
Influência das práticas dos pais na saúde alimentar
das crianças em idade pré-escolar:
Contributo do enfermeiro de saúde familiar.

Marisol Torres Varela



Marisol Torres Varela

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Influência das práticas dos pais na saúde alimentar
das crianças em idade pré-escolar:
Contributo do enfermeiro de saúde familiar.

1º Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira

junho, 2024

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Manuela Cerqueira, agradeço pelo apoio constante e estímulo com que sempre me presenteou. Foi um privilégio ser orientada por alguém dotada de extrema sabedoria e humildade, que se empenhou em iluminar este percurso, por vezes bastante desafiador. O seu contributo foi crucial na elaboração deste relatório.

À Elisabete Correia, sou grata por todos os ensinamentos, pela disponibilidade e sabedoria demonstradas. Foi um privilégio ser orientada por alguém que consegue mostrar que um caminho difícil pode ser um desafio superado.

A todos os profissionais da USF que, muitas vezes com esforço, me apoiaram nesta jornada.

À Isabel Vilaverde, pelo companheirismo, apoio e disponibilidade durante o mestrado, que resultaram numa amizade para toda a vida.

Ao meu marido pelo apoio incondicional e incentivo constante. Sem a sua cooperação, esta investigação não teria sido possível.

Aos meus filhos pela minha ausência muitas vezes sentida.

Às famílias da USF que se disponibilizaram para participar na investigação, o meu agradecimento sincero.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta investigação e apoiaram nesta formação, muito obrigada!

DEDICATÓRIA

À minha família e às famílias!

PENSAMENTO

Envolver a família em cuidados competentes e seguros é
desígnio de todos nós.

Maria Luísa Vieira Andrade dos Santos

RESUMO

A família desempenha um papel crucial na vida de cada pessoa ao longo das diferentes fases do ciclo vital, sendo o apoio nos momentos de crise, mudança, realização, bem como na saúde e na doença.

A evolução dos cuidados de enfermagem possibilitou que a profissão de enfermagem assumisse e integrasse a família como foco central dos seus cuidados. Assim, a enfermagem de família orienta-se em responder aos problemas reais e potenciais, enfatizando a parceria e interação com a família. Este enfoque, destaca os pontos fortes dos membros da família, assim como, do grupo familiar, com o objetivo de apoiá-los e capacita-los na procura de soluções para os problemas identificados, de forma a promover a manutenção e recuperação da saúde familiar.

O atual relatório de estágio de natureza profissional procura apresentar uma reflexão crítica e analítica sobre o processo de aprendizagem, as experiências vivenciadas e a aquisição de competências. Para alcançar esses objetivos, utilizamos metodologias ativas e participativas, assim como, os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso teórico e prático dos ensinamentos clínicos, fundamentando-se em evidências científicas.

O estudo de investigação intitula a temática: "Influência das práticas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade pré-escolar: Contributo do enfermeiro de saúde familiar" e debruçou-se sobre uma necessidade do contexto da prática clínica. Este estudo tem a finalidade de contribuir para uma melhoria da qualidade de cuidados prestados em saúde familiar especializada privilegiando os hábitos alimentares saudáveis no seio da família. O intuito é que as crianças desenvolvam uma AS, de modo a fomentar a educação alimentar infantil, com o objetivo de promover uma consciencialização uniforme de todos os elementos envolvidos na alimentação das mesmas, contribuindo para a promoção da saúde, qualidade de vida e potencializar estilos de vida saudáveis. Assenta no paradigma qualitativo, exploratório e descritivo, cuja recolha de dados envolveu uma entrevista semiestruturada e os participantes são os pais de crianças em idade pré-escolar de uma USF do Alto Minho. Realizou-se uma análise de conteúdo dos dados, respeitando todos os procedimentos éticos e morais. Verificamos, ser pertinente a dinamização de formação aos profissionais de saúde no contexto da prática clínica, sendo potenciadora de atualização, reciclagem, mudanças/ inovação no cuidar na perspetiva de contribuir para a melhoria contínua da qualidade.

A nível do desenvolvimento de competências comuns, nomeadamente nas competências de formação e da melhoria contínua da qualidade, destaca-se a realização de duas formações "Alimentação no primeiro ano de vida" e "Novas tecnologias na cicatrização do doente com ferida"

e ainda a realização de uma atividade dinamizada em conjunto com a unidade de cuidados na comunidade “Workshop de Lanches Saudáveis” assim como, a elaboração de uma guia prático para os pais sobre alimentação complementar no primeiro ano de vida e o manual de acolhimento para profissionais de saúde e alunos de medicina e de enfermagem, dando resposta as necessidades da equipa e do serviço onde foi realizado o estágio na perspetiva de contribuir para a melhoria contínua da qualidade.

No domínio do desenvolvimento de competências específicas, a nossa prática clínica assentou nas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, estabelecidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, publicado no Diário da República II Série, nº 135 de 16 de julho de 2018, nomeadamente: 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; e liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Palavras-chave: Alimentação Infantil; Enfermeiros Especialistas em Saúde da Família; Competência Profissional

ABSTRACT

The family plays a crucial role in each person's life throughout the different phases of the life cycle, providing support during times of crisis, change, achievement, as well as in health and illness.

The evolution of nursing care has enabled the nursing profession to assume and integrate the family as the central focus of its care. Thus, family nursing is oriented towards addressing real and potential problems, emphasizing partnership and interaction with the family. This focus highlights the strengths of family members as well as the family group, with the aim of supporting and empowering them to seek solutions to identified problems, thereby promoting the maintenance and recovery of family health.

The current professional internship report aims to present a critical and analytical reflection on the learning process, the experiences lived, and the acquisition of competencies. To achieve these objectives, we used active and participative methodologies, as well as the knowledge acquired throughout the theoretical and practical course of clinical teachings, based on scientific evidence.

The research study titled "Influence of parental practices in children's food health in preschool age: Contribution of the family nurse" addressed a need within the context of clinical practice. This study aims to contribute to improving the quality of specialized family health care, focusing on healthy eating habits within the family. The goal is for children to develop healthy eating habits (AS), to foster children's food education, with the objective of promoting a uniform awareness among all those involved in their feeding, contributing to the promotion of health, quality of life, and enhancing healthy lifestyles. It is based on a qualitative, exploratory, and descriptive paradigm, where data collection involved a semi-structured interview and the participants are parents of preschool-age children from a Family Health Unit (USF) in Alto Minho. A content analysis of the data was performed, respecting all ethical and moral procedures. We found it pertinent to provide training to health professionals in the context of clinical practice, as it enhances updating, refreshing, changes/innovation in care, with the perspective of contributing to continuous quality improvement.

In terms of developing common competencies, particularly in training and continuous quality improvement, we highlight the realization of two training sessions "Feeding in the First Year of Life" and "New Technologies in Wound Healing" and also the implementation of an activity conducted together with the community care unit "Healthy Snacks Workshop" as well as the development of a practical guide for parents on complementary feeding in the first year of life and the welcome manual for health professionals and medical and nursing students, addressing the needs of the

team and the service where the internship was carried out from the perspective of contributing to continuous quality improvement.

In the domain of developing specific competencies, our clinical practice was based on the competencies defined by the Order of Nurses, established in the Regulation of Specific Competencies of the Specialist Nurse in Family Health, published in Diário da República II Series, no. 135 of July 16, 2018, namely: 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; and leading and collaborating in intervention processes within the scope of family health nursing.

Keywords: Child Nutrition; Family Health Specialist Nurses; Professional Competence

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABREVIATURAS

hab./km² – Habitantes por quilômetro quadrado

Km² – Quilômetro quadrado

ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento (s) de Centros de Saúde)

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

SWOT – Strengths (pontos fortes), Weaknesses (pontos fracos), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças)

SIGLAS

AS – Alimentação Saudável

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CS – Centro (s) de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EEECAESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

EF – Enfermeiro de Família

ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System

ENP - Estágio de Natureza profissional

EPS - Educação Para a Saúde

EPSA - Educação Para a Saúde Alimentar

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBE - Prática Baseada na Evidência

SA – Saúde Alimentar

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCPS - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

USF – Unidade(s) de Saúde Familiar

USP - Unidades de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	III
DEDICATÓRIA.....	V
PENSAMENTO	VII
RESUMO	IX
ABSTRACT	XI
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	XIII
ÍNDICE.....	XV
ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS QUADROS TABELAS E DIAGRAMAS	XIX
INTRODUÇÃO	1
1. O INÍCIO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS	5
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	11
2.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	19
3. DIMENSÃO INVESTIGATIVA EM SAÚDE FAMILIAR.....	23
3.1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS Do ESTUDO	26
3.2. CONCEITOS CENTRAIS DE ESTUDO	28
3.2.1. A saúde alimentar da criança em idade pré-escolar - Conceptualização ...	28
3.2.2. A família e as práticas dos pais na alimentação da criança em idade pré- escolar---.....	40
3.2.3. Intervenção do enfermeiro de saúde familiar como educador para a saúde alimentar	44
3.3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	47
3.3.1. Metodologia e tipo de estudo	48
3.3.2. Participantes do estudo	48
3.3.3. Instrumento de recolha de dados	54
3.3.4. Procedimento e tratamento da informação	55
3.3.5. Considerações éticas.....	56
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
4.1. APRESENTAÇÃO E ANALISE DOS RESULTADOS	61
4.1.1. Conceito de alimentação saudável atribuído pelos pais das crianças em idade pré-escolar	62
4.1.2. Perceção dos pais relativamente a uma alimentação saudável das crianças em idade pré-escolar	63
4.1.3. Descrição das refeições efetuadas pelas crianças em idade pré-escolar verbalizadas pelos pais	65
4.1.4. Prática dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo à amamentação	

4.1.5.	Necessidades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promoverem uma alimentação saudável.....	72
4.1.6.	Dificuldades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promoverem uma alimentação saudável.....	74
4.1.7.	Percepção dos pais da criança em idade pré-escolar relativo aos contributos dados pelo enfermeiro de família sobre saúde alimentar	77
4.1.8.	Sugestões dos pais das crianças em idade pré-escolar para aumentarem a literacia sobre a alimentação infantil	79
4.2.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
4.2.1.	Conceito de alimentação saudável atribuído pelos pais das crianças em idade pré-escolar	82
4.2.2.	Percepção dos pais relativamente a uma alimentação saudável das crianças em idade pré-escolar	84
4.2.3.	Descrição das refeições efetuadas pelas crianças em idade pré-escolar verbalizadas pelos pais	86
4.2.4.	Prática dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo à amamentação	93
4.2.5.	Necessidades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promoverem uma alimentação saudável.....	96
4.2.6.	Dificuldades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promoverem uma alimentação saudável.....	98
4.2.7.	Percepção dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo aos contributos dados pelo enfermeiro de família sobre saúde alimentar	100
4.2.8.	Sugestões dos pais das crianças em idade pré-escolar para aumentarem a literacia sobre a alimentação infantil	102
4.3.	CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES e implicações	104
5.	ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	109
5.1.	DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	111
5.1.1.	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	112
5.1.2.	Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar	118
5.2.	DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS	119
5.2.1.	Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	120
5.2.2.	Domínio da melhoria contínua da qualidade	122
5.2.3.	Domínio da gestão dos cuidados	126

5.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	128
CONCLUSÃO GERAL	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
ANEXOS	153
Anexo I – AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA USF	155
Anexo II– AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSAM.....	159
APÊNDICES	163
Apêndice I – GUIÃO DA ENTREVISTA.....	165
Apêndice II – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	171
Apêndice III – GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	175
Apêndice IV – ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	187
Apêndice V – O GUIA PRÁTICO PARA OS PAIS. ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.....	201
Apêndice VI – NOVAS TECNOLOGIAS NA CICATRIZAÇÃO DO DOENTE COM FERIDAS	209
Apêndice VII – WORKSHOP DE LANCHES SAUDÁVEIS.....	213
Apêndice VIII – MANUAL DE ACOLHIMENTO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ALUNOS DE MEDICINA E DE ENFERMAGEM DA USF	217

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS QUADROS TABELAS E DIAGRAMAS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Área de abrangência da ULSAM.....	16
Figura 2 - Área de abrangência da USF	17
Figura 3: BI-CSP da USF	19
Figura 4 Roda dos alimentos	32

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Faixa etária dos participantes no estudo	51
Gráfico 2 Habilitações literárias dos participantes	51
Gráfico 3 Profissão dos participantes.....	52
Gráfico 4 Local de residência dos participantes.....	52
Gráfico 5 - Estado civil dos participantes	53
Gráfico 6 Idade das crianças.....	53
Gráfico 7 Número de filhos dos participantes	53

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Análise SWOT	20
-------------------------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Áreas temáticas emergentes	61
--	----

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1: Conceito de alimentação saudável atribuído pelos pais das crianças em idade pré-escolar	62
Diagrama 2: Percepção dos pais relativamente a uma alimentação saudável das crianças em idade pré-escolar	64
Diagrama 3: Descrição das refeições efetuadas pelas crianças em idade pré-escolar verbalizadas pelos pais.....	67
Diagrama 4: Prática dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo à amamentação	71
Diagrama 5: Necessidades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promover uma alimentação saudável.....	73

Diagrama 6: Dificuldades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promover uma alimentação saudável.....	75
Diagrama 7: Perceção dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo aos contributos dados pelo enfermeiro de família sobre saúde alimentar	78
Diagrama 8: Sugestões dos pais das crianças em idade pré-escolar para aumentar a literacia sobre a alimentação infantil.....	79

INTRODUÇÃO

A família é um pilar fundamental em qualquer sociedade, seja ela desenvolvida ou em desenvolvimento. É dentro do ambiente familiar que começa todo o processo de aprendizagem, abrangendo desde os processos de autocuidado das necessidades básicas até as aprendizagens de socialização. De acordo com Figueiredo (2012), "o sistema familiar é o alvo dos cuidados de enfermagem, que se focaliza tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente" (p. 70). Portanto, é essencial compreender a família não apenas com base nas pessoas que a compõem, mas também, pelas relações entre eles, pelos papéis que desempenham e pelas expectativas que detêm, aspetos que a tornam única e com uma identidade própria. Como afirma Figueiredo (2012), é crucial entender a família como um todo, mais do que soma das partes que a compõem. A saúde de um membro influencia toda a dinâmica familiar e, reciprocamente, a saúde da família também influencia cada membro que a constitui.

Realça-se que a família desempenha um papel basilar na vida de cada pessoa em todas as fases do ciclo vital, independentemente do conceito que a define, sendo a base dos sentidos, dos sentimentos, dos valores e das crenças. Nos momentos de crise, mudança, realização, saúde e doença, a família oferece suporte. Assim, aproxima-se de uma visão sistémica a interpretação do conceito de família, destacando-se pela unidade e singularidade. Cada família tem a sua própria identidade, cultura, valores, aspirações, etnia, composição e localização. A maneira específica e única como cada família se posiciona é verdadeiramente singular, como afirma Relvas (2000): "não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal" (p.14).

Em Portugal, tem-se constatado a importância da família nos cuidados de saúde, bem como a evidência científica e as políticas de saúde têm dado relevo ao papel das famílias nos cuidados de saúde (Costa et al., 2013). O foco na saúde familiar, a participação da família nos cuidados, a influência da família na saúde das crianças e o contributo do enfermeiro de família (EF) levaram à definição do tema em estudo: "Influência das práticas dos pais na saúde alimentar (SA) das crianças em idade pré-escolar: Contributo do enfermeiro de saúde familiar".

O enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde familiar (EEESF) assume responsabilidades acrescidas nesta matéria, cujas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) estão detalhadas no artigo 3º do Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, documento legal que identifica as competências específicas do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 428/2018, 2018):

- a) "Cuida da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;

- b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar (ESF) ”.

Neste sentido, optamos pela realização de um Estágio de Natureza profissional (ENP) numa Unidade de Saúde Familiar (USF), situada no concelho de Viana do Castelo, inserido no 2º ano do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de ESF, promovido pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo em consórcio com o Instituto Politécnico de Bragança e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e aprovado mediante Despacho n.º 2555/2022, de 25 de fevereiro de 2022, do Diário da República. Esta unidade curricular realizou-se no período compreendido entre 2 de outubro de 2023 e 29 de Março de 2024 e é constituída por 30 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System), com uma carga de 390 horas de contacto e 810 horas totais de trabalho.

Realçamos ainda, que a realização do estágio do 2º semestre na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), permitiu completar o processo formativo teórico, vivenciando diferentes modelos organizativos de cuidados de saúde primários (CSP).

O atual relatório foi elaborado com base nas principais orientações fornecidas pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 e pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018, ambos emitidos pela OE, tem como objetivo promover uma introspeção e reflexão sobre as experiências vivenciadas ao longo de todo o percurso teórico e prático dos ensinamentos clínicos, contribuindo assim para o aprimoramento dos conhecimentos e competências, tanto no âmbito pessoal quanto profissional.

Assim, este relatório final está organizado em cinco partes: o início do desenvolvimento de competências especializadas; a caracterização do contexto de estágio onde teremos oportunidade de conhecer especificamente a USF na qual se realizou o ENP; a dimensão investigativa em Saúde Familiar onde será apresentado o trabalho de investigação desenvolvido no contexto de estágio e intitulado “ Influência das práticas dos pais na SA das crianças em idade pré-escolar: Contributo do enfermeiro de saúde familiar”; posteriormente será realizada a apresentação, análise e discussão dos resultados e por último será efetuada a análise crítico-reflexiva sobre as competências específicas e comuns desenvolvidas ao longo do percurso académico.

1. O INÍCIO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS ESPECIALIZADAS

Atualmente, a Enfermagem é reconhecida como uma profissão e disciplina científica autónoma, com um campo de atuação e investigação específicos, sendo incluída nos 2º e 3º ciclos de estudos (Portugal, 2021). A mudança de paradigma do ensino superior baseia-se no desenvolvimento de competências genéricas e específicas, promovendo uma maior integração entre os processos formativos, a ampliação das áreas de intervenção em enfermagem, e o aumento da exigência e complexidade na prestação de cuidados (Decreto-lei no 74/2006, 2006).

A enfermagem de família " considera a família como uma unidade de cuidados ou como o contexto para os cuidados aos seus membros" (Hanson, 2005, p. 238), pois o envolvimento da família sempre foi um componente da enfermagem. A família passou a ser mais central com o surgimento de novos modelos de Teorias de Enfermagem nos anos 60, momento em que começou a ser vista como o principal alvo dos cuidados de enfermagem e incluída como a principal unidade de cuidados na prática.

Leahey e Wright (1990) foram pioneiras ao defender que a enfermagem de família emerge da interconexão de três áreas específicas do conhecimento: as ciências sociais, que se baseiam no funcionamento e na dinâmica familiar; a terapia familiar, que direciona para uma abordagem mais terapêutica centrada nas forças da família; e as ciências de enfermagem, que englobam valores, teorias e concepções, integrando a intervenção do enfermeiro no processo saúde/doença (Hanson, 2005).

Esses referenciais contribuem para a valorização da enfermagem de família, pois orientam a avaliação e intervenção do EF, que como profissional de saúde cuida da família, potencia as suas forças, recursos e competências, promovendo o funcionamento familiar enquanto sistema e procurando dar resposta aos processos de mudança. Assim, o EF ocupa uma posição qualificada e privilegiada para prestar cuidados à família, graças ao seu conhecimento científico, proximidade e compreensão do meio ambiente.

Nesse contexto, a família tem-se consolidado progressivamente como uma unidade estruturante e prioritária nos cuidados de enfermagem. Esse fato é comprovado atualmente pela importância da família nos CSP, evidenciada tanto pelo desenvolvimento da literatura quanto pela implementação de políticas de saúde em Portugal (Costa et al., 2013).

O enfermeiro especialista é um profissional de prática avançada que oferece aconselhamento clínico especializado e cuidados baseados em diagnósticos estabelecidos em áreas clínicas

específicas, além de adotar uma abordagem sistêmica como integrante de uma equipa de saúde (Portugal, 2020). De acordo com a International Council of Nurses, o enfermeiro especialista proporciona serviços de saúde baseados em conhecimentos avançados e experiência no cuidado à pessoa, família ou populações complexas e vulneráveis. Este profissional desempenha um papel crucial na formação de outros profissionais de saúde e no apoio à equipa interdisciplinar, além de promover mudanças e inovações nos sistemas de saúde. A sua presença fortalece a coesão da equipa de saúde, e espera-se que ele realize intervenções ajustadas, eficientes e eficazes, atendendo às necessidades das pessoas e suas famílias (Portugal, 2020). É importante ressaltar que o enfermeiro especialista deve atuar dentro dos limites de suas competências, de forma a procurar sempre uma abordagem em equipa para alcançar melhores ganhos em saúde e preservar a dignidade das pessoas e famílias, conforme preconizado pela OE (Portugal, 2005).

As competências do EEESF especificam que este profissional cuida da família como uma unidade de cuidados e de cada um dos seus membros individualmente, ao longo de todo o ciclo de vida. Atua em diferentes níveis de prevenção, lidera e colabora, em processos de intervenção no âmbito de ESF (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Assim sendo os cuidados de ESF devem, portanto, focar-se na orientação das famílias para práticas de vida saudáveis, visando maximizar o seu potencial de saúde e considerando a dinâmica e complexidade próprias de cada família (Portugal, 2011). Nesta ótica, o papel do EF é fundamental, pois integra a família nos cuidados de enfermagem, capacitando-a a desenvolver competências que permitam viver de forma saudável em todas as transições ao longo de todo o ciclo vital. Trabalhar com a família e não para a família, favorece o desenvolvimento harmonioso na e para a mudança e o aumento da literacia em saúde de todos os seus membros e da família em si, enquanto foco de cuidados.

Diante da complexidade e das exigências dos cuidados na ESF, bem como da crescente diferenciação nas diversas áreas de conhecimento em enfermagem, torna-se crucial o desenvolvimento e a certificação de competências. Isso visa atender de maneira adequada às necessidades e expectativas de cuidados de saúde da população (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Assim, o estágio demonstra ser um período fundamental para a aquisição de competências, uma vez que é no contexto da prática clínica que estas se desenvolvem, conforme descrito no capítulo "Atividades e Competências Desenvolvidas no Estágio de Natureza Profissional", apresentado posteriormente.

De facto, a realização do ENP na USF contribuiu significativamente para o desenvolvimento de habilidades e competências no contexto da prática clínica. Este período revelou-se como um

facilitador na transição de enfermeiro generalista para enfermeiro especialista, consolidando todo o processo formativo (Portugal, 2021). Destacamos ainda que este estágio foi organizado com o objetivo de prestar cuidados especializados à família, permitindo o desenvolvimento de competências em várias dimensões de intervenção. Ao longo de todo este percurso até à obtenção do título de especialista, foi crucial todo o envolvente deste processo de aprendizagem para o desenvolvimento das competências preconizadas para o ENP. Assim, este relatório tem como objetivo descrever as atividades realizadas durante o estágio e avaliá-las de uma forma crítica e reflexiva.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O estágio da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados de Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista deve ser considerado como um elemento central na transição para Enfermeiro Especialista, visto que, pretende a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e competências em Enfermagem Especializada (Portugal, 2021).

Deste modo e no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de ESF, o presente estágio decorreu numa USF, com o objetivo de adquirir e desenvolver competências na área de especialização em ESF. Decorreu, nos períodos entre os dias 02/10/2023 a 29/03/2024, com a duração de 390 horas de trabalho em contexto clínico, e 210 horas para elaboração do relatório, em orientação tutorial, num total de 810 horas (incluído trabalho autónomo). O estágio teve por objetivos:

- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Prestar cuidados especializados à família enquanto unidade de cuidados e a cada um dos seus membros ao longo do ciclo de vida e na promoção de respostas adaptativas às transições, aos diferentes níveis da prevenção primária;
- Estabelecer relação de parceria efetiva com as famílias, baseada fundamentalmente: nos seus pontos fortes em detrimento da centralidade na patologia e na promoção da possibilidade de realidades múltiplas;
- Documentar o processo de cuidados com recurso à linguagem classificada CIPE;
- Analisar a tomada decisão clínica, mobilizando os referenciais ético-legais, políticos e epistemológicos da EESF;
- Concretizar o estágio e relatório final sobre temática “Influência das práticas dos pais na SA das crianças em idade pré-escolar: Contributo do enfermeiro de saúde familiar”, baseado na evidência e com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em ESF, assim como na obtenção de ganhos em saúde junto dos utentes, das famílias e das comunidades.

De forma a contextualizar a prática clínica será apresentada uma breve contextualização política e teórica dos CSP, assim como, a descrição da estrutura do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do alto Minho, mais especificamente do local de estágio (USF) dando a conhecer a sua organização, dinâmica e funcionamento.

Os CSP são considerados o pilar central do sistema de saúde, tratando-se de uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades ao longo do ciclo vital. Atuam ao nível dos cinco níveis de prevenção, assegurando que as pessoas recebam cuidados completos, desde a promoção e prevenção até o tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, o mais próximo possível do seu ambiente diário (Portugal, 2023).

Os CSP, desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978 foram evoluindo, considerando as premissas da proximidade, acessibilidade e acompanhamento das pessoas ao longo do ciclo vital. O Programa do XVII Governo Constitucional, nos anos de 2005 a 2009, reconheceu os CSP como o pilar central do sistema de saúde, em que os centros de saúde (CS) constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, com funções importantes de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Deste contexto, resultou o Decreto-Lei nº 28/2008 (2008) que inclui a criação do ACES, como “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais CS, e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica” (p. 1182). Posto isto, o ano 2005 é marcado pela Reforma dos CSP, assinalado pela reestruturação organizacional dos CS que passam a organizar-se em torno de duas componentes complementares: as Unidades de Saúde Familiar (USF) e os ACES que substituem as Sub-Regiões de Saúde. Nesta reforma são criadas outras unidades, além das USF e os ACES passam a ter novas unidades, como as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Recursos Assistenciais Personalizados e as UCSP e outras que, já existindo, passam a dar resposta a todo o ACES: as Unidades de Saúde Pública (USP) (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

As USF são unidades constituídas por equipas multidisciplinares, prestando cuidados de saúde personalizados, de modo a dar resposta de forma autónoma às necessidades de saúde da sua população (Biscaia & Heleno, 2017). Além disso, estão organizadas em diferentes modelos de desenvolvimento (A, B e C), diferenciando o seu grau de autonomia organizacional, modelo retributivo, de incentivo aos profissionais, modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico (Decreto-Lei n.º 73/2017, 2017).

As UCPS são definidas como sendo uma estrutura similar à prevista para a USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A missão dos CSP, ao promover o desenvolvimento dos ACES, tem a expectativa de que as UCSP venham a

extinguir-se, podendo todos os utentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS) ter cesso a cuidados em USF (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

A URAP presta serviços de consultadoria e assistenciais às outras unidades funcionais referidas e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

No que respeita à UCC, esta tem como objetivo prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e, também, comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que necessite acompanhamento próximo. Além disto, atua na EPS, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo sempre a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

Por sua vez à USP compete, na área geográfica do ACES onde se insere, elaborar informação e planos em domínio da saúde pública. Além de proceder à vigilância epidemiológica, gere programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e também coopera, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

Além disto, o desenvolvimento destas áreas deu impulso à governação clínica, criando nestas unidades, autonomia na gestão e na dinâmica de auto-organização, mas que é indissociável da responsabilidade no processo de contratualização e cumprimento dos resultados acordados. A governação clínica de saúde consiste num processo, através do qual “as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de cuidados, criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos” (Baker & Roland, 1999, citado por Sá & Santos, 2010, p. 606). A nível dos ACES esta deve assegurar a convergência de três linhas essenciais para a saúde dos cidadãos e das comunidades: os cuidados centrados na pessoa e na família; intervenções em grupos com necessidades especiais de saúde, na comunidade e abordagens de âmbito epidemiológico e populacional. O fim da governação clínica e de saúde em CSP é o de guiar as equipas para alcançar os resultados clínicos e de saúde desejados (Portugal, 2017).

Desta forma, é obrigatório a monitorização assente em indicadores de desempenho referentes a áreas específicas e avaliação de resultados. Estes indicadores, não “consistem num objetivo, mas antes numa ferramenta ou meio de avaliação através da sua comparação com padrões preestabelecidos” (Silva, 2016). Neste sentido, esta reforma veio atribuir autonomia às unidades que constituem os Cuidados Primários, nomeadamente, às USF e UCSP, onde a articulação entre

estas é obrigatória e a corresponsabilidade permite a continuidade de cuidados. Em Portugal, a atual reforma de reestruturação dos CS em unidades funcionais de saúde conduziu à criação da figura do EF integrado nas equipas multiprofissionais de saúde.

No Alto Minho, a prestação de CSP à população é garantida pelo seu ACES, pertencente à (ULSAM), Entidade Pública Empresarial, constituído por 12 CS, 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 UCC e 1 Unidade de Saúde Pública (Portugal, 2024).

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 (figura 1).



Figura 1 - Área de abrangência da ULSAM (Portugal, 2024)

O território abrangido tem uma superfície de 2.219 Km^2 e uma população residente estimada em 231.293 pessoas, 11,2% dos quais jovens, com menos de 15 anos, 28,1% com idade igual ou superior a 65 anos e 60,7% de população em idade ativa, dos 15 aos 64 anos, segundo os resultados provisórios dos Censos 2021, recentemente divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística. A região do Alto Minho apresenta uma densidade populacional de 104,2 pessoas por km^2 , representando cerca de 2,26% da população de Portugal e, aproximadamente, 6,50% da população da Região Norte. Simultaneamente, apresenta um índice de envelhecimento, referente ao número de idosos por cada 100 jovens, de 252, sendo que o número de pessoas em idade ativa por idoso se fica pelos 2,2, num universo de 90.855 famílias (Portugal, 2024.). Assim, do ponto de vista

continuidade e a globalidade dos cuidados prestados. Embora não estejam contemplados na legislação das unidades funcionais como profissionais, é importante referir que a USF tem também como colaboradores partilhados com as restantes unidades, 6 assistentes operacionais, 1 nutricionista, 1 assistente social.

