futuras complicações” 27 de março de 2024;

Nesta última sessão que tivemos oportunidade de dinamizar, o objetivo geral foi:

- Informar a equipa de Enfermagem e Médica da USF sobre a dimensão da Alimentação Complementar n.º 1º Ano de Vida, a necessidade e importância da intervenção na prevenção de futuras complicações

Como objetivos específicos:

- Reconhecer a dimensão da Alimentação Complementar no 1º Ano de Vida;
- Definir conceito básico de Alimentação Complementar;
- Identificar os fatores de risco de desenvolvimento de futuras doenças;
- Perceber o que contribui e o que previne nas dimensões Família/Comunidade, Alimentação;
- Abordar a diversificação alimentar em latente vegetariano.

O nosso envolvimento nestas atividades tem enriquecido a nossa formação e tem sido uma mais-valia para a equipa, ajudando a garantir uma prestação de cuidados de melhor qualidade e segurança.

Assim, acreditamos que desempenhamos um papel ativo no avanço e apoio das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica, ao desenvolver, coordenar

e participar em programas de aperfeiçoamento constante da qualidade. Ao mesmo tempo, procuramos sempre criar e manter um ambiente terapêutico seguro.

6.2.3. Domínio da gestão dos cuidados

A gestão de cuidados em saúde refere-se à organização, planeamento e implementação de todo o processo de cuidados, com o objetivo de melhorar a eficiência da equipa de enfermagem e colaboradores, bem como a coordenação das equipas multiprofissionais.

No domínio da Gestão de Cuidados identificam-se duas competências:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

No que diz respeito à primeira competência, o EE, assegura a segurança e qualidade das tarefas delegadas, otimizando os cuidados para melhorar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde. As duas unidades de competência são: otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (OE, 2019).

Quanto à segunda competência, na gestão de cuidados, o EE ajusta os recursos de acordo com as necessidades dos mesmos, identificando o estilo de liderança mais apropriado para assegurar a qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019, 2019). Neste caso, as unidades de competência são: otimiza o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados e adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional, favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (Regulamento nº140/2019, 2019).

Deste modo, no domínio da gestão dos cuidados foi crucial conhecer os processos organizacionais da unidade, nomeadamente o seu Regulamento interno, o Plano de Ação, Manual de procedimentos, protocolos, entre outros, a dinâmica da equipa e os distintos papéis e funções de cada um dos seus elementos. Ao conhecer e compreender a dinâmica organizacional da unidade, o enfermeiro terá uma visão mais completa de como os cuidados são geridos. O EE que interage com as famílias usa um método organizado, dinâmico e sistemático de pensamento crítico sobre a saúde familiar. Recolhendo informações sobre cada família para identificar problemas e formular diagnósticos de enfermagem, prognósticos, objetivos e plano de intervenção com a família. Ao implementar os planos de ação, o EE negocia os cuidados com

os membros da família, bem como os recursos de apoio da comunidade, visando promover o funcionamento, equilíbrio e dinâmica saudável do sistema familiar (Portugal, 2015).

Durante a gestão dos cuidados, priorizamos a utilização eficiente dos recursos materiais e humanos disponíveis para otimizar a eficácia da equipa de Enfermagem. Também colaboramos estreitamente com a equipa multiprofissional em situações que requeriam articulação e acompanhamento especializado fora da sua área de atuação, encaminhando os utentes, quando necessário, para cuidados médicos. Damos resposta ao pedido de colaboração na gestão dos cuidados de saúde a utentes/ famílias. Desenvolvemos intervenções na área da liderança, no que diz respeito ao processo de cuidados das famílias que acompanhei, tendo em conta recursos internos e externos da família, na orientação e organização dos cuidados de saúde. Colaboramos na gestão do processo de implementação e operacionalização da vacinação na USF, em resposta ao contexto pandémico atual e em conformidade com as orientações da DGS.

6.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A formação em enfermagem é crucial para a prática clínica especializada. Junto com a evidência científica, o treino em enfermagem de saúde familiar deve começar com o desenvolvimento de habilidades perceptivas, ou seja, a capacidade de fazer observações relevantes, e habilidades conceituais, ou seja, a capacidade de dar significado a essas observações (Leahey & Wright, 2011). Assim sendo os estágios desempenham um papel crucial no desenvolvimento das aprendizagens, na aquisição de habilidades e competências, e no aperfeiçoamento das intervenções dos enfermeiros. No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, são identificadas duas competências:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Em relação à primeira competência, o EE demonstra a capacidade de se conhecer melhor, o que é crucial na prática de enfermagem. Este reconhece que esse autoconhecimento influencia na construção de relações terapêuticas e multiprofissionais. Em um contexto específico, tanto profissional quanto organizacional, ele enfatiza a importância do autoconhecimento e da relação com os outros. Nesse sentido, destacam-se duas unidades de competência: a consciência de si mesmo como pessoa e enfermeiro, e a gera respostas adaptáveis tanto a nível individual quanto organizacional (Regulamento nº140/2019, 2019).

A segunda competência o EE concentra-se em fortalecer as decisões e intervenções com base em conhecimento válido, atual e relevante, atuando como facilitador no processo de aprendizagem e como agente ativo na investigação. Esta competência é composta por três unidades principais: facilitação da aprendizagem no ambiente de trabalho; apoio à prática clínica com base em evidências científicas; promoção da elaboração e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente profissional (Regulamento nº140/2019, 2019).

Concluindo a reflexão, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais considera que foi capaz de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade. Tem sido uma prioridade há muitas décadas a prática de cuidados de saúde baseada na evidência. Tomar decisões deve basear-se na melhor evidência científica disponível e levar em consideração as preferências do utente, o contexto dos cuidados de saúde e a experiência clínica Barbieri, M. et al., 2016). Também Court et al. (2010), afirmam que a prática baseada na evidência envolve usar de forma consciente, explícita e criteriosa a melhor evidência disponível ao tomar decisões sobre o cuidado aos utentes. Isso significa que todos os profissionais de saúde devem praticar com base nas evidências mais recentes ou no conhecimento disponível. A prática de enfermagem baseada na evidência é uma abordagem coerente, segura e organizada para implementar práticas profissionais que geralmente são consideradas as mais apropriadas. Isso garante melhores resultados e otimiza os recursos disponíveis nos processos terapêuticos e de tomada de decisão (Cardoso et al., 2012).

No ENP foi possível sustentar a aprendizagem no conhecimento científico adquirido no desenrolar das diversas Unidades Curriculares do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar complementando-a com novas pesquisas realizadas no desenrolar de novas situações que careciam maior aprofundamento teórico. Contribuí em todas as atividades de enfermagem disponíveis, vendo-as como oportunidades para desenvolver e aplicar conhecimentos adquiridos tanto no contexto profissional quanto acadêmico

A formação e a componente de gestão também envolveram uma extensa pesquisa, com o objetivo de possibilitar uma intervenção cientificamente ajustada, cuja fundamentação está detalhada neste relatório. A realização deste trabalho de investigação proporcionou-me uma excelente oportunidade para aprimorar o meu espírito crítico e solidificar os meus conhecimentos na área dos Cuidados de saúde Primários, com particular destaque para a temática saúde alimentar nas crianças em idade escolar. Na realização do estudo de investigação, interpretamos, organizamos e divulgamos os resultados obtidos a partir da evidência, com o intuito de enriquecer o conhecimento e promover o avanço da prática clínica especializada em enfermagem de saúde familiar.

CONCLUSÃO GERAL E SUGESTÕES

O Relatório de ENP apresentado constitui-se num documento que realiza de forma crítica e analítica o percurso realizado numa unidade de saúde familiar do AM.

Atendendo aos objetivos delineados e que consideramos terem sido atingidos, passamos a expor as conclusões mais evidentes:

Verificamos que prestar cuidados à família exige o garante da satisfação das suas necessidades e o seu enfoque como unidade de cuidados;

Reconhecemos que a comunicação/ interação com as famílias é primordial para promover, manter, restaurar e reforçar os cuidados de saúde da família enquanto unidade ;

Os enfermeiros de família devem assistir às necessidades da família, tanto a nível biológico como psicológico, social e espiritual;

Compreender o processo de transição exige do enfermeiro especialista, orientação e estratégias para cuidar de forma a permitir processos de transição favoráveis

Verificamos que a alimentação saudável oferece diversos benefícios para a saúde das crianças, incluindo um crescimento e desenvolvimento infantil adequados, assim como a prevenção de doenças como a obesidade infantil. Como as crianças em idade escolar passam a maior parte do seu dia na escola, o papel da família na promoção de uma educação alimentar é fundamental para incentivar comportamentos e hábitos alimentares saudáveis.

Seria importante aumentar as informações sobre as necessidades nutricionais das crianças e mostrar o impacto que as estratégias de alimentação infantil podem ter nas preferências e no consumo de alimentos por parte das crianças.

Educar os pais pode ser um passo importante para melhorar a alimentação da criança e, desta forma, melhorar a saúde alimentar das crianças em idade escolar.

É importante que os pais percebam que, quando um alimento saudável se encontra de fácil acesso à criança e pronto a comer, a probabilidade de a criança selecionar esse alimento em detrimento de outro vai ser maior.

A colaboração do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar com os pais e crianças desempenha um papel extremamente importante, pois pode influenciar positivamente a criança na adoção de hábitos alimentares saudáveis. É durante esse estágio de desenvolvimento que ações de educação para a saúde devem ser implementadas.

A reflexão e intervenção precoce do enfermeiro na promoção de uma alimentação saudável na infância são de extrema importância para prevenir doenças como a obesidade infantil a médio e longo prazo.

Foi confirmado que os pais utilizam várias estratégias para influenciar intencionalmente o comportamento alimentar de seus filhos, e embora algumas possam ter consequências negativas, em geral parecem ser apropriadas. Também foi constatado que os pais consideram o açúcar prejudicial e reconhecem a necessidade de estratégias, tanto a nível individual quanto a nível populacional, para regular o consumo. Por fim, os participantes consideram que as escolas, o governo e as famílias são as entidades que deveriam estar mais envolvidas nessas intervenções.

Como sugestão, em estudos subsequentes, seria proveitoso incluir entrevistas com crianças para compreender quais as percepções e atitudes em relação aos assuntos abordados. Muitos pais participantes deste estudo relataram que os filhos demonstram um aumento de consciência e interesse em questões relacionadas à alimentação. Adicionalmente, seria pertinente considerar uma representação mais equitativa de ambos os sexos no futuro, uma vez que os pais estão cada vez mais envolvidos na educação alimentar dos filhos (Coelho et al., 2014). Portanto, é igualmente relevante explorar as percepções deles.

Após a conclusão deste relatório, é possível avaliar de forma positiva toda a experiência. No geral, os objetivos do estágio foram atingidos. Realizar o estágio ao mesmo tempo que trabalhamos foi desafiador, mas sem dúvida foi um momento crucial de aprendizagem e aplicação dos conhecimentos teóricos na prática clínica. Além disso, o estágio permitiu perceber que os serviços ainda não estão totalmente adaptados às exigências do regulamento para a prática da enfermagem de saúde familiar, especialmente no que diz respeito aos sistemas de informação.

Estamos cientes de que o caminho à nossa frente é longo, mas faremos o possível para torná-lo o mais suave possível, contribuindo sempre de forma construtiva para o avanço da Enfermagem de Saúde Familiar.

Este estágio marcou o fim de 6 meses intensos de aquisição de conhecimentos na área da Enfermagem de Saúde Familiar, conhecimentos que certamente farão diferença no nosso dia a dia na prestação de cuidados de enfermagem.

O Enfermeiro de Família, como um dos principais cuidadores da família, deve realizar intervenções abrangentes e promotoras de hábitos saudáveis para a família, intervindo de forma eficaz nesse contexto.

Em síntese, esta experiência profissional e acadêmica foi extremamente valiosa para adquirir competências na área da saúde familiar, proporcionando acesso a uma prática de cuidados centrada na família em todos os níveis de prevenção, promovendo a saúde familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adan, L., Almeida, M. S., Oliveira, A. C., Oliveira A. M. & Oliveira, N. (2007) . Influence of the family nucleus on obesity in children from northeastern Brazil: A cross-sectional study. BMC Public Health. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-235>
- Afonso L., Barros H., Durão C., Lopes C., Moreira T., Oliveira A., Ramas E., Severo M., & Vilela S. (2014). Consumo alimentar e nutricional de crianças em idade pré-escolar: Resultados da coorte Geração 21. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto. https://ispup.up.pt/wp-content/uploads/2023/09/2_PDFsam_RelConsG212014.pdf
- Ainsworth, P., McCullough, F. S. W. & YooTratos, S. (2004). Food choice, nutrition education and parental influence on British and Korean primary school children. International Journal of Consumer Studies, 28, 235–244 <https://doi.org/10.1111/j.1470-6431.2003.00341.x>
- Alarcão, V., Andersen, L. F., Guiomar, S., Lopes, C., Oliveira, A., Torres, D., & Severo, M. (2017). Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório metodológico. Universidade do Porto, Portugal. <https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IANAF%20Relatorio%20Metodol%C3%B3gico.pdf>
- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2004) - Introdução à teoria de enfermagem: História terminologia e análise. In: Tomey, A., M., Alligood, M., R. (Eds.) *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. (5ª ed). Lusociência.
- Alves, C., Barros, L., Nogueira, P., Oliveira, E., & Pereira, A. I. (2019). Food parenting practices and obstacles: What are parents of preschool children doing to promote their child's healthy eating? In *EAP 2019 Congress*, Porto, Portugal.
- Alves, S. (2017). O enfermeiro enquanto promotor da saúde, da pessoa em situação de risco de Hepatite B, para a vacinação. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2249/1/MIOLO%20FINAL_ado.pdf
- Amaral, M., Gonçalves, R., & Nunes, L. (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-8930-17-8.

- Amaral T. F. & Coimbra, M. (1994). *Alimentação: crescer saudável*. Porto: Porto Editora.
- Andrade, C., Camolas, J., Graça, A., Gregório, M., Santos, G. & Sousa, S. (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wpcontent/files_mf/1445615271A_rtigosau_deemnu_meros.pdf
- Andrade, M. da. G. M. de. A. M. (2014). *Determinantes sociais e psicológicos do comportamento alimentar infantil* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/15441>
- Andrade, N., Alves E., Azevedo A., Costa A. R., Lunet, N., Moura-Ferreira, P. (2018). Literacia em saúde: Da Gestão de Informação à decisão Inteligente (Escola Nacional de Saúde Pública). *Revista Portuguesa de Cardiologia*, Volume 37, Issue 8, August 2018, Pages 669-677 <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.07.001>
- Anjos, L. A. (2006). *Obesidade e saúde pública*. Editora Fiocruz. <https://static.scielo.org/scielobooks/rfdq6/pdf/anjos-9788575413449.pdf>
- Aparício, G. (2016). Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*. 38(15),283–298. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8263>
- Araújo, A.R.F. (2012). A alimentação saudável em idade escolar: “Saber comer para melhor crescer.” [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15654>
- Baine, M., Contrand, B., Saubusse, E., Thibault, H. & Maurice-Tison, S. (2010). Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: *Physical activity, sedentary behavior and parental characteristics*. *Nutrition*. 26 (2), 192-200. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2009.03.015>
- Bairrada, P., Caniço H., Carvalho, A. & Rodríguez, E. A.(2010) . Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados. 1.ª Edição. Imprensa da Universidade de Coimbra. ISBN Digital: 978-989-26-0196-0. <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0196-0>

- Barbieri, M., Martins, A., Martins, T., Pereira, R., & Peixoto, M., (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. Em E. S. Porto, Livro de comunicações das Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária (pp. 26-34). Porto.
- Barbosa, K.R.B., Gois, B.P., Gratão, L.H.A., Santana, T.N.G. & Silva. C.R.E. (2021). Influência dos pais sobre o hábito alimentar na infância: Revisão integrativa. *Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer*, 18 (37), 286-299.
https://doi.org/10.18677/EnciBio_2021C23
<https://www.conhecer.org.br/enciclop/2021C/influencia.pdf>
- Barbosa, M. C., Guimarães, M. J., Teixeira, M. C., & Viana, V. (2003). Aquisição e desenvolvimento de atitudes face à saúde na infância e adolescência. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34, 277-286.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (1ª ed.). (L. A. Reto, & A. Pinheiro, Trans.) São Paulo: Edições 70
- Barreta, N. (2012). Plano de Intervenção para Combater e Evitar a Obesidade Infantil [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/14840>
- Barros, D.C., Czeresnia, D., Oliveira, T.C. & Vargas, E.P. (2018). Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro: transformações e ressignificações. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspetiva desenvolvimentista*. (2.ª ed.). Climepsi.
- Beech, B. M., Cavanaugh, K. L., Elasy, T. A., Huizinga, M. M., & Rothman, R. L. (2008). Low numeracy skills are associated with higher BMI. *Obesity*, 16(8), 1966-1968. doi:10.1038/oby.2008.294
- Birch L. L., Fisher. J. O & Savage J. S. (2007). Parental influence on eating behavior: Conception to adolescence. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35 (1), 22-34.
<https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x>
- Birch, L., Savage, J. S., & Ventura, A. (2007). Influences on the Development of Children's Eating Behaviours: From Infancy to Adolescence. *Canadian Journal of Dietetic Practice and*

Research, 68 (1), 1-11.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2678872/pdf/nihms-62775.pdf>

Branco, S., Chaves, H. & Sameiro J. (2011). Obesidade infantil a realidade de um centro de saúde.
Acta Medica Portuguesa. 24(2), 509–516.
<https://www.yumpu.com/pt/document/read/12933521/obesidade-infantil-e-juvenil-acta-medica-portuguesa>

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

Brito, M. F. S. F., Cruz, A. C. P., Melo, K. M. & Pinho, L. (2017). Influência do Comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância. Escola de Enfermagem Anna Nery, 21(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0102>

Briske, L., Keller, I. & Strohschein, S. (2011) – Prática de Enfermagem de Saúde Pública Centrada na População: A Roda de Intervenção. In: Stanhope, M., Lancaster, J. - Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. 7ª Edição. Lusociência.

Cabral, M., Candeias, V., Morais, C., Nunes, E. & Silva, P. R. (2005) - Princípios para uma alimentação saudável. Direção Geral da Saúde.
http://yourpel.ipsantarem.pt/admin/Docs/id1006_Gloss%C3%A1riosobrealimenta%C3%A7%C3%A3o.pdf

Caçador, A. F. S. (2018) - *Doença crónica em crianças e adolescentes e a adaptação escolar*. [Tese de mestrado integrado em psicologia, Intervenção psicológica, educação e desenvolvimento humano Porto: Universidade do Porto: FPCEUP - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto].
https://sigarra.up.pt/reitoria/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=273251

Campos, L. F., Gomes, J. M. & Oliveira, J. C. (2008). Obesidade infantil, actividade física e sedentarismo em crianças do 1.º ciclo do ensino básico da cidade de Bragança (6 a 9 anos). Obesidade Infantil Atividade Física e Sedentarismo em crianças do 1º ciclo do ensino básico da cidade de Bragança 6 ao 9 ano.
<https://www.researchgate.net/publication/43078324>

- Cardoso, A. F. M. (2013). Estado nutricional da criança: Influência do comportamento alimentar e da cultura organizacional. [Dissertação de mestrado Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Instituto Politécnico de Viseu-Escola Superior de Saúde de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1980>
- Cardoso, M., Martins, M., & Pereira, R. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), pp. 55-62. <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIn7/serIIIn7a06.pdf>
- Carmo, I., Lourenço, M. & Santos, C. (2014). Estado nutricional e hábitos alimentares em crianças de idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, (1), 7-14. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12140>
- <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239971008.pdf>
- Carrillo, I. R., Martínez-Santos, A. E., & Rodríguez-González, R. (2020). Características do uso da via subcutânea para administração de medicamentos em pacientes em cuidados paliativos. *Index Enfermagem*, 29(1,2) 37-41. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132
- Carvalho, J. C., Martinho, J., Pimenta, G. & Pires, R. (2014). Formação e desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico em saúde mental e psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 1, 97-102. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36352/1/J%C3%BAlia%20M.-09.pdf>
- Carvalho, F. M., Ferreira, L. M. M., Ferreira, P. J., Ribeiro, O. P. (2015). “Qualidade dos cuidados de Saúde” Alunos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade_dos_%20cuidados_%20de_%20saude.pdf
- Centeno, A., Escala, L., Farro, K., González-Madden, E., Ríos-Castillo, I., & Urriola, L. (2020). A short term food and nutritional education pilot intervention for prevention of overweight among school-age children in Panama. *Revista Chilena de Nutrición*, 47(5), 713-723. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182020000500713>

- Coelho, H. M., & Pires, A. P. (2014). *Relações Familiares e Comportamento Alimentar. Psicologia: Teoria e Pesquisa.*
- Collet, N., Pimenta, E. A. G., Reichert, A.P.S., Silva, M. & Souza, S.A.F. (2018). Doença crônica na infância e adolescência: vínculos da família na rede de atenção à saúde. *Texto contexto - Enfermagem.* ISSN 0104-0707. Vol. 27, n.º 2 <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e4460016.pdf>
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata. <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>
- Contento, I. R. Michela, J. L. (1986). Cognitive, motivational, social and environmental influences on children's food choice. *Health Psychology*, 5 (3), 209-230. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.5.3.209>
- Correia, C. M. S. (2016). *Prevalência da obesidade infanto-juvenil na USF Sta Joana: Contributo do enfermeiro de família* [Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Universidade de Aveiro <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/19035/1/Preval%C3%Aancia%20da%20Obesidade%20Infanto-Juvenil%20na%20USF%20Sta.%20Joana%20Contributo%20do%20Enfermeiro%20de%20Fam%C3%ADlia.pdf>
- Correia, M. F. F. S. C. (2004). *Determinantes psicoafetivas e sócio-culturais no tratamento da obesidade* [Tese de doutoramento em Ciências Biomédicas, Especialidade em Medicina Preventiva, Universidade de Lisboa]. Faculdade de Medicina de Lisboa, Saúde Pública.
- Court, A., Lockwood, C., Pearson, A., & Wiechula, R., (2010). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Revista de Enfermagem Referência* (12).
- Costa, M. da. G. F. A. (2012). *Obesidade Infantil: Práticas Alimentares e Percepção Materna de Competências* [Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/9744>
- Costa, M. G. F. A, Duarte, J. C., Nunes, M. M. J. C., & Pereira, A. M. S. (2012). Conhecimento dos pais sobre alimentação: Construção e validação de um questionário de alimentação

infantil. *Revista de Enfermagem Referência*. 6 (3), 55-68.
<https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239965008.pdf>

Decreto-Lei n.º 104/98, - Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Diário da República I Série, n.º 93 de 1998-04-21, páginas 1739 – 1757.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>

Decreto-Lei n.º 118/2014, – Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Diário da República I Série, n.º 149 de 2014-08-05.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118_2_014_EnfFamilia.pdf

Decreto-Lei n.º 28/2008, – Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República I Série, n.º 38 de 2008-02-22. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Decreto-Lei nº 298/2007, - Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República I Série, n.º 161 de 2007-08-22. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>

Decreto-Lei n.º 73/2017, - Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. Diário da República I Série, n.º 118 de 2017-06-21.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>

DIAS, M. O. (2011) - Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*. (2011), p.139-156. WWW: <URL: http://z3950.crb.ucp.pt/biblioteca/gestaodesenv/gd19/gestaodesenvolvimento19_13_9.pdf>

Dias. C.M.S.B. & Moraes. P.M. (2012). Obesidade infantil a partir de um olhar histórico sobre alimentação. *Revista Interação em Psicologia*. 16(2), 317-326.
<https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/psi-57100>

- Durão C., Ferreira R., Graça P., Lima R.M., Lopes C., Mansilha H., Nazareth M., Pereira da L., Pinto E., Rêgo C., & Vale S., (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos– Linhas Silva de Orientação para Profissionais e Educadores* <http://www.spgp.pt/media/1316/n-e-a-alimenta%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%A1vel-dos-0-aos-6-anos-dgs-2019.pdf>
- Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. (2023). Guia Orientador/Protocolo de Estágio 2023/2024. Viana, Portugal. <https://www.ipvc.pt/ess/estudantes-ess/mestrado/enfermagem-comunitaria-na-area-da-enfermagem-de-saude-familiar/>
- Espanca, R., Gato, A., Gomes, S. & Miranda, C. (2010). Obesidade em idade pré-escolar: Cedo demais para pesar demais! *Acta Médica Portuguesa*. 23(3), 371-378. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/644>
- Estivill, E. & Domènech, M. (2008). *Aprender a comer: Método Estivill para ensinar as crianças a comer*. Livros d'Hoje.
- Fernandes, J. A., & Moreira, P. (2007). Comportamento alimentar: Estudo em adolescentes de uma escola promotora de saúde de Viseu. *Alimentação Humana*, 13(1), 20-25. <http://www.spcna.pt/publicacoes/?imc=7n&publicacao=21&edicao=62&fmo=pa>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas. Nº 15.
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência: Loures.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (2009). Avaliação familiar: Do modelo de Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552-559. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/12559/6651>

- Fontoura, M., Guerra, A., Mais, J., Mota, J., Rêgo, C., & Silva, D. (2004). Grupo de Estudo da Obesidade Pediátrica da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade. Obesidade pediátrica: A doença que ainda não teve direito a ser reconhecida A Propósito do 1º Simpósio Português sobre Obesidade Pediátrica. https://www.adexo.pt/images/doc/mix/estudos/Obesidade_Pediatrica.pdf1
- Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Franchini B, Pinho I., & Rodrigues S. (2016). Guia Alimentar Mediterrânico: Relatório justificativo do seu desenvolvimento.
- Friedman, M. (1998). *Family Nursing: Reseach, theory and practice*. Stamford: Appleton e Lange.
- Galimberti, C., Salvioni, M. & Scaglioni, S. (2008). *Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour*. *British Journal of Nutrition*, 99(Supl. 1), S22–S25.
- Gallegos, D. & Vidgen, H. A. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 16, 50-59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>
- Giugliani, E. R. J. & Triches, R. M., (2005). Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Revista Saúde Pública*, 39(4), 541-547. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000400004>
- Graça, P., Mendes S., Sousa R.C., & Rito, A. (2017). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2016. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/4857>
- Graça, P., & Rito, A. I., (2015). *Childhood obesity surveillance initiative: Cosi Portugal 2013*. Lisboa. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3108/3/Relatorio_COSI_Portugal_2013.Pdf
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência.

- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (Tradução da 9ª ed.). Mosby Elsevier.
- IFNA. (2022). Practice Models for Nursing Practice with Familie. International Family Nursing Association. Acedido em dezembro 2023. Retrieved from <https://internationalfamilynursing.org/resources-for-familynursing/practice/practice-models/>
- Imperatori & Giraldes (1993). Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª edição). Obras Avulsas.
- Instituto politécnico de Viana do Castelo. (2021). *Normas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos*. Instituto politécnico de Viana do Castelo.
- Kleiner, A. F. R., Neves, P. M. J., Torcato, A. C. & ., Urquieta, A. S. (2010). Childhood obesity the importance of the treatment and prevention. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-619607>
- Lalanne, A., Nicklaus, S., Scholtens, P. A. M. J., Schwartz, C. & Weenen, H. (2011). Development of healthy eating habits early in life. *Review of recent evidence and selected guidelines. Appetite*, 57 (3), 796-807. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.316>
- Lancaster, J & Stanhope, M. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. (7.ª ed.). Lusociência.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde: Poder e empoderamento*. Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-09-3.
- Leahey, M. & Wright, L. M., (2011). *Enfermeiras e famílias*. Roca Ltda.
- Lebreiro, M., Figueiredo, M. H., & Guedes, V. (2019). A integração de novo membro na família alargada: Estudo de caso. *Suplemento digital Revista ROL de Enfermería*, 42(11-12). https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/01/Suplemento-ONLINE-RESUMENES_NOVAS-PERSPETIVAS-DA-ENFERMAGEM.pdf
- Leite, L. (2013). Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Propostas para melhorar a eficiência no Serviço Nacional de Saúde - Contributo da Ordem dos Enfermeiros*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2013/15%20propostas_2015_VersaoFinal_01Out2013_proteg.pdf

- Liem, D. G., Russell, C. G. & Worsley, A. (2015). Parents' food choice motives and their associations with children's food preferences. *Public Health Nutrition*, 18(6), 1018–1027. <https://doi.org/10.1017/S1368980014001128>
- Loureiro, I. (2004). A importância da educação alimentar: O papel das escolas promotoras de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 22(2), 43-55. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/100171/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202004%20-%20v22n2a04%20-%20p43-55.pdf>
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2018). Promover a Saúde - Dos Fundamentos à Ação (3.ª Edição). Coimbra, Lisboa: Almedina Editores
- Lourenço, M. (2015). Obesidade infantil: Prevenir é a melhor opção. Universidade Católica Editora.
- Lucas, B. & Feucht, S. (2010). Nutrição na Infância. In Mahan, L. K. & Escott-Stump, S., *Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. (12ª ed., pp. 222-245) Elsevier.
- Luís, L. F. S. (2010). *Literacia em Saúde e Alimentação Saudável: Os novos produtos e a escolha dos alimentos* [Tese de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/4264>
- Lucio, M., D., P., B., Collado, C., F. & Sampieri, R., H., (2013). *Metodologia de Pesquisa*. 5ª Edição. Penso Editora Lda.
- Marques, V.L.V. (2019). Excesso de peso em idade pré-escolar: A influência da literacia em saúde do cuidador [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2271/1/Vera_Marques.pdf
- Martins, J.C.A. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. 12(2), 62-66.
- Martins, R.C. (2016). *O comportamento alimentar e hábitos alimentares da criança em idade pré-escolar: Relação com as estratégias parentais*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Aberto da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/27693/1/ulfpie051273_tm.pdf

- Melo, S. H. & Tapadinhas, A. R. O.V. (2012). Relação entre o comportamento alimentar de pais e filhos. *Psychology, Community & Health*, 1 (3), 273–284.
<https://doi.org/doi:10.5964/pch.v1i3.36>
- Melo, P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Mendes, V.M. (2012). Trabalho Projecto “Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspetivas futuras”. [Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.
<https://run.unl.pt/handle/10362/9400>
- Menezes, L., Meirelles, M., & Weffort, V. (2011). A alimentação na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. *Revista Médica de Minas Gerais*. Rio de Janeiro, Disponível na: www: <URL: <http://rmmg.org/exportar-pdf/863/v21n3s1a26.pdf>.
- Minderico, C. & Teixeira P. (2008). Nutrição e alimentação saudável. In T. Barata, L. B. Sardinha & P. Teixeira. Nutrição, exercício e saúde. (pp. 1-81) Lidel.
- Moreira, B., Nunes, R. M., & Pereira, T. R., (2020) A importância da educação alimentar e nutricional para alunos de séries iniciais. Lynx, <https://doi.org/10.34019/2675-4126.2020.v1.25591>
- Moreira, E. A. M., Rauen, M.S. & Rossi, A. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista Nutrição*, 21(6), 739-748.
<https://www.scielo.br/j/rn/a/pWWHhNC8CCD7yT4pbxPvK3L/?format=pdf&lang=pt>
- Moura, A.P. & Cunha, L.M. (2005). Why consumers eat what they do: an approach to improve nutrition education and promote healthy eating. *Consumer Citizenship: Promoting new responses* (1/ pp. 144-156).
- Noronha, M. M. S.; Parron, S. F. (2020) A evolução do conceito de família. Pitágoras.
<http://www.finan.com.br/pitagoras/downloads/numero3/a-evolucao-do-conceito.pdf>
- Nunes, L. (2020). Para uma epistemologia de enfermagem (2ªed). SaBooks Editora, D.L.
<http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/2069330>

- Ogden, J. (2003). *The Psychology of Eating From Healthy to Disordered Behaviour*. 1ª Ed. United Kingdom: Blackwell Publishing
- Ogden, J. (2010). *The Psychology of Eating From Healthy to Disordered Behaviour*. (2ª. ed.). Wiley-Blackwell.
- Oliveira, J. (2014). *Equidade e desigualdades socioeconómicas no excesso de peso e obesidade infantil em Portugal*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Biblioteca digital da Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/25436>
- Pais-Ribeiro, J. L. & Viana, F. (2005). Obesidade infantil no concelho de Viana do Castelo: Visão sobre a prevalência e o autoconceito. *Promoção da saúde: Da investigação à prática*, 52-58. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/83591/2/128662.pdf>
- Paiva, M. R. S. A. Q. (2010). A importância da alimentação saudável na infância e na adolescência na Prevenção de Doenças na Fase Adulta. *Medicinanet*. https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3149/a_importancia_da_alimentacao_saudavel_na_infancia_e_na_adolescencia.htm
- Paloma, C. G., Keslen, M. A. T. & Rhaysa, F. A. (2023). A influência da família e meio social na formação do hábito alimentar do pré-escolar e escolar. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 6. <file:///C:/Users/user/Desktop/42202-Article-447118-1-10-20230620.pdf>
- Pereira, J. (2019). *Família e sociedade: Uma visão contemporânea*. Editora Exemplo.
- Pinheiro-Carozzo, N. P. & Oliveira, J. H. (2015). Comportamento alimentar: um estudo da relação entre imc de crianças e sua percepção sobre as práticas alimentares parentais. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, Londrina.
- Pikunas, J. (1979). *Desenvolvimento Humano*. São Paulo. McGrawHill do Brasil
- Pinho, M. (2019). *A obesidade infantil: A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* [Tese de mestrado em Enfermagem em Associação do Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório do Instituto Politécnico de Setúbal. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/4925>

- Pordata. (2021). Estatísticas sobre Portugal e Europa. <https://www.pordata.pt/municipios> https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2005). *Saúde infantil e juvenil: Programa tipo de atuação* (2ª ed.). https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/saudeinfantilejuvenil_programatipoactuacao-1.pdf
- Portugal. Direção Geral da Saúde. (2007). *Plataforma contra a obesidade – Obesidade infantil*. http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_infantil.aspx?menuid=165
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (2019a). Manual de boas práticas de literacia em saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (2019b). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa, Portugal. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-Sauda%CC%81vel-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (2022). Programa Nacional para a Promoção Alimentação Saudável https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2022/10/PNPAS2022_2030_VF.pdf
- Portugal. Direção Geral da Saúde (2023). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>
- Portugal. Instituto de Administração da Saúde. (1986). Carta de Ottawa. <https://iasaude.pt/index.php/informacao-documentacao/promocao-da-saude/152-carta-de-ottawa>
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2021) Censos 2021: resultados definitivos. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt
- Portugal. Ministério da Saúde. (2012). *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP: Pressupostos para a sua implementação*. <https://docplayer.com.br/79720-Papel->

Portugal. Ministério da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Direção Geral da Saúde.*

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Portugal. Ministério da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Direção-Geral de Saúde.*

<http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>>

Portugal. Ministério da Saúde. (2016). Modelo de governação a 2020 – *Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários*. 2ª Edição. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2016. ISBN: 978-972-675-266-0.

Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2014). Dia Internacional da Família 2014.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-2014/>

Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2ª série, n.º 124.
<https://dre.pt/application/file/a/67626882>.

Portugal. Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento. No. 76/2018. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Portugal. Organização Mundial da Saúde. (1997). *Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI*. Jacarta: OMS.

Ramos, M. & Stein L. M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, 76 (Supl.3), 229-237.

http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpacs/pesquisaArtigos/desenvolvimento_do_comportamento_alimentar_infantil_ramos_2000.pdf

Rego, C., Silva, D., Vaz, A. & Viana, V. (2010). Determinantes comportamentais em crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade. *Revista da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação: Alimentação Humana*. 16(2), 31-35.
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52557/2/47442.pdf>

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, Série II, de 2019-02-06. Diário da República n.º 26/2019, Série II, de 2019-02-06 <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, Série II, de 2018-07-16. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Relvas, A. P. (2004). O ciclo vital da família. Lisboa: Edição Afrontamento.

Resende, C., Santos, G. & Vieira, M. (2007). *Nutrição da criança pré-escolar e escolar*. In Júnior J.S.C. & Monteiro, J. P., *Nutrição e metabolismo: Caminhos da nutrição e terapia nutricional da concepção à adolescência*. (pp.278-310) Guanabara Koogan.

Rodrigues, J. (2018) “Estratégias de governação clínica”. USF- AN, Academia dos CSP.
<https://www.usf-an.pt/academia-csp/organizacional/estrategias-de-governacao-clinica/>

Santos, M. (2012). *Abordagem Sistémica do Cuidado à Família: Impacto no Desempenho do Enfermeiro*. [Tese de Doutoramento Escola Superior de Enfermagem Universidade de Lisboa]. Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/6979>

Sebastian, Juliann G. (2011) – *Vulnerabilidade e Populações Vulneráveis: Prespectiva Geral*. In: Stanhope, Marcia; Lancaster, Jeanette - *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª Edição. Lisboa: Lusociência, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. p. 746-771

- Serviço Nacional de Saúde. (2023a). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023b). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/913/10001/1161271/Paginas/default.aspx>
- Silva, A. L. M. (2014). *A importância da família na saúde e no bem-estar da criança e do jovem*. [Relatório de Estágio do Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria] Biblioteca digital da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. [WWW: <URL: http://hdl.handle.net/10400.26/16307>](http://hdl.handle.net/10400.26/16307)
- Silvia, J. & Silva, C., (2010). Programas de Prevenção da obesidade infantil. Cadernos de Estudos Mediáticos.7, 155-167 <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3161>
- Silveira, M. D. (2015). *Alimentação do pré-escolar e escolar*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Sociedade Portuguesa de Cirurgia
- Sobral, J. (2001). Social and Cultural Influences on Obesity. International Textbook of Obesity. Per Bjorntorp. 305-322. <https://doi.org/10.1002/0470846739.ch21>
- Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., & Agostoni, C. (2018). Factors Influencing Children's Eating Behaviours. Nutrients.
- Sousa, S. (2018). *O Papel do Enfermeiro Especialista na Promoção da Alimentação Saudável*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora] Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.
- Sousa, V. L. G. (2021). *Excesso de peso/obesidade infantil e conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil, em idade pré-escolar: Fatores determinantes* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/24759>
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (5ª ed.). Lusodidata.
- Tavares, A. M.B. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento da Saúde. Cadernos de Formação*. [Monografia, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]

<https://catalogo.biblioteca.utad.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=78417&q=an:74895>

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Barrocelas. (2022). Manual de acolhimento. Unidade Local de Saúde do Alto Minho.

Vieira, M., & Carvalho, G. S. (2018). Costs and benefits of a school-based health intervention in Portugal. *Health Promotion International*, 34(6), 1141-1148. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/day085>.

World Health Organization. (WHO). (2001). *Human energy requirement's. Report of a joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. United Nations University* <http://www.fao.org/docrep/007/y5686e/y5686e00.htm>

World Health Organization. (WHO). (2016). *9ª Conferência Global de Promoção da Saúde*. <https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-da-saude/9a-conferencia-global-de-promocao-da-saude-ocorre-dia-20/>

World Health Organization. (WHO). (2019a). Childhood overweight and obesity. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>.

World Health Organization. (WHO). (2019b). New WHO-led study says majority of adolescents worldwide are not sufficiently physically active, putting their current and future health at risk. <https://www.who.int/news/item/22-11-2019-new-who-led-study-says-majority-of-adolescents-worldwide-are-not-sufficiently-physically-active-putting-their-current-and-future-health-at-risk>

World Health Organization (WHO) (2020). *Obesity and overweight*. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA USF

Exma. Sra. Dra. [REDACTED] - Coordenadora da Unidade Saúde Familiar [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, na Unidade Saúde Familiar [REDACTED]

Eu, Isabel Rodrigues Vilaverde, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pretendo realizar um estudo de investigação subordinado ao tema "As práticas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar: Contributo do Enfermeiro de Família", sob a orientação da Professora Doutora Manuela Cerqueira. Este estudo tem como objetivo conhecer as práticas quotidianas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar.

Pretende-se proceder à colheita de dados, através de entrevista no período de dezembro de 2023 e fevereiro de 2024, pretende-se realizar este estudo na Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva, que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde do Alto Minho E.P.E. A população prevista do estudo será constituída pelos pais de crianças em idade escolar.

Assegura-se que só serão incluídos familiares que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Assim, solicito autorização para realização do estudo supracitado.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão do projeto de investigação supracitado.

Atenciosamente

A investigadora Principal

Isabel Rodrigues Vilaverde

Ponte de Lima, 17 de outubro de 2023

Autorizo

17/10/2023

Coordenador USF

Natalina Sá
Coordenadora da USF Margens do Neiva
910.41.200 | 910.41.201

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSAM, EPE

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 76 DE 18/10/2023	Solicitado pelo Conselho de Administração
Assunto: Projeto de investigação intitulado "As práticas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar: Contributo do Enfermeiro de Família"	Em nome do(s) investigador(es): Isabel Rodrigues Vilaverde Mestranda do I Curso de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do IPVC

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Solicitada autorização para a realização do projeto de investigação intitulado "As práticas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar: contributo do Enfermeiro de Família". Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, utilizando metodologia qualitativa (uso de entrevista), sendo o objetivo geral contribuir para a evolução do conhecimento dos pais sobre a alimentação infantil em idade escolar, para responder a seguinte questão de investigação: Qual a prática quotidiana dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar? Irá ser desenvolvido na Unidade de Saúde familiar Margens do Neiva em Barroselas, pertencente ao ACES da ULSAM, entre dezembro de 2023 e fevereiro de 2024

São objetivos específicos:

- Identificar as perceções dos pais relativamente às intervenções do enfermeiro de Família na saúde alimentar das crianças em idade escolar.
- Identificar nos pais o significado de uma alimentação saudável;
- Identificar as práticas alimentares dos pais com crianças em idade escolar;
- Identificar as crenças dos pais relativo à saúde alimentar das crianças em idade escolar;
- Identificar necessidades dos pais relativo à saúde alimentar das crianças em idade escolar;
- Identificar dificuldades dos pais relativo a saúde alimentar das crianças em idade escolar.

População Alvo:

Pais das crianças em idade escolar.

Crítérios de inclusão:

Pais que aceitam participar no estudo

Crítérios de Exclusão:

Crianças não inscritas na Unidade de Saúde familiar em estudo.

Análise e tratamento de dados:

Utilização da entrevista, cuja análise e tratamento de dados será realizada através da análise de conteúdo segundo Bardim 2016.

Será usado um consentimento informado e esclarecido, através do qual será assegurada a confidencialidade dos dados dos seus participantes.

A realização do presente estudo terá em consideração o seguinte protocolo de investigação:

Contacto com a coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva, após aprovação da CES;

Seleção da população alvo a integrar o estudo;

Apresentação da Investigadora;

Obtenção do CI livre e informado (de cada um dos participantes);

Recolha de dados;

Devolução dos dados aos participantes.

2. Fundamentação

Reconhece-se hoje que uma alimentação saudável durante a infância é duplamente benéfica, pois se por um lado facilita o desenvolvimento intelectual e crescimento adequado para a idade, por outro, previne uma série de patologias relacionadas com uma alimentação incorreta e desequilibrada.

É consensual que os primeiros anos de vida da criança são ideais para transmitir conhecimentos importantes, nomeadamente ao nível da alimentação, criando, deste modo, hábitos alimentares saudáveis que poderão perdurar ao longo da vida. Estes hábitos alimentares aprendidos durante a infância determinam os comportamentos alimentares na idade adulta. Durante a infância, a família tem uma enorme responsabilidade não só na oferta do tipo de alimentos, mas igualmente na formação do comportamento alimentar da criança, detendo os pais o papel de primeiros cuidadores nutricionais. A prática do Enfermeiro de Família deve centrar-se na orientação da Família, juntamente com as crianças, sobre a consequência da obesidade e, simultaneamente, sobre o comportamento alimentar, através da educação para a saúde e da elaboração de estratégias que permitam uma melhor qualidade de vida das crianças e suas famílias.

Este estudo tem a intenção de contribuir para o aumento da literacia e capacitação dos pais na saúde alimentar das suas crianças.

3. Conclusão/parecer

Cabe à Equipa de Saúde que está a acompanhar estas crianças, ser o elo de ligação entre os pais e a investigadora. O contacto com os pais deverá ser feito sempre através da equipa e nunca diretamente pela investigadora.

O estudo solicitado cumpre os requisitos exigidos pela CES da ULSAM, no Mod. Q741, e Mod.Q 755, pelo que nada há a opor à autorização requerida.

Após a conclusão do Projeto a investigadora deverá comunicar à CES o seu término, bem como enviar cópia do relatório elaborado.

Nota: Referências bibliográficas:

Não foram apresentadas referências bibliográficas.

Relator(es)	
Ratificado em reunião do dia	30-11-2023
Enviado parecer: ____ / ____ / ____	

30/11/2023

O Presidente da CES

*Autenticado 21/12/2023
Paulo T.O.*

DR. [assinatura]
Presidente da CES

Instrumento de recolha de dados

Questionário Sociodemográfico

Dados de caracterização do responsável da criança:

1. Idade _____

2. Género:

Masculino ☐

Feminino ☐

3. Grau parentesco com a criança:

Mãe ☐

Pai ☐

4. Habilitações Literárias:

<4º ano de escolaridade ☐

4º a 6º anos de escolaridade ☐

7º a 9º anos de escolaridade ☐

10º a 12º anos de escolaridade ☐

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

5. Situação perante o emprego:

Empregado ☐ Desempregado ☐ Doméstico ☐ Reformado ☐

Profissão: _____

6. Local de residência:

Vila ☐

Aldeia ☐

Cidade ☐

7. Estado Civil:

Solteira/o ☐

Casada/ União de Facto ☐

Divorciada/o ☐

Viúva/o ☐

8. Idade do seu filho: _____

9. Número de filhos: _____

10. A criança tem alguma doença crónica?

Não ☐

Sim ☐ Qual? _____

APÊNDICE II – GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião da entrevista

1. O que significa para si uma alimentação saudável?
2. O que defende para uma alimentação saudável das crianças em idade escolar?
3. Descreva-me um dia da alimentação do seu filho?
4. Como é constituído o pequeno-almoço do seu filho?
5. Quantas refeições faz o seu filho? Onde come.
6. Que necessidades encontra no seu dia-a-dia para promover uma alimentação saudável?
7. Que dificuldades encontra no seu dia-a-dia para promover uma alimentação saudável?
8. Na sua opinião qual o contributo do enfermeiro de família relativamente à saúde alimentar em idade escolar?
9. Tem tido respostas do Enfermeiro de Família? Justifique.
10. Quer deixar sugestões para o Enfermeiro de Família para que este possa aumentar a literacia sobre a alimentação infantil?

APÊNDICE III – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Designação do Estudo:

Eu, abaixo-assinado, (nome completo), _____
tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito **“Influência das práticas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade escolar: Contributo do Enfermeiro de Saúde Familiar”**, realizado por Isabel Rodrigues Vilaverde, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / ____ / 20____

Assinatura do participante:

Assinatura da investigadora responsável:

(Isabel Rodrigues Vilaverde)

APÊNDICE IV – EXEMPLAR DE UMA ENTREVISTA

Questionário Sociodemográfico

Instrumento de recolha de dados

Dados de caracterização do responsável da criança:

2. Idade: 37

8. Género:

Masculino ☐

Feminino ☒

9. Grau parentesco com a criança:

Mãe ☒

Pai ☐

10. Habilitações Literárias:

<4º ano de escolaridade ☐

4º a 6º anos de escolaridade ☐

7º a 9º anos de escolaridade ☐

10º a 12º anos de escolaridade ☐

Bacharelato ☐

Licenciatura ☒

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

11. Situação perante o emprego:

Empregado ☒ Desempregado ☐ Doméstico ☐ Reformado ☐

Profissão: Empresária

5 Local de residência:

Vila ☒

Aldeia ☐

Cidade ☐

6 Estado Civil:

Solteira/o ☐

Casada/ União de Facto ☒

Divorciada/o ☐

Viúva/o ☐

7 Idade do seu filho: 8

8 Número de filhos: 3

9 A criança tem alguma doença crónica?

Não ☒

Sim ☐ Qual? _____

Guião da entrevista:

Entrevista 7

1- O que significa para si uma alimentação saudável?

É consumir uma variedade de alimentos, frutas, carnes magras e gorduras saudáveis RIRI. É uma ajuda a garantir um consumo de diferentes nutrientes que são essenciais.

2 - O que defende para uma alimentação saudável das crianças em idade escolar?

Variedade de Alimentos; fazer uma alimentação com uma variedade de alimentos dos diferentes grupos alimentares, incluindo frutas, vegetais, cereais, proteínas e laticínios com baixo teor de gordura.

3 - Descreva-me um dia da alimentação do seu filho?

Pequeno almoço: pão de cereais... e fresco com manteiga, copo de leite com um pinga de cevada com café, sem açúcar. Meio da manhã: iogurte líquido e meio pão com queijo ou fiambre (vai variando), almoço na escola o que derem na cantina, sopa, prato e peça de fruta (nós temos acesso sempre à ementa escolar, para evitar repetir ao jantar). Lanche da tarde o preconizado pela escola para ser igual para todos os miúdos, pois ela fica nas AECs (atividades extracurriculares). Ao jantar sopa (só uma concha), prato alternado com o da escola se for carne na escola é peixe em casa... elas já sabem e fruta se quiser no fim.

4 - Como é constituído o pequeno-almoço do seu filho?

Eu sei a importância do pequeno almoço nutritivo..., que deve incluir alimentos ricos em fibras e proteínas para ajudar na concentração e no desempenho escolar... eu dou pão de cereais com manteiga e copo de leite coloco um pinguinho da mistura de cevada com café e cereais , pois a Leonor adora o cheiro a café...

5 - Quantas refeições faz o seu filho? Onde come.

Faz 5 refeições, come na escola em tempo de escola e fora isso sempre em casa.

6 - Que necessidades encontra no seu dia-a-dia para promover uma alimentação saudável?

Tempo para planear as refeições semanais, a mim ajuda-me a evitar escolhas alimentares impulsivas (chegar ao supermercado e comprar frango já pronto como exemplo) o que consigo garantir a variedade de alimentos nutritivos promovendo escolhas mais saudáveis. Tempo também para prepara as refeições, permite ter controle sobre os ingredientes que vou usar bem como as quantidades....riririri

7 - Que dificuldades encontra no seu dia-a-dia para promover uma alimentação saudável?