O CS de Barroselas além de incluir a USF integra também, a UCC e a Unidade de Serviços e Apoio Geral. A USF é responsável pela prestação de cuidados de saúde a utentes residentes na respetiva área de abrangência, sem prejuízo daqueles que, mesmo sendo residentes em concelhos vizinhos quer por razões de acessibilidade, preferência de equipa de saúde ou por outras razões convenientes justificadas, demonstrem vontade de se inscreverem na unidade de saúde. Nestas situações estão sujeitos às limitações previstas na legislação em vigor sobre os cuidados domiciliários que serão prestados pela unidade de saúde de proximidade após articulação adequada entre os profissionais envolventes (Portugal, 2022a).

A USF, oferece uma carteira básica de serviços que compreende a execução de diversos programas, tais 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. Importa realçar que o programa de visitação domiciliária (VD) possui determinados critérios de inclusão sendo os recém-nascidos, puérperas, doentes acamados e incapacitados de se deslocarem, podendo levar ao domicílio do utente qualquer profissional de saúde, consoante a tipologia da VD, nomeadamente, prestação de cuidados, apoio social, EPS, entre outros (Portugal, 2022a).

De evidenciar, que diariamente, esta equipa tem como missão prestar cuidados de saúde globais de forma contínua e personalizada, visando sempre uma melhoria do estado de saúde da população abrangida de forma a obter ganhos em saúde. Estes cuidados, são dirigidos à pessoa de acordo com a etapa do ciclo vital, contextualizado no ambiente sociofamiliar, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (Portugal, 2022a).

Em 31 novembro de 2023, o Índice de Desempenho Global da USF era de 62,50 de acordo com os dados da página do Serviço Nacional de Saúde (SNS), Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). Foram contratualizados 125 indicadores referente às 23 dimensões (Portugal, 2023a).

Adicionalmente, e de acordo com os dados disponibilizados pelo BI-CSP, a USF contabilizava 12,602 utentes inscritos até 31 de dezembro de 2023, não existindo discrepância significativa entre os dois sexos ao longo do ciclo vital, sendo 6.067 do sexo masculino e 6.535 do sexo feminino. Da totalidade do número de utentes inscritos, 12.546 utentes possuíam médico de família (99,56%) e 55 utentes (0,44%) não possuíam. Apresenta um índice de dependência total de 55,85%, sendo 17,01 % jovens (< 15 anos) e de 38,75% idosos (≥65 anos) (figura 1) (Portugal, 2023b).

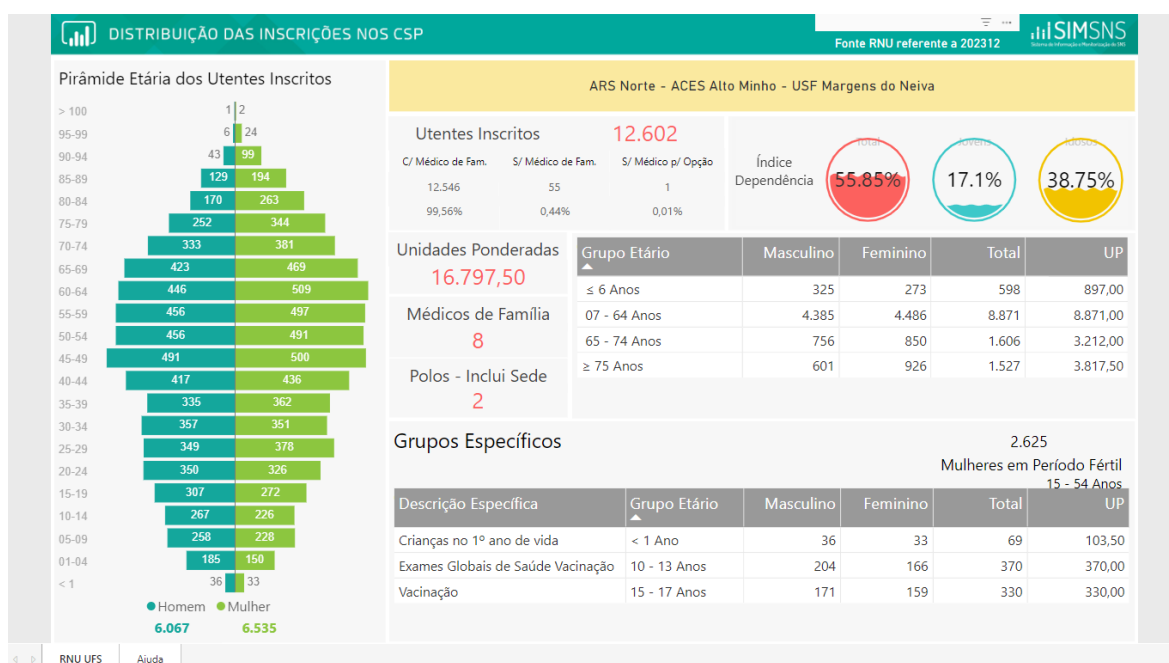


Figura 3: BI-CSP da USF (Portugal, 2023b)

2.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa do planeamento em saúde é a elaboração do diagnóstico de situação, sendo que as etapas seguintes dependem da sua qualidade. Neste sentido, e no âmbito da realização do ENP, que tem como grande objetivo: desenvolver competências na área da intervenção do enfermeiro especialista em saúde familiar, determina 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, mas sim dinâmico, flexível e que vai exigindo a monitorização e avaliação do implementado.

A realização de um diagnóstico requer um fundamento e conhecimento científico para uma intervenção eficaz na área da saúde. De fato diagnosticar, implica identificar as alterações que constituem uma problemática específica para a qual se planeia intervir. Esta fase do projeto, inicia

a primeira etapa da metodologia de projeto e visa a “elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ferrito, 2010, p.10).

Efetivamente, identificar necessidades requer uma compreensão e um conhecimento aprofundado do contexto em questão, visando reunir informações sobre as atuais necessidades de saúde da população. Essas informações, uma vez identificadas, servirão como alvo para intervenções, permitindo, assim, uma abordagem mais objetiva e eficiente (Nunes, 2020). Integramos assim, a equipa de cuidados nos vários domínios de intervenção: prestação direta de cuidados, na qual procuramos desenvolver competências específicas, domínio da formação, gestão e investigação e ainda dar resposta às competências comuns preconizadas pela OE.

Partindo de todos estes pressupostos, durante o período inicial de estágio fomos averiguando e constatando através de entrevistas informais que aconteciam em vários momentos, durante a prestação direta de cuidados, necessidades em algumas áreas de intervenção.

Assim, optamos por recorrer à ferramenta análise Strengths (pontos fortes), Weaknesses (pontos fracos), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças) (SWOT) que permite realizar o diagnóstico estratégico da instituição e, como tal, a definição de objetivos e estratégias futuras.

De seguida apresentamos o quadro 1 com a análise SWOT

Interno	Forças	Fraquezas
	Existência de equipa com formação específica na promoção da alimentação saudável (AS) Existência de uma equipa diferenciada na prestação de cuidados especializados Articulação com as escolas e a comunidade em geral	Défice de articulação com a comunidade e com a comunidade escolar
Externo	Oportunidades	Ameaças
	Existência de uma articulação efetiva com a família e com a comunidade escolar	Dificuldade de recursos humanos Dificuldade financeira

Quadro 1 - Análise SWOT

Assim, emergiu como necessidade prioritária investigar acerca da alimentação infantil, nomeadamente a influência das práticas dos pais na SA das crianças, promover formação e organizar a divulgação de evidências científicas.

Após revisão da literatura, constatamos entre diversos estudos, e conforme menciona no seu artigo Reis et al., (2021), que as práticas parentais estão correlacionadas com o comportamento alimentar das crianças. Assim, o conhecimento dos pais sobre a alimentação infantil é de suma importância no contexto da saúde das crianças, dada a influência central da família no desenvolvimento dos hábitos alimentares dos seus filhos, tal como menciona Costa et al., (2012). Conjuntamente Cunha et al. (2018), no seu estudo cita a necessidade de promover a educação alimentar infantil com o objetivo de promover uma consciencialização uniforme de todos os elementos envolvidos na alimentação das mesmas. Esta abordagem visa garantir efetivamente uma alimentação adequada e diversificada, contribuindo para a promoção da saúde e qualidade de vida.

Desta forma, perante o exposto nasce como tema de investigação: “Influência das práticas dos pais na SA das crianças em idade pré-escolar: Contributo do enfermeiro de saúde familiar.” Neste sentido, vamos levar a cabo este tema de investigação desenvolvendo paralelamente as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar que serão apresentas e descritas posteriormente no capítulo intitulado atividades e competências desenvolvidas no ENP.

3. DIMENSÃO INVESTIGATIVA EM SAÚDE FAMILIAR

No decorrer dos tempos, a investigação tem permitido desenvolver as diversas Ciências, enriquecendo-as como tal, e, contribuindo para a contínua evolução das sociedades. É uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes, associada à procura da verdade, rigor, isenção, persistência e humildade (Martins, 2008). Através de uma estratégia ou processo racional, analisa fenómenos na perspetiva de obter respostas a determinadas questões que se pretendem esclarecidas (Fortin, 2009).

Partindo destes pressupostos,

“a Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimentos, que apenas poderá ser assegurado pela Investigação. (...) Esta, é a forma de evoluirmos para uma efetiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência (PBE)” (Portugal, 2006, pp.1,2).

Desta forma, a investigação e, nomeadamente a investigação em enfermagem, possibilita o desenvolvimento contínuo da profissão, a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes e, possibilita ainda, à enfermagem alicerçar-se e consolidar-se ao nível do saber e da ciência, permitindo-lhe demonstrar aos demais os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, o que dá um forte contributo para a sua visibilidade social (Martins, 2008).

Collière (2000) declara que é através da investigação em enfermagem que novos caminhos são oferecidos à disciplina, na medida em que surge como um meio para o reconhecimento dos serviços que são prestados ao utente, bem como, para identificar os fatores que os facilitam ou os impedem (Fortin, 2009). Em consonância, reconhece que a investigação científica consiste num processo sistemático, que visa validar conhecimentos já adquiridos e produzir novos que, de forma direta ou indireta, influenciarão a prática. Para isso, exige-se aos profissionais uma atitude de carácter reflexivo e crítico, pois só equacionando aquilo que se faz, refletindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a enfermagem vai encontrar alternativas adequadas à resolução dos problemas com que se debate no quotidiano (Martins, 2008).

Desta forma, verifica-se que a OE assume, entre outras, a missão de promover a defesa da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, compreendendo que a Investigação em Enfermagem é o pilar fundamental, pois permite o desenvolvimento de uma PBE, melhora a qualidade dos cuidados e otimiza os resultados em saúde. Desta forma, revelou-se pertinente,

aquando do diagnóstico de situação em contexto de ENP, pesquisar a influência das práticas dos pais na SA das crianças em idade pré-escolar: Contributo do enfermeiro de saúde familiar.

De seguida, proceder-se-á à justificação da problemática, questão de investigação, objetivos, explanação dos conceitos centrais do estudo, bem como, a descrição do percurso metodológico.

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

A AS constitui um fator fundamental para o desenvolvimento integral e harmonioso de todas as pessoas, mas principalmente das crianças. É ao longo da infância que ocorre a descoberta e construção do paladar constituindo-se assim, uma fase essencial na criação e também adoção dos hábitos alimentares, pois constituirão as bases dos padrões alimentares que influenciarão as próximas fases da vida. Deste modo, a aquisição de hábitos alimentares está enraizada na primeira fase da vida, sendo transmitida ao longo das gerações pelas famílias e mantida por tradições. Assim, a adoção de hábitos alimentares inadequados dos filhos pode ser resultado da frequência com que os pais demonstram comportamentos alimentares não saudáveis (Brito et al. 2017).

Uma alimentação inadequada e desajustada pode levar a criança a sofrer de diversas doenças que, pelos riscos e repercussões inerentes, terá uma implicação na idade adulta. É por isso, imperativo intervir precocemente junto das crianças e famílias no sentido de capacitar e obter ganhos consideráveis em saúde.

As doenças resultantes de uma má alimentação constituem um problema complexo multifatorial, nas quais os fatores genéticos e biológicos, não são modificáveis. A intervenção deve incidir nos fatores comportamentais e ambientais, pois esses, podem ser controlados e alterados.

A ingestão alimentar/aporte nutricional, ambiente das refeições, influência parental na ingestão alimentar, adoção de hábitos saudáveis como prática de atividade física em detrimento do sedentarismo e padrão de sono, constituem fatores fundamentais a serem inseridos em contexto escolar, familiar e comunitários independentemente do estatuto socioeconómico ou até mesmo do grau de literacia (Bjornstad et al., 2014). Reconhecendo-se a problemática da alimentação infantil como uma área essencial para o desenvolvimento de pessoas saudáveis, exige ao enfermeiro, cuidados diferenciados e especializados. Salienta a OE no regulamento n.º

140/2019, referente às competências comuns do enfermeiro especialista na página 4744, em que “os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde”

No que toca à ESF, esta concentra-se nas necessidades e prioridades da família em todas as fases do seu ciclo de vida. Focada na família, encontra-se especialmente habilitada para capacitar as crianças e suas famílias, através da promoção da saúde.

Neste sentido, estando a investigadora a realizar ENP numa USF e, conforme defende o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este deve deter um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Defendendo que a abordagem do EF deve ser então ajustada às necessidades de cada pessoa,

Verificando através das evidências científicas, da nossa prática clínica nos CSP e do diagnóstico de situação realizado no ENP, que a área da SA nas crianças em idade pré-escolar é reconhecida como um problema que exige atenção dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro especialista, pela influência que os pais exercem na educação alimentar das crianças em idade pré-escolar colocamos a seguinte questão de investigação **“Qual a prática quotidiana dos pais na SA das crianças em idade pré-escolar?”** com o objetivo de conhecer a influência das práticas dos pais na SA das crianças em idade pré-escolar bem como o contributo do enfermeiro de saúde familiar, tendo em conta todo o seu ambiente familiar, escolar e social para agilizar o processo de intervenção.

Consideramos apropriado direcionar este estudo para a criança em idade pré-escolar, uma vez que o período dos 3 aos 5 anos representa uma fase crucial no desenvolvimento de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis que perduram ao longo dos anos. Durante essa fase, é mais propício adquirir comportamentos e hábitos de vida saudáveis, os quais têm um impacto positivo na saúde e na prevenção de doenças. Isso, facilita a continuidade desses hábitos ao longo da vida adulta. Durante os primeiros cinco anos de vida, ocorre um notável crescimento físico e social, durante o qual são estabelecidos padrões alimentares que influenciarão os hábitos de consumo no futuro. Durante os 3 e 5 anos de idade, a criança está numa fase de desenvolvimento, aumentando sua autonomia e interação social. Nesse período, ela torna-se

especialmente recetiva à adoção de comportamentos que influenciam seus hábitos alimentares (Rego et al., 2010).

Para uma compreensão mais detalhada, houve necessidade de definir os seguintes objetivos específicos:

- Identificar nos pais das crianças em idade pré-escolar o conceito de uma AS;
- Identificar as percepções dos pais relativamente a uma AS das crianças em idade pré escolar
- Identificar as práticas alimentares dos pais das crianças em idade pré-escolar;
- Identificar as práticas dos pais das crianças em idade pré escolar relativo à amamentação;
- Identificar as necessidades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promoverem uma AS;
- Identificar as dificuldades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promoverem uma AS;
- Identificar as percepções dos pais relativamente aos contributos do enfermeiro de saúde familiar na SA das crianças em idade pré-escolar;
- Identificar as sugestões dos pais das crianças em idade pré-escolar para aumentarem a literacia sobre a alimentação infantil.

3.2. CONCEITOS CENTRAIS DE ESTUDO

Neste subcapítulo vamos abordar os conceitos centrais que sustentam a investigação, através de uma revisão da literatura, refletindo sobre a SA na idade pré-escolar, com base nas várias evidências científicas dos autores.

3.2.1. A saúde alimentar da criança em idade pré-escolar - Conceptualização

Na idade pré-escolar a criança ainda se apresenta dependente do adulto, atravessando por uma influência no tipo de experiências que são dadas a viver e na estruturação dos ambientes em que a mesma convive. É também nesta fase, que a criança se encontra vinculada em diferentes contextos que lhe possibilitam a aquisição de novas competências e aprendizagens, 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).

Alguns dos objetivos da SA das crianças na idade pré-escolar, passam pela correção dos hábitos alimentares, o estabelecimento de hábitos de atividade física contínua e adequada, aquisição de conhecimentos que sustente atitudes positivas face a comportamentos saudáveis e de rejeição perante comportamentos impróprios. A consciencialização para hábitos e práticas alimentares saudáveis é de todo primordial, pois é necessário capacitar a pessoa para que possua recursos que lhe possibilitem efetuar escolhas saudáveis (Barros, 2003).

De modo a promover estes hábitos e práticas alimentares saudáveis e, consequentemente, diminuir os índices de obesidade ou outro tipo de patologias associadas ao comportamento alimentar na fase pré-escolar, considera-se importante que as pessoas tenham conhecimentos de alimentação e nutrição (Giugliani & Triches, 2005).

A alimentação é entendida como um processo biológico e cultural, que é traduzido pela escolha, preparação e consumo de um ou mais alimentos. É a partir da alimentação, que os seres vivos garantem a sobrevivência, a reprodução e o equilíbrio do próprio organismo. Sempre que os alimentos são ingeridos, absorvem-se nutrientes que satisfazem as necessidades das pessoas assim como o bem-estar emocional, psicológico e motor (Santos & Precioso, 2012 citado por Barracho, 2018). Igualmente, Breda & Nunes (2001) definem 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. Trata-se de um processo voluntário, determinado por fatores cognitivos, socioeconómicos, emocionais, psicológicos, afetivos e culturais” (p.14).

Também Loureiro (2004) afirma

“a alimentação é muito mais do que apenas nutrientes: tem um significado muito próprio para cada pessoa e grupo, constituindo um traço de identidade. (...) é uma das principais determinantes da saúde e traduz as condições de vida de cada um, o contexto em que se move, a cultura que perfilha. Sendo um traço de identidade, é também o reflexo das pressões sociais” (p. 43).

Todavia, o conceito de nutrição abrange o estudo dos elementos que compõe os alimentos e dos processos pelos quais o organismo digere, metaboliza, absorve e elimina os nutrientes

adquiridos por via da alimentação e que são necessários para um bom funcionamento do organismo no seu desenvolvimento, crescimento e manutenção de funções vitais (Portugal, 2021a). Assim sendo, é a partir deste conhecimento que é exequível definir, por um lado, o que são hábitos e escolhas alimentares saudáveis e, por outro, acautelar e prevenir para comportamentos que são ou podem tornar-se prejudiciais à saúde.

Todos sabemos, que para se viver com saúde, é necessário ingerir alimentos de diferentes tipos, em quantidade adequada. Estes alimentos fornecem substâncias ao organismo para que se mantenha vivo. Segundo Cabral et al., (2005) a alimentação entre muitas outras funções,

“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 (ex.: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipo de cancro, etc.) e contribui para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes” (p.5).

Segundo Breda & Nunes, (2001), a alimentação é um fator indispensável à vida, a pessoa quando se alimenta recebe determinadas substâncias que são constituintes dos alimentos que ingere e que são designados por nutrientes. Estes, estabelecem um papel muito importante no organismo de cada pessoa e podem classificar-se em hidratos de carbono, proteínas, gorduras, vitaminas, sais minerais, fibras alimentares e água. Sendo que, todos eles desempenham variadas funções essenciais ao crescimento e à vida. Estes sete grupos de nutrientes, desempenham no organismo humano três funções principais: função energética, função plástica ou reparadora e função reguladora. A função energética, é uma das principais funções dos alimentos, pois fornece energia ao organismo para o seu bom funcionamento e para a manutenção da vida, e, é através dos hidratos de carbono e das gorduras que a energia é fornecida ao organismo. A função Plástica ou Construtora, é atribuída aos nutrientes plásticos ou construtores que contribuem para a reconstituição das estruturas do corpo e para a formação dos tecidos que estão sujeitos a uma renovação constante, sendo principalmente as proteínas. Alguns sais minerais e a água necessária ao bom funcionamento das células têm também funções plásticas. A última função é a reguladora, pois as vitaminas, os minerais e as fibras alimentares são os nutrientes reguladores mais importantes. Apesar destes não fornecerem energia, promovem e facilitam quase todas as reações bioquímicas no organismo humano, pelo que sem a sua ação, a vida não seria possível, nem os outros nutrientes corretamente aproveitados. Desta forma, para fazer uma escolha adequada dos alimentos é

muito importante conhecer a sua composição, para além da função dos nutrientes, assim como, o consumo de alimentos deverá ser adequado às necessidades das crianças nesta fase e, deverá incluir os diversos nutrientes pertencentes aos grupos da Roda dos Alimentos, em porções equilibradas e variadas (Ogden, 2010). Segundo Portugal, (2023c) a Roda dos Alimentos, é um excelente guia de orientação quando se pretende planear uma dieta equilibrada, pois auxilia a selecionar e a combinar os alimentos que devem fazer parte da nossa alimentação diária. Concebida no âmbito da campanha de educação alimentar “Saber Comer é Saber Viver”, de 1977. No entanto, como o conhecimento científico tem vindo a evoluir, bem como, a alimentação portuguesa tem vindo a sofrer alterações a nível organizacional, surge a nova roda dos alimentos que apesar de manter o formato inicial, passa a ser composta por 7 grupos mais a representação da água no centro.

Importa salientar, que a água não possui um grupo específico, pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos. É essencial à vida, visto ser imprescindível ao nosso organismo para inúmeras funções, como o transporte e a absorção dos nutrientes, as reações que acontecem dentro do organismo, para o bom funcionamento do cérebro, dos intestinos e dos rins entre muitas outras. A água deve ser considerada a bebida de eleição, pelo que devemos bebê-la com frequência, sendo a recomendação de consumo de um litro e meio a três litros diários. Cada grupo integra 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 e os grupos que devem estar presentes em menor quantidade. 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 (Portugal, 2023c). Conforme a figura 1, 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, 2023c).

A Direção-Geral do Consumidor e a Associação Portuguesa dos Nutricionistas caracterizaram os sete grupos da Roda dos Alimentos da seguinte forma:

- **Grupo dos cereais, seus derivados e tubérculos**, é considerado como o maior grupo da nova Roda dos Alimentos e, em relação aos restantes grupos, os alimentos que o integram devem ser consumidos em maior quantidade. Neste grupo estão incluídos cereais (arroz, trigo, milho, centeio, aveia e cevada) e seus derivados (farinha, pão, massa e cereais), tubérculos (batata). Estes alimentos caracterizam-se por serem a principal fonte de hidratos de carbono e fornecedores de energia do organismo;
- **Grupo dos hortícolas**, este grupo inclui alimentos como hortaliças e legumes (raízes, bolbos e frutos). Os hortícolas são excelentes fornecedores de vitaminas, minerais e fibras indispensáveis a um crescimento e desenvolvimento saudáveis. O seu consumo deve ser o mais diversificado possível, de forma a obter um maior número de nutrientes;
- **Grupo da fruta**, neste faz parte os frutos, como, a maçã, a pera, o morango, a ameixa, os citrinos (limão e laranja), os frutos tropicais (manga e papaia), entre outros. Estes alimentos têm como principal propriedade fornecer vitaminas, minerais, fibra e água. É essencial variar o consumo de fruta, pois isso resulta numa maior diversidade de nutrientes. Em relação aos frutos secos e frutos gordos, estes não pertencem a este grupo pois têm características nutricionais diferentes;

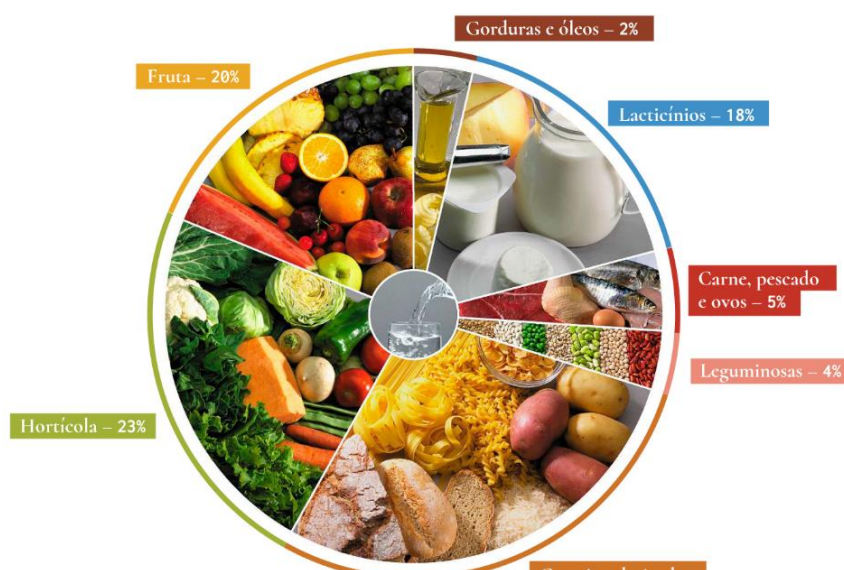


Figura 4 Roda dos alimentos (Portugal, 2023c).

- **Grupo dos laticínios**, este grupo inclui leite, iogurte e outros leites fermentados, queijos e requeijão. Fornecem proteínas de elevado valor biológico e também vitaminas e minerais, em particular, o cálcio que é um mineral essencial para os ossos e dentes durante a fase de crescimento da criança;
- **Grupo das carnes, pescado e ovos**, neste grupo estão incluídos as carnes, o pescado e os ovos. Todos estes alimentos fornecem proteínas de elevado valor biológico, vitaminas, alguns minerais e possuem uma quantidade de gordura variável, cuja qualidade é diferente entre os alimentos do grupo. Em relação ao pescado, o seu consumo é muito importante, uma vez que é considerado uma excelente fonte de ácidos gordos ómega 3. Pode, também, fornecer zinco, ferro, vitamina D e minerais fundamentais para o saudável crescimento da criança;
- **Grupo das leguminosas** inclui alimentos como as leguminosas frescas e secas. As leguminosas secas depois de serem demolhadas têm um valor nutricional semelhante ao das frescas. Este grupo de alimentos é muito rico em termos nutricionais, nomeadamente em vitaminas, fibras e alguns minerais, como o ferro e o cálcio. Inclusive são fornecedores de proteínas, o que faz com que possam complementar ou substituir a carne, pescado ou ovos numa refeição.
- **Grupo das gorduras e óleos** pertencem o azeite, os óleos comestíveis, a banha de porco, a nata, a manteiga e as margarinas/cremes de barrar. Este grupo é o mais pequeno da roda dos alimentos sendo que, os alimentos que o integram devem ser consumidos com moderação. Estes fornecem essencialmente lípidos/ gorduras e algumas vitaminas, ambas fundamentais ao bom funcionamento do organismo, mas se consumidos em excesso podem contribuir para um aumento de peso. Deve privilegiar-se o consumo de gorduras de origem vegetal, nomeadamente o azeite, pois possuem teores mais elevados de ácidos gordos insaturados, o que as torna mais saudáveis (Portugal, 2013).

Deste modo, a roda dos alimentos é um guia orientador pois transmite as orientações para uma alimentação diária saudável, visto que, auxilia na seleção dos alimentos que ingerimos de modo a que a alimentação seja **completa**, isto é, ingerir ao longo do dia alimentos de todos os grupos; seja **variada**, ou seja, comer alimentos diferentes dentro de cada grupo diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano e por fim e não menos importante **equilibrada**, o que implica que se respeitem as proporções do grupo e as porções diárias recomendadas na roda dos alimentos (Portugal, 2013).

Da mesma maneira Nunes & Breda (2001) referem que,

“a roda dos alimentos pretende ainda transmitir as seguintes mensagens: comer diariamente alimentos de todos os grupos na proporção em que se encontram representados; não falhar nem exagerar em nenhum deles e variar o mais possível de alimentos dentro de cada grupo” (p.38).

Mais recentemente, foi publicada a roda da alimentação mediterrânica (Franchini et al., 2016) que mantendo todos os alicerces da roda dos Alimentos (Almeida et al., 2006), evidencia e recupera os alimentos característicos da dieta mediterrânica. Relativamente a uma AS, 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).

Portugal tem uma tradição ligada à alimentação mediterrânica devido à sua localização geográfica. Esta, é considerada um dos padrões alimentares mais saudáveis e completos. Evidências 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 começam a adquirir padrões alimentares cada vez mais afastados deste tipo dieta mediterrânica, onde o tradicional cenário social e culinário começa a desaparecer, adquirindo novos hábitos assim como modificando o seu padrão de saúde (Breda & Nunes, 2001; Loureiro, 2004).

Conforme temos vindo a referir, a alimentação é um dos principais pilares da saúde de qualquer ser humano, esta deve merecer um cuidado especial e permanente, incluindo a educação para uma AS, que se deve iniciar desde a infância. Esta, deve englobar diariamente alimentos dos diferentes grupos que, por sua vez, devem ser consumidos com moderação e variedade, tendo em conta todas as necessidades de nutrientes essenciais, de forma a evitar excessos ou défices de nutrientes e manter o equilíbrio entre os diferentes grupos de alimentos. Nesta ótica, importa salientar a influência da alimentação na saúde das pessoas que, em primeira instância, é também influenciada pelos produtos que se podem obter do meio ambiente.

Para que exista uma AS no meio familiar, é necessário que os pais e todos os adultos com quem as crianças se relacionam, sirvam de modelos para uma AS, pois estas aprendem vendo, sendo o bom exemplo a melhor forma de ensinar bons hábitos (Cabral et al., 2005).

A maioria das recomendações nutricionais para as crianças em idade pré-escolar, resulta de valores intervalados de outros grupos etários, particularmente de lactentes e adultos.

A evidência demonstra que nesta faixa etária são necessários os mesmos nutrientes que as crianças de outras idades, sendo, porém, necessário um ajuste nas quantidades. Quando comparada com o primeiro ano de vida, a taxa de crescimento é consideravelmente menor ao longo da idade pré-escolar. Desta forma, são também menores, as necessidades nutricionais por cada quilo de peso. Por outro lado, visto que o peso corporal é superior ao do primeiro ano de vida, as necessidades nutricionais totais diárias têm obrigatoriamente de aumentar. Assim, será mantido um padrão de crescimento de acordo ao descrito para o segundo ano de vida, levando a criança a crescer e a desenvolver todos os seus órgãos e sistemas, nomeadamente o sistema músculo-esquelético, elevando as suas necessidades nutricionais particulares por cada quilo de peso, acima das de um adulto (Koletzko, 2008 & Ogata, 2017 citado por Portugal 2019).

Segundo Breda & Nunes (2001), à quantidade de alimentos que estas crianças devem ingerir diariamente, depende principalmente da idade, sexo e grau de atividade física desenvolvida nas atividades da vida diária da criança. Contudo, é necessário assegurar uma alimentação variada que integre os alimentos que lhe proporcionem os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento. A ingestão dos alimentos, deve distribuir-se ao longo do dia por cinco a seis refeições diárias com intervalos regulares. É importante, que as crianças compreendam desde cedo que se deve fazer várias refeições por dia.

O pequeno-almoço é uma das refeições mais importantes para a criança, nunca devendo ser esquecido, pois a criança poderá não conseguir concentrar-se na escola por falta de energia. “O leite, acompanhado de pão ou cereais, deve fazer parte desta refeição. A quantidade diária de leite recomendada ronda o 1/2 litro, podendo ser gordo ou meio-gordo” (Breda & Nunes, 2001, p. 44). Entre o pequeno-almoço e o almoço deve ser fornecida uma pequena refeição, a fim de evitar que a criança fique mais do que 3 horas sem comer. “Meia carcaça ou papo-seco, duas ou três bolachas sem creme ou uma peça de fruta são suficientes” (p. 44). As duas principais refeições do dia, almoço e jantar, devem iniciar-se

“com uma sopa de legumes da época. Os produtos hortícolas devem ser predominantes nas sopas e no prato. Em conjugação com a fruta, devem ser consumidos diariamente. Pão de mistura e cereais escuros podem ser fornecidos à vontade. Carne e peixe não precisam de ultrapassar os 50 g limpos a cada uma das duas principais refeições, os ovos podem chegar aos 3 por semana. Sal e açúcar, o mínimo possível. Água e sumos naturais

são as bebidas mais adequadas. A sobremesa deve ser constituída por fruta. Em dias especiais pode ser fornecida uma sobremesa doce” (Breda & Nunes, 2001, p. 44).

Entre o almoço e o jantar, deve ser oferecido um lanche, em que o leite ou seus derivados e o pão não devem faltar. Algumas crianças antes de ir para a cama, gostam de beber um copo de leite. Desta forma, são distribuídas as necessidades calóricas diárias, pelas várias refeições ao longo do dia, que podem variar entre 1300 calorias, para as crianças de três anos de idade, e 1700 calorias, para as crianças dos 6 anos (Breda & Nunes, 2001).

Deve salientar-se, que “ter hábitos alimentares não significa ter uma alimentação restritiva ou monótona. (...) Diferentes alimentos contribuem com diferentes nutrientes o que, potencialmente, enriquece o dia alimentar de cada pessoa” (Cabral et al., 2005, p. 4).

Assim sendo, torna-se importante referir alguns dos principais erros alimentares mais comuns ao longo da idade pré-escolar como refere Cordeiro (2014) no seu livro, entre os quais:

- Uma dieta desequilibrada, com poucos vegetais e frutos e excesso de proteína, o que pode originar excesso de calorias com indução de obesidade, porque as calorias a mais, mesmo que provenientes de proteínas ou de hidratos de carbono, acabam por se transformar em gordura, aumentando assim o número de células do tecido adiposo e o seu tamanho;
- Uma dieta pouco variada o que pode acarretar carência de determinados nutrientes, e tornar-se assim desinteressante e monótona a longo prazo;
- O excesso de consumo de açúcares, particularmente entre as refeições (caramelos, rebuçados, barras de chocolate e produtos semelhantes), assim como de guloseimas (gelados, batatas fritas, refrigerantes);
- Excesso de gorduras principalmente de gordura animal (leite gordo, queijos, manteiga, natas e outras gorduras derivadas da carne ou do leite) na elaboração dos menus. Não é necessário utilizar muita gordura para a refeição ficar saborosa.
- Excesso de consumo de sal, através da excessiva adição na confeção dos alimentos, assim como o consumo sobretudo de queijos, enchidos e outros produtos de charcutaria, bem como de batatas fritas e aperitivos;
- Pouca ingestão de cálcio, quando os lacticínios são reduzidos em prol dos refrigerantes, como também pouca ingestão de fibras, fazendo com que se agrave a obstipação e disfunção da absorção de certos alimentos;

- Pequeno-almoço demasiado ligeiro, bem como períodos prolongados de jejum, muitas vezes por imposição dos horários dos adultos;
- Embora seja um costume cada vez menos frequente, o hábito de colocar de mel na chupeta como forma de adormecer a criança, o que leva à destruição dos dentes da frente, com as consequências graves para a formação rápida de cárie.
- A ingestão cada vez mais reduzida de água, substituída por refrigerantes, coca-colas e outras bebidas com açúcar e corantes, as quais provocam, também uma diminuição no consumo do leite.

A AS das crianças em idade pré-escolar, ao mesmo tempo que integra um fator crucial para o bom 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 AS durante a infância é extremamente benéfica, pois, por um lado, favorece 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 (Rego et al., 2004, citado por Aparício, 2016).

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

Ter SA, é fundamental para o crescimento e desenvolvimento de qualquer criança (Bento et al., 2010), sobretudo em idade pré-escolar, pois é um dos fatores basilares para o normal crescimento, desenvolvimento e promoção da sua saúde, prevenindo, por outro lado, doenças associadas a uma alimentação desadequada, como a mais conhecida obesidade infantil (Portugal, 2013).

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

Vários estudos, demonstram, existir 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. É notório que estas crianças não possuem completo domínio sobre sua relação com os alimentos disponíveis em casa ou na escola. Estão sujeitos também à influência dos hábitos alimentares dos seus pais e família. Além disso, sofrem constante influência dos meios de comunicação social dos amigos, os quais, por muitas vezes, podem encaminhar o comportamento dos mesmos. Dessa forma, o ambiente social torna-se um fator significativo para favorecer ou evitar o desenvolvimento da obesidade (Ferreira et al., 2019). 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).

Neste contexto, e, de acordo com a OMS, a obesidade é considerada uma epidemia global do século XXI, sendo a segunda causa de morte mundial (Portugal, 2020a). Em Portugal, verifica-se um aumento alarmante da obesidade em todos os grupos etários, abarcando todos os níveis educacionais e socioeconómicos, 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 menores a 5 anos, a apresentarem excesso de peso. Desse modo, a OMS apresenta como meta até 2025 uma estabilização no aumento do excesso de peso entre as crianças.

A este aumento significativo da obesidade na infância, está associada a uma série de complicações de saúde graves e a um risco aumentado de início prematuro de doenças relacionadas (Portugal, 2020a). Isto é, 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 comorbilidades, 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).

Deste modo, 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).

Os estudos realizados até à data sustentam, que sem intervenção, crianças com obesidade eventualmente continuarão a ser obesas até a idade adulta (Portugal, 2020a). Nesse sentido, a aquisição das práticas alimentares saudáveis na infância é essencial na saúde das crianças e, posteriormente, na sua saúde enquanto adultos. A Direção Geral de Saúde (Portugal, 2005a), sustenta 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.”

São diversos os autores que afirmam que para promover a saúde das pessoas e prevenir a obesidade e consequentemente o aparecimento de doenças relacionadas com a alimentação, é necessária uma alteração dos comportamentos alimentares incentivando e promovendo, o desenvolvimento de hábitos de uma AS desde os primeiros anos de vida (Lalanne, et al., 2011; Melo & Tapadinhas, 2012; Ramos & Stein, 2000).

Alcançar um bom equilíbrio na alimentação das crianças é fundamental para a saúde das mesmas, inculcar bons hábitos saudáveis nos nossos filhos é essencial. O método Estivill: método para ensinar as crianças a comer, é um método simples e prático, com sólidas bases científicas que tem como objetivo não só que a criança coma, mas que aprenda a comer bem e de tudo. Neste método o fundamental é ter uma atitude positiva por parte dos pais, pois estes são impulsionadores de bons hábitos alimentares, incentivando e influenciando as crianças a comer um pouco de tudo e com moderação. Instrui os pais 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 elemento neste método é uma atitude positiva por parte dos pais, pois esta ajudará sempre a resolver situações difíceis. No entanto, para se poder ensinar a criança a comer é necessário, os pais preencherem certos requisitos básicos, tal como ser um

bom exemplo para a criança, facultar-lhe normas claras e concretas do que lhe pedimos que faça, assim como transmitir-lhe a todo o momento confiança e segurança, mostrando-lhe afeto durante todo o processo de aprendizagem. A motivação é uma das fases da aprendizagem para uma boa alimentação e que deve ser dada à criança quando esta apresenta um problema de alimentação. Contudo há uma questão importante que deve estar sempre presente, é não confundir comer pouco com comer mal. Há crianças que têm pouco apetite, e a insistência para que a criança ingira maior quantidade de alimentos é desnecessária, pois se uma criança tiver fome, não deixa de comer. Além da fome, a criança precisa de estímulos para comer com gosto (Estivill, E. & Domènech, M., 2008).

Face ao exposto, os pais e a família desempenham um papel meritório na aprendizagem do “saber comer,” na medida em que a família proporciona o principal ambiente onde os comportamentos saudáveis podem ser introduzidos, aceites e mantidos ao longo da vida (Araújo, 2012).

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

A família representa-se como um sistema social primário onde a criança se desenvolve, é cuidada e torna-se apta para o convívio social. Tem uma enorme influência no conceito individual de saúde e de doença, no sentido de autoestima e de competência pessoal (Lancaster & Stanhope, 2011). É uma das principais responsáveis pelo desenvolvimento, pela educação, pela afetividade, pelo bem-estar, pela proteção e segurança da criança. Detém um papel vital na formação de cada sujeito, consiste no elo entre o mundo e a sociedade (Dias e Moraes, 2012). Neste sentido, é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança pois é no seio da mesma que se iniciam as influências educativas que vão determinar todo o processo de socialização alimentar, uma vez que é no ambiente familiar que a criança conhece os alimentos, os seus sabores e desenvolve as suas preferências. (Araújo, 2012).

Segundo Dessen & Polonia (2007), 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.

Segundo a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, as crianças aprendem o comportamento social adequado observando e imitando pessoas de referência. Através da observação, imitação e replicação dos comportamentos dos seus modelos sociais sendo frequentemente as figuras paternas. Não será necessário experienciar uma ação para a aprender. Ao observar um comportamento de um modelo, a tendência será reproduzi-lo e tal não acontece exclusivamente com crianças, pois ao longo da vida, estamos constantemente a aprender através da observação.

Vários são os estudos onde os autores referem o funcionamento familiar como uma forte influência na alimentação das crianças, assim como a importância do meio ambiente no desenvolvimento humano e as figuras de referência na modelagem dos comportamentos.

Birch et al., (2007), no seu estudo, mencionam que os primeiros cinco anos correspondem a um período de rápido crescimento e mudança física, mas também de desenvolvimento de comportamentos alimentares que podem servir de base para futuros padrões alimentares. É nestes primeiros anos de vida que as crianças aprendem o que, quando e quanto comer com base na transmissão de crenças, atitudes e práticas culturais e familiares em torno da alimentação. Os pais e os cuidadores desempenham um papel vital na estruturação das primeiras experiências das crianças com os alimentos e com a alimentação.

“As experiências com os sabores dos alimentos começam muito cedo; o feto familiariza-se com os sabores da dieta materna durante a gravidez e o bebê amamentado experimenta os sabores da dieta materna no leite materno. Esta experiência precoce proporciona uma “ponte de sabor”, que pode promover a aceitação pelo bebê dos alimentos da dieta materna. À medida que as crianças fazem a transição para a dieta adulta modificada da sua cultura, as preferências alimentares das crianças e as suas dietas refletem os alimentos que estão disponíveis e que lhes são acessíveis; a modelagem e a familiaridade dos pais desempenham um papel importante no desenvolvimento de suas preferências alimentares” (Birch et al., 2007, p.11).

Assim, se desejarmos que as crianças aprendam a gostar e a comer alimentos saudáveis, como legumes, elas precisam de várias experiências precoces, positivas com esses alimentos, assim como de oportunidades para observar outras pessoas a consumi-los. Deste modo, os pais desempenham “um papel fundamental na determinação dos tipos de alimentos que se tornarão familiares aos seus filhos, desde os alimentos guardados rotineiramente no armário até aos

servidos regularmente à mesa da família e até mesmo aos consumidos fora de casa” (Birch et al., 2007, p.11).

Desta forma, além dos pais atuarem como poderosos agentes de socialização, servem também como modelos de alimentação que as crianças aprendem a imitar incentivando o desenvolvimento de padrões e comportamentos alimentares culturalmente adequados nas crianças (Birch et al., 2007)

Igualmente Moreira et al., (2008), no seu artigo realçam que além de fatores como a escola, a rede social, as condições socioeconômicas e culturais influenciam o processo de construção dos hábitos alimentares da criança, a família tem um papel determinante na formação dos hábitos alimentares saudáveis. Sugerem ainda que

“os pais desempenham um papel crucial no que diz respeito à compra e ao preparo dos alimentos, além do controle da qualidade dos alimentos ingeridos, já que as preferências alimentares das crianças são influenciadas pelas escolhas e pelos hábitos alimentares dos pais” (Moreira et al., 2008, p. 745).

Desta maneira, a orientação educacional deve ter como propósito além da transmissão de informação nutricional, a mudança de crenças relativas à alimentação e, principalmente, deverá ser orientada à família. Pois os pais têm um papel importante no processo da aprendizagem das preferências e dos hábitos alimentares, podendo instigar uma prática alimentar saudável para os seus filhos (Moreira et al., 2008).

Por conseguinte, ressalta-se o papel determinante da família na formação dos hábitos alimentares saudáveis, uma vez que a família é o primeiro contexto de socialização da criança sendo no ambiente familiar que se encontram os primeiros modelos e referências basilares para o seu desenvolvimento. Deste modo, o papel da família na alimentação e na educação alimentar é inquestionável (Breda & Nunes (2001).

A infância, é considerada uma fase essencial para a formação de hábitos alimentares e, a forma como a família interage com as suas crianças durante as refeições é fundamental para a formação desses mesmos hábitos. Essa interação nos primeiros anos de vida, pode influenciar positivamente ou negativamente na alimentação, uma vez que as práticas e hábitos alimentares são aprendidos a partir das vivências durante o nosso crescimento e desenvolvimento. É nesta etapa da vida, que é formada a personalidade e são estabelecidos padrões que serão a base do comportamento da criança na idade adulta (Barbosa et al., 2021).

A alimentação infantil é o resultado de vários fatores, nomeadamente a aprendizagem que é facultada às crianças, os hábitos incutidos pelos pais, as características pessoais de cada criança assim como a disponibilidade parental para a aquisição de alimentos (Martins, 2016).

Durante a idade pré-escolar, é fundamental proceder à seleção dos alimentos, valorizando a qualidade, a higiene e a variedade. Pois nesta fase as crianças conquistam hábitos relacionados com alimentação, também no que se refere à ingestão de doces e gorduras, verifica-se então a necessidade de privilegiar a ingestão em quantidades satisfatórias de hortícolas e frutas (Campos, 2017).

Os hábitos alimentares das crianças pré-escolares são condicionados, maioritariamente determinados pelos pais, embora as suas preferências influenciem, em parte, as escolhas feitas pelos pais, e aquilo que a criança de facto ingere, de entre o que lhe é oferecido aquando das refeições (Martins, 2016). Assim, “(...) para os mais pequenos são particularmente importantes as estratégias que incluem a exposição às comidas num contexto social positivo, tendo como modelos de referência pares e adultos, bem como a utilização apropriada de incentivos” (Loureiro, 2004, p. 44). Igualmente, Breda & Nunes (2001) referem “(...) que as crianças não estão dotadas de uma capacidade inata para escolher alimentos em função do seu valor nutricional, pelo contrário, os seus hábitos alimentares são aprendidos através da experiência, da observação e da educação” (p. 8). Também Viana (2002) refere que:

(...) uma AS não depende apenas do acesso a uma informação nutricional adequada. A seleção de alimentos tem a ver com as preferências desenvolvidas, relacionadas com o prazer associado ao sabor dos alimentos, as atitudes aprendidas desde muito cedo na família, e a outros fatores psicológicos e sociais (p. 611).

É na infância que os hábitos alimentares se formam, sendo importante o conhecimento dos seus determinantes para que seja possível propor processos mais efetivos de uma alimentação mais saudável junto das crianças (Ramos & Stein, 2000). Desta forma, é importante assegurar uma alimentação variada que integre os alimentos que lhe proporcionem os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento.

Sendo a alimentação uma das principais determinantes da saúde de qualquer pessoa, esta deve merecer um cuidado especial e permanente, incluindo a educação para uma AS, que se deve iniciar desde muito cedo. Neste sentido, importa salientar a influência da alimentação na saúde das pessoas que, em primeira instância, é também influenciada pelos pais. Segundo Costa et al. (2012) em seu estudo referem que durante a infância a família tem grande responsabilidade,

não só na oferta do alimento, mas também na formação do comportamento alimentar da criança, cabendo aos pais o papel de primeiros educadores nutricionais.

Também para Rego et al. (2004) citado por Aparício (2016), menciona que é essencialmente na idade pediátrica que as famílias têm uma maior influência no impacto na saúde global das suas crianças, uma vez que pertencem ao seu primeiro ambiente de aprendizagem, e nas questões alimentares não é exceção. Os pais constituem os modelos e influenciam o comportamento alimentar das crianças.

Assim sendo, a SA e um desenvolvimento desejável na idade pré-escolar estão associados à influência de diversos comportamentos e estilos de vida, que podem ser ensinados e modificados. A família tem um papel primordial na promoção da SA, pois ela é a principal prestadora de cuidados à criança, sendo responsável pela saúde e bem-estar da mesma. 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. 2008, p.10).

3.2.3. Intervenção do enfermeiro de saúde familiar como educador para a saúde alimentar

As metas definidas pela Organização Mundial da Saúde para todos no Século XXI, trouxe início a um conjunto de novos desafios para os enfermeiros, em particular aos enfermeiros dos CSP, pela sua contribuição na promoção da saúde familiar e pelo seu papel preponderante junto das famílias. A ideia de uma ESF centrada no trabalho com a família, como uma unidade de cuidados, é um propósito já antigo, mas em 2000, na segunda Conferência Ministerial da Enfermagem da OMS, com a aprovação da Declaração de Munique, ganhou um novo impulso, reforçando o contributo do enfermeiro na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar, favorecendo um modelo de cuidados de proximidade (Portugal, 2014).

De acordo com o perfil das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar (EEECAESF), 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”, assim como “lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da ESF” (Regulamento nº428/2018, 2018, p. 19355). Assim, o enfermeiro deve estabelecer uma relação com a família de modo a promover

comportamentos de procura de saúde e prevenção da doença numa perspetiva de agente facilitador e promotor de hábitos de vida saudáveis. O contacto privilegiado que os enfermeiros de família têm com a criança/família permite avaliar o ambiente em que a criança se desenvolve, perceber qual a influência da família nos seus estilos de vida, e assim conseguir desenvolver, em conjunto com a família e restante equipa multidisciplinar, ações destinadas a capacitação da família no problema de saúde da criança.

Nesta perspetiva, e, focando a família como uma importante unidade de estudo, sendo caracterizada pelas relações entre os seus elementos, dentro da sua organização, estrutura e funcionalidade específicas, compreendida como um conjunto de pessoas interligadas (Figueiredo, 2009), a enfermagem de família deve basear-se numa filosofia de parceria entre o enfermeiro e a família, como defendem Figueiredo e Martins (2009), salvaguardando estratégias e intervenções de enfermagem centradas na família e direcionadas, maioritariamente, para a promoção de hábitos de vida saudáveis, como na adoção de uma alimentação equilibrada e na prevenção de complicações como o excesso de peso.

Assim, o EF assume um papel primordial na avaliação e monitorização do estado nutricional infantil, uma vez que acompanha a criança desde o nascimento até à idade adulta, detetando precocemente eventuais comportamentos de risco. A interação que os enfermeiros estabelecem com os pais/criança nas visitas domiciliárias, nas consultas de vigilância de saúde infantil, na vacinação, entre outros, oferece uma excelente oportunidade para dar aos pais a melhor informação e recomendações necessárias para que saibam identificar os comportamentos que colocam a criança em risco e, desta forma, poderem agir em conformidade (Lourenço, 2015).

Associada a esta anamnese da criança, está a EPS, orientada para o autocuidado alimentar, quando o EF incentiva para a importância do estabelecimento de regras no horário das refeições familiares bem como para a importância do momento da refeição e da preparação da mesma como sendo um espaço de família, e em contacto próximo entre todos os membros da família, incluindo a criança. A relação e a comunicação que o enfermeiro estabelece com os pais da criança, no local privilegiado de consulta, é fundamental para a capacitação da família e um contributo para o aumento da sua literacia em saúde, nomeadamente a literacia alimentar. Segundo Lourenço (2015), o momento da consulta de enfermagem e a comunicação aí estabelecida, constitui uma oportunidade única, incentivando a eventuais mudanças de estilo de vida.

No âmbito da problemática da SA na infância, a intervenção dos enfermeiros de saúde familiar para com as famílias dessas crianças, passa pela transmissão de informação nutricional, pela EPS, aliados à implementação de estratégias e intervenções direcionadas para os grupos familiares, instituições e organizações, nomeadamente as escolas, os locais de acesso a alimentos, os próprios meios de comunicação social e a publicidade (Leiras, 2015).

A EPS é um componente essencial para o empoderamento das pessoas em relação à sua saúde e para a promoção de comunidades mais saudáveis. Segundo Bennett (2002), a EPS consiste numa ação planeada que tem como propósito máximo dotar as pessoas de saberes e capacidades de forma a promoverem comportamentos saudáveis.

Na carta de Ottawa, a promoção da saúde é definida como, um processo que visa aumentar a capacitação das pessoas e das comunidades para obter melhorias na sua saúde, ou seja, considera a promoção da saúde como um processo que deve capacitar as pessoas para controlarem a sua saúde de modo, a que sejam capazes de atingir um estado de bem-estar físico, mental e social completo, adaptando-se ao meio. Pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde (EPS) e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável (Portugal, 1986).

A educação para a saúde alimentar (EPSA) é um processo contínuo que visa capacitar as famílias a adotarem comportamentos alimentares saudáveis, esta deverá ser iniciada o mais precocemente possível, de forma a capacitar a criança e dotá-la de ferramentas que lhe permitam fazer escolhas saudáveis ao longo da vida. Ao adotar uma abordagem de promoção da SA, a família pode trabalhar para criar condições que lhes possibilitem alcançarem o seu melhor estado de saúde possível de forma a melhorar a sua qualidade de vida a longo prazo. O EF tem um papel determinante na educação alimentar das crianças e da sua família, este atua como educador e facilitador de prática preventivas, de modo a promover o mais elevado estado de saúde possível e contribuir para mais saúde, mais literacia, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos com o bem-estar e a qualidade de vida das crianças e suas famílias.

Se ao EF compete a função de reforçar e capacitar a família de modo a promover o seu desenvolvimento, é de a responsabilidade dos pais fazer as melhores escolhas para que sirvam de bom exemplo para os seus filhos. Assim, é na permanente capacitação e envolvimento da criança/família que a construção do conhecimento, a mudança de

comportamentos e a adoção de atitudes promotoras de saúde pode ser uma realidade (Pinto, 2017).

Deste modo e não sendo os enfermeiros responsáveis por um conjunto significativo de mudanças que a família vivencia ao longo do seu ciclo vital, podem tornar-se parceiros e atores dessas mudanças, proporcionando conhecimentos e recursos para que ocorram transições mais positivas sob o ponto de vista de quem as vivencia. Assim, o EF deve sustentar a sua intervenção em programas ajustados à realidade de cada família, integrando a visão global da mesma. A abordagem do EF deve ser então ajustada às necessidades de cada criança, tendo em conta todo o seu ambiente familiar, escolar e social e ser apoiada, quando necessário, por outros profissionais de saúde, sendo primordial o trabalho em equipa multidisciplinar, para agilizar o processo de intervenção (Sousa, 2021).

Remetendo à problemática em estudo, e sendo a SA da criança um pilar primordial para o bom crescimento e desenvolvimento harmonioso da criança, torna-se um verdadeiro campo de intervenção no âmbito da especialidade em saúde familiar, pelos riscos e pelas repercussões que continuará a implicar na idade adulta. Torna-se necessária a intervenção precoce junto das famílias, com vista à sua capacitação e obtenção de ganhos em saúde, promovendo o aumento dos níveis de literacia das famílias, apoiando-os e capacitando-os para o desempenho do papel. Face ao exposto, torna-se pertinente o investimento numa intervenção precoce, de forma a minimizar e prevenir o aparecimento de doenças crónicas na infância que perduram até a idade adulta.

3.3. PERCURSO METODOLÓGICO

Após a apresentação do tema de investigação, prosseguimos com a fase metodológica que tal como refere Fortin, consiste numa fase fundamental no processo de investigação, uma vez que o investigador determina os métodos que vai utilizar, no sentido de obter resposta às questões de investigação. Inclui a seleção do desenho mais adequado para o problema de investigação, a identificação e seleção dos participantes por meio da definição da população e da amostra, e a elaboração e desenvolvimento de instrumentos de medida fiéis e válidos a fim de garantir a credibilidade dos resultados (Fortin, 2009).

3.3.1. Metodologia e tipo de estudo

Face à questão de investigação e aos objetivos delineados, este estudo insere-se no paradigma qualitativo, exploratório e descritivo. Segue uma abordagem do tipo descritivo pois pretende conhecer e interpretar os factos sem interferir nos mesmos. Além disso, possui um carácter exploratório, pois visa, também, proporcionar maior familiaridade com o problema, através da descoberta e explicitação de realidades, com recurso a entrevistas com pessoas que vivenciam a situação em análise. Este tipo de estudo visa explorar e descrever as experiências pessoais, na ótica de quem os vivência (Fortin, 2009). Assim sendo, com este estudo pretendemos conhecer a prática quotidiana dos pais na SA das crianças em idade pré-escolar.

O método de investigação qualitativa procura desenvolver conhecimento a partir de uma perspetiva naturalista ou construtivista, de modo a ressaltar o sentido ou compreender a realidade experimentada pelas pessoas dentro de um determinado fenómeno. Ele tende a enfatizar o sentido ou a compreensão completa desse fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

Fortin (2009) declara que a investigação qualitativa “têm como objetivos principais 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 uma significação a esta mesma experiência” (p. 290).

3.3.2. Participantes do estudo

O desenvolvimento de um trabalho de investigação requer a definição da população ou universo que se pretende estudar. Segundo Fortin (2009), a população a estudar, também designada por população alvo, consiste num grupo de pessoas ou de elementos com características comuns. É o conjunto das pessoas que satisfaz os critérios de seleção definidos previamente e que permite fazer generalizações. Os participantes serão elementos da população que se encontrem facilmente acessíveis no local da pesquisa e que sejam capazes de testemunhar sobre sua experiência e descrever o que é relevante para o estudo. Isso pressupõe que tenham motivação para participar e capacidade para se expressar (Fortin, 2009).

Neste estudo e focados na problemática, questão e objetivos anteriormente enumerados, consideramos como população em estudo todos os pais de crianças em idade pré-escolar que frequentam a USF do Alto Minho.

Na pesquisa qualitativa a determinação do número de participantes, isto é, o tamanho da amostra não se faz através de avaliações estatísticas como acontece na pesquisa quantitativa, mas sim, através de ações que permitem alcançar o objetivo do estudo, pois apoia-se frequentemente no princípio da saturação dos dados para determinar o número dos participantes, que acontece quando os temas e as categorias se tornam repetitivas e não fornecem novas informações. Quando isso ocorre, o estudo atingiu sua capacidade máxima de absorção de dados relevantes, e a colheita de dados pode ser encerrada. Essa abordagem garante que a qualidade dos dados seja priorizada sobre a quantidade de participantes, permitindo uma compreensão mais profunda e rica do fenômeno em estudo (Fortin, 2009).

Atendendo a estes pressupostos, a seleção dos participantes em estudo, seguiu uma metodologia não probabilística por conveniência, com uma amostragem por seleção racional, onde há “uma escolha de sujeitos apresentando características típicas” (Fortin, 2009, p. 210), ou seja, pais de crianças em idade pré-escolar.

Definimos como critérios de inclusão, os pais de crianças em idade pré-escolar a frequentar as consultas de vigilância de saúde na USF do Alto Minho e que aceitaram participar no estudo, assinando o consentimento informado livre e esclarecido. Estes critérios de inclusão foram definidos 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 USF 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 todos estes critérios, constituíram-se como participantes do estudo, os pais de crianças em idade pré-escolar da USF, Alto Minho que, após terem sido contactados se mostraram disponíveis a colaborar no estudo e que pertencem à lista do EF que é Mestre e Especialista em Saúde Comunitária e coorientador deste projeto.

Assim no presente estudo, participaram 10 famílias de crianças em idade pré-escolar. Estas resultaram, a partir do momento em que não surgiu informação relevante para o estudo, não contribuindo com dados adicionais indicando saturação de dados.

Desta forma com propósito de melhor conhecer os participantes do estudo, foram recolhidos e analisados os dados sociodemográficos das famílias, bem como, alguns dados referentes à criança. Para facilitar a interpretação dos resultados, esses dados foram tratados estatisticamente e apresentados através de gráficos com a respetiva análise descritiva.

Quanto à composição dos participantes do estudo, observamos que os 10 participantes são do sexo feminino, sendo que todas eram mães das crianças, representando 100% da população como mostra o gráfico 1 e 2.