Como disse a falta de tempo além de necessidade é uma dificuldade. Outra é o acesso a alimentos frescos e saudáveis, como o peixe os vegetais. Depois o marketing das comidas processadas, tento sempre fugir...bem como o ambiente ao nosso redor com o fast-food...Mac e assim...

8 - Na sua opinião qual o contributo do enfermeiro de família relativamente à saúde alimentar em idade escolar?

Forneceu sempre as informações e orientações sobre escolhas alimentares saudáveis e a importância de uma dieta equilibrada. Vim sempre às consultas marcadas pela enfermeira de família...também faltei, mas foi da minha responsabilidade, porque foram remarcadas

9 - Tem tido respostas do Enfermeiro de Família? Justifique.

Como lhe disse tive sempre respostaaté quando faltei ela remarcava as consultas... e eu tive que faltar mais que uma vez por problemas pessoais.

10 - Quer deixar sugestões para o Enfermeiro de Família para que este possa aumentar a literacia sobre a alimentação infantil?

Talvez desenvolver planos de cuidados personalizados para crianças com problemas nutricionais, seja para o controle do peso em casos de obesidade ou para a promoção de uma alimentação equilibrada. Isto pode ser feito por meio de sessões educacionais, materiais informativos e workshops. Outra forma seria colaborar com as escolas e famílias na elaboração das ementas escolares ...assim teríamos refeições saudáveis e nutritivas.

APÊNDICE V – GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Área temática 1 – Conceito de alimentação saudável atribuído pelos pais da criança em idade escolar

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Incutir nas crianças horários regulares de alimentação		(...) é comer de duas em duas horas (...) E1 (...) uma peça de fruta de duas em duas horas (...) E1
Promover proporções adequadas dos alimentos		(...) o prato comer mais há base de legumes, a carne por exemplo a costeleta tem que ser do palmo da mão do tamanho da nossa mão. Ou a costeleta ou o bife só uma colher de sopa ou de arroz ou massa e o resto é tudo à base de legumes e a sopa se quiser a sopa de legumes (...) E1 (...) uma alimentação saudável é comer um pouco de tudo, seja fruta, legumes, pão, leite, de tudo. Também um bocadinho de doce, não exagerado, mas comer um pouco de tudo (...) E6
Escolhas alimentares diversificadas		(...) uma alimentação variada, contudo, não é. Frutas, legumes, massa, arroz, tudo o que estiver na roda dos alimentos (...) E2 (...) uma alimentação que seja variada, mas principalmente constituída por legumes, frutas e proteínas e pronto e água (...) E3 (...) olha é comer, sei lá, legumes, peixe, arroz e massa, mas não muito e sopa, mais ou menos isto (...) E4 (...) uma alimentação saudável para mim é uma alimentação variável ...com os legumes com a carne, o peixe e os cereais (...) E5 (...) é consumir uma variedade de alimentos, frutas, carnes magras e gorduras saudáveis RIRI. É uma ajuda a garantir um consumo de diferentes nutrientes que são essenciais (...) E7 (...) uma alimentação saudável é uma alimentação constituída por todos os elementos da roda dos alimentos, incluindo água (...) E8 (...) uma alimentação variada, muita água, e alternar carne com peixe e frutas (...) E9 (...) uma alimentação com todos os alimentos da roda dos alimentos (...) E10 (...) tudo o que inclui sopa a fruta, não é? Já conversamos sobre isso em casa, não é? Variedade de legumes, os cereais, o leite, uma alimentação diversificada ... Não é (...) E11

Área temática 2 – Percepções dos pais relativamente a uma alimentação saudável das crianças em idade escolar

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Padrão alimentar diversificado	Ingestão de sopa	(...) comer a bela sopinha de leguminosas (...) chegaram a chamar-me á escola a dizer que ele estava a passar fome em casa... e eu disse não... não passa não vê o corpo que ele tem (pesa 78kg) e depois eu acho que agora que não deixam comer o prato dele e dos colegas porque normalmente na casa o que sobrava ele ia comer (...) E1
	Ingestão de frutas	(...) o que uma mãe quer e a frutinha (...) E1
	Ingestão de legumes	(...) comer legumes, acho que faz muito bem (...) E5
	Ingestão de laticínios	(...) e manter o uso de leite de vaca (...) E8
	Ingestão de água	(...) e pronto e água (...) E3 (...) e beber muita água (...) E8; E9
Distribuição dos alimentos por seis refeições		(...) pelo menos não é.... ter as refeições que são supostas, pequeno-almoço, lanche, almoço, lanche a meio da tarde, o mais pequenino. Depois ao jantar e ceia (..) E2 (...) comer várias vezes ao dia (...) E5
Integração diversificada e equilibrada dos alimentos em idade precoce		(...) a introdução de todos os tipos de alimentos desde cedo para que eles se irem familiarizando com toda a variedade que existe no nível alimentar (...) E3 (...) variedade de alimentos; fazer uma alimentação com uma variedade de alimentos dos diferentes grupos alimentares, incluindo frutas, vegetais, cereais, proteínas e laticínios com baixo teor de gordura (...) E7 (...) mais atenção ainda pois as crianças estão a desenvolver o corpo, tem de ter uma alimentação mais cuidada com carne, peixe, fruta, cereais e água (...) E9. (...) uma alimentação com carne, peixe, legumes e comer sempre sopa (...) E10 (...) seja tudo diversificado (...) E11
Ausência de açúcar		(...) tem levado bolacha com pouco açúcar tento evitar... e fruta ou iogurte (...) E3 (...) não, não os deixo comer muitos doces nem nada disso. Eles também não são muito de doces ...gostam mais de da comida (...) E4 (...) o que é que eu defendo é evitar os doces.... Evitar os doces acima de tudo (...) E5

		(...) olha, tentar reduzir ao máximo os hidratos de carbono. É isso eu tento cortar e também o nível dos açúcares, o que às vezes é difícil, mas sim (...) E6 (...) para as crianças, todos os alimentos introduzidos a partir da diversificação alimentar, evitando o sal, o açúcar, o mel, bebidas açucaradas (...) E8 (...) evitar os sumos, bolos e doces (...) E10
--	--	---

Área temática 3 – Descrição verbalizada pelos pais relativos à alimentação da criança em idade escolar

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Sem ingestão de alimentos ao pequeno almoço		(...) nada não está mal pois não a mãe sempre a ralhar, hoje não comeste nada ontem também não. Qual é o principal que ele devia comer? O pequeno almoço. Ele não come (...) E1
Sem ingestão de alimentos a meio da manhã		(...) Ele não come. Prontos depois a meio da manhã, também não, ele leva um pão, não sei se a lancha de manhã ... eu acho que não (...) E1
Ingestão de alimentos ao pequeno almoço	Pão e Cereais	(...) o Eduardo faz pequeno-almoço em casa, leite com cereais (...) E2 (...) faz um pequeno almoço antes de sair de casa, que é variável a maior parte das vezes é torrada (...) E3 (...) olha, de manhã toma o pequeno-almoço, é leite e com pão com manteiga (...) E4 (...) Pequeno almoço: pão de cereais... e fresco com manteiga (...) E7 (...) toma o pequeno almoço em casa, leite e pão com manteiga, por vezes deixo colocar doce (...) E8 (...) pão com manteiga (...) E9 (...) pequeno almoço em casa: leite e cereais (...) E10 (...) ao pequeno-almoço é leite com cereais. Ou o leite e vamos variar como uma tosta mista ou uma torrada (...)E11
	Lacticínios	(...) faz um pequeno almoço antes de sair de casa, que é variável (...) às vezes é leite (...) E3 (...) toma o pequeno-almoço em família por volta das 10h ou 10 e meia, estando em casa, será um leite achocolatado. (...) e um pãozinho ou um bolinho, devo considerar estar em casa (...) E5 (...) olha de manhã, ela come, não come um pão inteiro com manteiga, come metade porque ela não gosta muito de tomar o pequeno-almoço e bebe um copinho de leite, é o que ela come (...) E6

		(...) copo de leite com um pingo de cevada com café, sem açúcar (...) E7 (...) e leite com cevada (...) E9 (...) ao pequeno-almoço é leite com cereais. Ou o leite e vamos variar (...) E11
	Fruta	(...) faz um pequeno almoço antes de sair de casa, que é variável (...) outras vezes é fruta (...) E3 (...) e vai no carro a comer uma peça de fruta sempre (...) E9 (...) e também uma pecinha de fruta que normalmente é banana, umas uvas que ela gosta muito, ou kiwi, ou a pera, porque a maçã acho que é a fruta que ela menos gosta (...) E 11
Ingestão de alimentos a meio da manhã	Pão e Cereais	(...) será 50% das vezes torrada (...) E3 (...) ao meio da manhã é um pão com ou com queijo, ou com fiambre, ou com manteiga (...) E4 (...) e meio pão com queijo ou fiambre (...) E7
	Lacticínios	(...) de vez em quando leite ou iogurte ... (...) E3 (...) meio da manhã: iogurte líquido (...) E7; E8
	Fruta	(...) é aquilo que ele (...) faz a meio da manhã é sempre fruta na escola. Eu mando sempre o lanche da manhã, é sempre fruta (...) E2 (...) outras vezes a fruta, principalmente banana (...) E3 (...) uma peça de fruta meio da manhã (...) E5 (...) meio da manhã, peça de fruta e iogurte (...) E8 (...) meio da manhã: fruta (...) E10 (...) uma pecinha de fruta (...) kiwi, ou a Pera, porque a maçã acho que é a fruta que ela menos gosta (...) E11
Ingestão de alimentos ao almoço	Alimentação Completa	(...) ao meio dia ou meio dia e meio e almoça na escola o da cantina, tudo o que servem (...) E1 (...) o almoço é na escola, pronto, em casa temos sempre também uma alimentação com salada tem que as saladas ter tomate, pepino, alface isto tem que ter sempre ... e de vez em quando também é pizza ..., mas de vez em quando (...) E2 (...) almoço na escola o que derem na cantina, sopa, prato e peça de fruta (nós temos acesso sempre à ementa escolar, para evitar repetir ao jantar ...) E7 (...) almoço constituído...prato com carne, peixe ou ovo, legumes ou salada, massa ou arroz ou batata nunca os dois hidratos e uma peça de fruta ou gelatina no fim (...) E8 (...) almoço na escola (...) Come na escola o que dão lá (...) E9; (...) almoço na escola na cantina carne ou peixe, sopa e fruta (...) E10
	Alimentação Variada	(...) no almoço sempre a proteína ou..., ou carne, ou o peixe o acompanhamento ...e não gosta de legumes

		(...) a Matilde come os legumes às vezes na escola, mas depende o que servem e como servem..., mas a sopa come na escola e em casa ...sempre (...) E3 (...) o almoço ou peixe ou carne, sopa. Ao fim da semana, ao meio-dia, não comem sopa (...) E4 (...) almoçamos por volta de meio-dia e meio isto no normal (...) E5 (...) depois na escola, eu não sei o que é que ela vai comendo, ou carne ou peixe (...) E6 (...) variamos a comida nunca comemos o mesmo ao almoço (...) E11
Ingestão de alimentos ao lanche	Pão e cereais	(...) no intervalo das quatro ou quatro e meia come o pão na escola (...) E1 (...) faz o lanche da tarde. Aí costumo mandar, por exemplo, para a escola, um suminho...costumo mandar um suminho e (...), umas tostas, aquelas tostinhas secas (...) E2 (...) lanche da tarde alterna pão com fiambre ou queijo (...) E8 (...) lanche da tarde é dado na escola pão com fiambre, (...) E10
	Lacticínios	(...) é o lanche ou, ou um iogurte com pão ou com o que eles quiserem (...) E4 (...) depois à tarde lancha o iogurte... (...) E5 (...) Lanche da tarde o preconizado pela escola para ser igual para todos os miúdos (...) E7 (...) lanche de tarde na escola (...) E9 (...) lanche da tarde é dado na escola pão com queijo ou manteiga e o leite de lá (...) E10
	Fruta	(...) em tudo semelhante ao pequeno-almoço. Se calhar se fizerem banana de manha, já não vão comer à tarde tem maça (...) E3 (...) é o lanche ou, (...) o que eles quiserem ou fruta (...) E4 (...) ela lancha nos avós, que também lhe dão e come muita fruta (...) E6 (...) e depois há os lanches que anda pela mesma coisa é esta a lista: ... a Bananinha, que é o que ela mais gosta, em segundo o kiwi e por último as uvas (alterna as frutas não come tudo junto) (...) E11
Ingestão de alimentos ao jantar	Alimentação Completa	(...) noite, tem sempre a proteína, o acompanhamento e sempre sopa...sempre e por fim uma fruta sempre (...) E3 (...) à noite, ou é peixe, ou carne, ou arroz ou massa, ou batata (...) E4 (...) sopa por norma, será à noite. Só à noite, temos sempre sopa em casa. (...) E à noite é comida novamente e sopa (...) E5 (...) o jantar igual ao almoço, mas sempre com sopa antes ou no fim do prato principal, aqui por vezes

		dou-lhe de sobremesa um iogurte de pedaços ...adora e é tudo (...) E8 (...) ao jantar sopa (só uma concha), prato alternado com o da escola se for carne na escola é peixe em casa... elas já sabem e fruta se quiser no fim (...) E7 (...)sopa para todos seja passada ou com pedaços, o prato é carne ou peixe acompanhado por massa, arroz ou batata ... e salada sempre (...) E9 (...) janta em casa tipo o almoço da escola mais ou menos isto (...) E10
	Alimentação Variada	(...) o jantar é com uma cara... ou agora.... hoje vai ser frango assado, frango ali ao churrasco e uma saladinha com certeza para ele vai ser batatas ele não come salada e depois antes de ir pra cama nada (...) E1 (...) fazemos o jantar, um jantar normal onde há sempre legumes, salada, sobretudo só aqueles legumes crus, não cozidos, não gostam, gostam é de legumes crus (...) E2 (...) e legumes. Ela não gosta de muito, mas é obrigada a comer e depois à noite também. Ela tem um problema, é que ela adora comer massa come muita massa, mas os avós vão cortando que ela à noite não come comigo, vem com os avós porque eu chego sempre nove, nove e meia da noite. (...) E6 (...) variamos a comida nunca comemos o mesmo (...) ao jantar (...) E11

Área temática 4 – Constituição alimentar do pequeno almoço das crianças em idade escolar na voz dos pais

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Cereais e gordura		(...) é um pão com manteiga (...) E1; E6 (...) torrada (...) E3 (...) e com pão com manteiga (...) E4; E8; E9
Lacticínios		(...) um bocado de leite achocolatado (...) E1 (...) faz leite com cereais é, é o que ele quer é o pai que prepara o pequeno. É igual, fazem os dois leites com cereais (...) E2 (...) leite (...) E3; E8 (...) o pequeno-almoço, é leite (...) E4; E5 (...) copo de leite coloco um pinguinho da mistura de cevada com café (...) E7 (...) é leite com cereais (...) E11

Doce		(...) Um bolinho (...) E5
Fruta		(...) a pecinha de fruta vem sempre, uma pera ou uma maçã (...) E1 (...) fruta (...) E3; E9; E10 (...) fruta às vezes (...) E6

Área temática 5 – Necessidades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Saber lidar com as reações comportamentais dos filhos		(...) é ele ser teimoso não quer ouvir a mãe, se ele ouvisse a mãe ele comia legumes, leguminosas, fazia o pequeno almoço, mas ele não quer. (...) eu tenho mandado o pão, e ele vota ao lixo. Também não pode ser assim (...) E1
Saber lidar com a falta de tempo		(...) as necessidades do dia a dia é sempre faz falta tempo, não é? E isso não é fácil, pois porque com as rotinas do dia a dia é um bocadinho complicado... basicamente é isso, o tempo para confeccionar e ter o tempo para também adquirir o necessário para uma boa confeção (...) E3
Saber gerir os alimentos sem açúcar		(...) é difícil de fugir aos doces, é difícil de ganhar... dar-lhe algo que fujam aos açúcares... nem aos é aos açúcares, porque o cereal tem muitos açúcares. E os legumes que ela na escola sempre comeu desde a primária, sempre adorou os legumes cozidos e em casa muito difícil por a comer os legumes (...) E5
Maior disponibilidade financeira		(...) tenho que comprar mesmo que me custe por vezes que há uma fruta é caríssima. As leguminosas são caras, mas eu não corto, corto noutras coisas. Se fizer falta, mas nisso no corto (...) E6 (...) ter dinheiro para comprar a alimentação (...) E10
Maior disponibilidade de tempo		(...) tempo para planear as refeições semanais, a mim ajuda-me a evitar escolhas alimentares impulsivas (chegar ao supermercado e comprar frango já pronto como exemplo) o que consigo garantir a variedade de alimentos nutritivos promovendo escolhas mais saudáveis (...) E7
Maior oferta de alimentos frescos		(...) conseguir uma alimentação equilibrada e é sem dúvidas, a maior oferta de nutrientes (ou seja, vitaminas, minerais e outros) para o corpo. Quando nos alimentamos de maneira adequada,

		conseguimos praticamente obter tudo o que o organismo precisa só pela comida...rir (...) E8
Saber motivar a criança	Diminuição da ingestão de alimentos	(...) a maior necessidade é que reduzissem a quantidade de comida que comem à refeição e fora dela, eu era rica se não gastasse tanto em comida (...) E9
	Equilíbrio alimentar	(...) Manter a coisa (alimentação) equilibrada, não é? São necessidades. Ela está sempre a procurar alguma coisinha...algo que faz mal e umas atrás da outra...(.) E11
Sem necessidades		(...) ora bem, nós felizmente temos acesso a tudo. Fazemos agricultura biológica, temos quase tudo em casa, depois temos os meus sogros, que também... também têm sempre uma coisita e tal. Tudo que temos tentamos que seja tudo caseiro, não temos assim, atentamos não comprar nada do que seja legumes assim, anão ser congelados, mas pouco porque temos também a fazer, produzimos para pronto precisamente por isso, para ser mais saudável para eles (...) E2 (...) Que necessidades para a alimentação saudável... sei lá. Dar o melhor possível (...) E4