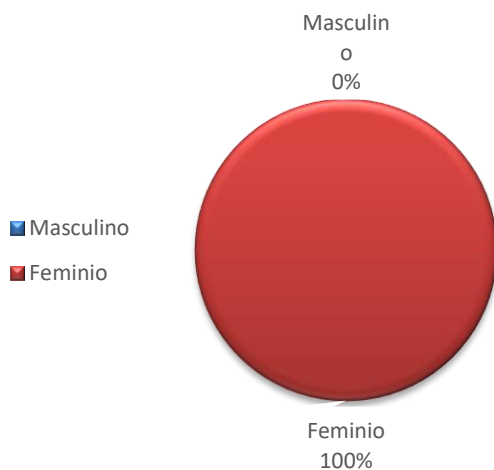


Gráfico 1 Sexo dos participantes

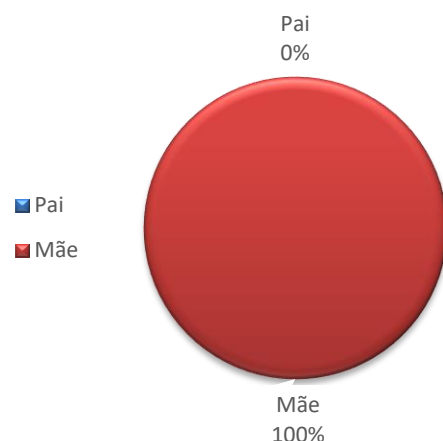


Gráfico 2 Grau de parentesco dos participantes

Ao examinarmos o gráfico número 3, podemos observar a distribuição por faixas etárias. A idade dos participantes varia entre os 31 e os 47 anos, sendo a média de 39 anos com desvio padrão de 4,8. Para o efeito, foram criadas quatro categorias: 31-35 anos; 36-40 anos; 41-45 anos; 46-50 anos. Concluimos assim, que a maior porção, 4 inquiridas (40%), pertence ao conjunto de mães cujas idades se encontram entre 36 e 40 anos, seguindo-se a faixa etária entre os 31 e 35 anos, representando 30% da população. Os últimos escalões etários representam 30% da população, sendo que 20% se encontram inseridos entre os 41 e os 45 anos, sobrando apenas 10% para a faixa etária compreendida entre os 46 e os 50 anos.

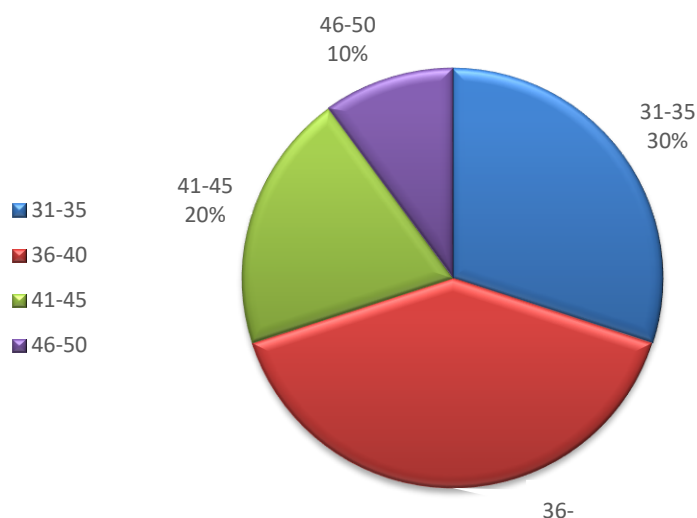


Gráfico 1- Faixa etária dos participantes no estudo

No que refere às habilitações literárias, observamos que três pessoas são possuidoras de ensino secundário, correspondendo a 30 %, o mesmo para as licenciadas, sendo que as restantes quatro possuem o ensino básico, duas com 3º ciclo e outras duas com o 2º ciclo (gráfico 4).

Habilitações literárias

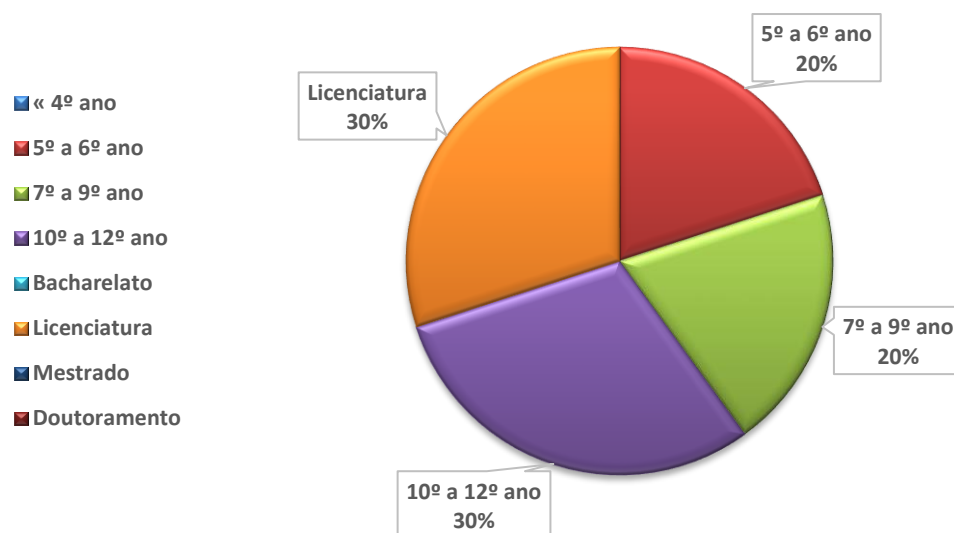


Gráfico 2 Habilitações literárias dos participantes

No que concerne às profissões, verificamos uma grande variedade, no entanto, verifica-se uma predominância na área do têxtil, visto existirem duas costureiras, uma brunideira e uma operária

fabril correspondendo a 40 % da população. O gráfico 5 abaixo apresentado revela que nove dos entrevistados estão empregados e um (10 %) em situação de desemprego.

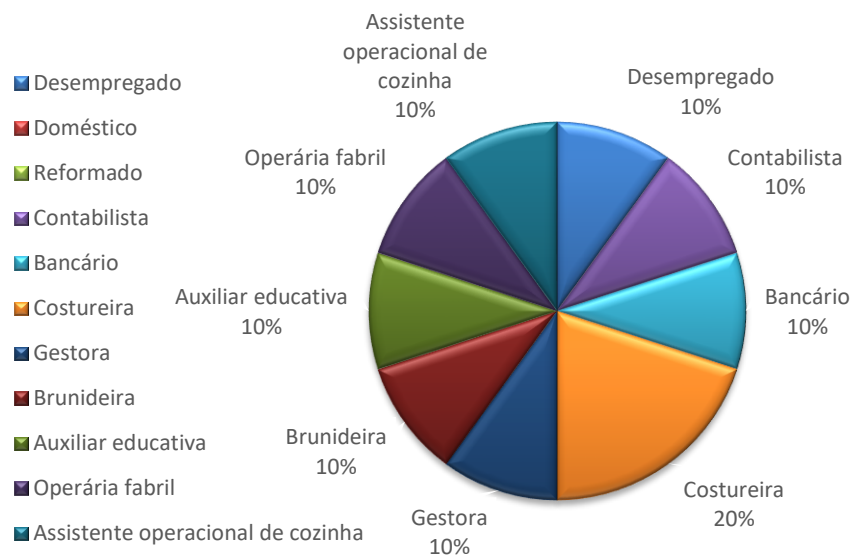


Gráfico 3 Profissão dos participantes

Relativamente ao local de residência, foram criadas três categorias, aldeia, vila e cidade. Através da análise do gráfico 6, verificamos que metade reside na aldeia, quatro na vila e apenas uma referiu viver na cidade.

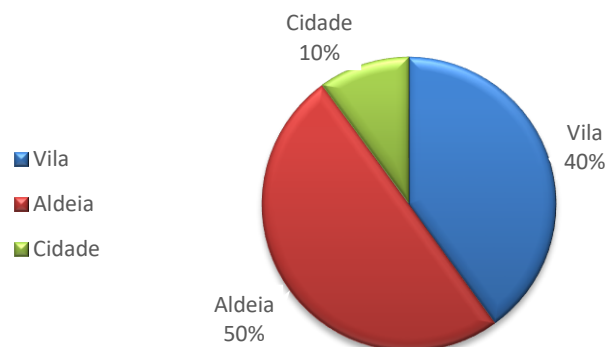


Gráfico 4 Local de residência dos participantes

Em termos de estado civil, embora fossem criadas 4 categorias, concluímos que todas são casadas/união de fato correspondendo por isso a 100 % da população (Gráfico 7).

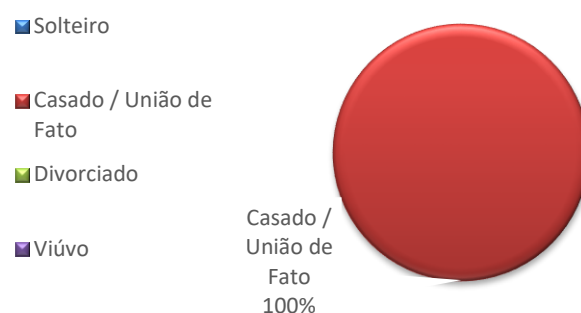


Gráfico 5 - Estado civil dos participantes

Relativamente à idade média das crianças, esta situa-se nos 4,3 anos sendo que seis crianças têm 5 anos, três crianças com 3 anos, uma com 4 anos como apresenta o gráfico 8.

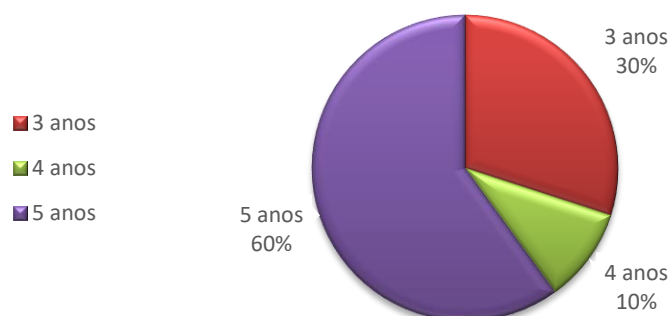


Gráfico 6 Idade das crianças

Quanto ao número de filhos da população inquirida, verificamos que oito são mães de 2 filhos, sendo que uma é mãe de apenas um filho e a última mãe de três filhos (Gráfico 9).

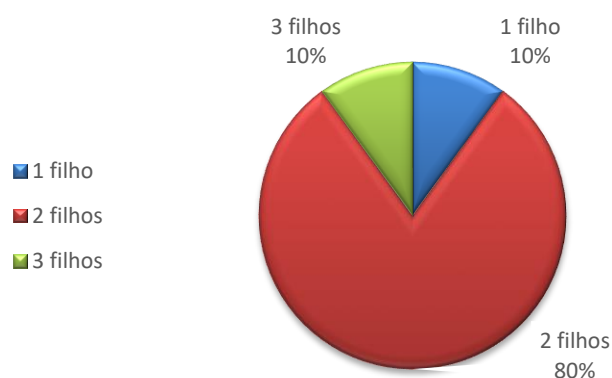


Gráfico 7 Número de filhos dos participantes

3.3.3. Instrumento de recolha de dados

Na elaboração de um trabalho de investigação, torna-se fundamental aplicar um instrumento de recolha de dados segundo um plano pré-estabelecido e que vá ao encontro dos objetivos do estudo, inicialmente delineados (Fortin, 2009). Após a definição da problemática e dos participantes a investigar, torna-se necessário decidir qual o método de recolha de informação mais apropriado. 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). A entrevista trata-se de “um modo de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece informação. (...) sobretudo utilizada nos estudos exploratórios (...)” (Fortin, 2009, p. 375).

A entrevista semiestruturada é utilizada quando o investigador pretende explorar o significado que é dado a determinado fenómeno vivido pelo participante. É definida uma lista de temas a abordar, que são apresentados numa determinada ordem ao entrevistado. Este por sua vez, tem oportunidade de exprimir seus sentimentos e opiniões acerca do tema (Fortin, 2009).

Sabemos que na entrevista semiestruturada, os participantes podem responder de forma livre e espontânea ao que viveu, sentiu e pensou sobre algo. Para tal, é fundamental que o entrevistador consiga utilizar estratégias que criem um clima de motivação nos participantes, utilizando técnicas de comunicação verbal e não-verbal apelativas/convidativas, num ambiente confortável, de modo a que se sintam à vontade para responder sobre os temas abordados (Fortin, 2009)

Para este estudo, foi elaborado um “guião de entrevista”, validado pela orientadora do presente relatório e realizado um pré-teste aplicado a uma família (pais) de uma criança em idade pré-escolar. A implementação do pré-teste é uma forma de validar a eficácia da entrevista e corrigir eventuais lacunas (Fortin, 2009). Neste “guião de entrevista” não foram verificadas dificuldades na interpretação das perguntas nem na elaboração das respostas. Como as perguntas davam respostas aos objetivos do estudo de forma satisfatória, não foram necessários ajustes, mantendo-se a versão inicial do guião.

O “guião da entrevista” (Apêndice I) é composto por duas partes. Na primeira parte estão incluídas 9 perguntas fechadas para caracterização dos participantes relativamente com dados sociodemográficos. Na segunda parte do guião foi utilizado a entrevista semiestruturada com 12 perguntas abertas com base nos objetivos propostos, que têm “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 aos pais das crianças decorreram durante os meses de dezembro de 2023 e janeiro de 2024. Estas foram realizadas através de marcação prévia pelo enfermeiro da USF considerando a disponibilidade dos participantes e realizadas na mesma unidade de saúde. No momento da entrevista foi explicado o teor do estudo em vigor, garantida a confidencialidade da informação prestada e solicitada assinatura do Consentimento informado, livre e esclarecido, (Apêndice II).

Durante a entrevista, os participantes foram convidados a expressar de forma espontânea e livre os seus pensamentos, emoções/sentimentos, assegurando-lhes o sigilo e dizendo-lhe que podiam interromper a sua colaboração em qualquer momento da entrevista, sem qualquer prejuízo ou penalização.

As respostas das entrevistas foram verbais e gravadas em formato áudio, mediante autorização prévia do participante, um recurso que garantirá o registo de toda a informação enunciada.

Após a realização das entrevistas, procedeu-se à transcrição na íntegra dos conteúdos expressos, levando em consideração pausas, expressões de sentimentos como risos. Essa transcrição foi feita com a maior brevidade possível para garantir o registo de todos os comportamentos não-verbais. Tais comportamentos incluem atitudes, expressões faciais, expressões corporais, choro, risos, entre outros, que não podem ser capturados em áudio, mas são aspetos importantes para os resultados do estudo. Em suma, os dados recolhidos correspondem às narrativas das diferentes entrevistas que serão posteriormente objeto de tratamento e análise.

3.3.4. Procedimento e tratamento da informação

Após finalizada a colheita de dados, torna-se crucial abordar e compreender o processo de tratamento dos dados, bem como os métodos de análise utilizados neste estudo de investigação.

O processo de tratamento de dados refere-se à abordagem utilizada para organizar as informações obtidas para posterior análise. Na pesquisa qualitativa, os dados consistem principalmente em palavras, e, de acordo com Fortin (2009), a colheita e análise ocorrem simultaneamente, o que significa que a análise dos dados começa desde o momento da primeira

colheita. À medida que as entrevistas são conduzidas, o entrevistador examina os dados, organiza-os e procura compreender seu significado. Conforme os objetivos da pesquisa, durante a entrevista, pode ser necessário explorar novas questões com o participante, pedindo-lhe para fornecer respostas mais específicas ou realinhando-as com os objetivos do estudo.

As entrevistas semiestruturadas precisam ser gravadas, transcritas e, em seguida, submetidas à análise de dados. A análise de conteúdo é crucial para essa etapa (Fortin, 2009; Bardin, 2016).

Bardin (2016) afirma 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” (p. 42). Tem como objetivo organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados da pesquisa, de modo a se conseguir obter respostas adequadas às questões de investigação.

Neste contexto, destacam-se as palavras que representam as informações fornecidas pelo entrevistado, passando por um processo de codificação, sendo a análise categórica temática uma das abordagens utilizadas, como descrita por Bardin (2016).

Conforme mencionado por Bardin (2016), a análise de conteúdo é composta por três fases distintas, as quais estão organizadas cronologicamente da seguinte maneira: pré-análise; exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Dessa forma, a análise de conteúdo das entrevistas conduzidas seguiu as diretrizes estabelecidas por Bardin (2016).

Da análise de conteúdo das transcrições das entrevistas, surgiram temas, categorias e subcategorias, revelando a prática quotidiana dos pais na SA das crianças em idade pré-escolar (Apêndice III).

3.3.5. Considerações éticas

Em qualquer trabalho de investigação que envolva seres humanos é essencial adotar rigorosas preocupações éticas e morais. Isso inclui garantir os direitos e a liberdade dos participantes no estudo, proteção de dados pessoais, assegurar a confidencialidade das informações fornecidas e preservar o anonimato dos participantes. Essas medidas são fundamentais para promover a integridade da pesquisa e o bem-estar dos participantes.

Segundo Fortin (2009), a investigação impõe desafios éticos complexos que exigirão do investigador responsabilidade, de forma a garantir o respeito pela proteção dos direitos de cada um dos intervenientes. Desta forma, durante a realização deste estudo serão considerados os seguintes princípios éticos e deontológicos:

- princípio da não maleficência, garantindo não terão qualquer prejuízo com a investigação, podendo desistir em qualquer momento do estudo;
- princípio da autonomia, na medida em que as crianças e os seus progenitores participarão voluntariamente, sendo previamente e devidamente informados;
- princípio da beneficência e justiça, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados dos participantes, tratando-os com respeito e dignidade.

Para a execução da presente investigação 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 da ULSAM, o qual obteve um parecer favorável (Anexo II). Nestes documentos, as assinaturas encontram-se opacificadas para proteção do anonimato.

Antes de iniciar cada entrevista, os participantes receberam uma explicação completa sobre os objetivos, benefícios e natureza da pesquisa. Foi reiterado o compromisso com o sigilo e o anonimato dos dados recolhidos durante a entrevista. Além disso, foi explicada a necessidade de gravação de áudio, tendo sido solicitado a sua autorização, garantindo assim total anonimato e confidencialidade, com a garantia de que as gravações seriam destruídas após a transcrição. Após concordarem em participar de forma esclarecida e voluntária, foi solicitada a assinatura do Consentimento Informado, conforme estipulado pela Declaração de Helsinque e a Convenção de Oviedo. Essas medidas éticas foram adotadas para proteger os participantes e assegurar a integridade e ética da pesquisa.

Foi garantido o anonimato, a confidencialidade e a privacidade por meio da codificação das entrevistas. Com este intuito, as 10 entrevistas foram codificadas de P1 a P10, correspondendo a letra “P” à inicial de “Pais”, sem qualquer associação da entrevista ao nome dos entrevistados. Após a conclusão do estudo, todas as informações obtidas durante as entrevistas serão destruídas.

Ao concluir o estudo, os resultados serão entregues à instituição de saúde, conforme combinado previamente com a equipa.

Com base nas decisões metodológicas que tomamos, nas diferentes etapas do processo de investigação e nos procedimentos relacionados à colheita e análise dos dados, avançamos agora para a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, passamos a apresentar os dados obtidos, sua análise e discussão.

4.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após transcrever as 10 entrevistas e realizar a análise de conteúdo, procedeu-se à apresentação e análise dos resultados obtidos, através de uma organização sistemática, delineando categorias e subcategorias com base nas temáticas que emergiram.

Assim, sabendo que estamos sempre a falar da perspetiva dos pais das crianças em idade pré escolar integrados no estudo, emergiram da análise de conteúdo as seguintes áreas temáticas emergentes (tabela 1):

1	Conceito de AS atribuído pelos pais das crianças em idade pré-escolar
2	Perceção dos pais relativamente a uma AS das crianças em idade pré-escolar
3	Descrição das refeições efetuadas pelas crianças em idade pré-escolar verbalizadas pelos pais
4	Prática dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo à amamentação
5	Necessidades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promoverem uma AS
6	Dificuldades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promoverem uma AS
7	Perceção dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo aos contributos dados pelo EF sobre SA
8	Sugestões dos pais das crianças em idade pré-escolar para aumentarem a literacia sobre a alimentação infantil

Tabela 1: Áreas temáticas emergentes

Seguidamente, procederemos à exposição dos resultados divididos por área temática, abordando as diversas categorias e subcategorias elaboradas, incluindo a transcrição de algumas das narrativas mais representativas utilizadas como unidades de análise. No sentido de facilitar uma melhor interpretação e estruturação, esta descrição e análise será organizada com recursos a diagramas interpretativos. Todas essas unidades de análise estão integralmente disponíveis para consulta no Apêndice III de modo a obter uma visão global dos pais das crianças em idade pré-escolar.

As entrevistas estão designadas com a letra P, numeradas de 1 a 10, em concordância com a ordem de execução, de forma a não ser possível o reconhecimento do entrevistado.

4.1.1. Conceito de alimentação saudável atribuído pelos pais das crianças em idade pré-escolar

Uma AS exerce um papel essencial na saúde da criança, sendo duplamente benéfica, pois a introdução desta, de forma equilibrada, fornece os nutrientes adequados para esta faixa etária e pode ser considerada determinante na construção de hábitos alimentares saudáveis (Rego et al., 2010).

Partindo destes pressupostos, tornou-se pertinente colocar aos pais como primeira questão “O que significa para si uma AS?”, de modo a explorar e identificar qual o conceito atribuído pelos pais sobre AS das crianças em idade pré-escolar, da qual surgiu a área temática designada de **“Conceito de AS atribuído pelos pais das crianças em idade pré-escolar”** Através da análise de conteúdo dos diferentes relatos dos pais identificamos quatro categorias: **“oferecer alimentos dos diferentes grupos alimentares; cumprimento da distribuição dos alimentos em porções adequadas; escolha alimentar diversificada e restrição de açúcar e gorduras”**, conforme é ilustrado no (diagrama 1).

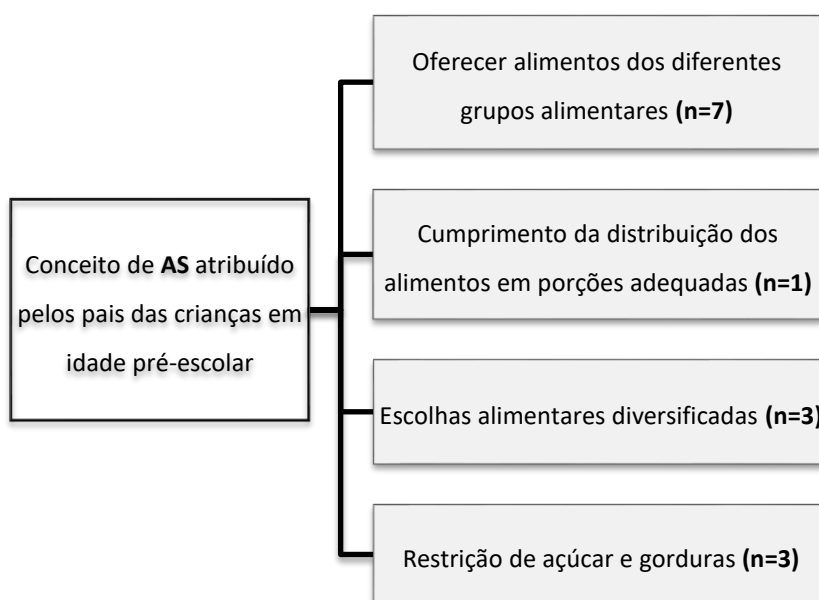


Diagrama 1: Conceito de AS atribuído pelos pais das crianças em idade pré-escolar

O significado atribuído pelos pais, face ao conceito de AS que reuniu mais consenso foi a categoria **“oferecer alimentos dos diferentes grupos alimentares”**, em sete casos dos quais destacamos alguns exemplos:

- P1 - (...) *Uma alimentação que tenha um bocadinho de tudo, nem tudo ao mar, nem tudo à terra como se costuma dizer (...);*
- P3 - (...) *Alimentação regrada comer um bocadinho de tudo, desde as frutas aos legumes, os iogurtes, um bocadinho de tudo (...);*
- P5 - (...) *Saudável é comer tudo saudável. Normal, peixe, carne, legumes, fruta. Um bocadinho de tudo, não é? Um bocadinho de cada coisa (...).*

Houve um participante que falou especificamente no **“cumprimento da distribuição dos alimentos em porções adequadas”**:

- P8 - (...) *uma AS é dividir o prato do meu filho com as porções certas, por exemplo, maiores verduras, pronto assim (...).*

A **“escolha alimentar diversificada”** foi referida por 3 pais, damos alguns exemplos:

- P2 - (...) *e dar-lhe à base de frutas, legumes e carne e peixe (...);*
- P9 - (...) *dar fruta, legumes, carne, peixe, basicamente (...).*

A última categoria **“restrição de açúcar e gorduras”** obteve narrativas de três entrevistados:

- P2 - (...) *é evitar açúcar ao máximo (...);*
- P4 - (...) *evitar certos alimentos, sei lá, doces, gorduras (...)* P4;
- P9 - (...) *evitar o máximo de açúcares possíveis, (...) evitar os açúcares, acho que é o mais importante (...).*

4.1.2. Perceção dos pais relativamente a uma alimentação saudável das crianças em idade pré-escolar

A alimentação desempenha um papel crucial no crescimento saudável das crianças, especialmente no período pré-escolar. Nessa etapa de rápido desenvolvimento, é essencial fornecer uma dieta equilibrada para garantir o adequado desenvolvimento físico e mental (Portugal,2019).

A segunda pergunta efetuada foi “ O que defende para uma AS das crianças em idade pré-escolar? Esta questão deu origem à área temática **“perceção dos pais relativamente a uma AS das crianças em idade pré escolar”**, com as seguintes categorias: **“ingestão de legumes; ingestão de frutas; alimentação equilibrada e variada; restrição de açúcares; oferecer leite de derivados”** (diagrama 2).

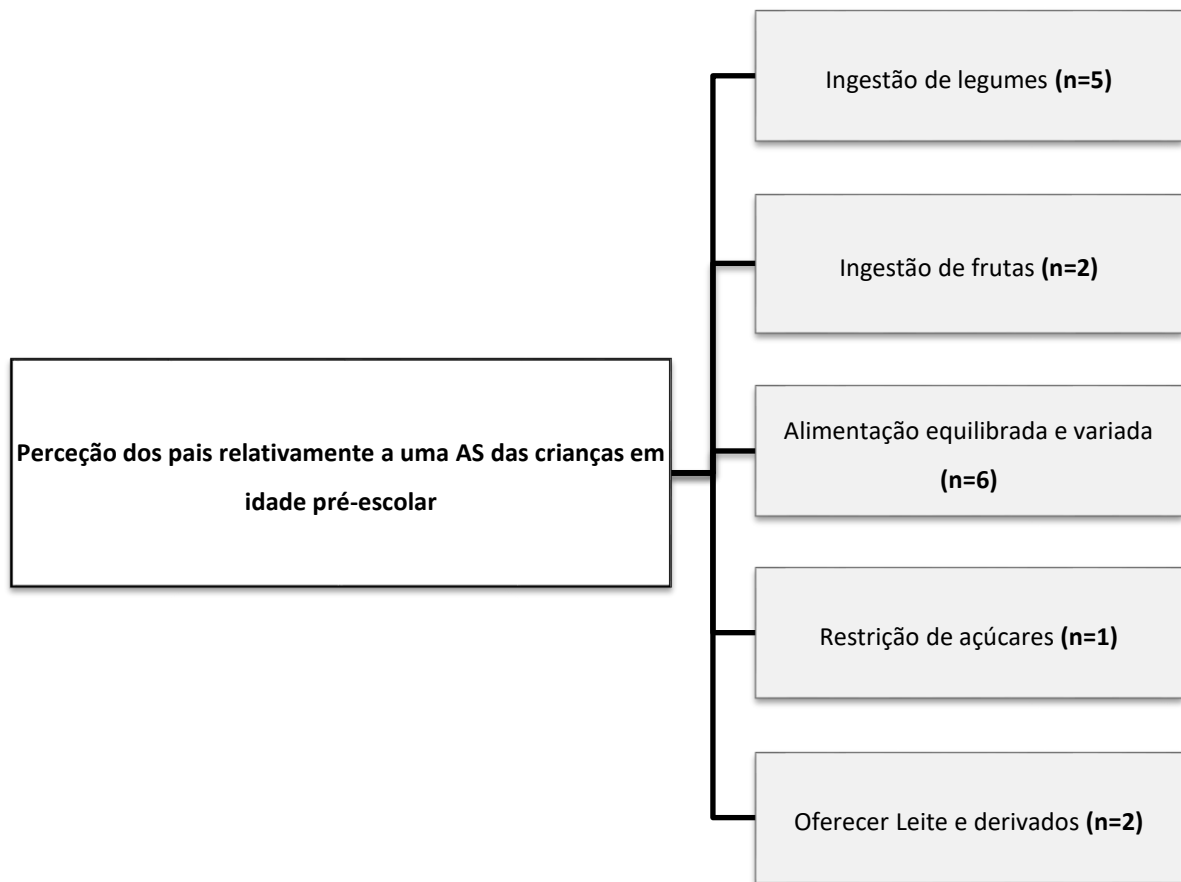


Diagrama 2: Percepção dos pais relativamente a uma AS das crianças em idade pré-escolar

A categoria “**ingestão de legumes**” obteve resposta de cinco pais das quais apresentamos alguns exemplos:

- P1 - (...) *comer todos os legumes, a sopa, (...);*
- P2 - (...) *comer sempre a sopa, tentar comer o saudável possível (...);*
- P5 - (...) *é tudo que tenha legumes, que ele come bastantes legumes (...).*

A “**ingestão de frutas**” foi referido por dois dos pais, da seguinte forma:

- P1 - (...) *a fruta, (...);*
- P3 - (...) *depois uma sobremesa, que normalmente é uma peça de fruta (...).*

A categoria que obteve maior número de respostas foi “**alimentação equilibrada e variada**”, com seis pais a identificar-se com este significado, apresentando-se alguns dos enxertos:

- P4 - (...) *temos que incluir um bocado de todos os alimentos, não é? Não pode estar a comer sempre massa, tem que comer arroz, tem que comer batata, tem que comer legumes. Neste momento come sempre sopa, por exemplo, ainda, em todas as refeições. Tem que ser variada (...);*
- P6 - (...) *variado, saudável, não sei. Legumes, frutas, comer tudo (...);*
- P8 - (...) *de tudo um pouco (...);*
- P9 - (...) *ele comer a sopa, a comida, o lanchezinho, normalmente sou eu que envio para a escola, por isso eu é que escolho aquilo que ele come. E basicamente é isso, a fruta (...).*

Apenas um dos pais fez referência abstenção de consumir açúcares, integrando-se na categoria

“**restrição de açúcares**”, com a seguinte narrativa:

- P2 - (...) *sempre evitar os açúcares, (...) evitar gomas, evitar chocolates, evitar essas coisas todas (...).*

Relativamente á categoria “**oferecer leite e derivados**” é admitida por dois dos pais:

- P3 - (...) *um iogurte (...);*
- P7 - (...) *comer um iogurte, um bocadinho de queijo, porque elas também gostam de queijo (...).*

4.1.3. Descrição das refeições efetuadas pelas crianças em idade pré-escolar verbalizadas pelos pais

Durante a fase pré-escolar, as crianças ainda não possuem a capacidade de escolher os alimentos consoante o seu valor nutricional, sendo os seus hábitos alimentares aprendidos através da experiência, da observação e da educação (Breda & Nunes, 2001).