Área temática 6 – Dificuldades dos pais das crianças em idade escolar para promover uma alimentação saudável

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Resistência das crianças para a ingestão do peixe		(...) não há o caso de peixe, mas é os peixes já bacalhau às vezes é para o lado se estiverem virados é que vai... senão também não... vem pescada também é depende... às vezes faço foi o caso de ontem sardinhas. Fritas pequeninas como arroz de feijão... também não quis, fiz rissóis de camarão diz que era fraco. Também não quis. Não comeu. Comeu arroz só (...) E1
Resistência das crianças em aceitar a não ingestão de alimentos processados		(...) não são meninos complicados, sobretudo lá está o que é saudável, mas também gostam do que é não saudável (...) E2
Escassez de tempo para a confeção		(...) são basicamente, é o tempo, o tempo (...) E3 (...) O tempo de confeccionar os alimentos nas dificuldades para promover a alimentação saudável (...) E5

Resistência das crianças na ingestão de legumes		(...) as dificuldades é mais nos legumes, dificuldades que ele coma legumes... é isso (...) E4
Enfrentar o preço dos alimentos		(...) as dificuldades que eu encontro é que é são caros, é tudo muito caro e eu por acaso eu posso, não é? (...) E6 (...) O preço dos alimentos, eu se não tivesse um pequeno terreno para ter uma estufa, não comprava vegetais, e depois o peixe está caríssimo para dar uma refeição de peixe todos os dias está impossível. A carne também está pelos olhos da morte, a fruta nem se fala (...) E9
Acesso a alimentos frescos		(...) acesso a alimentos frescos e saudáveis, como o peixe os vegetais. Depois o marketing das comidas processadas, tento sempre fugir...bem como o ambiente ao nosso redor com o fast-food (...) E7 (...) primeiro ensinar as pessoas que preparam as refeições que incluam na sua rotina a compra dos ingredientes necessários para cozinhar, que na maioria das vezes não são frescos. Se forem frescos esses alimentos são mais nutritivos, pois as vitaminas e nutrientes são preservados, e isso proporciona muitos benefícios à saúde. Depois embora a vontade de comer doces seja normal e até saudável em todos nós, em algumas pessoas principalmente no meu marido... apresenta-se mais constante e até de forma incontrolável, fazendo consecutivamente ataques aos gelados, e o consumo de açúcar comprometem a dieta e a saúde... Estas são as maiores dificuldades (...) E8
Acesso fácil a alimentos processados		(...) fácil acesso no supermercado a comidas prensadas ... já feitas, os fast food que agora existe por todo o lado, tipo Burger king ou Mac e os miúdos estão sempre a pedir (...) E10
Sem dificuldades		(...) Não tenho dificuldades, ela come bem, não é. Para já consigo comprar tudo aquilo que acho que é importante para ela (...) E11

Área temática 7 – Percepção dos pais da criança em idade escolar relativo aos contributos dados pelo enfermeiro de família sobre saúde alimentar

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Ajuda no saber comer		(...) a enfermeira faz uns planos alimentares, mas ele não cumpre, ela esforça-se sempre nas consultas ..., mas enfim ele não quer saber...não cumpre nada (...) E1 (...) o principal contributo é dar-nos as dicas ou orientações sobre escolhas alimentares saudáveis, tentar substituir as guloseimas por pratos saudáveis. Olhe um exemplo ...até me ensinou a fazer panquecas com aveia, banana e laranja...vou-lhe dar a receita. E é claro ensinar no primeiro ano de vida a introdução dos alimentos para irem crescendo saudáveis e na idade escolar manter essas orientações dada pela enfermeira (...) E9 (...) alertar os pais para os riscos da alimentação com essas comidas pré-feitas e Mac. (...) E10
Aumento da literacia alimentar		(...) da experiência que eu tenho com a enfermeira Elisabete, ela esclarece tudo e é super acessível, não tenho tido dificuldades, explica tudo o que é preciso (...) E2 (...) e era falado era falado sobre a alimentação e é sempre bom porque vai sempre elucidar. Apesar de uma pessoa ler na internet e comprar livros e tudo o mais, é sempre um lembrar, um reavivar a memória do que é que é, portanto, não que seja dado (...) E3 (...) é nas consultas que ajudava sempre e continua ... Ensina (...) E4 (...) foi-nos essencial para a Beatriz. A Beatriz teve muitas algumas dificuldades e na fase da lactação, e foi muito importante para dar dicas, sendo ela filha única foi... foi...foi muito importante (...) E5 (...) quando eu preciso de alguma coisa, ela está sempre pronta para me ajudar na altura ou sempre (...) E6 (...) forneceu sempre as informações e orientações sobre escolhas alimentares saudáveis e a importância de uma dieta equilibrada (...) E7 (...) a enfermeira esta sempre a perguntar se tenho dúvidas, se faz falta mais alguma coisa. Está sempre disponível (...) E11
Favorece a obtenção de ganhos em saúde		(...) o papel do Enfermeiro de família na promoção da alimentação saudável da criança em idade escolar e não só ... e nos diferentes contextos de cuidados é fundamental, oferece contributos para obter ganhos em saúde. É indiscutível o contributo (...) E8

Área temática 8 – Sugestões dos pais da criança em idade escolar para aumentar a literacia sobre a alimentação infantil

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Sem sugestões		(...) não há... ela já trabalha de mais, tem cuidados até se esforça mais a dizê-las coisas, mas ele é que não ouve nem se esforça (...) E1 (...) não para mim para já esta tudo bem sem queixas...rir.... rir (...) E4
Promoção da saúde em meio escolar		(...) em grandes grupos por exemplo na escola era interessante fazer ensinios a grandes grupos e aos pais. Isso sim, antigamente iam ás escolas, tinham programas agora não se vê esses ensinios e eram interessantes. Relembrar e ate ensinar pequenos almoços saudáveis entre outros (...)E2 (...) na escola é que realmente se trabalha muito mais essa situação. A saúde escolar, sim, sim e é um contributo muito bom (...) E5 (...) na escola fazer palestras juntamente com os professores (...) E9
Literacia na consulta de enfermagem		(...) eu acredito que nas consultas que são feitas anualmente, que seja um dos temas. Que são falados e deverão manter. Não sei dizer se é ou não, neste momento, mas caso não seja, é uma das maneiras aproveitar sempre a consulta quando os meninos vão ao médico para se falar sobre a alimentação (...) E3
Sessões de educação para a saúde personalizadas		(...) talvez desenvolver planos de cuidados personalizados para crianças com problemas nutricionais, seja para o controle do peso em casos de obesidade ou para a promoção de uma alimentação equilibrada. Isto pode ser feito por meio de sessões educacionais, materiais informativos e workshops (...) E7 (...) aumentar a formação dos pais /coletividades com sessões de educação para a saúde a nível das práticas alimentares, com panfletos, sessões de formação no sentido de valorizar as ações promotoras da saúde (...) E8 (...) aqui no centro ter brochuras ou panfletos sobre os alimentos a evitar e os substitutos. Até receitas saudáveis (...) E9 (...) dar panfletos nas consultas sobre alimentos saudáveis e mais enfase aos riscos da fast-food (...) E10

Divulgação de informação digital (display LED) nas salas de espera da Unidade de Saúde Familiar		(...) enquanto aguardamos pelas consultas na sala de espera no televisor passar sessões de educação para a saúde (...) E8
---	--	---

APÊNDICE VI - A DIMENSÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO 1º ANO DE VIDA



ALIMENTAÇÃO

1.º ANO DE VIDA



FOOD BEFORE ONE *is not* **JUST FOR FUN**

SUSANA KARIM | MARÇO 2024

ALEITAMENTO MATERNO ATÉ 6M (26 SEMANAS)



< RISCO

- otite média
- gastroenterite aguda
- infecções respiratórias
- dermatite atópica
- asma
- obesidade
- diabetes tipo 1 e 2
- leucemia
- síndrome morte súbita
- enterocolite necrotizante



ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

**“Leite materno deixa de ser suficiente para suprir as necessidades energéticas e nutricionais das crianças, tornando-se necessária a introdução de outros alimentos” “...entre as 17 e as 26 semanas...”
ESPGHAN (2002)**

ALIMENTAÇÃO 1.º ANO DE VIDA

determina a
programação comportamental (paladar e preferências) e metabólica (relação com saúde/doença futura) da criança



ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

ZERO PROCESSADOS

COM alimentos NATURAIS que integram a cadeia alimentar e a Roda dos Alimentos

ZERO AÇÚCAR

SEM sumos, nem naturais nem artificiais, sobremesas, bolos ou doces, bolachas açucaradas, mel

ZERO SAL

SEM produtos de charcutaria ou salsicharia, bolachas de água e sal, conservas, bacalhau até aos 12M

H2O

COM consumo de água; evitar chás, infusões com funcho e bebidas vegetais, como arroz



“DESCASCAR MAIS, DESEMBALAR MENOS”

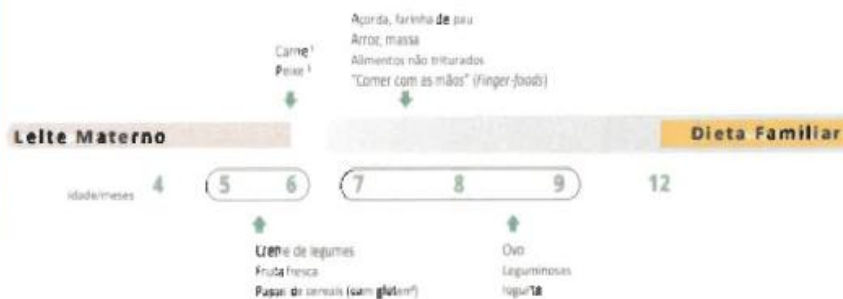
PERÍODO FETAL

Período de aprendizagem, no qual é possível trabalhar as preferências alimentares, in útero, através do líquido amniótico.

A partir das 12 semanas somos capazes de deglutir (0,5-1L/ dia líquido amniótico) e às 24 semanas sentir odor.



Progressão Recomendada



* Na ausência deve ser utilizada uma Fórmula infantil de baixo teor proteico.

† A introdução do glúten deverá ocorrer depois dos 4 meses, em doses crescentes, e até aos 12 meses.

§ Cerca de 30 g/dia de carne OU de peixe, devendo haver a oferta de carne 4x por semana e de peixe 3x por semana. Os 30 g poderão ser totalmente oferecidos na refeição da tarde ou fracionados entre esta e o jantar.

* 1.º GRUPO

Hortofrutícolas | 1.º LINHA
Privilgiar os < teor fibra < 2g/100g

Base | B-carotenos
Antioxidantes | Folhosos

Até 6M | 1 fruta por dia | sobremesa ou complemento merenda

Evitar quivi, morango e maracujá até 12M



A cada 2/3 dias novo alimento

* 1.º GRUPO

Cereais | 2.º LINHA

Papas de cereais "industriais"

- > segurança microbiológica
- Sem açúcares de adição
- Enriquecidas em ferro
- Contêm glúten

A cada 2/3 dias novo alimento



* 2.º GRUPO

Proteína Animal | 6M

30g carne ou peixe/dia

- Σ 4x carne (novilho e coelho)*
- Σ 3x peixe (cavala e atum)*

*> teor em ferro

A cada 2/3 dias novo alimento



* 2.º GRUPO

Proteína Vegetal | 8-9M

Leguminosas (feijão*, grão*, fava, lentilha*, ervilha)

sem casca ou germinadas

Fonte de fibra

Fonte de vitaminas complexo B, Vit. K e Vit. C

Fonte de minerais como P, Zn, Mg e Cu

* > teor em ferro

A cada 2/3 dias novo alimento



* 2.º GRUPO

Proteína do Ovo | 8-9M

Oferta da Gema em 1. Lugar

1/2 gema na 1.ª semana

1 gema na 2.ª semana

3 ovos por semana, em substituição da carne ou peixe

A cada 2/3 dias novo alimento



8-9 M

IOGURTE

Utilizado como merenda,
natural não açucarado
Poderá ser adicionado
de fruta em natureza

FRUTOS GORDOS

Noz, amêndoa, avelã,
caju, pinhão
Naturais, sem sal e bem
triturados, inicialmente
em miolo, progredindo
gradualmente

SEMENTES

Abóbora, girassol,
linhaça e chia
Oferecidas em
combinação com fruta
ou iogurte
Trituradas sob a forma
de farinha numa fase
inicial, progredindo
gradualmente

Crianças com elevado risco de alergia ao
amendoim devem introduzi-lo entre 4-11M

Alimentos alergogénicos devem ser
introduzidos em qq momento após 17 semanas

E NO LACTENTE VEGETARIANO?

"as dietas vegetarianas, incluindo as vegetarianas estritas, quando bem
planeadas, permitem um crescimento e desenvolvimento normais em crianças e
adolescentes"

Academy of Nutrition and Dietetics, Canadian Pediatric Society e American Academy of Pediatrics

A ESPGHAN e a AAP consideram possível a realização de uma dieta
vegetariana durante o 1º ano de vida, desde que supervisionada, com uma
orientação nutricional personalizada, alertando para o risco de eventuais
carências, se muito restritiva, e devidamente suplementada.

(Manual de Alimentação Saudável do 0-6 Anos, Vol. 1, 2015/2018)

NÃO HÁ RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS

TER EM ATENÇÃO

MACRONUTRIENTES

PROTEÍNA

Ingestão energética adequada evita catabolização proteica

Proteína Origem Vegetal - baixo valor biológico

Cereais (✓ lisina, triptofano e treonina)

Leguminosas (✓ metionina)

Complementaridade de duas ou mais fontes proteicas na própria refeição ou num período < 6h

TER EM ATENÇÃO

MACRONUTRIENTES

LÍPIDOS

Reforçar a dieta com azeite

Reforçar a dieta com ácidos gordos ômega 3

DDR ômega 3 | 1,8g/dia

Os frutos gordos e as sementes devem contribuir para satisfazer as necessidades

MICRONUTRIENTES

FÉRRICO
VITAMINA B12
CÁLCIO
VITAMINA D
IODO
ZINCO

Ferro

Fontes alimentares: Ovo, leguminosas, hortaliças, cereais integrais, sementes, frutos gordos, etc.

Ferro não heme - biodisponibilidade diminuída - associação com VitC

Fitatos inibem absorção

TER EM ATENÇÃO

MICRONUTRIENTES

VITAMINA B12
CÁLCIO
VITAMINA D
IODO
ZINCO

Vitamina B12

Fontes alimentares: laticínios, ovos, alimentos fortificados como análogos de carne, bebidas vegetais e cereais de pequeno-almoço, extrato de levedura nutricional

Ingestão aumentada de ácido fólico pode mascarar carência de vitamina B12

Cálcio

Fontes alimentares: laticínios, bebidas vegetais fortificadas, feijão branco, fava, couve galega, espinafre, agrião, coentros, nabo soja e derivados, amêndoa, avelã, cereais fortificados

A presença de fitatos, oxalatos e fibras diminui a biodisponibilidade (demolhar, cozer os alimentos e rejeitar água)
Vitaminas C e D aumentam absorção cálcio

TER EM ATENÇÃO

MICRONUTRIENTES

IODO
ZINCO

Iodo

Fontes alimentares: Laticínios, sal iodado e algas

O teor nas plantas depende da concentração nos solos

Zinco

Fontes alimentares: ovos e laticínios, pão, cereais integrais, leguminosas, frutos gordos e sementes cereais fortificados

A presença de fitatos diminui a biodisponibilidade (demolhar e cozer os alimentos)

AA sulfurados e ácidos orgânicos aumentam absorção zinco (ácido cítrico, málico, láctico e tartárico)

NO LACTENTE VEGETARIANO?

< 6 M

Lente maternale B6;
na 12a semana utilizar
uma fórmula infantil
que contenha 20 mg de
B6.