Proporcionar uma AS é o maior presente que podemos oferecer às nossas crianças. Trata-se de um investimento no futuro, com ganhos garantidos na sua saúde enquanto adultos. Uma AS deve ser completa, variada e equilibrada, fornecendo energia adequada e bem-estar físico ao longo do dia (Portugal, 2024a).

Os pais do nosso estudo realizaram uma descrição detalhada das refeições realizadas pelas crianças. Assim, da análise de conteúdo efetuada ao tema “**Descrição das refeições efetuadas pelas crianças em idade pré-escolar verbalizada pelos pais**”, surgiram como resultado as categorias: “**constituição do pequeno-almoço; constituição do lanche a meio da manhã; constituição do almoço; constituição do lanche; constituição do jantar; ceia**” (diagrama 3).

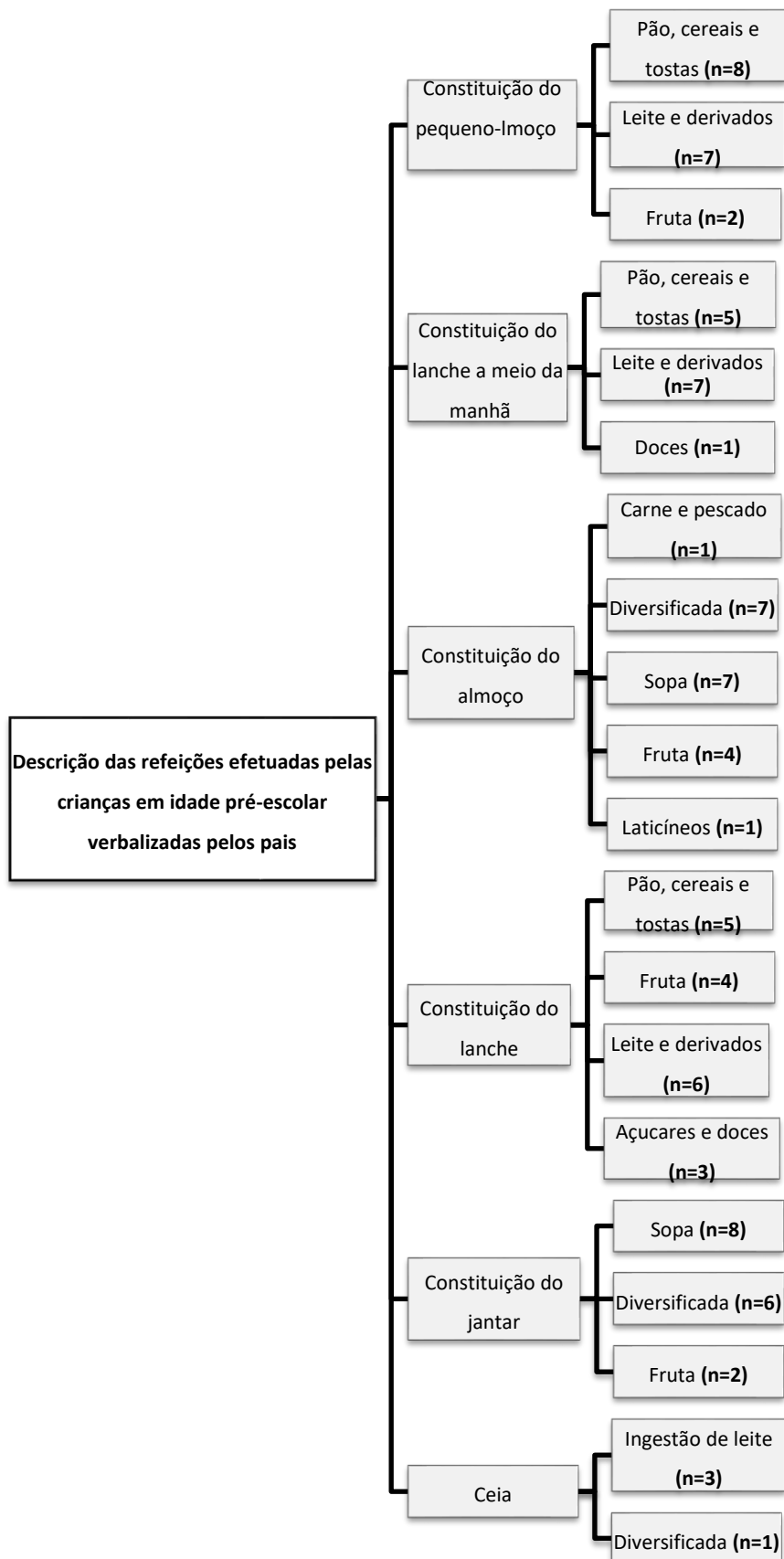


Diagrama 3: Descrição das refeições efetuadas pelas crianças em idade pré-escolar verbalizadas pelos pais

A categoria **“constituição do pequeno-almoço”** permitiu a sua divisão em três subcategorias: **“pão, cereais e tostas; leite e derivados; Fruta”**.

Na subcategoria **“pão, cereais e tostas”** oito pais expressaram a sua opinião dos quais apresentamos alguns excertos:

- P2 - (...) *De manhã, ela acorda e agora tem comido um bocadinho de pão (...);*
- P6 - (...) *cereais secos, granola (...) outras vezes torrada com manteiga ou tulicreme;*
- P8 - (...) *come cereais (...);*
- P9 - (...) *normalmente é um pãozinho com manteiga, umas tostinhas com manteiga (...).*

A subcategoria **“leite e derivados”** foi criada a partir de sete narrativas, citamos algumas explicações:

- P1 - (...) *manhã bebe leite (...) come um iogurte (...);*
- P4 - (...) *ao pequeno-almoço, ela bebe leite (...);*
- P6 - (...) *Ao pequeno-almoço, leite, às vezes (...);*
- P7 - (...) *um leitinho de manhã, quando acordam (...);*
- P10 - (...) *um copo de leite branco (...).*

Com base em apenas dois testemunhos foi criada a subcategoria **“fruta”**:

- P1 - (...) *uma peça de fruta (...);*
- P2 - (...) *uma maçã (...).*

“Constituição do lanche a meio da manhã” foi outra categoria elaborada e que originou três subcategorias **“pão, cereais e tostas; leite e derivados; doces”**.

“Pão, cereais e tostas” foi referido por cinco pais, das quais destacamos estes excertos:

- P1; P6 - (...) *um pão (...);*
- P8 - (...) *come um pão com fiambre (...);*
- P9 - (...) *meio pãozinho (...).*

A subcategoria que reúne mais eventos é **“leite e derivados”**, com sete relatos, dos quais destacamos:

- P1 - (...) *bebem um pacote de leite (...);*
- P6 - (...) *meio da manhã ela bebe leite ou iogurte (...);*
- P7 - (...) *ao meio da manhã comem um iogurte (...).*

“Doces” foi a subcategoria que surgiu com o relato de um dos pais referindo o seguinte:

- P4 - (...) *algumas bolachitas ao lanche da manhã (...).*

No que respeita à categoria **“constituição do almoço”**, esta foi dividida por cinco subcategorias: **carne e pescado; diversificada; sopa; fruta; lacticínios”**

Na subcategoria **“carne e pescado”** foi indicada por um dos pais:

- P1 - (...) *o prato de peixe e da carne (...).*

“Diversificada” foi outra das subcategorias criadas, devido a sete relatos diversificados dos quais apresentamos alguns exemplos:

- P4 - (...) *o prato principal (...);*
- P5 - (...) *dou-lhe o pratinho da comida, um bocadinho de massa, ou arroz, com um bocado de presigo, ou carne, ou peixe (...);*
- P7 - (...) *comem a comida como nós (...);*
- P8 - (...) *de tudo um pouco. (...) os legumes, a carne, os hidratos (...);*
- P9 - (...) *ao meio dia, come (...) e a comida (...)*

Na subcategoria a **“sopa”** foram identificadas sete narrativas, das quais apresentamos alguns exemplos:

- P1; P2; P8 - (...) *a sopa (...);*
- P6 - (...) *ao almoço ela come sempre a sopa, seja em casa, seja na escola (...);*
- P7 - (...) *ao fim de semana não comem sopa, só comem sopa na escola (...).*

“Fruta” foi outra subcategoria enumerada por quatro pais:

- P4; P6; P8 - (...) *e fruta (...);*
- P10 - (...) *e a sobremesa. Tem sempre (...) ou uma peça de fruta, que ela tem que comer (...).*

A última subcategoria formada e verificada pela narrativa de um dos pais foi **“lacticínios”** com o seguinte relato:

- P10 - (...) *e a sobremesa. Tem sempre um iogurte (...).*

“Constituição de alimentos ao lanche” foi outra categoria formada como uma das refeições ao meio da tarde que deu origem a mais subcategorias, sendo quatro, entre as quais: **“pão, cereais e tostas; fruta; leite e derivados; açúcares e doces”**.

A subcategoria **“pão, cereais e tostas”** foi relatada por cinco pais, dos quais identificamos alguns relatos:

- P3 - (...) *come o pão que é o oferecido na escola, por exemplo, com manteiga, queijo, fiambre, é variado (...);*
- P6, P8 - (...) *o pão (...).*

A **“fruta”** é outro alimento que os pais oferecem aos filhos no lanche originando assim outra subcategoria com quatro narrativas:

- P1 - (...) *ela leva uma peça de fruta (...)*;
- P2 - (...) *come fruta (...)*;
- P6; P9 - (...) *fruta (...)*.

Com mais descrições temos a subcategoria **“leite e derivados”** que é explanada por seis pais:

- P2; P3; P8; P9 - (...) *come iogurte (...)*;
- P6 - (...) *o leite (...)*;
- P7 - (...) *ao meio da tarde tomam leite com cereais (...) ou bebem leite de chocolate (...) ou um suquinho, depois elas é que escolhem (...)* P7

A subcategoria **“açúcares e doces”** através da intervenção de três dos pais através das seguintes palavras:

- P1 - (...) *um sumo e um bolo de chocolate ou qualquer coisa (...)*;
- P8 - (...) *as vezes leva um sumo (...)*;
- P10 - (...) *o lanche da tarde, que normalmente é um pacote de bolachas (...)*.

Relativamente a categoria **“constituição do jantar”** verbalizado pelos pais durante a entrevista reuniu três subcategorias: **“sopa; diversificada; fruta.”**

Oito dos pais nas entrevistas referiram que os seus filhos comiam sopa ao jantar o que contribuiu para a criação desta subcategoria **“sopa”** com algumas das seguintes expressões:

- P1 - (...) *janta, a sopa, por norma é quase só sopa (...)*;
- P2 - (...) *à noite é sopa (...)*;
- P5 - (...) *noite, come um bocadinho de sopa (...)*;
- P7 - (...) *a sopa ao fim de semana não comem, à semana sim (...)*.

“Diversificada” foi a segunda subcategoria criada com base em seis intervenções das quais destacamos alguns exemplos:

- P3 - (...) *come a comida (...)*;
- P4 - (...) *prato principal (...)*;
- P7 - (...) *comem a comida como nós (...)*;
- P9 - (...) *e a comidinha também (...)*.

A última subcategoria que emergiu no que diz respeito a constituição do jantar foi a **“fruta”** com apenas duas revelações:

- P4; P6 - (...) *e fruta (...)*.

A última categoria referente a esta área temática é designada por **“ceia”** que deu origem a duas subcategorias **“ingestão de leite; diversificada”**.

“Ingestão de leite” foi a subcategoria criada, a partir de três intervenções:

- P6 - (...) *antes de ir para a cama ela bebe sempre uma chávena de leite (...);*
- P7 - (...) *antes de deitar, tomam um leite de chocolate, estão habituadas ao leite achocolatado (...);*
- P10 - (...) *às vezes antes de ir para a cama, pede-me um copo de leite. Para dormir sossegado (...).*

Houve um entrevistado que falou especificamente na ingestão de outros alimentos à ceia, dando origem à categoria **“diversificada”**:

- P3 – (...) *à noite (...) come sempre uma peça de fruta, ou um iogurte, ou uma gelatina, mais na hora de ir para a cama (...);*

4.1.4. Prática dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo à amamentação

A Organização Mundial da Saúde recomenda que, o leite materno seja a única fonte de nutrição da criança nos primeiros seis meses de vida; que a adição de alimentos complementares à dieta da criança deva ocorrer a partir do sexto mês e que o aleitamento deva ser continuado até que a criança complete pelo menos dois anos de idade. A amamentação exclusiva até aos seis meses após o nascimento possui muitos benefícios para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança consistindo num fator efetivo na redução da morbilidade e mortalidade infantil da criança encontrando-se já bem documentados. (Corrêa & Souza, 2019).

O presente subcapítulo teve origem na pergunta “Amamentou? Se sim até que idade e porquê”, emergiu a área temática **“prática dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo à amamentação”** pelo que os participantes foram convidados a se expressar. Podemos afirmar que as respostas foram diversas, ao ponto de criar cinco categorias: **“não amamentou; abandono da amamentação muito precoce; amamentação até aos seis meses; amamentação até ao primeiro ano; amamentação até aos dois anos”** (diagrama 4).

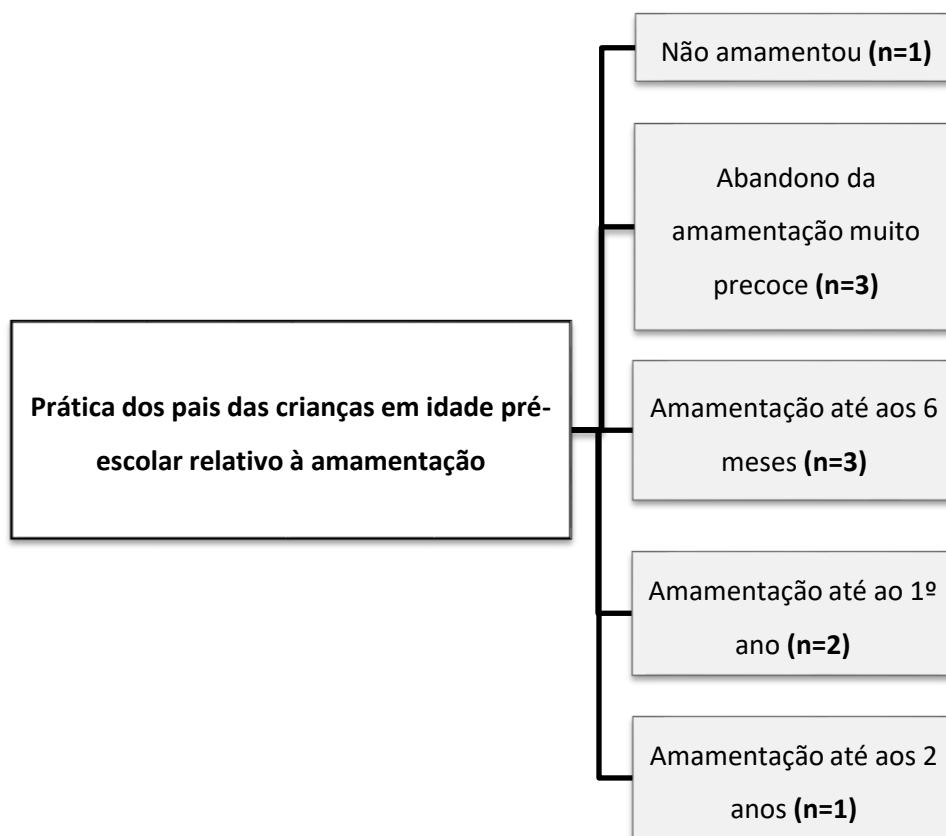


Diagrama 4: Prática dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo à amamentação

A primeira categoria formada nesta área temática faz referência apenas a um testemunho em que a mãe refere que não amamentou o seu bebé, desta forma emergiu a categoria **“não amamentou”** como seguinte testemunho:

- P7 - (...) Não, Porque não tinha leite (...).

“Abandono da amamentação muito precoce” é apontada por três pais, pelos seguintes motivos:

- P1 - (...) amamentei um mês, um mês, um mês e meio (...) não tinha leite (...);
- P3 - (...) sim, pouco tempo, ele tinha pouco mais de um mês (...);
- P4 - (...) pouco, um mês, mais ou menos (...).

A categoria **“amamentação até aos seis meses”** surge da resposta de três pais:

- P2 - (...) até aos quatro meses (...);
- P6 - (...) Sim, até aos 5 meses. Porque eu queria amamentar (...);
- P8 - (...) até aos seis meses (...).

Dois pais contaram que amamentaram até ao primeiro ano de vida da criança surgindo desta forma a categoria **“amamentação até ao primeiro ano”**:

- P9 - (...) *mais ou menos aos nove meses*:
- P10 - (...) *até um ano* (...).

Para terminar esta área temática, definiu-se a categoria **“amamentação até aos dois anos”** sustentada em apenas uma narrativa:

- P5 - (...) *até os dois anos, ano e meio. Porque tinha muito leite* (...).

4.1.5. Necessidades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promoverem uma alimentação saudável

Identificar as necessidades da família que cuida da sua criança é fundamental para que o enfermeiro planeia os seus cuidados de acordo com as necessidades efetivas.

Este conhecimento das necessidades, para além de facilitar o planeamento de cuidados ajustados, possibilitará prestar cuidados individualizados e de acordo com as circunstâncias presentes, mobilizando assim, as competências parentais existentes e sustentar a aquisição de novas, contribuindo para uma maior autonomia.

Nesta área temática **“necessidades dos pais das crianças em idade pré escolar para promover uma AS”**, estão expressas em sete categorias: **“saber lidar com as reações comportamentais dos filhos; disponibilidade de fruta variada; disponibilidade financeira; maior disponibilidade de tempo livre; acesso a legumes frescos; maior motivação para a ingesta de legumes; acesso aos alimentos; sem necessidades”**, conforme se apresenta no diagrama 5.

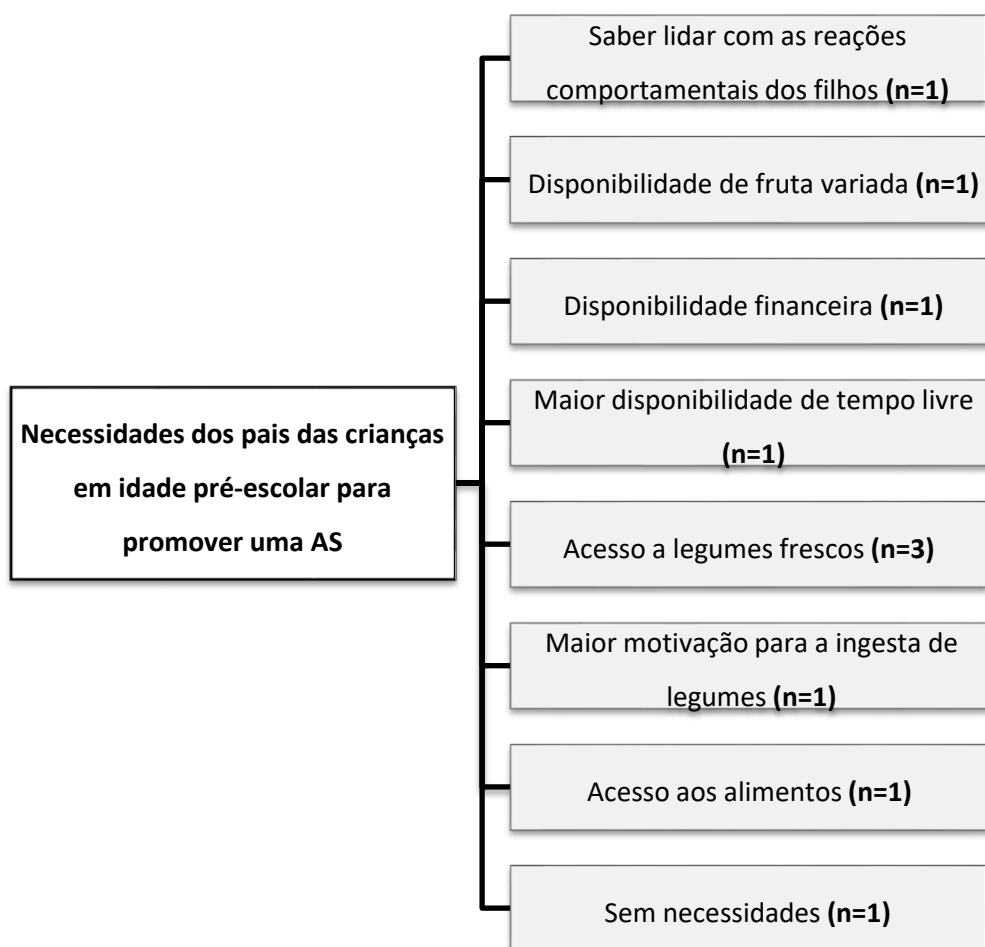


Diagrama 5: Necessidades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promover uma AS

Durante as entrevistas um dos pais retratou comportamentos do filho durante as refeições, pelo que permitiu a criação da categoria **“saber lidar com as reações comportamentais dos filhos”**, dos quais partilhamos os seguintes exemplos:

- P1 - (...) *ela está numa idade que ela já sabe aquilo que quer comer (...) exemplo, a dar-lhe a sopa, vejo necessidade de dar-lhe a sopa, porque ela é muito biqueira (...)*;

“Disponibilidade de fruta variada” foi outra das categorias criadas através de uma narrativa:

- P3 – (...) *com a fruta. (...) gosta muito de fruta. Nós tentámos ter sempre fruta variada em casa e ele mesmo por vezes está, mesmo ao final do dia quando está mais cansado e está a ver bonecos, tem muito o hábito de pedir, por exemplo, uvas e gosta de estar a petiscar (...) entre petiscar, que normalmente são comidas que não são tão saudáveis, prefiro pelo petiscar frutal. (...) P3*

“Disponibilidade financeira” é a designação de mais uma das categorias desta área temática, abordada por um entrevistado:

- P8 - (...) *questões monetárias, não é. Sabe que os legumes estão muito caros e, às vezes, eu vou à minha mãe e pego lá na horta (...).*

Um dos entrevistados frisou a **“maior disponibilidade de tempo livre”**:

- P6 - (...) *tempo livre. Ela demora muito tempo a comer. Ela é muito lenta a comer (...).*

“Ter acesso a legumes frescos” foi outra das necessidades referidas por três pais que permitiu a formação desta categoria com as seguintes exposições:

- P7 - (...) *ter uma horta, mas não tenho infelizmente (...);*
- P9 - (...) *ter legumes frescos por isso tenho uma horta (...);*
- P10 - (...) *ter um sítio onde comprar legumes frescos perto de casa (...).*

Existe uma família que realça a categoria **“maior motivação para a ingesta de legumes”**, onde explica:

- P5 - (...) *eu faço por legumes e gostaria que gostasse de os comer (...).*

“Acesso aos alimentos” foi identificada por um dos intervenientes da seguinte forma:

- P4 - (...) *tenho que ter os alimentos (...) conseguir os alimentos para lhe dar (...)*P4

Para terminar esta área temática, definiu-se a categoria **“sem necessidades”** referida por um dos entrevistados da seguinte forma:

- P2 - (...) *necessidade? Não sei. Ela come de tudo. Não rejeita nada. Os legumes não me importo muito dela não comer, porque na sopa ela come tudo, não é? (...).*

4.1.6. Dificuldades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promoverem uma alimentação saudável

A AS das crianças gera desafios, necessidades e dificuldades quer na criança, quer na sua família. As dificuldades que a família enfrenta, provocam uma variabilidade de sentimentos e emoções. Deste modo, parece-nos fundamental que os profissionais de saúde conheçam as dificuldades enfrentadas pela família, de forma a delinear intervenções mais ajustadas e eficazes para minimizar essas mesmas dificuldades.

Nesta área temática **“dificuldades dos pais das crianças em idade pré escolar para promover uma AS”** e através da análise das entrevistas, verificamos que são várias as dificuldades que as famílias encontram para promover uma AS, estão registadas oito categorias: **“resistência das crianças na**

ingestão da sopa; lidar com oferta de doces pelos familiares e amigos; disponibilidade financeira; lidar com a oferta de alimentos não saudáveis; resistência das crianças na ingestão de legumes; resistência das crianças à ingestão de fruta; acesso a alimentos frescos; gerir o caráter das crianças; sem dificuldades”, conforme apresenta o diagrama 6. Estes resultados derivam da seguinte questão: “ Que dificuldades encontra no seu dia-a-dia para promover uma AS?” Pelo que os participantes foram convidados a se expressar sobre as dificuldades sentidas aquando da sua intervenção



Diagrama 6: Dificuldades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promover uma AS

A primeira categoria identificada nesta temática foi “**resistência das crianças na ingestão da sopa**” com uma exposição de um dos pais:

- P1 - (...) *É ela para comer a sopa mesmo (...).*

“Lidar com oferta de doces pelos familiares e amigos” foi outra categoria formada onde precisamente dois pais expuseram o tema da seguinte forma:

- P2 - (...) *a dificuldade que encontro é que toda a gente quer dar um chupa ou... (riso) eu vejo isso pelos meus pais, estão em casa e todos os dias querem dar, porque ela fica contente e é uma grande dificuldade (...);*
- P9 - (...) *acho que é dificuldade maior é controlar o exterior. Porque a oferta é muita. Eu mesmo nas escolas sou completamente contra, por exemplo, nos aniversários. Eles levam gomas e assim, eu não levo nada. Vai-se habituado. Porque eu acho que não é necessário os meninos andarem a comer essas porcarias (...).*

As questões da **“disponibilidade financeira”** relacionado com o elevado preço dos alimentos foi outro problema identificado por três relatos dos pais:

- P5 - (...) *temos que comprar. Para já, com a graça de Deus, enquanto trabalharmos, vamos tendo. E para a alimentação a gente tem sempre, não é verdade? Primeiro está a alimentação (...);*
- P6 - (...) *a parte monetária (...);*
- P7 - (...) *o dinheiro não dá pra tudo. Quando pedem só se uma pessoa não tiver.*

“Lidar com a oferta de alimentos não saudáveis” foi mencionado por um dos entrevistados referindo:

- P8 - (...) *nos supermercados, a promoção que eles fazem à alimentação não saudável, por exemplo, aos chocolates, às guloseimas e, como é lógico, as... As crianças gostam é disso (...).*

“Resistência das crianças na ingestão de legumes” foi referido por um dos pais da seguinte forma:

- P6 - (...) *ela às vezes não quer os legumes, mas eu insisto em que ela coma (...) é esse o problema. Tem que se dar um incentivo. Porque ela até come. Come, mas tem que insistir. Dizer, olha, vais ganhar músculo, não sei o quê (...).*

De igual modo, a categoria **“resistência das crianças na ingestão de fruta”** foi referida por um participante:

- P7 – (...) *elas para comer fruta, é muito raro comerem fruta, não vale a pena insistir (...).*

Outra categoria criada foi **“acesso a alimentos frescos”**, em que um entrevistado fez referência a este assunto da seguinte forma:

- P10 - (...) *se não for ao supermercado no dia que vem o legume fresco, no dia a seguir não compro. A minha maior dificuldade é encontrar legumes frescos. (...).*

“Gerir o carácter das crianças” foi também ouvido por parte de um entrevistado através da seguinte explanação:

- P4 - (...) *as dificuldades muitas vezes é o feitio. É ela não querer alguma coisa que eu lhe quero dar. É mais por aí (...).*

Por último surge a categoria “sem dificuldades”, que também resultou das afirmações de um participante

- P3 - (...) *sinceramente até não sentimos muita dificuldade, porque nós também, o meu marido acaba por cultivar um bocadinho de tudo e então conseguimos ter muita mais facilidade em ter estas coisas, como a batata-doce, todos os legumes. Temos a facilidade de ter tudo em casa (...).*

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

Os pais são os principais influenciadores na vida das crianças e, portanto, devem assumir a responsabilidade de educá-las, visando torná-las adultos saudáveis, independentes e responsáveis. As crianças necessitam de cuidados e proteção que lhes deve ser facultada pela família. Mais uma vez, destaca-se o papel central da família enquanto base de transmissão de valores, afetos, competências e comportamentos. Sendo a família parte integrante do alvo da atenção do enfermeiro, é função deste profissional de saúde ajudar os pais no desempenho do seu papel. Além disso, torna-se importante evidenciar e fazer reforço positivo dos esforços feitos pelos pais na promoção da saúde dos filhos, pois isso representa um investimento no futuro dos mesmos (Lourenço, 2015).

Relativamente à área temática **“Perceção dos pais da criança em idade pré-escolar relativo aos contributos dados pelo EF sobre SA”**, resultaram duas categorias, com a seguinte designação: **“favorece o esclarecimento de dúvidas; aumento da literacia alimentar”** (Diagrama 7).

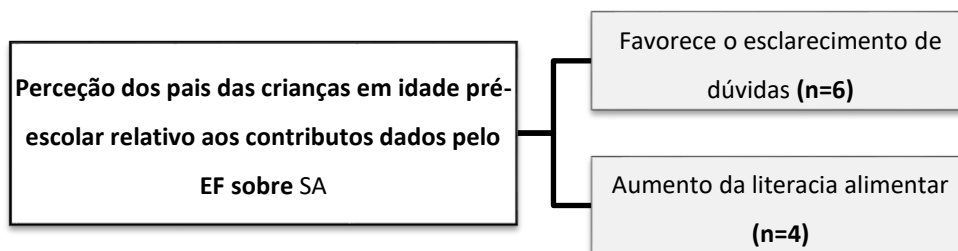


Diagrama 7: Percepção dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo aos contributos dados pelo EF sobre SA

Através da análise dos dados recolhidos nas entrevistas emergiu a categoria **“favorece o esclarecimento de dúvidas”**, com a intervenção de seis participantes dos quais apresentamos alguns exemplos:

- P1 - (...) acho que é tirar as nossas dúvidas, aquilo que nós podemos comer, aquilo que ela pode ou não pode comer, não é, porque eles não são pequeninos (...);
- P4 - (...), ter um acompanhamento e ouvir opinião de um profissional (...);
- P5 - (...) temos dúvidas ela está aqui para nos tirar essas dúvida (...);
- P6 - (...) desde os planos alimentares para a miúda, a introdução dos novos alimentos. Sim, tudo. Sim, que eu não sabia nada, não é? Mãe de primeiro, não sabia nada mesmo. Ela foi sempre impecável comigo. Às vezes eu mandava, era a minha amiga no Facebook, eu mandava-lhe mensagem, perguntava-lhe alguma coisa, ela respondia-me sempre. Tudo, tudo, tudo (...).

Enquanto que quatro participantes, abordam a **“o aumento da literacia alimentar”**. Estes são exemplos proferidos:

- P2 - (...) dá-nos informação;
- P3 - (...) na iniciação, quando começam a comer, é uma ajuda importantíssima, porque nós não sabemos o que é que podemos inserir, o que é que não podemos, qual é a ordem correta para se fazer a inserção dos alimentos (...);
- P8 - (...) incentiva a AS. Normalmente falava sempre e dava-me panfletos para eu ir lendo como é o meu primeiro filho, eu tive mais dificuldade em perceber por onde é que tinha de começar (...);
- P9 - (...) os ensinamentos (...)

4.1.8. Sugestões dos pais das crianças em idade pré-escolar para aumentarem a literacia sobre a alimentação infantil

As sugestões fornecidas pelas famílias aos profissionais de saúde dos CSP, nomeadamente ao EF, certamente contribuirão, para uma prestação de cuidados de saúde mais eficaz, com maior qualidade, resultando em famílias mais satisfeitas e como tal, famílias mais felizes.

O presente e último subcapítulo teve origem na pergunta “Quer deixar sugestões para o EF para que este possa aumentar a literacia sobre a alimentação infantil?”, pelo que os participantes foram convidados a se expressar sobre as suas sugestões. Através desta questão emergiu área temática **“Sugestões dos pais da criança em idade pré-escolar para aumentar a literacia sobre a alimentação infantil”** e posteriormente através da análise de conteúdo surgiram três categorias: **“EPSA com o objetivo de aumentar a literacia em SA nas consultas de saúde infantil; promoção da SA em meio escolar; sem sugestões ”** conforme ilustra o diagrama 8.

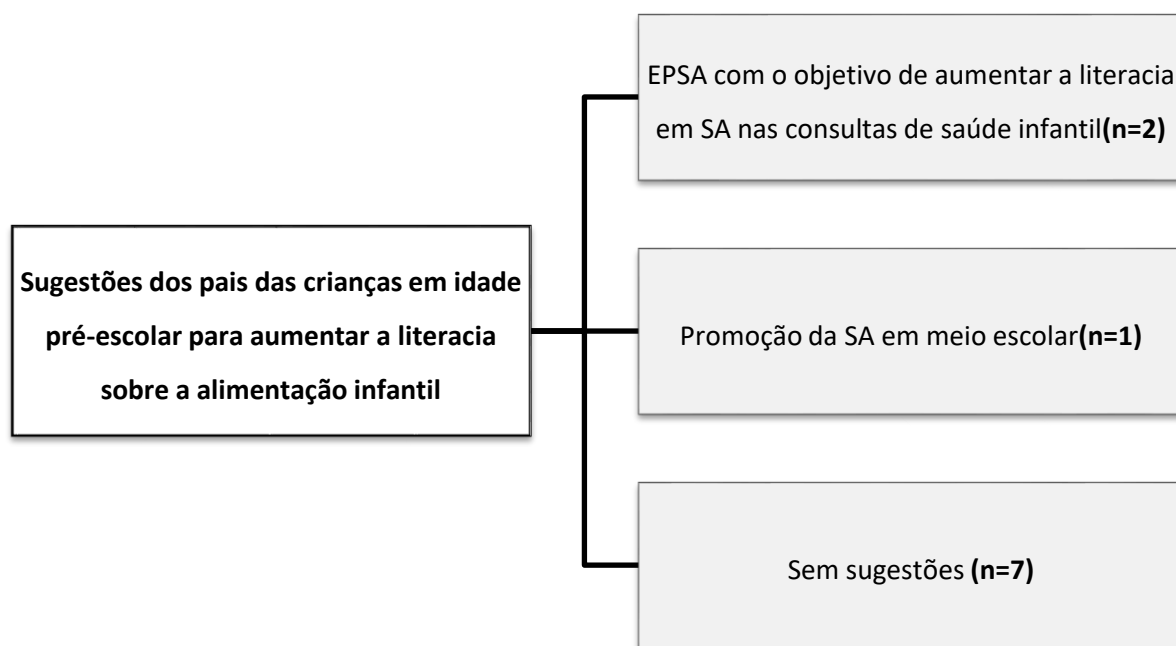


Diagrama 8: Sugestões dos pais das crianças em idade pré-escolar para aumentar a literacia sobre a alimentação infantil

Na categoria “EPSA com o objetivo de aumentar a literacia em SA nas consultas de saúde infantil”

teve o contributo de dois pais com as seguintes narrativas:

- *P4 - (...) em todas as consultas se deve falar sobre isso. Sim (...);*
- *P8 - (...) consultas para atualizar os conhecimentos das pessoas (...).*

Enquanto que um participante, abordou a **“promoção da SA em meio escolar”** com o seguinte exemplos proferido:

- *P3 - (...) o contato com as crianças nas escolas, vejo que hoje em dia já se faz muito, mas se calhar também não tão focado nesta parte da alimentação (...).*

Para finalizar esta última área temática, quanto à terceira categoria identificada, foram sete os elementos que mencionaram **“sem sugestões”**:

- *P1 - (...) nós não temos problema nenhum, agora com os outros, lá está, não sei, não posso falar por eles. Pela minha não tenho problema nenhum (...);*
- *P2; P5; P6; P7; P9; P10 - (...) não tenho sugestões (...).*

4.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação a análise dos resultados, é o momento dos investigadores refletirem sobre os mesmos e auferir as conclusões mais relevantes do estudo. O processo de investigação é fundamental nesse tipo de trabalho, pois somente através da pesquisa podemos enriquecer a disciplina de Enfermagem e promover uma melhoria contínua dos cuidados. Através da procura de um conhecimento especializado poderemos responder de forma mais adequada às necessidades sentidas no processo de cuidar das famílias.

Segundo Fortin, (2009) & Ribeiro, (2010), a discussão de um trabalho de investigação representa um momento de reflexão crítica, onde se procura estabelecer a relação entre os resultados obtidos e a questão de investigação formulada.

Neste capítulo, serão discutidos os resultados obtidos à luz da questão de investigação e dos objetivos previamente definidos, comparando-os com a literatura existente acerca da temática trabalhada e com outros estudos de investigação na mesma área, nomeadamente sobre a influência das práticas dos pais na SA das crianças. Além disso, será explorado o papel e o contributo do enfermeiro de saúde familiar nesse contexto. Assim sendo, a discussão será estruturada com base nas áreas temáticas que emergiram durante a análise do conteúdo das entrevistas realizadas.

No entanto, começaremos com uma breve descrição crítica relativamente ao perfil das famílias entrevistadas.

Deste modo, no presente estudo participaram 10 famílias, todos os entrevistados são do sexo feminino (100%), sendo que todas são mães das crianças com idades compreendidas entre os 31 anos e os 47 anos. A maior porção dos participantes, 40%, pertence ao conjunto de mães cujas idades se encontram entre 36 e 40 anos, seguindo-se a faixa etária entre os 31 e 35 anos, representando 30% da população. Os últimos escalões etários representam 30% da população, sendo que 20% se encontram inseridos entre os 41 e os 45 anos, sobrando apenas 10% para a faixa etária compreendida entre os 46 e os 50 anos.

Quanto às habilitações literárias, 3 (30%) possuem o ensino secundário, o mesmo para o ensino superior (30%), sendo que as restantes quatro possuem o ensino básico, duas com 3º ciclo e outras duas com o 2º ciclo, com uma grande variedade de profissões. No entanto, verifica-se uma predominância na área do têxtil, correspondendo a 40 % da população. Os dados obtidos revelam que nove (90%) dos entrevistados estão empregados e um (10 %) em situação de desemprego. No que diz respeito ao local de residência metade, ou seja, cinco (50%) residem na aldeia quatro (40%) na vila e apenas uma (10%) referiu viver na cidade. Em relação ao estado civil, concluímos que todas são casadas/união de fato correspondendo por isso a 100 % da população. Relativamente ao número de filhos dos participantes inquiridos, verificamos que oito (80%) são mães de 2 filhos, sendo que uma é mãe de apenas um filho e a última mãe de três. Estas crianças em idade pré-escolar apresentam idades compreendidas entre 3 e 5 anos, sendo que seis (60%) crianças têm 5 anos, três crianças (30%) com 3 anos e uma (10%) com 4 anos.

Como constatamos, os nossos participantes na entrevista, foram constituídos na totalidade por mães das crianças, estes resultados estão em consonância com a literatura, pois na sociedade contemporânea, é comumente observado que a mulher continua a assumir a maior parte das responsabilidades relacionadas à organização interna da vida familiar. Isso, inclui as tarefas domésticas, os cuidados com as crianças e o suporte às pessoas dependentes, como destacado por Dias (2000).

Também Santos (2008), no seu estudo relata que a maneira como a conciliação entre o trabalho e a vida familiar e pessoal é vivenciada por homens e mulheres varia muito em função da fase do ciclo de vida e do estágio de carreira em que se encontram. Apesar do aumento da participação dos homens na vivência da parentalidade, as mulheres continuam a assumir o cuidar dos filhos como algo normativo e que decorre da sua condição feminina. O trabalho familiar doméstico,

assume um significado de género, representando um conjunto específico de tarefas cultural e socialmente definidas, que transmitem significados sociais sobre a masculinidade e a feminilidade, e, consequentemente, sobre a distribuição do poder dentro da família.

Portanto, é comum que as mulheres desempenhem diversos papéis, como o papel parental, de empregada ou de voluntária na comunidade. É importante destacar, que isso está relacionado com as concepções tradicionais e culturais dos papéis masculino e feminino, segundo os quais as mulheres são vistas como responsáveis pelo cuidado dos membros da família e pelo estabelecimento relações afetuosas e cordiais com os mesmos (Silva,2011).

4.2.1. Conceito de alimentação saudável atribuído pelos pais das crianças em idade pré-escolar

Uma AS, é essencial para garantir o desenvolvimento integral e harmonioso de todas as pessoas, especialmente das crianças. Os hábitos alimentares são adquiridos principalmente na infância e geralmente permanecem ao longo da vida adulta. Nesse processo, a família desempenha um papel fundamental, fornecendo orientação, exemplo e ambiente propício para escolhas alimentares saudáveis. Deste modo, torna-se pertinente estudar o conceito que os pais atribuem a uma AS. Da análise efetuada ao conteúdo das entrevistas e do que já se explanou na contextualização teórica, verificamos que não existe um conceito único de AS atribuído pelos pais.

Conforme estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de AS pode variar entre diferentes pessoas, culturas e ambientes. Por esse motivo, o Quadro de Ação da OMS para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas relacionadas à alimentação e nutrição descreve cinco princípios fundamentais de uma AS que são relevantes universalmente. Esses princípios, incluem reduzir a ingestão de açúcares refinados; substituir as gorduras saturadas por gorduras insaturadas e eliminar as gorduras trans de origem industrial; limitar o consumo de sódio e garantir que o sal seja iodado; aumentar o consumo de grãos inteiros, frutas, vegetais, leguminosas e nozes e por último, assegurar a disponibilidade de água potável gratuita e segura (Portugal, 2021b).

Segundo a DGS, uma AS é aquela que é: completa, isto é, ingerir ao longo do dia alimentos de todos os grupos e beber água diariamente; variada o que envolve a necessidade de diversificar os alimentos dentro de cada grupo e equilibrada o que implica a ingestão de maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram

nos grupos de menor dimensão, proporcionando a energia adequada e promovendo o bem-estar físico ao longo do dia. Os alimentos ricos em fibras, como produtos hortícolas, frutas, cereais e leguminosas, juntamente com alimentos que fornecem vitaminas, sais minerais e com baixo teor de gordura, devem constituir os pilares da alimentação diária para uma vida saudável (Portugal, 2023d).

Ao analisar o conteúdo das entrevistas, percebe-se uma concordância com os conceitos definidos pela OMS e pela DGS anteriormente mencionados, especialmente na ênfase dada à oferta de alimentos dos diferentes grupos alimentares, assim como escolhas alimentares diversificadas, uma vez que estas categorias foram descritas por sete e três pais respetivamente. Sete entrevistados, estimam que se deve oferecer alimentos dos diferentes grupos alimentares, frisando ideias de uma alimentação regrada, que tenha um pouco de tudo desde peixe, carne, frutas, legumes e iogurtes. A restrição de açúcares refinados e gorduras também foi mencionada por três entrevistados, alinhando-se com os princípios de redução de açúcares e gorduras saturadas recomendados pelas diretrizes de saúde. Outra mãe, apontou ainda, que se deve dividir o prato da criança com as porções certas, priorizando maior quantidade de vegetais, o que reflete a preocupação com o equilíbrio e a diversidade na alimentação, cumprindo a distribuição dos alimentos em proporções adequadas.

A análise evidencia uma convergência entre as recomendações nacionais, internacionais e as percepções dos pais entrevistados, destacando a importância da oferta de alimentos dos diferentes grupos alimentares para promover a saúde e o bem-estar físico ao longo do tempo. Como foi referido na apresentação dos dados, os pais, têm conceitos incompletos e diferentes relativo à AS.

Parece-nos poder inferir, que estas diversidades de conceitos se relacionam com as suas vivências, a sua cultura, as tradições, o seu meio social, económico, os seus valores, as suas crenças, entre outros. Nesta linha de pensamento Pinheiro, (2005), cita que o conceito tradicional de AS foi historicamente concebido predominantemente com foco na dimensão biológica. No entanto, é compreendido que esse enfoque constitui apenas um dos elementos que compõem este conceito complexo, o qual não se limita apenas a isso, mas abrange uma variedade de outras dimensões, incluindo aspetos sociais, económicos, afetivos, comportamentais, antropológicos e ambientais.

4.2.2. Percepção dos pais relativamente a uma alimentação saudável das crianças em idade pré-escolar

As percepções dos pais sobre a AS das crianças em idade pré-escolar é um aspeto fulcral a ser estudado, pois compreender esses aspetos permite a implementação de estratégias de intervenção mais realistas e eficazes. Ao consciencializar os pais sobre esse tema, pode iniciar-se um processo que permita detetar atempadamente, tratar e principalmente prevenir complicações decorrentes de uma alimentação inadequada. É fundamental, reconhecer que “a alimentação na infância tem um papel determinante no crescimento e desenvolvimento das crianças e é neste período que se moldam os nossos gostos e preferências alimentares e que programamos a nossa saúde futura” (Portugal, 2020b, p. 2).

Ao procurar conhecer qual a percepção dos pais relativamente a uma AS das crianças em idade pré-escolar, a maioria dos participantes enfatizou a importância de “uma alimentação equilibrada e variada” que incluía uma ampla variedade de alimentos. Isso sugere uma conscientização sobre a necessidade de uma dieta variada que incluía diferentes grupos alimentares.

A “ingestão de legumes” foi ressaltada como outro aspeto crucial pelos intervenientes destacando a importância da ingestão da sopa como forma de incorporar legumes na dieta. A sopa foi mencionada como uma forma eficaz de incorporar legumes na dieta das crianças, sugerindo uma preferência por métodos de preparação que facilitem a ingestão de vegetais. Com menor número de respostas, foi referido a ingestão de frutas, restrição de açúcares e a ingestão de leite e derivados. Apesar de receber menos destaque do que os legumes, os pais reconheceram a importância da ingestão de frutas, o que sugere uma consciência acerca da importância das frutas na promoção de uma AS. Embora menos mencionada, a ingestão de leite e derivados também foi reconhecida como relevante pelos pais. Isso sugere, uma consciência da importância do cálcio e outros nutrientes presentes nos produtos lácteos para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças. Por fim, uma mãe destacou a importância de restringir o consumo de açúcares na dieta de crianças pré-escolares. Isso indica, uma preocupação com os potenciais efeitos negativos do consumo excessivo de açúcares, como cáries dentárias e problemas de saúde relacionados à dieta.

Essas percepções, refletem uma abordagem holística e consciente dos pais em relação à nutrição infantil, onde os pais estão cientes da importância de uma variedade de alimentos nutritivos para promover a saúde e o desenvolvimento adequado de seus filhos em idade pré-escolar.

Apesar da existência de numerosos estudos efetuados sobre o impacto do comportamento alimentar da família nas escolhas e comportamento alimentar dos filhos, há ainda uma carência de pesquisas que investiguem as bases que sustentam as decisões dos pais para a aquisição de bens alimentares no dia-a-dia (Sousa, 2021).

As evidências têm revelado que os conhecimentos em nutrição e hábitos alimentares saudáveis nem sempre estão fortemente correlacionados, porque o conhecimento em saúde não garante necessariamente a sua aplicação comportamental, especialmente se a pessoa não compreende como aplicá-lo na prática. (Almeida, 1997; Kearney et al., 2000, citado por EUFIC, 2005, citado por Costa et al., 2012).

De fato, outras investigações indicam que apesar do conhecimento de forma isolada não ser suficiente para garantir práticas alimentares mais adequadas, pode desempenhar um papel significativo como mediador no consumo, explicando variações nas escolhas de determinados alimentos, nomeadamente de frutas e legumes (Wardle, Parmenter & Waller, 2000, citado por Costa et al., 2012).

É inegável, que a falta de conhecimento sobre AS, juntamente com comportamentos alimentares inadequados por parte dos pais, contribui para a perpetuação de hábitos alimentares pouco saudáveis (Espanca et al., 2010).

Diversos autores, investigaram o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil, incluindo Costa et al., (2012), que conduziram um estudo de validação do Questionário de Alimentação Infantil (QAI) com 559 pais de crianças matriculadas no ensino pré-primário em jardins-de-infância de cinco agrupamentos, pertencentes à região centro de Portugal, e um jardim-de-infância de uma instituição particular de solidariedade social no mesmo concelho. Os resultados revelaram que a maioria dos pais apresentava um bom conhecimento sobre alimentação infantil (52,1% no total), com percentagens semelhantes entre pais (54,2%), mães (52,2%) e casais (51,6%), sendo os conhecimentos insuficientes mais expressivos nos progenitores do sexo masculino.

Também no estudo realizado por Costa (2012), sobre obesidade infantil: práticas alimentares e percepção materna de competências, realizado com 792 pais de crianças em idade pré-escolar, a autora constatou que, na totalidade da amostra, 51,9% demonstravam bons conhecimentos, principalmente as mães (52,4%), enquanto 33,3% dos pais revelaram possuir conhecimentos insuficientes.

Analisar o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil é crucial, especialmente no âmbito da saúde infantil, dada a influência central da família no desenvolvimento dos hábitos alimentares dos filhos. Portanto, identificar as necessidades de formação e informação dos pais nas atividades de educação e promoção da saúde infantil, especialmente na educação alimentar, deve ser considerado um elemento essencial no seu planeamento (Costa et al., 2012).

Deste modo, os pais desempenham um papel crucial ao ensinar os seus filhos o significado de uma AS, incluindo o significado de alimentos ou produtos saudáveis e a importância de uma dieta equilibrada para prevenir doenças como obesidade e diabetes. No entanto, para transmitir esses conhecimentos, os pais precisam possuir um conhecimento neste âmbito e, mais importante ainda, incorporar essas práticas no seu próprio estilo de vida. As crianças aprendem com as conversas, troca de ideias e experiências com os adultos, mas, acima de tudo, através dos exemplos que os pais fornecem na sua própria conduta alimentar e estilo de vida (Duarte, 2012, citado por Pinto, 2017).

4.2.3. Descrição das refeições efetuadas pelas crianças em idade pré-escolar verbalizadas pelos pais

A alimentação, enquanto estilo de vida, é um dos determinantes sociais da saúde, que tem um forte impacto na qualidade de vida das pessoas (Loureiro, 2004). Assim, e conforme indicado pela roda dos alimentos, uma dieta saudável deve ser completa, equilibrada e variada (Portugal, 2013). Neste sentido, é crucial que as crianças em idade pré-escolar consumam diariamente alimentos de todos os grupos alimentares, seguindo a proporção adequada de cada sector e procurando variar o mais possível dentro de cada grupo (Breda & Nunes, 2001).

Portugal possui uma rica tradição enraizada na alimentação mediterrânica, amplamente reconhecida por suas propriedades protetoras contra muitas das doenças prevalentes no mundo moderno. Contudo, Portugal está progressivamente a distanciar-se dessa tradição e, ao adotar novos hábitos, também está a modificar o seu padrão de saúde (Loureiro, 2004).

A investigação científica reconhece que o consumo de frutas e vegetais, juntamente com a prática de atividade física, são importantes fatores de proteção da saúde. Além de prevenir algumas doenças comuns na nossa sociedade, o ato de sentar à mesa pode desempenhar um papel significativo no desenvolvimento da personalidade e contribuir para o senso de coesão tanto familiar quanto individual (Loureiro, 2004).

Deste modo, estabelecer hábitos alimentares saudáveis desde a infância não apenas ajuda a reduzir o risco de doenças crônicas relacionadas à alimentação no futuro, mas também, contribui para a formação de preferências alimentares saudáveis que perduram na idade adulta. Além disso, as experiências de vinculação na infância e a educação recebida nos primeiros anos de vida desempenham um papel determinante na adoção de atitudes e comportamentos relacionados com a saúde.

No contexto deste estudo e com o objetivo de conhecer a influência dos hábitos e das práticas alimentares dos pais de crianças em idade pré-escolar, os participantes foram convidados a descrever detalhadamente as refeições e lanches oferecidos aos seus filhos. Isso incluiu a análise da frequência com que as refeições eram oferecidas, bem como o tipo de alimentos consumidos durante esses momentos. Essa abordagem permitiu uma compreensão mais profunda dos padrões alimentares das crianças em idade pré-escolar e das influências parentais sobre esses hábitos alimentares.

O pequeno-almoço é amplamente reconhecido pelos nutricionistas como a refeição mais importante do dia, desempenha um papel crucial ao fornecer ao organismo todos os nutrientes necessários para iniciar mais um dia repleto de atividades. Portanto, é essencial que o pequeno-almoço seja equilibrado e nutritivo, fornecendo uma variedade de nutrientes. As evidências sugerem que um pequeno-almoço equilibrado não apenas proporciona energia imediata, mas também sustenta o corpo ao longo das horas seguintes, promovendo um melhor desempenho cognitivo, físico e emocional ao longo do dia (Adams et al., 2005).

Neste contexto, um pequeno-almoço saudável para crianças em idade pré-escolar deve ser completo, variado e equilibrado, incluindo alimentos dos seguintes grupos da roda dos alimentos: laticínios, cereais e seus derivados, e frutas (Barbosa et al., 2015). Ao abranger alimentos desses grupos, esta refeição proporciona à criança os nutrientes essenciais para um crescimento saudável (Adams et al., 2005).

No que diz respeito à constituição do pequeno-almoço, verificou-se que todas as crianças realizam essa refeição. A maioria das crianças ingere predominantemente pão cereais e tostas, juntamente com leite e derivados. Notavelmente, a inclusão da fruta nesta refeição foi mencionada como parte integrante apenas por duas das mães entrevistadas. Esses resultados revelam uma tendência predominante em relação aos alimentos consumidos durante pequeno-almoço das crianças em idade pré-escolar, sugerindo que certos alimentos, como pão e lácteos, são amplamente preferidos e comuns nesse contexto. No entanto, a frequência relativamente baixa da presença de frutas no

pequeno-almoço indica uma possível lacuna na diversidade e na qualidade nutricional dessa refeição, conforme relatado pelas mães participantes do estudo. Essas informações, são importantes para compreender melhor os padrões alimentares das crianças em idade pré-escolar e podem fornecer percepções valiosas para intervenções destinadas a promover uma alimentação mais equilibrada e saudável nessa faixa etária.

Franco (2002), realizou um estudo cujo um dos objetivos era avaliar qualitativamente as diferenças alimentares entre o pequeno-almoço habitual em dias de semana e de fim-de-semana aplicando um questionário a 344 crianças a frequentar duas Escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico do Porto. Durante a semana, os alimentos mais comuns no pequeno-almoço incluíam leite (84,7%), pão (51,4%) e manteiga (40,3%). Entre os consumidores de leite, 23,7% consumiram-no após a adição de chocolate ou já achocolatado, enquanto 9,0% adicionaram açúcar.

Durante a semana, os cereais prontos-a-comer de chocolate são consumidos por 14,6% das crianças, enquanto os restantes sabores e tipos de cereais são consumidos por 16,7%. No entanto, ao fim de semana, observa-se uma inversão nesse padrão, com os cereais de chocolate sendo os mais escolhidos. Apenas 58,7% das crianças referiram ter um pequeno-almoço semelhante durante a semana e ao fim de semana. A presença de frutas no pequeno-almoço foi negligenciável, com poucas crianças mencionando o seu consumo (0,7% durante a semana e 1,4% ao fim de semana).

Também Patrício (2009), realizou um estudo onde avaliou qualitativamente o pequeno-almoço, dos alunos 1º ciclo da Escola de Machico autorizados pelos encarregados de educação. Para avaliar qualitativamente o pequeno-almoço, foram estabelecidos três grupos de alimentos considerados fundamentais para uma refeição completa: o grupo dos pães, cereais pequeno-almoço, bolachas e torradas; o grupo do leite, iogurte e queijo; e o grupo das frutas. Foram estabelecidos os seguintes critérios para classificar o pequeno-almoço: completo, no qual foi consumido pelo menos um alimento de cada um dos grupos; razoável, no qual foi consumido pelo menos um alimento de dois grupos; e incompleto, no qual foi consumido apenas um alimento de um dos grupos. Ao relacionar esses critérios com a composição qualitativa do pequeno-almoço, conseguiu analisar a adequação nutricional da primeira refeição do dia das crianças e compreender como a variedade e a diversidade alimentar podem influenciar a sua qualidade. A autora constatou que apesar de haver uma boa percentagem de crianças a ingeri-lo, não o fazem com a qualidade desejável. Apenas 2,4% das crianças ingerem um pequeno-almoço completo, 81,4% ingerem um pequeno-almoço razoável e 16,2% ingerem um pequeno-almoço incompleto.

Embora neste estudo o pequeno-almoço não seja completo de acordo com as recomendações da Associação Portuguesa de Nutricionistas (Barbosa et al., 2015), já que não inclui um alimento de cada grupo alimentar, é importante destacar que as crianças realizam essa refeição, o que não é o caso em algumas partes do mundo. Conforme mencionado por Adams et al. (2005), a não ingestão do pequeno-almoço é altamente prevalente nos Estados Unidos e na Europa, com taxas que variam de 10% a 30%, dependendo da faixa etária. Num estudo realizado por Patrício (2009), foi verificado também que 3% das crianças avaliadas não tomaram o pequeno-almoço no dia da avaliação.

Os estudos destacam a importância da diversidade e qualidade nutricional do pequeno-almoço, ressaltando a preferência por alimentos como pão, cereais e lácteos, mas verificando uma baixa presença de frutas. Isso sugere, uma possível lacuna na variedade e qualidade da alimentação oferecida às crianças nessa faixa etária. Destaca-se a importância de promover uma alimentação equilibrada desde a infância, incentivando a inclusão de alimentos nutritivos, como frutas, no pequeno-almoço das crianças em idade pré-escolar. Além disso, os estudos evidenciam a associação entre o consumo do pequeno-almoço e a saúde das crianças, destacando a necessidade não apenas de educar sobre a importância de tomá-lo diariamente, mas também, de melhorar sua qualidade para garantir que as crianças iniciem o dia com os nutrientes necessários.

Segundo Breda & Nunes (2001), é recomendável proporcionar uma pequena refeição durante a manhã para evitar que a criança passe mais de 3 horas sem comer. Uma meia carcaça ou papo-seco, duas ou três bolachas sem creme, ou uma peça de fruta são opções adequadas. A meio da tarde é importante oferecer uma merenda, em que o leite ou derivados e o pão não devem faltar.

De acordo com as diretrizes do guia para lanches saudáveis da DGS, é recomendado que as escolhas alimentares para os lanches da manhã e da tarde considerem não apenas as preferências das crianças e dos jovens, mas também, as suas necessidades nutricionais. Enquanto o lanche da tarde pode ser semelhante ao pequeno-almoço, o lanche da manhã deve ser uma refeição mais leve. Esse guia destaca os três principais grupos de alimentos para os lanches, que são: leite e derivados, cereais e seus derivados, e frutas. Além disso, embora menos comum, sugere também, a inclusão de hortícolas cruas ou cozidas, a inclusão de frutos gordos e oleaginosos assim como as leguminosas de forma a enriquecer o lanche com nutrientes adicionais (Gregório et al., 2021).

Assim, neste estudo, também foi analisada a composição dos lanches do dia. A meio da manhã, verificamos que a maioria das crianças consumia leite e derivados quando comparado ao pão, cereais e tostas. Apenas um dos pais mencionou fornecer bolachas no lanche da manhã. Esta constatação ressalta a preferência por produtos lácteos nesse momento do dia. Quanto ao lanche

a meio da tarde, identificamos quatro grupos alimentares preferenciais. O grupo dos laticínios e derivados foi o mais mencionado, seguido pelo grupo dos pães, cereais e tostas. Em seguida, observou-se o grupo das frutas e, por último, o grupo dos açúcares e doces.

Podemos verificar, que existem padrões distintos de consumo ao longo do dia. Enquanto há uma forte preferência por produtos lácteos no lanche da manhã, durante o lanche da tarde, verificamos uma variedade de escolhas alimentares, incluindo a presença do grupo das frutas.