As fórmulas de
soja contêm folato,
alumínio e
fósforo; portanto, as fó-
rmulas de soja devem ser
evitadas.

> 6 M

Soja natural, 10g/dia,
podendo a partir de 7
meses ser adicionada à
farinha de aveia, arroz,
quinoa, milho, bulgur.

7-8 M

Soja, leguminosas, leite
e ovos são proteínas
de alta qualidade. A
soja deve ser a única
proteína de origem
vegetal.

Proteínas e aminoácidos
de origem vegetal são
absorvidos mais facilmente
do que os de origem
animal. Portanto, a soja
é a melhor fonte de
proteína vegetal.

8-9 M

Leite ou preparado
fermentado de soja em
substituição de uma
refeição (10g/d).

Frutas Gordas:
(nozes 4g/dia;
amêndoas 6g/dia)
Sementes (linhaça
8g/dia; chia 10-
15g/dia)
Óleo de linhaça 3-
4g/dia

Algas de menor teor de
sódio (nori, wakame,
arame) introduzidas no
creme de legumes.
Evitar alga hijiki,
spirulina e chlorella.

11-12 M

TEMPEH

Produzido através da
fermentação dos grãos de
soja. Podem ser cozidos e
incorporados na sopa de
legumes ou cozidos com
legumes e consumidos
no prato.

SEITAN

Produzido através da
fermentação do glúten
de trigo.

SUPLEMENTAÇÃO

Vitamina B12 (6-12M: 0,5
ug/d; 12-36M: 0,9ug/d)
Vitamina D: 400-600
UI/d e cálcio
Ferro: 1-3mg/Kg/d
Zinco: 0-6M: 4mg/d; 6-
36M: 5mg/d



OBRIGADA!

SUSANA KARIM - MARCO 2024

**APÊNDICE VII – GUIA PRÁTICO PARA OS PAIS – ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO 1º ANO
DE VIDA**



USF Margens do Neiva

**ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR
NO 1º ANO DE VIDA
GUIA PRÁTICO PARA OS PAIS**

O que é a alimentação complementar?

É o processo de introdução de outros alimentos para além do leite, a partir do momento em que este deixa de ser suficiente para a satisfação das exigências nutricionais do bebé.

Realizar uma alimentação complementar de forma oportuna e adequada, adotando bons hábitos alimentares nesta fase precoce da vida irá ajudar no estabelecimento de hábitos saudáveis até à vida adulta.

Quando devo iniciar a alimentação complementar ao meu filho?

Deve ser iniciada entre os **4 e os 6 meses de idade**, sempre depois do 4º mês e o mais próximo possível do 6º mês, não devendo ultrapassar este timing, independentemente do tipo de amamentação.

A existência de uma linha cronológica específica para a alimentação complementar não tem base científica nem qualquer vantagem, pelo que não devem ser seguidas instruções rígidas.

O momento ideal para a introdução de novos alimentos é definido pela maturidade do seu bebé. Antes de iniciar a alimentação complementar observe os **indicadores de prontidão** do seu filho:

Demonstra interesse ativo por comida

Mantém-se sentado com apoio

Não expulsa alimentos sólidos com a língua

Consegue pegar nos alimentos e levá-los à boca

O que devo ter em conta durante a introdução de novos alimentos?

Os alimentos devem ser introduzidos um a um, de forma sequencial, com intervalos de 2 a 3 dias, de forma a conseguir observar a tolerância e a aceitação dos mesmos por parte do seu filho.

Não há evidências que atrasar a introdução de alimentos potencialmente alergénicos para além dos 6 meses evite o desenvolvimento de alergia.

A textura dos alimentos deve ser progressivamente menos homogénea, de forma a estimular a mastigação e a garantir a aceitação de todo o tipo de alimentos no futuro.



A água deve ser considerada a única bebida ingerida, oferecendo-se durante e entre as refeições.

Ao longo da alimentação complementar deve ocorrer uma redução progressiva do volume de lácteos. No 2º semestre não devem exceder os 500 ml/dia.

Aos 12 meses o seu filho pode partilhar a dieta familiar devendo-se, contudo, manter aleitamento materno ou o uso de fórmulas infantis até, pelo menos, aos 36 meses de vida.

Quais os alimentos proibidos?



Açúcar



Sal



Adoçante



Sumos

mesmo que naturais

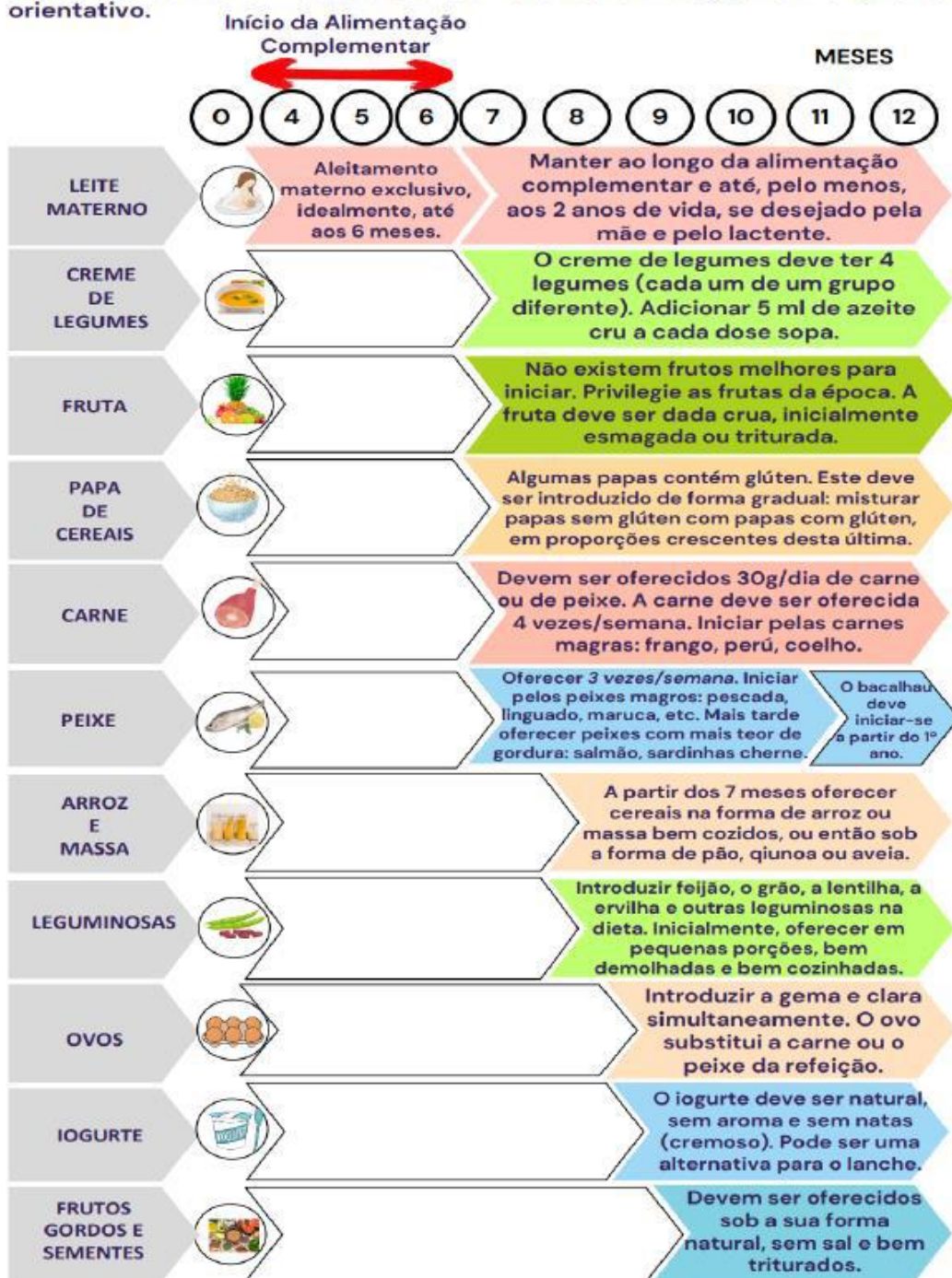


Mel



Bebida de arroz

Apresentamos-lhe uma proposta de alimentação complementar que poderá servir como exemplo para a introdução dos diferentes grupos de alimentos. Tenha em conta que se trata de um esquema meramente orientativo.



Início da Alimentação Complementar

4 5 6 7 8 9 MESES

1 semana depois 1 semana depois 2 semanas depois 2 semanas depois 2 semanas depois 2 semanas depois 2 semanas depois

Aleitamento materno

Refeição	6 meses	7 meses	8 meses	9 meses
MANHÃ				Reforço do pequeno-almoço ou introdução de lanche da manhã: pão, fruta, legumes.
ALMOÇO	Creme de legumes	Creme de legumes e fruta	Creme de legumes prato com peixe/carne e fruta	Creme de legumes prato com peixe/carne e fruta
LANCHE		Papa de cereais	Papa de cereais ou iogurte e pão/fruta	Papa de cereais ou iogurte e pão/fruta
JANTAR		Creme de legumes e fruta	Creme de legumes prato com peixe/carne e fruta	Creme de legumes prato com peixe/carne e fruta

MESES

JANTAR

de	Creme
s	legum
	prat
	con
	peixe
e	carne
	frut

Como devo confeccionar o creme de legumes?

Na fase inicial, a confeção da sopa não deverá conter mais de 4 hortícolas pertencendo cada uma delas a um grupo diferente.

Hortícolas base	batata tradicional , batata doce, rábano, castanha, inhame, mandioca
Hortícolas complementares da Base	abóbora , beterraba, cenoura, chuchu, nabo, beringela, couve-flor, curgete
Hortícolas Folhosos	alface , agrião, couves, nabiças, acelga, beldroegas, brócolos, canónigos, espinafres, rabanete, grelos, rúcula, salsa fresca
Hortícolas de Bolbo	alho seco, alho francês e cebolas

A escolha das 4 hortícolas deve ter em consideração a estação do ano e a produção local. Privilegiar os de menor teor de fibra.

Os legumes, depois de cozidos, devem ser triturados sendo que a textura deverá ser progressivamente menos homogénea.

O creme de legumes, depois de confeccionado, pode ser refrigerado por um período não superior a 48h, a não ser que seja devidamente embalado e congelado.

Adicionar uma colher de chá de azeite (5 ml) diretamente no prato da sopa e mexer bem.



A partir dos 6 meses, deve adicionar-se carne ou peixe ao creme de legumes. Cozinhar a carne/peixe em primeiro lugar e adicionar os hortícolas, sem eliminar a água de cozedura da carne/peixe.

Quais são as papas mais indicadas para oferecer ao meu filho?

Papas de cereais “industriais”, maior segurança microbiológica. Enriquecidas em ferro e que contém glúten. Apesar da maioria das papas existentes no mercado português já não conter açúcar, é importante desencorajar o consumo de cereais em pó ou outros produtos específicos para lactentes (bolachas, iogurtes, papas, boiões) que contenham açúcar/adoçante/mel adicionados.

Qual o leite mais indicado para o meu filho?



Aconselha-se o leite materno/fórmulas infantis até aos 24 a 36 meses. O leite de vaca nunca deve ser introduzido no 1º ano de vida.

Após o ano de idade (idealmente depois dos 36 meses), poderá ser oferecido leite de vaca gordo/meio-gordo.

Descodificador de Rótulos

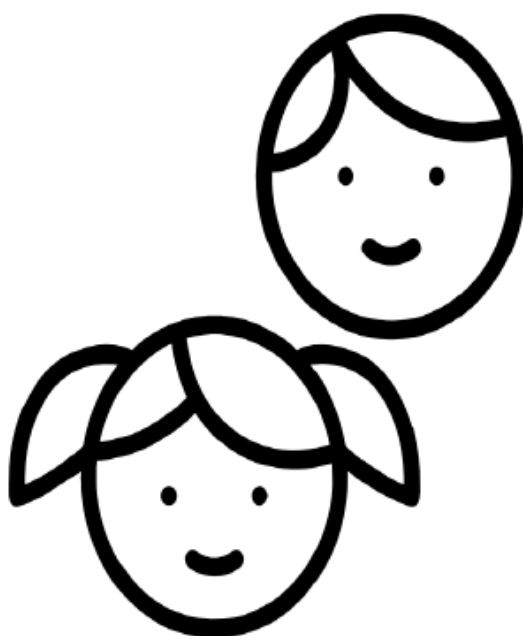
Atualmente temos que fazer muitas escolhas de alimentos num curto espaço de tempo e nesse sentido saber ler os rótulos nutricionais dos alimentos é importante para tomar as melhores decisões. É a pensar nesta necessidade que o PNPAS sugere este cartão que pode ser facilmente transportado e consultado no momento de ir às compras.

ALIMENTOS por 100g				
	GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3-17,5g	entre 1,5-5g	entre 5-22,5g	entre 0,3-1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Figura 1. Descodificador de Rótulos - alimentos por 100g

BEBIDAS por 100ml				
	GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 8,75g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
MÉDIO	entre 1,5-8,75g	entre 0,75-2,5g	entre 2,5-11,25g	entre 0,3-0,75g
BAIXO	1,5g ou menos	0,75g ou menos	2,5g ou menos	0,3g ou menos

Figura 2. Descodificador de Rótulos - bebidas por 100ml



Protocolo de Alimentação complementar no 1º ano de vida

Unidade Saúde Familiar Margens do Neiva

Redação: Enf^a. Isabel Vilaverde, Enf^a. Marisol Varela
Revisão: Enf^a. Elisabete Correia
Coordenação: Dr^a. Susana Karim

APÊNDICE VIII – MANUAL DE ACOLHIMENTO USF



USF MARGENS DO NEIVA

Manual de Acolhimento Para Profissionais de Saúde e Alunos de Medicina e de Enfermagem

Elaborado

Elaborado por: Isabel Vilaverde nº 134 e Marisol Varela nº 29383 alunas do I Curso de
Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

em novembro 2023

Índice Geral

1.	RECEÇÃO AO NOVO COLABORADOR: ALUNO DE MEDICINA, DE ENFERMAGEM OU MÉDICO INTERNO 1	
2.	OBJETIVO E METODOLOGIA	1
3.	APRESENTAÇÃO.....	1
3.1.	IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPA	2
3.2.	OUTROS PROFISSIONAIS	2
3.3.	UNIDADE FORMATIVA	3
4.	ÁREA GEOGRÁFICA DE INFLUÊNCIA	3
4.1.	DENSIDADE POPULACIONAL	4
4.2.	FREGUESIAS DE INFLUÊNCIA	4
4.3.	ACESSIBILIDADE A USF	5
4.4.	RECURSOS DE SAÚDE NA COMUNIDADE.....	5
4.5.	BREVE CARATERIZAÇÃO POPULAÇÃO INSCRITA NA USF	6
4.6.	INDICADORES DEMOGRÁFICOS.....	8
5.	MISSÃO	9
6.	VISÃO	9
7.	VALORES.....	9
8.	ESTRUTURA ORGÂNICA E FUNCIONAMENTO	10
8.1.	CONSELHO GERAL	10
8.2.	COORDENADOR DA EQUIPA.....	11
8.3.	CONSELHO TÉCNICO	11
8.4.	INSTRUMENTOS DA USF.....	11
9.	ORGANIZAÇÃO INTERNA E COOPERAÇÃO INTERDISCIPLINAR	11
10.	TAREFAS E RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS.....	12
11.	INTERVENÇÕES E ÁREAS DE ATUAÇÃO DO CORPO CLÍNICO (MÉDICOS E ENFERMEIROS)	13
12.	INTERVENÇÕES E ÁREAS DE ATUAÇÃO DO SECRETARIADO CLÍNICO	13
13.	VISITA DOS DELEGADOS DE INFORMAÇÃO MÉDICA	14
14.	COMPROMISSO ASSISTENCIAL /DADOS ADMINISTRATIVOS E DE GESTÃO DA USF.....	14
14.1.	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E DE COBERTURA ASSISTENCIAL	14
14.2.	CARTEIRA DE SERVIÇOS	15
14.3.	SISTEMA DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS	15
14.4.	SISTEMA DE RENOVAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES	16
14.5.	ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO DOS CIDADÃOS.....	17

14.6.	COMUNICAÇÃO COM OS CIDADÃOS	17
14.7.	SISTEMA DE INTERSUBSTITUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPA	18
15.	COMENTÁRIO FINAL	19

Índice de Figuras

Figura 1 Logotipo da USF Margens do Neiva	2
Figura 2 Freguesias que integram o Concelho de Viana do Castelo- destaque localização geográfica da USF	4
Figura 3: Eixos de circulação rodoviária do concelho de Barroselas.....	5

Índice de Tabelas

Tabela 1 Distribuição da População e área por Freguesias.....	4
Tabela 2 Distribuição da População Inscrita na USF por Grupos Etários e sexo (fonte: RNU out. de 2023)	6
Tabela 3 Índices Demográficos da USFM.....	8
Tabela 4 Distribuição da População inscrita/unidades ponderadas por Grupo Profissional Missão	8

1. RECEÇÃO AO NOVO COLABORADOR: ALUNO DE MEDICINA, DE ENFERMAGEM OU MÉDICO INTERNO

Seja bem-vindo! É com enorme satisfação que o recebemos na Unidade de Saúde Familiar (USF) Margens do Neiva. Sabemos que o momento de entrada de um novo elemento numa instituição determina o sucesso e a rapidez da sua integração. Por este motivo, existe o Manual de Acolhimento, que surge como um instrumento facilitador no processo de acolhimento e integração, tendo sido elaborado com o intuito de tornar a sua integração e adaptação mais simples e agradável.