Num estudo realizado com crianças que frequentavam o 4º ano das escolas públicas do concelho da Marinha Grande, constatou-se que o grupo de alimentos mais consumido no lanche ao meio da manhã foi o grupo dos laticínios, representando 77% das escolhas alimentares, seguidamente o grupo dos cereais (73%). O grupo dos doces também foi significativamente consumido, representando 27% das escolhas alimentares. Relativamente à ingestão de leite escolar, verificou-se que 50% dos alunos que levaram lanche para a escola, tinham intenção de beber este leite. Constatou-se também, que 57% dos alunos traziam pão para o seu lanche da manhã (Pontes, 2005).

Da mesma forma, num estudo realizado por Amaral (2017), relativamente à composição dos lanches em idade pré-escolar constatou na sua amostra que no geral o lanche da manhã consiste principalmente de leite simples, iogurte, queijo, cereais e seus derivados, bolachas, bolos, doces e gorduras. Enquanto isso, o lanche da tarde é composto principalmente por cereais e seus derivados, leite simples, iogurte, queijo, bolachas, bolos, doces, gorduras, carne processada, frutas, vegetais e leite aromatizado, além de sobremesas lácteas (Amaral, 2017). Por outro lado, um estudo realizado com crianças italianas de 8-9 anos constatou que no lanche da tarde os alimentos mais consumidos são o sumo de fruta (22,9%) e as sandes de fiambre (19,2%) (Casorelli et al., 2006).

Mais recentemente Oliveira (2021) também verificou que nas valências de Educação Pré-Escolar e Ensino do 1.º Ciclo do Ensino Básico os alimentos pão, torradas e leite simples eram os mais frequentes no Pequeno-Almoço e nos Lanches, havendo também consumo de fruta nestas refeições.

Deste modo, todos os estudos mostram uma consistência, pois, os laticínios são uma parte importante dos lanches, seja na forma de leite, iogurte ou queijo. Da mesma forma, os cereais e seus derivados são mencionados consistentemente como elementos comuns nesses lanches. Além disso, todos os estudos apontam para o consumo de produtos doces, como bolachas, bolos e doces, pelas crianças. Por sua vez o consumo de frutas é mais visualizado no lanche da tarde. É interessante observar que as preferências alimentares podem variar de acordo com a região, como exemplificado pelo estudo com crianças italianas, que destaca o consumo de sumo de fruta e

sandes de fiambre, refletindo possíveis padrões alimentares específicos da cultura italiana. Essas constatações reforçam a importância de considerar os fatores culturais ao analisar os hábitos alimentares das crianças.

Oliveira-Formosinho (2013), argumenta que o almoço, quando as crianças são envolvidas no processo de preparação, representa um momento crucial para o desenvolvimento do autocontrole e da formação pessoal. Ele destaca que o ato de participar na preparação e partilha das refeições não apenas nutre o corpo, mas também contribui significativamente para a construção da identidade de cada criança.

Essa visão, ressalta a importância não apenas do espectro nutricional das refeições, mas também do contexto social e emocional envolvido no ato de comer. Ao envolver as crianças na preparação e partilha das refeições, elas têm a oportunidade de desenvolver habilidades sociais, como colaboração e comunicação, além de fortalecer sua autoconfiança e senso de responsabilidade. Essa abordagem holística, reconhece o papel fundamental que o ambiente alimentar desempenha no desenvolvimento global das crianças.

Ao procurar saber qual a constituição do almoço destas crianças, verificamos que a maioria dos pais inclui a sopa diariamente como parte integrante do almoço, sendo que apenas uma referiu que as crianças só a comiam na escola, isto é, exceto aos fins-de-semana. Também constatamos, que a maioria dos pais enfatiza a variedade de alimentos presentes no prato principal durante o almoço. Isso, é evidenciado pelas descrições de "um bocadinho de massa, ou arroz", "comem a comida como nós", e "os legumes, a carne, os hidratos". O termo "de tudo um pouco" sugere uma abordagem diversificada na composição das refeições do almoço, abrangendo diferentes grupos alimentares para garantir uma dieta nutricionalmente variada. No que concerne a carne e o peixe, apenas três mães mencionaram explicitamente sua inclusão nas refeições de almoço das crianças. Metades dos pais entrevistados ainda incluem uma sobremesa nesta refeição, sendo que essa sobremesa pode ser um iogurte ou uma peça de fruta. Além disso, verificou-se que a peça de fruta é mais destacada entre os entrevistados, sugerindo uma preferência por opções de sobremesa mais saudáveis e naturais em comparação com o iogurte. Isso sugere uma preocupação com a saúde e uma preferência por opções de sobremesa mais naturais e nutritivas, como as frutas.

Quanto ao jantar, aferimos que mais uma vez, a sopa apresenta maior destaque, pois 80% dos intervenientes afirma oferecer ou apenas sopa ou sopa seguido do prato de comida, que à semelhança do almoço é idêntica à dos pais. Constatamos ainda, que apenas duas pessoas responderam apresentar fruta no final desta refeição.

Estes resultados, estão em consonância com os verificados por Martins (2016) na sua pesquisa relativamente aos hábitos alimentares. Eles indicam, que os pais relatam que os seus filhos ingerem mais frequentemente alimentos saudáveis como peixe, fruta, legumes e sopa em comparação com alimentos menos saudáveis.

Oliveira (2021), como anteriormente mencionado, também revelou que tanto no almoço quanto no jantar, a maioria das crianças consumia sopa regularmente. Além disso, constatou-se que alimentos como peixe, carne, arroz, legumes/salada e frutas eram consumidos sempre ou às vezes pela maioria das crianças.

De acordo com os relatos das mães de crianças do pré-escolar Oliveira (2018), concluiu que, quase todas as crianças consomem sopa em casa, e, o consumo de frutas é tão valorizado que as mães não impõem restrições à quantidade consumida. Mesmo nos casos em que as crianças não consomem sopa ou salada em casa, esses alimentos são incluídos em suas refeições na escola. No entanto, o fato de a maioria das mães considerar as refeições principais como compostas principalmente por uma proteína e um hidrato de carbono, com os legumes servindo como acompanhamento, reflete uma crença e uma prática potencialmente pouco saudáveis.

Neste estudo, os padrões alimentares durante a ceia estão centralizados principalmente na ingestão de leite simples. O leite achocolatado também é mencionado por uma das mães. Estas constatações revelam que alguns pais têm o hábito de oferecer aos seus filhos leite antes de dormirem. Para além do leite, são mencionadas diversas opções alimentares para o período noturno, como a inclusão de frutas, iogurte ou gelatina antes de dormir. Embora apenas um dos pais tenha destacado essa diversidade alimentar à ceia, isto sugere, que existem pais a fazer outras escolhas alimentares, contribuindo para uma dieta equilibrada.

Oliveira (2021), no seu estudo também verificou que na ceia das crianças na Educação Pré-Escolar e Ensino do 1.º Ciclo do Ensino Básico o leite simples era o alimento predominante. No entanto, verificou-se que uma criança sempre tomava leite com chocolate, enquanto duas outras sempre optavam por iogurtes.

Assim, pode-se concluir, que apesar de algumas diferenças nos detalhes específicos, ambos os estudos convergem para a presença do leite na ceia, bem como, para a presença de outras opções alimentares que contribuem para a diversidade e o equilíbrio nutricional das refeições noturnas.

Quanto ao número de refeições feitas pelas crianças, constatou-se que a maior parte das crianças (seis) realizam cinco refeições diárias (pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar), no entanto quatro relataram oferecer a ceia as suas crianças antes de dormir.

Oliveira, (2021) também constatou que todas as crianças do pré-escolar (20 crianças) faziam cinco refeições diárias (Pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar), havendo nove crianças que faziam ainda uma sexta (a ceia antes de dormir).

Resumidamente, e apesar de este estudo ter incluído uma amostra pequena, encontrou-se presença de bons hábitos alimentares na sua amostra, tendo-se verificado um baixo consumo de doces. Durante as entrevistas, os pais expressaram dificuldades em fazer com que as crianças consumissem legumes como acompanhamento nas refeições. Para superar esse obstáculo, a maior parte optavam por servir sopa como forma de garantir a ingestão de legumes, mesmo que não estivessem presentes diretamente no prato. É fundamental mencionar, que os dados sobre os hábitos alimentares são relatados pelos pais, podendo existir algum enviesamento. A maior parte do tempo das crianças é passado na escola, onde a alimentação é definida pelas instituições e geralmente segue uma linha equilibrada. Isso provavelmente, influencia os hábitos alimentares descritos. É de referir também, que as refeições fornecidas na escola exercem uma influência significativa nas escolhas alimentares e nos padrões de consumo das crianças. De acordo com o que foi descrito pelas mães, o padrão alimentar das crianças deste estudo aparenta estar de acordo com uma parte substancial dos princípios recomendados para uma AS.

4.2.4. Prática dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo à amamentação

O leite materno é uma fonte completa de nutrição para o bebê, oferecendo todos os nutrientes necessários para um desenvolvimento saudável. Além disso, ele fortalece o sistema imunológico do bebê, protegendo-o contra diversas doenças. Essa substância natural, não apenas alimenta, mas também, protege e promove a saúde do recém-nascido, conferindo-lhe proteção imunológica, promove o vínculo mãe-bebê e fortalece o sistema imunológico da criança, contribuindo desta forma, para um crescimento saudável (Mota, 2017 & Coelho et al., 2023).

A WHO, recomenda que os bebês sejam alimentados exclusivamente com leite materno nos primeiros seis meses de vida. Após essa fase, a introdução gradual de alimentos deve ser iniciada, mantendo-se a amamentação como parte importante da dieta até, pelo menos, os dois anos de

idade da criança (Portugal, 2024b). Essa recomendação, é baseada em evidências que demonstram os inúmeros benefícios do leite materno para o crescimento, desenvolvimento e saúde do bebê.

Na auscultação das entrevistadas sobre a prática dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo à amamentação foi verificado um decréscimo na prática da amamentação à medida que a idade do bebê aumentava. Entre as dez participantes, uma das mães referiu não ter amamentado o seu filho. Três mães interromperam a amamentação precocemente referindo não terem leite. Somente três mães continuaram a amamentar até que os seus filhos completassem seis meses de idade. Duas mães, mantiveram a amamentação até que os seus filhos completassem um ano de idade e apenas uma mãe prolongou a amamentação até que o seu filho completasse dois anos de idade. No geral, estes dados mostram uma variedade de abordagens em relação à amamentação entre as participantes, com algumas optando por suspender precocemente, enquanto outras continuaram além das recomendações mínimas de seis meses e até além do primeiro ano de vida do bebê, demonstrando uma adesão excecionalmente longa e em consonância com as recomendações da OMS, que sugerem a amamentação até pelo menos dois anos de idade.

Esses resultados, podem indicar uma variedade de fatores que influenciam a decisão e a duração da amamentação, incluindo a disponibilidade de apoio, educação sobre os benefícios da amamentação, questões de saúde e preferências pessoais das mães. De acordo com Moreira et al., (2021), algumas das dificuldades no processo de amamentação que podem levar ao desmame precoce estão correlacionadas com as características maternas. Estas, incluem ser mãe jovem, ter baixa renda familiar, trabalhar fora de casa, ter baixo nível de escolaridade, ser mãe solteira, falta de experiência com a amamentação, falta de conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno, falta de orientação sobre amamentação na maternidade e o desenvolvimento de fissuras mamárias devido a técnicas inadequadas de amamentação.

Os estudos realizados por Lopes & Marques (2004) & Caldeira et al. (2007), destacam a prevalência e a evolução do aleitamento materno nos primeiros meses de vida em diferentes contextos. Ambos os estudos, evidenciam uma alta taxa de aleitamento materno na alta hospitalar, mas observam uma diminuição significativa ao longo dos primeiros meses de vida do bebê. No estudo de Lopes & Marques (2004), realizado no distrito de Viana do Castelo, Portugal, a taxa de aleitamento materno na alta da maternidade foi bastante elevada, atingindo 97,5%. No entanto, essa taxa diminuiu consideravelmente ao longo dos meses seguintes, alcançando 65,7%, 50% e 35,4% aos dois, quatro e seis meses de vida, respetivamente. A causa mais comumente mencionada para o abandono foi a hipogalactia, que se refere à produção insuficiente de leite materno. Por outro lado, o estudo

conduzido por Caldeira et al. (2007), também revelou, uma alta taxa de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar, alcançando 98%. No entanto, essa taxa diminuiu consideravelmente ao longo do tempo, chegando a apenas 34% aos seis meses de vida do bebê. O declínio mais significativo ocorreu durante o primeiro mês de vida, com uma taxa de abandono de 44%. As razões mais comuns citadas para o abandono foram subjetivas e baseadas na percepção materna, como "não tinha leite", "o bebê chorava com fome" ou "não pegava no peito". Além disso, a falta de aumento de peso do recém-nascido foi a razão objetiva mais frequentemente mencionada pelas mães para o abandono do aleitamento materno.

Mais recentemente, Monteiro (2015), ao analisar a prevalência e duração do aleitamento materno em crianças dos dois aos cinco anos de idade verificou que a prevalência do aleitamento materno durante a primeira semana de vida da criança foi de 94.8%. Ao primeiro mês, decresceu para os 85.6%, mantendo aproximadamente o mesmo valor aos 3 e 6 meses (86.6% e 83.4%, respectivamente), decrescendo de forma abrupta após os 6 meses, com 59.7%. No cômputo geral, concluiu que há uma grande adesão ao aleitamento materno até aos 6 meses (acima dos 80%), sendo que as prevalências decrescem mais rapidamente a partir desta idade.

A relação entre os dados da pesquisa com as participantes entrevistadas e os resultados dos estudos mencionados ressalta a complexidade e variabilidade das experiências das mães em relação à amamentação. Podemos destacar, uma variedade de abordagens, assim como, o decréscimo na prática da amamentação, uma vez que, tanto os dados da pesquisa quanto os estudos assim o demonstram. Além disso, todos os conjuntos de dados observam um padrão de decréscimo na prática da amamentação à medida que o tempo avança, indicando que as decisões das mães em relação à amamentação podem mudar ao longo do tempo. Verificamos também, que as razões para o abandono da amamentação mencionadas nas entrevistas das participantes, como a falta de leite ou a percepção de hipogalactia, estão alinhadas com as razões citadas nos estudos, como preocupações subjetivas das mães e questões objetivas, como falta de aumento de peso do bebê. Isso sugere, que as razões para o abandono da amamentação podem ser multifacetadas e variar de acordo com as circunstâncias individuais de cada mãe.

Ao integrar os dados da investigação com os resultados dos estudos mencionados, é possível obter uma visão mais abrangente da prática e evolução do aleitamento materno em diferentes estádios da vida dos bebês. Isso ajuda a entender melhor, como as práticas da amamentação mudam ao longo do tempo e quais os fatores que podem influenciar essas mudanças.

Em suma, evidencia-se uma visão abrangente das experiências das mães em relação à amamentação, destacando desafios comuns, necessidades de apoio e a importância de promover práticas de amamentação sustentáveis e saudáveis. Essa variedade de abordagens, destaca a importância de respeitar as escolhas individuais das mães em relação à amamentação, ao mesmo tempo em que reconhece a importância de fornecer apoio e informações para ajudá-las a tomar decisões informadas sobre a alimentação de seus filhos.

4.2.5. Necessidades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promoverem uma alimentação saudável

Manter uma AS é um desafio constante na rotina de todas as famílias, mas, na prática, não é tão fácil reproduzir o que tanto se sabe na teoria. Tratando-se de crianças então, o desafio é ainda maior. Quando uma criança entra na vida de uma família, as prioridades mudam drasticamente, a preocupação com o bem-estar e desenvolvimento dos pequenos passa a ocupar um lugar central, e a alimentação desempenha um papel fundamental nesse contexto.

Ao explorar as necessidades dos pais na promoção de uma AS em crianças em idade pré-escolar, a maioria dos pais enfatiza a importância do acesso a legumes frescos. Além disso durante as entrevistas, outros aspectos também são mencionados, embora em menor incidência. Entre esses aspectos, salientam-se a disponibilidade de fruta variada, a capacidade lidar com as reações comportamentais das crianças, a questão financeira, a necessidade de mais tempo livre, a motivação para encorajar o consumo de legumes e o acesso aos alimentos em si. Curiosamente, um dos pais mencionou não ter necessidades específicas em relação à promoção de uma AS para o filho. Estes relatos, destacam a complexidade envolvida na criação de hábitos alimentares saudáveis nas crianças em idade pré-escolar e a variedade de fatores que os pais consideram importantes nesse processo.

A disponibilidade de legumes frescos é fundamental para os pais que desejam promover uma AS em crianças em idade pré-escolar. Ter acesso a legumes frescos não só garante a qualidade dos alimentos, mas também, oferece uma variedade de opções nutritivas para integrar nas refeições das crianças. A frescura dos legumes não apenas melhora o sabor das refeições, mas também garante que estejam repletos de nutrientes essenciais, contribuindo assim, para o desenvolvimento saudável das crianças.

Os pais reconhecem a importância de oferecer uma dieta rica em vegetais frescos, pois estes são fontes valiosas de vitaminas, minerais e fibras, essenciais para o crescimento e desenvolvimento adequados das crianças em tenra idade. Este ponto, é corroborado pelo estudo conduzido por Caldwell et al. (2019), que investigou a relação entre o acesso a frutas e vegetais frescos na comunidade e o aumento no consumo desses alimentos, foi observado que o aumento no consumo individual de frutas e vegetais estava diretamente ligado às comunidades que dispunham de acesso imediato a esses alimentos frescos. Eles destacaram, que fatores ambientais, como o acesso a frutas e vegetais, podem influenciar os resultados das intervenções comunitárias. Portanto, sugeriram que as intervenções para aumentar o consumo de frutas e vegetais devem priorizar o aumento do acesso a esses alimentos frescos nas comunidades-alvo.

No entanto, além do acesso a legumes frescos, os pais também enfrentam uma variedade de outros desafios identificados nos estudos. O estudo de Kelly et al., (2022), sobre as percepções dos pais em relação ao ambiente alimentar e seu impacto nas decisões alimentares em famílias com baixos rendimentos destaca preocupações como restrições financeiras, preferências das crianças, falta de tempo e acesso limitado a estabelecimentos de venda de alimentos saudáveis. As preferências das crianças, desempenharam um papel importante nas escolhas alimentares dos pais, levando-os muitas vezes a adquirir alimentos com base nos gostos ou desgostos dos filhos, ou em suas tendências e exigências alimentares. Os pais, também relataram frequentemente, problemas financeiros, com orçamento e rendimentos limitados, as quais influenciavam suas decisões alimentares e determinavam, em grande medida, a alimentação oferecida às suas famílias. A falta de tempo, foi outro aspecto frequentemente mencionado nas discussões sobre a preparação de alimentos e refeições familiares nos estudos analisados. Além disso, as comunidades locais eram frequentemente caracterizadas pela presença de pequenos estabelecimentos ou lojas de conveniência, que os pais evitavam devido aos custos elevados e às restrições orçamentárias. Estes desafios adicionais, são importantes considerações que influenciam as decisões alimentares dos pais e podem afetar significativamente a qualidade da dieta das suas crianças, o que pode ter implicações na promoção de uma AS.

Assim, os estudos em conjunto, enfatizam a complexidade envolvida na promoção de hábitos alimentares saudáveis em famílias com crianças em idade pré-escolar. Eles destacam, a necessidade de intervenções que abordem não apenas o acesso a alimentos frescos, mas também outros fatores ambientais, económicos e comportamentais que influenciam as escolhas alimentares das famílias.

A compreensão desses fatores é fundamental para o desenvolvimento de estratégias eficazes de promoção da SA nas crianças e suas famílias.

4.2.6. Dificuldades dos pais das crianças em idade pré-escolar para promoverem uma alimentação saudável

Cuidar de uma criança traz naturalmente, mudanças significativas no seio da família, representando um desafio que afeta todo o sistema familiar, implicando alterações ao nível das rotinas, papéis e funções familiares. Durante a fase pré-escolar, é quando se inicia a formação dos hábitos e práticas alimentares das crianças, que estão intrinsecamente ligados às práticas, escolhas, hábitos, preferências alimentares e estilo de vida da família. Além disso, diversos fatores influenciam o consumo de determinados alimentos nessa idade, como a disponibilidade, o estado emocional, a cultura e as interações sociais, entre outros (Boog, 2013). Compreende-se então, que o ambiente familiar, representado pelos pais, exerce uma influência significativa e desempenha um papel determinante no desenvolvimento das preferências e práticas alimentares das crianças (Bernardi et al., 2010).

O nosso estudo evidencia, que promover uma AS é uma tarefa complexa que enfrenta uma variabilidade de dificuldades. As respostas dos pais revelaram uma variedade de opiniões em relação às dificuldades enfrentadas para promover uma AS dos seus filhos. Apesar da diversidade de perspectivas, a preocupação com a disponibilidade financeira surge como a principal barreira percebida. Isso indica, que muitos pais consideram os custos associados a uma AS como uma dificuldade significativa, incluindo o preço de alimentos frescos e saudáveis em comparação com opções mais acessíveis, porém menos saudáveis, bem como, o desafio de manter uma dieta equilibrada dentro de um orçamento limitado.

De maneira complementar, o estudo realizado por Bento et al. (2015), corrobora com estes resultados, revelando que os responsáveis pelas crianças pré-escolares enfrentam desafios semelhantes. O autor investigou as percepções de 77 responsáveis de crianças do pré-escolar matriculados numa creche, em relação ao conceito de uma AS e às dificuldades para adotá-la. A condição financeira, a falta de tempo para preparar refeições saudáveis e o hábito alimentar inadequado foram identificados como as principais barreiras. Embora outras dificuldades, como o consumo de verduras e legumes, a manutenção de horários regulares para as refeições e a redução

do consumo de alimentos gordurosos e enlatados, também tenham sido mencionadas, elas foram menos citadas em comparação com as questões financeiras e de tempo (Bento et al., 2015).

De acordo com os mesmos autores, esses resultados são condizentes com um estudo anterior realizado por Bento (2012) citado por Bento et al., (2015), que investigou as representações sociais das dificuldades enfrentadas pelos usuários dos restaurantes populares de Belo Horizonte para manter uma AS. Neste estudo, o autor constatou que os participantes apontaram, como principais dificuldades, a condição financeira e a falta de tempo para preparar e comprar alimentos saudáveis.

Deste modo, o custo mais elevado dos produtos considerados saudáveis é frequentemente identificado como um fator determinante, muitas vezes representando uma barreira significativa para a adoção de uma AS. Estas conclusões, vão ao encontro do mencionado por Desrochers et al. (2016) & Butler, et al. (2008), cujos estudos destacam o preço como um elemento relevante nas decisões alimentares. O custo é consistentemente apontado como uma barreira em diversas situações, dificultando a escolha por uma AS.

Para além das preocupações financeiras, os pais também enfrentam uma série de desafios adicionais ao tentar promover uma AS nos filhos. Estas dificuldades, embora menos frequentemente mencionadas neste estudo, desempenham um papel significativo na dinâmica familiar relacionada à alimentação.

A oferta de doces por familiares e amigos representa um desafio adicional para os pais, pois lidar com a pressão social e a oferta constante de alimentos doces pode dificultar a manutenção de uma dieta equilibrada para os seus filhos.

Outra dificuldade enfrentada pelos pais é a resistência das crianças à ingestão de sopa. Algumas crianças podem mostrar resistência à ingestão de certos alimentos, como sopas, o que pode criar desafios adicionais ao tentar diversificar a dieta dos seus filhos.

A resistência das crianças à ingestão de legumes e frutas é mais um desafio enfrentado pelos pais. A recusa das crianças em consumir esses alimentos, pode limitar a variedade nutricional das suas dietas, exigindo estratégias adicionais para incentivá-las a experimentar e apreciar esses alimentos.

A disponibilidade de alimentos não saudáveis no ambiente ao redor das crianças, também é um obstáculo significativo. A facilidade de acesso, a oferta e as promoções feitas a alimentos não saudáveis podem representar uma tentação constante e dificultar a promoção de uma AS.

Em algumas comunidades, o acesso a legumes frescos pode ser limitado, seja devido à disponibilidade restrita em lojas locais ou à falta de recursos para comprar esses alimentos com regularidade.

Por último, o comportamento das crianças também pode representar um desafio na promoção de uma AS. Manter um ambiente alimentar saudável em casa muitas vezes requer que os pais enfrentem desafios comportamentais, como lidar com birras ou negociar escolhas alimentares com os seus filhos.

É importante notar, que um dos entrevistados não relatou enfrentar qualquer dificuldade na promoção de uma AS.

Em suma, o texto enfatiza a influência crucial do ambiente familiar na formação dos hábitos alimentares das crianças e destaca as dificuldades enfrentadas pelos pais para promover uma alimentação adequada, especialmente relacionadas à questão financeira, reforçando a necessidade de políticas e intervenções que apoiem as famílias nesse desafio.

4.2.7. Perceção dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo aos contributos dados pelo enfermeiro de família sobre saúde alimentar

A figura do EF tem vindo a ser criada nos sistemas de saúde de vários países da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde, intensificando a importância dos contributos da enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença, juntamente com os demais profissionais de saúde e baseando-se no conhecimento do utente no contexto da família e da comunidade. A inclusão da família como foco dos cuidados de enfermagem nos CSP em Portugal está alinhada com as políticas de saúde da OMS na Região Europeia, tanto em termos internacionais quanto conceituais. Neste contexto, o Decreto-Lei nº 118/2014, de 5 de agosto, define o EF como sendo “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014, p. 4070).

Deste modo, o EF através do seu conhecimento pode impulsionar para o aumento da literacia familiar, para uma maior preocupação com a família no seu todo e com os seus membros, resultando na otimização do funcionamento familiar e do bem-estar individual. Além disso, pode facilitar para a melhoria das interações tanto internas quanto externas à família, encorajando um comportamento mais saudável e ativo, tanto a nível familiar quanto individualmente (Acioli et al.,

2016). Posto isto, as perspetivas dos cidadãos sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros, numa perspetiva de EPS às suas famílias, são um veículo impulsor para a melhoria dos cuidados e da qualidade em saúde (Araruna et al., 2018).

Assim, neste estudo, tornou-se pertinente compreender a perceção dos pais de crianças em idade pré-escolar sobre os contributos dados pelo EF no que diz respeito à SA. Nesta área temática, emergiram duas perspetivas, sendo que a maioria das mães inquiridas mencionaram que o enfermeiro favorece o esclarecimento de dúvidas, enquanto quatro das entrevistadas reconheceram que o enfermeiro contribui para o aumento da literacia alimentar.

A evidência científica demonstra que uma intervenção precoce adequada, relativamente à alimentação, predispõe um forte e duradouro impacto no crescimento das crianças, com efeitos positivos na saúde e na riqueza do país (Portugal, 2019).

De acordo com a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, conforme mencionado por Murdaugh et al., (2011), as crianças aprendem principalmente através da observação direta dos comportamentos que consideram modelos. Portanto, é crucial que os enfermeiros intervenham não apenas com as crianças, mas também, com as suas famílias e grupos de pares, oferecendo reforço positivo aos hábitos saudáveis já adquiridos.

Posto isto, é fundamental que a prática dos enfermeiros se centre na orientação e capacitação das famílias, juntamente com as crianças, no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis e, consequentemente aumento da literacia em saúde. Isto pode ser alcançado, através da EPS e da criação de estratégias que visem melhorar a qualidade de vida das crianças e suas famílias.

Cardoso et al. (2019), realizou uma revisão integrativa para investigar o conhecimento dos pais sobre alimentação complementar para lactentes, analisando a literatura disponível. Os autores concluíram, que a perceção dos pais sobre esta temática ainda apresenta lacunas, destacando a necessidade de intervenção por parte de profissionais de enfermagem. Os autores sugerem, que as consultas de enfermagem devem concentrar-se na educação para saúde, fornecendo informações precisas e estratégias que ajudem as famílias na introdução da alimentação complementar e capacitando os pais nesse processo tão importante.

De acordo com um estudo realizado em Portugal sobre literacia em saúde, Amaral et al., (2016) constatou que 61% dos participantes demonstraram um nível problemático ou inadequado de literacia geral em saúde. Em diversos estudos, a baixa literacia em saúde tem sido reconhecida

como um fator de risco para várias doenças, incluindo a obesidade, enquanto níveis adequados de literacia podem contribuir para melhorar a condição de saúde das pessoas (Amaral et al., 2016).

Segundo o Relatório de Avaliação da Literacia em Saúde em Portugal, elaborado por Ávila et al., (2016), observou-se que os participantes, de maneira predominante e privilegiada, procuravam informações sobre saúde por meio de interações diretas com os profissionais de saúde. Essa constatação, ressalta a importância da intervenção dos enfermeiros de família que trabalham no contexto familiar, envolvendo os pais como agentes ativos na promoção da saúde, pois ao fornecer informações claras e acessíveis, bem como apoio contínuo, os enfermeiros podem ajudar a aumentar os níveis de literacia em saúde e capacitar as famílias a tomar decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar. Isso, por sua vez, pode ter um impacto positivo na prevenção de doenças e na promoção de estilos de vida saudáveis.

Neste âmbito, é fundamental que a equipa de saúde nomeadamente o EF possua uma visão global dos comportamentos de saúde da família. Isso é essencial para desenvolver programas de educação alimentar que sejam adaptados às metas, exigências e desafios específicos da família, colaborando com a família, através do apoio, incentivo e proteção (Aparício, 2016). Como citado por Lourenço, (2015, p. 48).

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

Dessa forma, os enfermeiros desempenham um papel fundamental ao prestar suporte e orientação personalizada às famílias, capacitando-as a adotar hábitos alimentares saudáveis e promover um ambiente familiar propício ao desenvolvimento saudável das crianças. Essa abordagem centrada na família não apenas fortalece os laços familiares, mas também, contribui para uma comunidade mais saudável, resiliente e informada.

4.2.8. Sugestões dos pais das crianças em idade pré-escolar para aumentarem a literacia sobre a alimentação infantil

Conhecer as sugestões emanadas pelas famílias das crianças em idade pré-escolar sobre a literacia da alimentação infantil é de extrema importância no nosso entender, para os enfermeiros dos CSP, especialmente para que os enfermeiros de família possam delinear intervenções com as famílias

que tenham um propósito comum. Estas intervenções, ajudarão na promoção da qualidade de vida quer da família, quer na díade EF e família. Essas sugestões, podem orientar o desenvolvimento de intervenções que atendam às necessidades e preocupações específicas das famílias, com o objetivo de promover um ambiente saudável, uma qualidade de vida para a família e, ainda, fortalecer a relação entre enfermeiro e família.