Qualquer dúvida que surja após a leitura deste manual deverá ser colocada ao Coordenador da USF Margens do Neiva, Dra. Natalina Sá ou à Dra. Joana Vitoriano (elemento do Conselho técnico). Queremos ainda desejar-lhe o maior sucesso na sua atividade na USF Margens do Neiva.

Antes de nos apresentarmos, gostaríamos de o informar que é tradição desta unidade celebrarmos o final do percurso bem-sucedido de estágio/internato com um bolo feito pelo próprio que deve ser acompanhado pela respetiva receita.

Queremos ainda desejar-lhe o maior sucesso na sua atividade na USF Margens do Neiva

2. . OBJETIVO E METODOLOGIA

O presente Manual de Acolhimento tem como principal objetivo fornecer aos novos elementos da USF informações sobre a USF Margens do Neiva, de modo a facilitar a sua integração na Instituição, bem como no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e respetivo Centro de Saúde de Barroselas, onde vai exercer a sua atividade.

Permitir-lhe-á tomar conhecimento rápido da estrutura organizacional e do funcionamento da USF Margens do Neiva aos mais variados níveis, devidamente enquadrados nos objetivos gerais da Instituição e nas suas áreas estratégicas de atuação.

3. APRESENTAÇÃO

A Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do Centro de Saúde de Barroselas e do Agrupamento de Centros de Saúde Alto Minho – Unidade Local de Saúde

do Alto Minho, EPE (ACESAM – ULS Alto Minho), do qual é parte integrante. (DL 28/2008, Artigo 8º revogado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, Artigo 105º e DL 183/2008).

O logotipo adotado pela USF é representado pela figura 1, através da flor e das várias tonalidades de verde, é uma alusão à natureza, à saúde, à vitalidade, à perseverança e à esperança. O verde-água remete para as águas do rio Neiva. A cruz é o símbolo da medicina e da vida humana, e relaciona-se com a prevenção e os serviços prestados na doença e à comunidade. A designação e o logótipo da USF Margens do Neiva só podem ser alterados por decisão unânime do Conselho Geral.



Figura 5 Logotipo da USF Margens do Neiva

3.1. IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPA

A USF tem como modelo funcional uma equipa multiprofissional composta por 8 médicos, 8 enfermeiros e 6 secretários clínicos, sendo prestadora de cuidados de saúde personalizados dirigidos à população inscrita da área geográfica abrangida pela USF, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados.

Médicos: Alberto Diaz Guerra, David Norinho, Joana Vitoriano, Natalina Sá, Oleksandr Goncharuk, Rafaela Passos, Raquel Ramos e Saúl Costa.

Enfermeiros: Adelaide Costa, Alice Machado, Elisabete Correia, Elsa Sousa, José Gonçalves, Manuela Peixoto, Nathalie Cardoso e Sandra Faria.

Secretários clínicos: Ana Paula Ferreira, Ana Paula Gomes, Andreia Vilaça, Antónia Costa, Dina Araújo e Isabel Carvalho.

3.2. OUTROS PROFISSIONAIS

Embora não estejam contemplados na legislação das USF como profissionais, é importante referir que a USF Margens do Neiva tem como colaboradores diretos:

- **Assistentes Operacionais**, cedidas pela USAG de Barroselas e partilhados com as respetivas unidades funcionais, cedência normalizada em Manual de Articulação;
- **Nutricionista**: Dra. Susana Karim;
- **Assistente Social**: Dra. Helena Beirão;
- **Outras colaborações**: Enfermeiro com funções de chefia da UCC de Barroselas João Carvalhido.

Permitindo a articulação com outras Unidades Funcionais USAG de Barroselas, Gabinete do Cidadão e UCC de Barroselas.

3.3. UNIDADE FORMATIVA

A USF Margens do Neiva é não só uma instituição de formação de internos complementares de MGF, como também de internos do Ano Comum e de alunos de Medicina, assim como, de alunos de Enfermagem de Licenciatura e Mestrado. Estes devem seguir as Boas Práticas estabelecidas pela USF.

4. ÁREA GEOGRÁFICA DE INFLUÊNCIA

A Freguesia de Barroselas dista cerca de 14 Km da cidade de Viana do Castelo, a sede do concelho e do distrito a que pertence. Ocupa uma área de aproximadamente 790 hectares estendendo-se desde o rio Neiva até aos pontos elevados da serra da Padela. A Sul, estabelece limites territoriais com o concelho de Barcelos. A Norte, com as freguesias vianenses de Mujães e de Vila de Punhe. A Nascente, com a Freguesia de Carvoeiro e a Poente com a freguesia de Alvarães. Foi constituída em 2013, no âmbito de uma reforma administrativa nacional, pela agregação das antigas freguesias de Barroselas e Carvoeiro com sede em Barroselas.

A USF é responsável pela prestação de cuidados de saúde a utentes residentes na respetiva área de abrangência, sem prejuízo daqueles que, mesmo não sendo aqui residentes, demonstrem vontade de se inscreverem na unidade de saúde. Estes estão sujeitos às limitações previstas na legislação em vigor sobre os cuidados domiciliários.

A área de abrangência da USF Margens do Neiva, inclui: Barroselas, Carvoeiro, Mujães, Portela Susã, Vila de Punhe e Alvarães, perfazendo uma área total de 43,6 Km² e com uma densidade populacional de 256,5 hab./km² (Censos 2021).

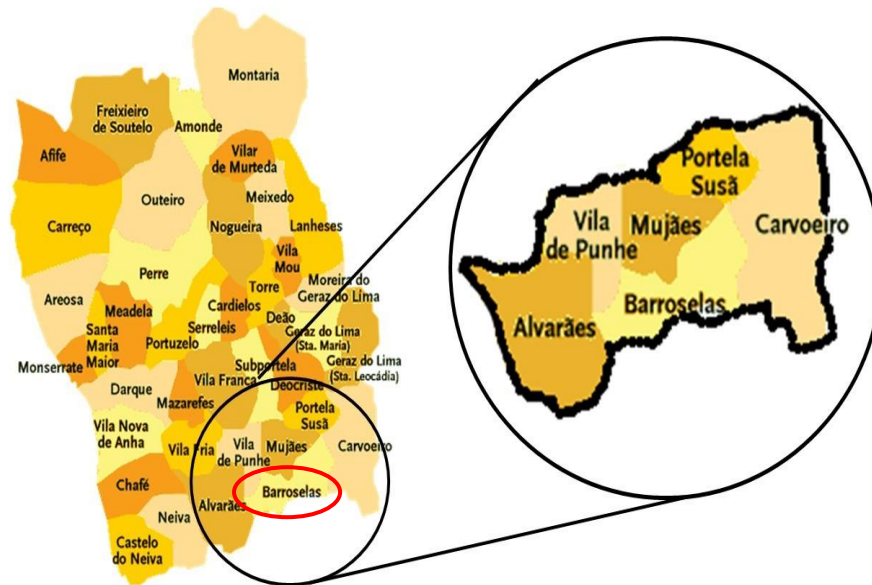


Figura 6 Freguesias que integram o Concelho de Viana do Castelo- destaque localização geográfica da USF

(Fonte: Adaptado)

4.1. DENSIDADE POPULACIONAL

O Concelho de Viana do Castelo após a agremiação de freguesias passou a 27 freguesias. Município com 319,02 km² de área e 85 784 habitantes resultando de uma densidade populacional de 268,9 hab./Km² (dados censos 2021).

Relativamente às freguesias em análise e pelos dados da tabela 1, denota-se que a freguesia mais densamente povoada é, indubitavelmente, a de União das Freguesias de Barroselas de Carvoeiro, aquela que regista menor densidade populacional é a de Mujães.

Designação	População	Área
Alvarães	2462	10,24
União de Freguesias Barroselas e carvoeiro	4701	19,39
Mujães	1422	4,90
União das Freguesias de Subportela,	2250	15,77
Vila de Punhe	2064	6,03
Total	12899	56,33

Tabela 2 Distribuição da População e área por Freguesias

4.2. FREGUESIAS DE INFLUÊNCIA

A USF assume a responsabilidade de prestar todos os serviços da carteira básica aos utentes não pertencentes à sua área de influência, exceto o apoio domiciliário que será prestado pela unidade de saúde de proximidade após articulação adequada entre os profissionais envolventes.

4.3. ACESSIBILIDADE A USF

Relativamente às acessibilidades, Barroselas localiza-se num ponto estratégico, a 55,8 km da cidade do Porto aproximadamente 57 min de comboio e cerca de 48 min de carro, beneficiando de excelentes condições no que concerne às infraestruturas rodoviárias existentes. A rede rodoviária concelhia poderá ser representada, ainda que de forma simplificada, pelo mapa da Figura 4.

A acessibilidade à USF através de rede de transportes públicos é insuficiente, a situação agrava-se quando acaba o período escolar, em que os horários disponíveis diminuem bastante.



4.5. BREVE CARATERIZAÇÃO POPULAÇÃO INSCRITA NA USF

A USF tem uma população inscrita de 12,624 dos quais 6.555 são do sexo feminino e 6.069 são do sexo masculino, distribuídos etariamente conforme demonstrado nas seguintes tabelas. Como podemos observar na tabela 2, a discrepância observada entre os dois sexos, verifica-se essencialmente na população mais idosa. Nos mais jovens há bastante equilíbrio.

Grupos Etários	Masculino	Feminino	TOTAL	%
[0-4]	216	190	406	3,21%
[5-9]	260	219	479	3,79%
[10-14]	265	230	495	3,92%
[15-19] 310		279	589	4,66%
[20-24]	345	323	668	5,29%
[25-29]	362	384	746	5,90%
[30-34]	358	356	714	5,65%
[35-39]	338	360	698	5,52%
[40-44]	413	456	869	6,88%
[45-49]	497	496	993	7,86%
[50-54]	462	495	957	7,58%
[55-59]	445	503	948	7,50%
[60-64]	448	496	944	7,47%
[65-69]	422	462	884	7,00%
[70-74]	335	385	720	5,70%
≥75	593	921	1514	11,99%
TOTAL	6069	6555	12624	100%

Tabela 3 Distribuição da População Inscrita na USF por Grupos Etários e sexo (fonte: RNU out. de 2023)

Como podemos verificar, 24,70% da população da USF tem idade superior a 65 anos e 11,99% tem 75 ou mais anos. No lado oposto da tabela, temos as crianças com menos de 5 anos que correspondem a 3,21% da população inscrita na USF. A população ativa dos 15 aos 64 anos, corresponde a 64,29% da população. Relativamente à população feminina, 40,48% (2654 mulheres) do total da população inscrita na USF são mulheres em idade fértil (15 aos 49 anos).

Na figura 5, está representada a pirâmide etária dos utentes inscritos na USF a 31 de outubro de 2023.

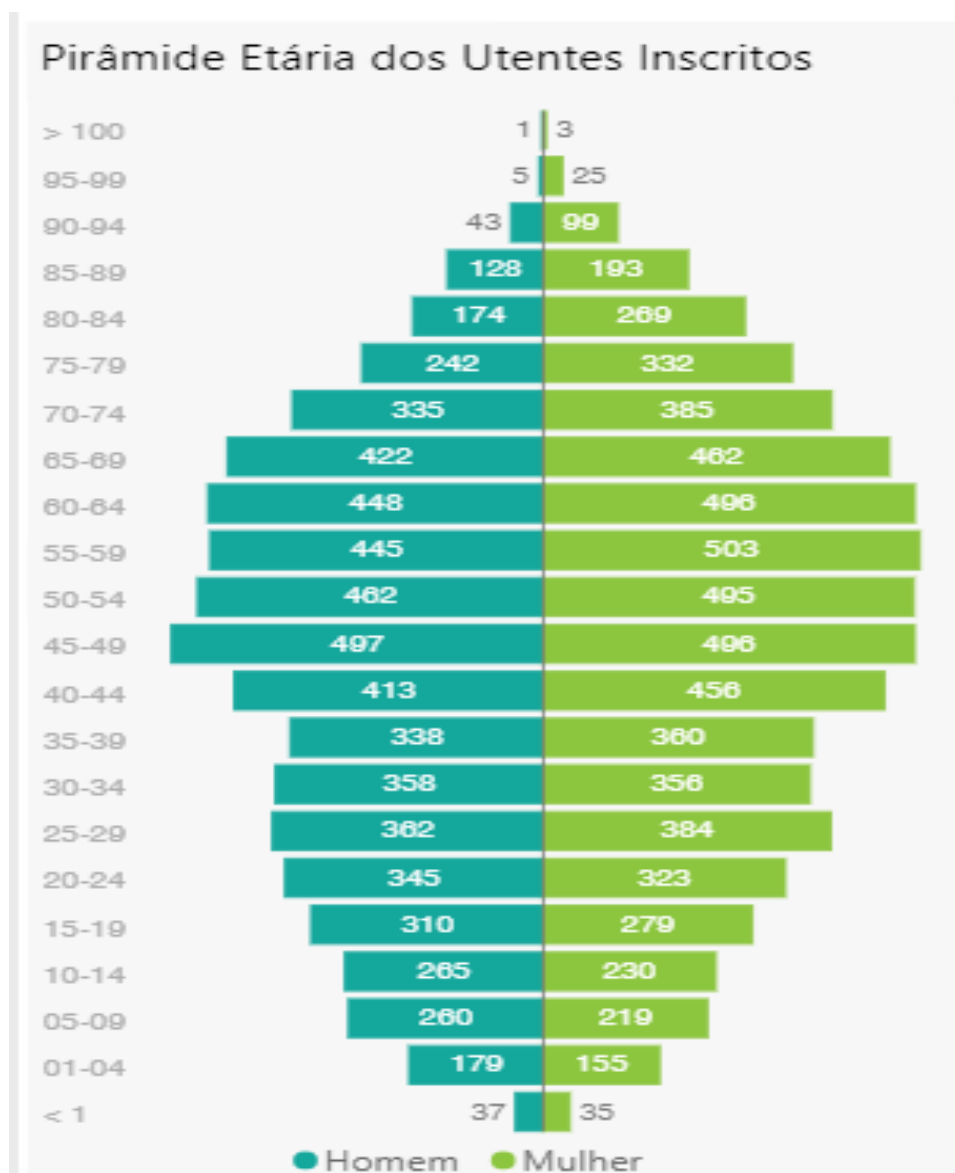


Figura 1 Pirâmide Etária da População inscrita na USF Margens do Neiva (outubro de 2023)

(Fonte: dados populacionais da PAUF existentes na base de dados do RNU a 31 de outubro de 2023)

4.6. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

A tabela 4 revela índices de dependência de idoso e de envelhecimento elevados, traduzindo uma população envelhecida, situação já realçada pela observação do achatamento e tipo de pirâmide etária (figura 5).

O índice de envelhecimento da população (nº de indivíduos com 65 ou mais anos que existem por cada 100 indivíduos com menos de 15 anos numa dada população) é de 225,94%. Por sua vez, o índice de dependência total (definida habitualmente como o coeficiente entre o nº de pessoas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) é de 55,35%, com 38,37% de dependência de idosos (≥ 65 anos) e 16,98% de dependência de jovens (< 15 anos).

Indicador	Definição	Cálculo	Valor da USF
Índice de dependência de idosos	Numerador: Pop. ≥ 65 Anos Denominador: Pop. 15-64 Anos	$(3118/8126) * 100$	38,37%
Índice de dependência de jovens	Numerador: Pop. 0-14 Anos Denominador: Pop. 15-64 Anos	$(1380/8126) * 100$	16,98%
Índice de dependência total	Numerador: Pop. ≥ 65 a + Pop. 0-14 Anos Denominador: Pop. 15-64 Anos	$[(3118+1380) / 8126] * 100$	55,35%
% População ativa	Numerador: Pop. 15-64 Anos Denominador: Pop. Total	$(8126/12624) * 100$	64,36%
% População jovem	Numerador: Pop. 0-14 Anos Denominador: Pop. Total	$(1380/12624) * 100$	10,93%
% População idosa	Numerador: Pop. ≥ 65 Anos Denominador: Pop. Total	$(3118/12624) * 100$	24,69%
Índice de envelhecimento	Numerador: Pop. ≥ 65 Anos Denominador: Pop. 0-14 Anos	$(3118/1380) * 100$	225,94%

Tabela 4 Índices Demográficos da USFMN

Número de Utentes inscritos na USF	12624
Média de Utentes por Médico	1556,5
Média de unidades ponderadas por Médico	2074,5
Média de utentes por Enfermeiro	1568,6
Média de unidades ponderadas por Enfermeiro	2098,5
Média de utentes por Secretário Clínico	2104,5
Média de unidades ponderadas por Secretário Clínico	2806,6

Tabela 5 Distribuição da População inscrita/unidades ponderadas por Grupo Profissional

Missão

A USF compromete-se a prestar cuidados de saúde globais, de forma contínua e personalizada, visando sempre uma melhoria do estado de saúde da população abrangida. Os cuidados são dirigidos ao indivíduo de acordo com a etapa do ciclo vital, contextualizado no ambiente sócio – familiar, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (Art. 4º DL 73/2017, de 21 de junho, que republica o DL 298/2007, de 22 de agosto).

5. VISÃO

A USF Margens do Neiva pretende ser uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, humanizados, adequados à população, próxima das suas famílias e utentes, com base num trabalho de equipa empreendedor, sustentável e eficiente, proporcionando mais e melhor saúde, confiança e satisfação.

6. VALORES

A USF orienta a sua atividade pelos seguintes valores:

- **Corresponsabilidade:** tendo em conta que os Cuidados de Saúde Primários focam as suas ações na promoção da saúde e prevenção de doenças, configuram um novo modo de agir em saúde em que as responsabilidades pelos cuidados passam a ser partilhadas pelas famílias/utentes e pelas equipas de saúde;
- **Acessibilidade:** possibilidade de oferecer cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, regulando-se pelo princípio da equidade.
- **Satisfação:** “...perceção da qualidade dos serviços pelos utentes (...), e promover a avaliação sistemática da satisfação”, para uma gestão adequada dos recursos.
- **Qualidade:** obrigação da instituição e profissionais de saúde de assegurar que os cuidados de saúde que prestam aos cidadãos respondam a critérios da qualidade, adotando metodologias de gestão, de garantia e de melhoria contínua da qualidade (Shaw, 2000; Groene et al., 2010).
- **Competência:** São os atributos e/ou requisitos do profissional, que levam à execução de uma tarefa ou cargo com desempenho efetivo superior;
- **Conciliação:** que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descuidar os objetivos de eficiência e qualidade;

- **Cooperação:** que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- **Solidariedade:** que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;
- **Autonomia,** que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de ação;
- **Articulação:** que estabelece a necessária ligação entre a atividade desenvolvida pelas USF e as outras unidades funcionais do ACES;
- **Avaliação:** que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação;
- **Gestão participativa:** a adotar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico (DL 298/2007, art. 5º).

7. ESTRUTURA ORGÂNICA E FUNCIONAMENTO

- A estrutura orgânica da USF é constituída pelo conselho geral, o coordenador da equipa e o conselho técnico (DL 298/2007, art. 11º).
- A constituição da equipa multiprofissional da USF, bem como os titulares dos órgãos referidos, e respetivas funções e competências estão descritas em pormenor **no regulamento interno da USF**, disponível em formato digital e em papel.
- A USF reúne-se frequentemente todas as terças-feiras em reunião interdisciplinar, de forma a serem discutidos assuntos relativos ao funcionamento da USF. São igualmente apresentados temas científicos, casos clínicos entre outros temas de interesse para a unidade.

7.1. CONSELHO GERAL

O conselho geral é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional, constantes do parecer técnico de constituição da USF e posteriores adendas. O conselho geral reúne, pelo menos, de quatro em quatro meses, ou mediante convocatória do coordenador da equipa ou a pedido de metade dos seus elementos. As convocatórias das reuniões do conselho geral devem mencionar a respetiva ordem dos trabalhos e devem ser emitidas com uma antecedência mínima de quarenta e oito horas.

7.2. COORDENADOR DA EQUIPA

O coordenador da equipa é um médico nomeado por proposta aprovada por maioria de dois terços do conselho geral por um prazo de três anos, coincidindo com o período de vigência do plano de Ação da USF. Atualmente a Coordenadora da USF Margens do Neiva é a Dra. Natalina Sá. De uma forma geral, compete ao coordenador promover e garantir um adequado funcionamento organizacional da USF.

7.3. CONSELHO TÉCNICO

O conselho técnico é constituído por um médico, por um enfermeiro e por um secretário clínico, escolhidos pelos elementos do respetivo grupo profissional. Atualmente fazem parte do Conselho técnico a Dra. Joana Vitoriano e a Enfermeira Elsa Sousa e a Secretária Clínica Antónia Costa.

Compete ao conselho técnico a implementação e promoção de medidas que visem a melhoria contínua da qualidade dos processos assistências e não assistenciais da USF. O Conselho técnico reúne-se trimestralmente.

7.4. INSTRUMENTOS DA USF

São instrumentos da USF o presente manual de acolhimento, o regulamento interno, a carta da qualidade, o manual de articulação com o ACES, os procedimentos de apoio organizativo e funcional, o plano de atividades, a carta de compromisso e o registo de ocorrências.

8. ORGANIZAÇÃO INTERNA E COOPERAÇÃO INTERDISCIPLINAR

- Todos os elementos da equipa devem estar identificados e fardados durante todo o período de permanência na USF.
- Os princípios de organização da USF estão centrados no cidadão.
- Sempre que possível, de acordo com os direitos dos utentes, a cada cidadão inscrito é atribuído um médico de família e um enfermeiro.
- Todos os contactos dos cidadãos com a USF, com exceção do correio eletrónico, são estabelecidos através do secretariado clínico.
- A informação deverá circular entre todos os profissionais por via eletrónica ou por outro meio que a equipa defina.
- Sempre que possível, todos os cuidados a prestar devem ser agendados para um dia e uma hora.
- Sempre que possível, os cuidados a prestar devem ser realizados pelo respetivo médico ou enfermeiro de família, sem prejuízo dos serviços mínimos.
- Os horários de funcionamento da USF, bem como as formas de contacto, os horários dos médicos, dos enfermeiros e dos secretários clínicos e os períodos de ausência dos profissionais, estão afixados em local de livre acesso dos utentes.
- Cada profissional assume a responsabilidade de conhecer as regras de funcionamento da USF, de forma a estar habilitado para informar convenientemente os cidadãos.
- Cada profissional tem o dever de identificar e registar, em sede de registo de ocorrências, os problemas organizativos e funcionais que identifique ou sejam identificados pelos cidadãos e deles tenha conhecimento de forma direta ou indireta.
- Todos os profissionais reconhecem o direito de serem questionados sobre a sua atuação e têm o dever de o fazer sempre que considerem que determinado procedimento não é correto.
- Os interesses particulares dos profissionais não devem sobrepor-se aos princípios gerais da USF.

9. TAREFAS E RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS

- Garantir em todas as situações uma relação de respeito, cortesia e amabilidade com os cidadãos e com os outros profissionais;

- Garantir todo o empenho na identificação dos problemas dos cidadãos, assumindo com prazer a sua orientação para a resolução, tendo em conta os princípios recomendados de boas práticas em cada momento;
- Garantir a manutenção do saber e do saber fazer adequado a cada situação em determinado momento.
- Garantir a confidencialidade de tudo o que passa na USF.

10. INTERVENÇÕES E ÁREAS DE ATUAÇÃO DO CORPO CLÍNICO (MÉDICOS E ENFERMEIROS)

- Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida:
- Geral;
- Saúde da mulher;
- Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente;
- Saúde do adulto e do idoso;
- Cuidados em situação de doença aguda;
- Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla.
- Cuidados no domicílio.
- Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão (Portaria n.º 1368/2007).

11. INTERVENÇÕES E ÁREAS DE ATUAÇÃO DO SECRETARIADO CLÍNICO

Atendimento e encaminhamento do cidadão:

- Programação e marcação de consultas — consultas programadas; consultas não programadas da iniciativa do utente;
- Monitorização do tempo de espera e desistências.
- Gestão da comunicação:
- Difusão atualizada do funcionamento dos serviços;
- Informação a pedido.

- Gestão de procedimentos administrativos;
- Participação na gestão dos processos clínicos;
- Participação nos procedimentos referentes à prescrição crónica;
- Registo e acompanhamento relativos à referenciação;
- Gestão dos dados administrativos do cidadão;
- Gestão das áreas de apoio administrativo;
- Participação na gestão do sistema de informação;
- Participação na receção e na resposta a queixas, reclamações e sugestões dos cidadãos (Portaria n.º 1368/2007).

12. VISITA DOS DELEGADOS DE INFORMAÇÃO MÉDICA

O atendimento dos Delegados de informação Médica são preferencialmente realizados fora das instalações da USF, nomeadamente na sala de reuniões dos delegados de ação médica.

13. COMPROMISSO ASSISTENCIAL /DADOS ADMINISTRATIVOS E DE GESTÃO DA USF

Cada médico e enfermeiro tem um horário definido, exposto no hall de entrada da USF onde constam consultas programadas de várias áreas de atuação, consultas de situações agudas e consultas ao domicílio.

13.1. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E DE COBERTURA ASSISTENCIAL

O horário de funcionamento praticado pela Sede da USF é das 8 às 20 horas de segunda a sexta-feira. A Extensão de Alvarães tem horário de funcionamento de 2ªF e 5ªF das 13:00 às 20:00, 3ªF das 08:00 às 13:00, 4ªF e 6ªF das 08:00 às 15:00.

A USF encontra-se encerrada aos sábados, domingos e feriados. Durante todo o tempo de atendimento da USF é garantida a acessibilidade e continuidade dos cuidados. A cada situação será dada resposta de acordo com a particularidade da mesma. Ao fim de semana e feriados, o atendimento de situações agudas realiza-se entre as 8h00 e as 20h00 na Extensão de Saúde Doutor Tiago de Almeida, sita na Rua Doutor Tiago de Almeida, em Viana do Castelo. Após as 20 horas, apenas é possível o atendimento no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia.

Em situações especiais de afluência o horário de atendimento pode ultrapassar o limite superior de funcionamento até trinta minutos.

13.2. CARTEIRA DE SERVIÇOS

A carteira básica de serviços da USF Margens do Neiva compreende a execução dos seguintes programas:

- Programa de saúde infantil e juvenil;
- Programa de planeamento familiar;
- Programa de saúde materna;
- Programa de prevenção oncológica;
- Programa de vigilância de diabéticos;
- Programa de vigilância de hipertensos;
- Programa de saúde do idoso;
- Programa de saúde do adulto;
- Programa de visitação domiciliária;
- Consulta de hipocoagulação;
- Programa de vacinação;
- Programa de cuidados em situações de doença aguda.

13.3. SISTEMA DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS

O acesso dos cidadãos inscritos na USF à carteira de serviços faz-se através dos seguintes tipos de consulta:

- Consulta programada — É uma consulta de iniciativa do cidadão ou da equipa de saúde familiar, para vigilância de saúde ou de doença crónica, de acordo com o plano de saúde individual previamente definido com a equipa de saúde familiar, marcada com antecedência por qualquer meio de comunicação, preferencialmente no horário da própria equipa de saúde familiar;

- Consulta aberta — É uma consulta de iniciativa do cidadão, para um atendimento rápido, e no próprio dia, devido ao aparecimento recente dum problema de saúde ou agudização de outros já existentes. A consulta pode ser marcada pelo telefone ou presencialmente.
- Visitação domiciliária — É uma consulta efetuada no domicílio do cidadão em situação de dependência ou cujo estado de saúde comprovadamente não aconselha a deslocação à USF. Os critérios de inclusão e de prioridade para visita domiciliária são os seguintes: recém-nascidos, puérperas, doentes dependentes ou incapacitados de se deslocarem à USF. A visita domiciliária poderá ser solicitada pelo utente ou familiar/cuidador, ou ser da iniciativa dos profissionais da USF Margens do Neiva.
- A marcação das consultas pode ser efetuada em todo o horário de funcionamento, por qualquer meio de comunicação, designadamente, presencial, telefone, correio, eAgenda, correio eletrónico, diretamente pelo próprio ou através de qualquer outra pessoa.

A USF garante:

- O atendimento das situações de doença aguda no próprio dia;
- Um prazo máximo de 15 dias úteis (Portaria 87/2015, de 23 de março) para a marcação da consulta, entendendo-se por dias úteis aqueles em que a respetiva equipa de saúde está em serviço efetivo, sem considerar as ausências por qualquer dos motivos legalmente definidos.
- Um tempo de espera após a hora marcada para a consulta nunca superior a quinze minutos.
- A possibilidade de obter uma consulta programada para a sua equipa de família em todo o horário de funcionamento, ao longo da semana.

13.4. SISTEMA DE RENOVAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES

- O sistema de renovação de prescrições é exclusivo dos processos de prestação de cuidados aos cidadãos com doença crónica e tem como objetivo assegurar a continuidade do tratamento.
- A USF garante a renovação da prescrição em 72 horas úteis após o pedido desde que não haja falha do sistema de informação ou outra que impossibilite essa realização.

13.5. ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO DOS CIDADÃOS

- O contacto do utente, ou seu representante, com a USF é estabelecido através do secretariado clínico, seja em presença física ou pelo telefone.
- O contacto por via eletrónica pode ser dirigido diretamente para qualquer profissional da USF.
- Todos os procedimentos exclusivamente administrativos, que não necessitem de intervenção direta do médico ou do enfermeiro, são resolvidas pelo secretariado clínico, incluindo a receção de reclamações, sugestões ou elogios, a renovação de receituário de medicação crónica e os pedidos de declarações e atestados médicos, sem prejuízo das decisões que os médicos ou os enfermeiros venham a tomar para validação desses pedidos.
- O atendimento de utentes com necessidade de cuidados médicos ou de enfermagem, na USF ou no domicílio, obedece aos procedimentos definidos para os diferentes processos de prestação de cuidados.

13.6. COMUNICAÇÃO COM OS CIDADÃOS

- A comunicação entre os cidadãos e a USF pode ser feita por qualquer meio disponível.
- A USF garante o atendimento telefónico dos cidadãos em todo o seu período de funcionamento desde que não interfira com o atendimento presencial.
- A comunicação entre a USF e os cidadãos, para além dos meios referidos, utiliza também os placares da própria unidade, o guia do utente, a carta da qualidade e folhetos informativos.
- Através de um dos meios referidos no número anterior, é disponibilizado informação relevante sobre:
 1. - O funcionamento da USF, incluindo horário das atividades, ausências programadas dos profissionais, alternativas assistenciais, sistema de marcação de consultas, critérios de inclusão para a visita domiciliária, tempos de espera para marcação de consulta e contactos.
 2. - Os direitos e deveres dos cidadãos, a disponibilidade e local do gabinete do utente e a publicidade à existência de livro de reclamações e da caixa de sugestões e reclamações.
 3. Os resultados da USF e sua evolução face aos compromissos assumidos e publicidade à disponibilidade de consulta do plano e relatório de atividades.

4. Pósters de informação oportunista sobre a saúde dos cidadãos.
5. Os folhetos informativos estão acondicionados em espaços próprios e visíveis, na sala de espera ou nos gabinetes clínicos, com informação sucinta e oportuna sobre as questões da saúde ou da doença.
6. A USF Margens do Neiva não pode ser responsabilizada pela não atualização dos contactos por parte dos cidadãos
7. As regras e a política de comunicação com os cidadãos, designadamente, no que concerne ao registo e tratamento das sugestões e reclamações, constam do manual de procedimentos do processo da comunicação externa.

13.7. SISTEMA DE INTERSUBSTITUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPA

Nas situações de ausência até quinze dias de qualquer dos elementos da equipa de saúde, incluindo as férias, a USF garante aos cidadãos, em sistema de intersubstituição, o atendimento dos seguintes serviços mínimos:

- Situações de doença aguda;
- Situações de urgência em planeamento familiar e disponibilidade de contraceção;
- Orientação das situações de interrupção voluntária de gravidez;
- Renovação de receituário crónico;
- Renovação dos certificados de incapacidade temporária para o trabalho no caso de ausências superiores a três dias úteis;
- Consultas de saúde materna se a situação de ausência interferir com a vigilância normal da grávida, designadamente, primeira consulta, diagnóstico pré-natal quando aconselhado, controlo laboratorial e radiológico do segundo e terceiro trimestre, referência para consulta de termo e consulta de revisão do puerpério;
- Consultas de saúde infantil no primeiro ano de vida, se a situação de ausência interferir com a sua vigilância normal
- Vacinação.
- Consultas programadas não suscetíveis de alteração para outra data sem comprometer a personalização dos cuidados, ou que não foi possível desmarcar.

As regras de intersubstituição constam dos manuais de procedimentos dos processos de prestação de cuidados.

14. COMENTÁRIO FINAL

A equipa da USF Margens do Neiva espera contribuir de forma decisiva para o seu progresso profissional, e quem sabe, se no futuro não poderás fazer parte da nossa USF.

Votos de sucesso, são os desejos da USF Margens do Neiva.