Uma das sugestões destacadas pelos pais, foi a educação sobre SA durante as consultas de saúde infantil, com o objetivo de aumentar a literacia sobre AS entre as famílias. É importante ressaltar, que de acordo com o programa nacional de saúde infantil e juvenil, durante o acompanhamento da saúde dessas faixas etárias, são realizadas diversas ações para alcançar uma série de objetivos, visando melhorias contínuas na saúde dessa população. Isso inclui, a promoção de uma alimentação adequada para diferentes faixas etárias e necessidades individuais, incentivando comportamentos alimentares saudáveis e equilibrados (Portugal, 2013a). Assim, a prática dos enfermeiros de família deve focar-se na orientação tanto dos familiares quanto das crianças, capacitando-os a adotar comportamentos alimentares saudáveis por meio da EPS. Para isso, o desenvolvimento de estratégias com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das crianças e suas famílias, orientando na gestão do plano alimentar e encaminhando para outros profissionais quando necessário, é primordial para promover comportamentos saudáveis.

A promoção da SA em meio escolar, foi destacada como outra sugestão de extrema importância por uma das mães entrevistadas. Esta abordagem, vai ao encontro com o programa nacional de promoção da AS, que reconhece a escola como um ambiente crucial para a promoção da saúde, incluindo a educação sobre uma AS. No entanto, capacitar as crianças para fazerem escolhas saudáveis pode ser difícil se o ambiente escolar não promover esses mesmos hábitos. Como as crianças passam muito tempo na escola e consomem uma parte significativa de sua alimentação lá, a qualidade dos alimentos oferecidos na escola tem um grande impacto em sua saúde e bem-estar. Portanto, as escolas enquanto espaços educativos e promotores de saúde, devem não apenas ensinar sobre AS, mas também, fornecer opções alimentares saudáveis para apoiar o desenvolvimento de hábitos saudáveis desde cedo. Uma AS e equilibrada, é um fator determinante para ganhos em saúde, prevenindo problemas alimentares desde a infância (Portugal, 2014a).

Também na opinião de Coelho, (2013), a escola representa um ambiente ideal para trabalhar com alunos, professores, pais e a comunidade circundante, visando capacitá-los a fazer escolhas saudáveis. Esse enfoque, permite que os alunos desenvolvam todo o seu potencial, adquirindo

habilidades essenciais para cuidar de si mesmos, demonstrar solidariedade e cultivar relações positivas com o ambiente ao seu redor.

O papel primordial dos enfermeiros, tem sido o de promover a saúde com enfoque na prevenção primária em todas as fases do ciclo de vital. No entanto, as intervenções centradas na escola, como a promoção de estilos de vida e hábitos alimentares saudáveis, só serão eficazes se forem apoiadas pela prática familiar de uma alimentação equilibrada, que serve como modelo de comportamento para as crianças.

É interessante notar, que a maioria das famílias do estudo não apresentou sugestões adicionais. No entanto, uma mãe destacou que o seu EF atendia plenamente às suas solicitações, indicando assim, a importância do suporte individualizado e eficaz por parte do mesmo. Isso ressalta, a relevância da relação entre EF e a família na promoção de hábitos alimentares saudáveis e na melhoria da saúde infantil.

Em síntese, Santos, (2010, p. 127) refere que

“ O conhecimento sobre os fatores que promovem e defendem a saúde e sobre os fatores de risco para a saúde, bem como a capacidade de utilizar e aplicar de forma efetiva esse mesmo conhecimento, é determinante para a adoção de comportamentos e estilos de vida salutogênicos”.

Portanto, cabe ao EEESF capacitar as famílias com as competências necessárias para gerir os cuidados aos seus filhos, promovendo a sua autonomia e capacidade de tomar decisões sobre sua saúde. Neste sentido, desenvolver estratégias para promover hábitos alimentares saudáveis, utilizando os recursos disponíveis, revela-se como uma abordagem benéfica e crucial para fomentar o bem-estar das crianças e suas famílias.

4.3. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES

Entre os hábitos e comportamentos que promovem a saúde das pessoas, os hábitos alimentares surgem em primeiro lugar (Viana, 2002). Ao longo da investigação, verificou-se que vários são os estudos que mencionam que os hábitos alimentares são formados nos primeiros anos de vida e tendem a persistir na idade adulta. Assim, e, como refere (Aparício (2016) & Moreira et al. (2008), incentivar e promover hábitos alimentares saudáveis desde a infância é fundamental para um

crescimento e desenvolvimento adequado das crianças e, a longo prazo, para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis relacionadas aos estilos de vida.

Este estudo de investigação aborda a problemática da SA das crianças em idade pré-escolar, focando-se mais especificamente na influência das práticas quotidianas dos pais sobre a alimentação infantil, além de explorar o contributo do enfermeiro de saúde familiar. Os propósitos deste estudo foram alcançados, enfatizando a importância da abordagem e intervenção nos comportamentos alimentares, não apenas das crianças, mas principalmente dos modelos que as influenciam, ou seja, os pais.

Neste sentido, passamos a apresentar as conclusões mais relevantes do nosso estudo:

- Verificamos que o papel da família na alimentação e educação alimentar é fundamental, pois as crianças não têm uma capacidade inata de escolher alimentos com base no seu valor nutricional.
- Constatou-se que a escola ou jardim-de-infância pode proporcionar um contexto formal de aprendizagem, complementando o papel da família.
- Importa ressaltar a importância dos enfermeiros e o seu papel junto das famílias, evidenciando a necessidade de uma prática especializada em ESF.
- Torna-se necessário um progresso contínuo na área de investigação em enfermagem de forma a demonstrar o reconhecimento da prática profissional e da enfermagem como uma disciplina de conhecimento, proporcionando benefícios significativos para a saúde da população e elevando a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma e devido à posição privilegiada no conhecimento e na interação com a família, o EF pode contribuir significativamente para a promoção de hábitos de vida saudáveis e para a capacitação da família no desempenho das suas funções de cuidadora.
- Fatores como a publicidade direcionada às crianças, que incentiva o consumo de alimentos ricos em açúcar, gordura e sal, a inatividade física aliada à alta exposição à tecnologia e a crise económica, entre outros, são reconhecidos por exercer grande influência no estado nutricional das crianças, contribuindo para o excesso de peso.
- Verificamos que as crenças e comportamentos dos pais influenciam a formação dos hábitos alimentares nas crianças. Embora existam orientações sobre práticas alimentares parentais, há pouca intervenção direcionada à mudança de comportamentos alimentares na família, dificultando a adoção de estilos de vida mais saudáveis quando esses comportamentos já estão consolidados.

- Só com abordagens de intervenção em comportamentos alimentares, se pode alcançar mudanças mais eficazes e duradouras no que diz respeito à alimentação nos primeiros anos de vida.
- Destaca-se, portanto, a importância da implementação de programas de intervenção, ações de sensibilização que visem a mudança comportamental e que promovam uma AS precocemente, contribuindo para um crescimento e desenvolvimento adequado ao longo da vida. Esta intervenção, centrada nas famílias, procura melhorar a qualidade da alimentação das crianças e aumentar a autonomia nas escolhas alimentares saudáveis.
- Identificar as necessidades de informação e formação dos pais em atividades de educação e promoção da saúde infantil, especialmente em relação à educação alimentar, deve ser um elemento fundamental no planeamento dessas atividades.
- Capacitar os pais com as estratégias necessárias para tomada de decisões e solução de problemas específicos, especialmente na escolha de alimentos saudáveis e adoção de melhores práticas e hábitos alimentares, é fundamental.
- Promover a literacia em saúde aumenta a autonomia, e fortalecer a parceria com os pais nesse sentido facilita a superação de desafios diários.

Em síntese, os meios de comunicação e as políticas governamentais são fundamentais na promoção de uma AS. A mídia influencia os hábitos alimentares através de campanhas publicitárias, programas de televisão e redes sociais. As políticas governamentais, como regulamentações sobre publicidade, programas de educação alimentar, subsídios para alimentos saudáveis e impostos sobre alimentos não saudáveis, moldam o ambiente alimentar e incentivam escolhas mais saudáveis. Portanto, uma abordagem integrada, envolvendo ambos, é essencial para promover uma AS.

É crucial destacar o papel do EF nas consultas de vigilância de saúde infantil, onde se devem promover cuidados por meio de programas educativos adequados, assim como, estratégias alimentares e comportamentais, integrando uma visão holística da família e considerando as dimensões social, económica, cultural e política. Os enfermeiros devem orientar e capacitar e responsabilizar os pais e crianças sobre comportamentos alimentares saudáveis, visando a melhoria da qualidade de vida e quando necessário encaminhar para outros profissionais da equipa a fim de promover comportamentos saudáveis e consequentemente qualidade de vida e ganhos em saúde.

É sabido que um nível insuficiente de literacia em saúde gera muitos custos para o sistema e é um fator de risco para o surgimento de diversas doenças crônicas, incluindo a obesidade (Pedro, 2018). Portanto, é essencial avaliar a percepção e o conhecimento dos pais sobre a alimentação dos filhos, para que se possa agir prontamente numa área que pode ser controlada por todos os envolvidos. Para isso, é necessário investir na formação contínua dos enfermeiros na respetiva área, a fim de promover a adoção de boas práticas e a melhoria da saúde das famílias e seus membros. Para que tudo isto se torne numa realidade possível de alcançar, é importante que os ensinamentos para saúde constituam uma área privilegiada para o desenvolvimento e produção de conhecimento científico em enfermagem, caminhando para a PBE.

Acreditamos, que este estudo pode ser valioso para pais, educadores e profissionais de saúde, pois revela percepções sobre hábitos alimentares e os papéis na promoção desses mesmos hábitos nas crianças, de modo a se construírem estratégias para incutir, desde cedo, hábitos saudáveis, acreditando-se que perdurarão pela vida fora.

Este percurso apresentou diversas limitações, sendo a principal o facto de um estudo qualitativo não permitir realizar generalizações, além do tempo restrito para a execução do estudo de investigação, uma vez que a autorização do conselho de ética levou algum tempo para ser obtida. Estávamos cientes de que o período destinado para o desenvolvimento do estágio era curto, o que limitou a implementação de outras estratégias. Gostaríamos de ter realizado intervenções com os pais e aumentar o número de intervenções com as crianças, porém não foi possível. Esperamos poder implementar essas intervenções em futuros estudos. Apesar disso, acreditamos que as atividades realizadas foram benéficas para todos os intervenientes. Embora existam limitações identificadas, e outras que possam surgir, considera-se que o estudo realizado possibilitou compreender a influência das práticas dos pais em relação à SA das crianças em idade pré-escolar na USF.

Depois de finalizado este relatório, será pertinente apresentar os resultados obtidos à equipa da USF e discutir o estudo. Isso permitirá que a equipa tenha uma melhor compreensão sobre a influência das práticas dos pais na SA das crianças, com o objetivo de promover a melhoria contínua na prestação de cuidados nesta área. No final, esperamos que os resultados obtidos despertem o interesse dos profissionais na procura de mais informações sobre a temática.

No que concerne às implicações para a prática de enfermagem, este estudo contribuiu para a evidência sobre esta temática e sensibilizou a equipa da USF para a importância da promoção de hábitos alimentares saudáveis, um dos focos de atenção do EF. A realização deste estudo permite

a evolução do conhecimento, ao fomentar a prática baseada em evidência científica e promove o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de qualidade, centrados na criança e na família, com o objetivo de incentivar hábitos alimentares saudáveis em família.

Como conclusão final, evidencia-se que a integração do EF na intervenção em saúde da família constitui uma oportunidade que salienta o impacto da atuação do enfermeiro na qualidade dos cuidados, bem como a sua influência direta nos resultados obtidos com a sua família.

**5. ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS
NO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**

Nos dias de hoje, no contexto dos CSP, as Unidades de Saúde Familiar têm vindo a destacar de maneira notável o papel do EF que integra um modelo de cuidados direcionado para a proximidade, tornando-se, portanto, o contexto ideal para direcionar o foco da prática de enfermagem para o âmbito familiar, ou seja, é preconizada uma prática assente na visão da família como alvo dos cuidados (Araújo, 2014).

Em Portugal, a prática profissional da Enfermagem Familiar, como área especializada, segue o referencial conceitual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, estabelecido pelo Conselho de Enfermagem da OE em dezembro de 2001. Estes padrões, destacam os critérios específicos de qualidade para a intervenção dos enfermeiros nessa área específica. O Regulamento nº 367/2015 da OE detalha ainda mais os requisitos e responsabilidades profissionais dos enfermeiros que se dedicam à prática da Enfermagem Familiar (Regulamento 367/2015, 2015).

Em 2018, a OE regulamentou as competências específicas do EEECAESF, destacando a família ao longo de seu ciclo de vida como ponto central. Seguindo este regulamento e os objetivos estabelecidos para este estágio, tivemos a oportunidade de intervir junto às famílias, trabalhando também, em colaboração com elas (Regulamento nº 428/2018, 2018).

Desta forma, o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, passa não só pela construção do conhecimento baseado na evidência, mas também, na procura de novos significados que conduzam à mudança na prática, resultando na melhoria, na garantia e na excelência da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às famílias.

Assim, este capítulo pretende descrever e evidenciar através de uma análise crítico reflexiva, as competências desenvolvidas ao longo dos estágios integrados no âmbito do mestrado, tendo por base as competências específicas do enfermeiro especialista na área de Saúde Familiar e as competências comuns do enfermeiro especialista, estabelecidas pela OE (Regulamento nº428/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

5.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS

A especialização em enfermagem possibilita e favorece a aquisição de conhecimentos e competências essenciais para a prática de cuidados. Hesbeen (2001), menciona que embora a formação deva incluir a assimilação de novos conhecimentos e o aprimoramento de técnicas, o seu papel fundamental está em ampliar a visão do profissional de saúde com base na sua experiência,

com o intuito de enriquecê-la, conceptualizá-la e auxiliá-lo a encontrar espaços que promovam uma prática refletida mais significativa.

Assim, as competências específicas do EEECAESF, conforme definidas pela OE, estão estabelecidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, publicado no Diário da República II Série, nº 135 de 16 de julho de 2018 (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Este Regulamento, tem como objetivo proporcionar um enquadramento normativo para a certificação das competências e informar os cidadãos sobre o que podem esperar desses profissionais especializados. As competências do EEESF são subdivididas em duas áreas distintas:

1. Cuida da família enquanto unidade de cuidados e, de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
2. Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da ESF.

Em seguida, será abordado o desenvolvimento de competências neste contexto, fundamentado nas atividades realizadas e nas estratégias implementadas para garantir sua eficácia.

5.1.1. 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 enfermeiro especialista em ECAESF concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade e não tanto nas doenças. O foco é a família como unidade de cuidados, onde é valorizada a relação multifacetada entre a saúde dos vários elementos da família e a saúde da família na sua globalidade. Para isso, o enfermeiro aplica conhecimentos na avaliação da saúde familiar, considerando a interação dinâmica dos seus membros e da família enquanto unidade, perspetivando-as em termos antropobiológicos, sociais, culturais e espirituais. Este, inserido numa equipa multidisciplinar promove os ganhos em saúde através de ações intencionais e críticas, pois, possui um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica de modo a auxiliar o utente/família na resolução dos seus problemas, conduzindo a uma melhor adaptação a determinada condição de saúde ou contexto de vida. Deste modo, os conhecimentos especializados são essenciais na capacitação do utente/família e na gestão dos problemas de saúde vivenciados (Portugal, 2017a).

Considerando a família como unidade de cuidados, o enfermeiro especialista promove a sua capacitação, focando-se na mesma como um todo e nos seus membros individualmente ao longo

de todo o ciclo vital e nas suas transições, seguindo as seguintes unidades de competência (Regulamento n.º 428/2018, 2018, pp. 19357-19358):

- “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 EF 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 de ESF”;
- “Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem”

No âmbito desta competência, durante o estágio, tivemos a oportunidade de realizar consultas de enfermagem nos diferentes programas de saúde. Ao interagir com os utentes e suas famílias, procuramos sempre estabelecer uma relação de confiança, demonstrando disponibilidade, respeito e empatia, valorizando cada pessoa e sua família. Criamos ambientes propícios para que as pessoas e suas famílias pudessem expressar suas dúvidas, preocupações e dificuldades, utilizando uma abordagem personalizada, com o objetivo de ajudá-los a encontrar soluções para minimizar essas dificuldades. Para isto, foram propostos objetivos e metas de saúde, procurando sempre incluir os utentes e as suas famílias de forma responsável no seu processo de promoção da saúde, prevenção de doenças e gestão de situações complexas, de modo a promover a sua capacitação focando a família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.

Na prática da ESF, é essencial que o enfermeiro assuma o papel de facilitador na criação conjunta de soluções que permitam à família alcançar os seus objetivos de saúde, visando melhorar seu bem-estar. Desta forma, é essencial a realização de uma avaliação familiar de modo a explorar os problemas, as necessidades, bem como, os seus recursos e as suas potencialidades. Para tal, é necessário que o enfermeiro trabalhe em parceria com a família e para a família envolvendo-a no

processo. Por isso, a avaliação da família é um processo desafiador e complexo que não pode ser totalmente realizado em apenas um encontro, sendo necessário que ocorra ao longo do tempo e, sempre que viável, em diferentes situações importantes para a família (Regulamento nº 367/2015, 2015; Figueiredo, 2012).

Segundo Relvas (2004), cada família possui uma identidade própria e organiza-se com base numa rede complexa de relações entre os seus membros. São essas interações, que determinam os papéis, as funções e as expectativas individuais e sociais dentro da família (Relvas, 2004).

Assim, o enfermeiro especialista destaca-se como o profissional adequado para o acompanhamento das famílias ao longo de todo o ciclo vital. Ele empenha-se em compreender e trabalhar as dinâmicas internas da família, as suas relações, a estrutura e funcionamento, assim como o relacionamento com o meio envolvente, fomentando mudanças nos processos de interação dentro e entre as famílias, visando à promoção da saúde e à gestão da doença (Regulamento n.º 126/2011, 2011).

Deste modo, para intervir na família de modo a colher dados pertinentes e obter os melhores resultados possíveis, é necessário existir uma avaliação adequada da mesma. Esta, realiza-se através de diversos modelos e instrumentos de avaliação familiar que facilitam a compreensão, fornecendo informações muito revelantes quanto à família e que cada enfermeiro deverá desenvolver na sua prática diária. Consideramos o modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF), um instrumento orientador para a prática diária de enfermagem familiar. Este modelo, sustenta-se no modelo de Calgary enquanto referencial teórico e surge como um referencial teórico e operativo, para dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direccionadas à família enquanto alvo de cuidados de enfermagem. Os pressupostos deste modelo, reconhecem a complexidade do sistema familiar considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização com o objetivo de promover a potencialização das forças, recursos e competências da família (Figueiredo, 2012).

É importante destacar a relevância do MDAIF na prática da enfermagem de família. No entanto, é necessário reconhecer que este modelo encontra-se numa versão muito limitada no SClínico, o que pode dificultar sua utilização. Conforme mencionado por Silva (2009), em relação aos sistemas de informação, é comum que as aplicações informáticas existentes não consigam atender plenamente às exigências da dinâmica de registo em enfermagem de família.

De modo a colher dados pertinentes, realizamos avaliações no contexto da prestação de cuidados a várias famílias segundo a matriz do MDAIF, utilizando diversos instrumentos e escalas de avaliação familiar. Essa abordagem, permite aplicar este modelo como uma estrutura multidimensional, possibilitando a avaliação das famílias nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, possibilitando neste sentido, uma visão global e mais completa da família. Permite-nos também, reconhecer as transições pelas quais as famílias estão a vivenciar e entender as famílias como uma unidade de transformação que enfrentam transições normativas ao longo do ciclo de vida familiar, com base na teoria das transições de Meleis (Meleis, 2010). Esta abordagem holística, permite-nos uma compreensão mais profunda das necessidades e desafios enfrentados pelas famílias, facilitando a implementação de intervenções adequadas e personalizadas. Neste contexto, realizaram-se avaliações familiares utilizando o MDAIF, debatendo as matrizes operativas das famílias com a enfermeira orientadora, bem como, os diagnósticos formulados e as intervenções aplicadas de acordo com as necessidades de cada família e com base na CIPE, de modo a capacitar as famílias na definição objetivos e metas e promotoras da sua saúde. Desta forma, os problemas foram priorizados e identificados com base na visão da família destacando a importância da sua resolução, mobilizando os recursos e forças da família para a maximização do seu potencial de saúde, incentivando e promovendo a aquisição de novas competências.

Segundo Cardoso et al., (2012), a prática baseada em evidência, emerge como uma abordagem coerente, segura e estruturada para definir práticas profissionais que, geralmente, são reconhecidas como as mais apropriadas, oferecendo uma garantia previsível dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis. Isso ocorre, por meio da participação ativa de todos os envolvidos processos terapêuticos e de tomada de decisão (Cardoso et al., 2012).

Durante os estágios, com o objetivo de desenvolver a prática do EF baseada na evidência científica, aplicamos um pensamento sistemático e crítico, que facilitou uma compreensão mais ampla tanto das famílias quanto dos focos de intervenção de ESF, integrando sempre a investigação e a evidência científica nas intervenções de enfermagem familiar. Além disso, realizamos um estudo de investigação denominado “Influência das práticas dos pais na SA das crianças em idade pré-escolar: Contributo do enfermeiro de saúde familiar”. Neste estudo, tornou-se pertinente conhecer a influência das práticas dos pais na SA das crianças em idade pré-escolar, bem como, o contributo do enfermeiro de saúde familiar, uma vez que é amplamente reconhecido que as famílias exercem uma influência significativa 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.

Durante todo o período de aprendizagem e, especialmente, durante os estágios clínicos, de modo a intervirmos de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família em situações complexas, foi possível implementar ações dirigidas às pessoas e respetivas famílias em todas as fases do ciclo vital, visando promover a saúde, prevenir doenças, tendo sempre em consideração as suas necessidades específicas e sua situação de fragilidade. Utilizamos estratégias motivacionais na interação com a família, colaborando com eles no desenvolvimento e avaliação das intervenções de enfermagem adaptadas às suas necessidades específicas. Este processo, impulsionou mudanças significativas durante os momentos complexos de transição na saúde familiar.

No âmbito desta unidade de competência, durante os estágios nas consultas de enfermagem, seguimos as diretrizes dos programas de saúde da DGS. Especificamente, nas consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil, e tendo como base o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Portugal, 2013a), executamos intervenções voltadas para alcançar uma ampla gama de objetivos, visando melhorias e ganhos na saúde dessa população.

Sendo a SA das crianças um dos nossos focos de análise do nosso estudo de investigação, procuramos desta forma, incentivar a adoção de comportamentos promotores de saúde, relacionados com a nutrição adequada às diferentes idades e às necessidades individuais promovendo comportamentos alimentares equilibrados, como também à prática regular de exercício físico, ao brincar e a outras atividades de lazer em ambientes ao ar livre e espaços despoluídos; assim como, à gestão do stress; a prevenção de consumos nocivos e a implementação de medidas de segurança para reduzir o risco de acidentes (Portugal, 2013a). Seguindo sempre as diretrizes deste programa, durante as consultas de vigilância da saúde infantil, quando identificamos casos de crianças com excesso de peso, direcionamos as nossas intervenções para avaliar o conhecimento dos pais sobre os hábitos alimentares, assim como, a atividade física das crianças. Explicamos as complicações associadas ao excesso de peso e obesidade na saúde infantil, com o objetivo de consciencializar os pais sobre esta problemática e, consequentemente, motivá-los a mudar comportamentos e adotar estilos de vida saudáveis. Neste sentido, considera-se meritório o papel do EF tanto na prevenção quanto na identificação precoce de situações de risco familiar. É de extrema importância, que este profissional de saúde esteja atento a cada criança e familiarizado com o contexto doméstico, de modo a direcionar as intervenções de acordo com os conhecimentos e necessidades individuais de cada família.

Para facilitar a resposta da família em situações de transição complexa, incentivamos a partilha das suas histórias, promovendo a consciencialização sobre suas capacidades, estratégias e forças para evolução, crescimento e mudança, a fim de melhorar a dinâmica familiar e alcançar as metas estabelecidas. Além disso, colaboramos com a família na análise dos recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde, tornando mais acessível a obtenção desses recursos.

Dialogamos com as famílias sobre o progresso alcançado, os desafios enfrentados e o desenvolvimento da família, incentivando o feedback familiar. Também procuramos documentar o processo de cuidados, integrando aspetos familiares, de saúde e ambientais, para uma abordagem mais completa e eficaz.

Ao longo deste percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas, envolvemo-nos de forma ativa e intencional na prática de ESF, procurando sempre avaliar de forma contínua a nossa prática, de modo a melhorar o desempenho. Focamo-nos no progresso e nos resultados das famílias, visando aprimorar tanto o desenvolvimento profissional, quanto o pessoal, e, refletindo sempre sobre as interações entre enfermeiro e família. Nas reuniões com a enfermeira orientadora, promovemos a discussão de temas relevantes, estudos de caso e sugestões para resolver problemas relacionados à saúde familiar, com o objetivo de aprimorar as práticas nas consultas de ESF, de modo a alcançar melhorias significativas nos resultados de saúde, assim como, a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ESF.

Para formalizar a monitorização e avaliação das respostas das famílias às intervenções de enfermagem, recorremos ao processo de enfermagem. Formulamos diagnósticos de enfermagem, planeamos as intervenções sugeridas com base nos diagnósticos, avaliamos sua eficácia e juntamente com as famílias estabelecemos objetivos. O Sclínico possibilitou o registo e a padronização das atividades de enfermagem, envolvendo toda a equipa de saúde em práticas uniformizadas de acordo com as diretrizes recomendadas. Neste último ensino clínico, foi-nos possível avaliar o grau de satisfação dos utentes e famílias acerca da qualidade de cuidados prestados nesta USF, assim como, do EF através da participação na aplicação do inquérito do SNS que avaliou 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. Além disso, foi possível através do estudo de investigação desenvolvido e anteriormente apresentado conhecer a perceção dos pais das crianças em idade pré-escolar relativo aos contributos dados pelo EF sobre SA

A participação ativa na dinâmica da UCSP/USF, juntamente com o contato direto com as famílias e as experiências vividas, enriqueceram minha compreensão sobre o cuidado da família como uma

unidade de cuidados e sobre as necessidades individuais de cada membro ao longo de seu ciclo vital nos diferentes níveis de prevenção.

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

O EF gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados (OE, 2018), seguindo as seguintes unidades de competência (Regulamento n.º 428/2018, 2018, pp. 19358-19359):

- “Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”;
- “Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção”.

Esta competência, foi desenvolvida através das interações e das abordagens que tivemos com as famílias alvo de cuidados. Foi possível, orientar os processos de intervenção familiar nas diferentes fases do ciclo de vida familiar, gerindo os cuidados de saúde nos diversos níveis de prevenção. Isso sempre teve como base os referenciais teóricos, o quadro conceitual e os conhecimentos que adquirimos ao longo do mestrado e durante estes estágios, mas sempre com atenção às especificidades, valores, crenças, propósitos e objetivos das famílias.

Os estágios, proporcionaram uma valiosa oportunidade para conhecermos em profundidade a estrutura e a dinâmica organizacional do serviço, além de estabelecermos relações positivas e eficazes com todos os membros da equipa. Destaca-se a importância da colaboração interdisciplinar, especialmente no que diz respeito aos cuidados de saúde prestados à família. Essa colaboração, mostrou-se fundamental na articulação e mobilização e referenciação para outros profissionais de saúde, valências/unidades de saúde, permitindo articular com outras equipas de saúde e mobilizar recursos necessários para a prestação de cuidados à família, garantindo assim, a continuidade e a eficácia dos cuidados prestados. Desta forma, articulamos com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, nomeadamente, na referenciação para nutricionista, assistente social, UCC, serviço de urgência e recursos da comunidade como apoio domiciliário. Assim, a colaboração interdisciplinar com os mais diversos profissionais, foi fundamental na prestação de cuidados em respostas às necessidades do utente/família.

Os cuidados de saúde prestados às famílias, foi gerido aos diferentes níveis de prevenção, participamos no planeamento, no desenvolvimento e na avaliação de vários programas de saúde

relacionados com a saúde familiar, nomeadamente, no auxílio da elaboração da lista de utentes com esquema vacinal em atraso e na sua convocação e execução, bem como na campanha sazonal de vacinação contra a gripe e COVID-19. Também, estivemos envolvidos na gestão de doenças crónicas, especificamente na diabetes mellitus e no incentivo ao autocuidado para prevenir úlceras de pé diabético, como também, em aumentar a adesão ao rastreio do cancro do colo do útero, através da recolha dos utentes em falta, convocá-los e intervir quando necessário. Estas ações e intervenções, foram baseadas numa visão compartilhada de ESF, aos diversos níveis de prevenção e utilizando os sistemas de informação e tecnologias disponíveis para aprimorar os resultados de saúde da família. Foi perceptível, o impacto dos registos padronizados que demonstram os ganhos e benefícios em saúde associados aos cuidados de ESF no sistema de informação clínica – SCLínico.

Em suma, todas as atividades desenvolvidas e a riqueza das experiências vivenciadas ao longo deste percurso, contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências para uma prática especializada em ESF, bem como, suscitaram o entusiasmo por um contínuo e desafiador aprimoramento de conhecimentos, que resultam numa prática de ESF de qualidade.

Ao analisarmos este período de formação e considerarmos os objetivos delineados no plano de estudos do mestrado, os quais se efetivam na forma de competências a serem adquiridas, podemos afirmar que o desafio proposto foi amplamente alcançado. Esta conquista, caracterizou-se por uma evolução gradual e positiva, marcada pela dedicação e empenho de todos. Os conhecimentos adquiridos, certamente terão impacto no futuro, contribuindo significativamente para o desenvolvimento profissional e pessoal.

5.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS

Além das competências específicas, os Enfermeiros Especialistas também devem desenvolver competências comuns de acordo com os domínios especificados no artigo 4º do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Estas são definidas como

“competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Assim, todo o enfermeiro especialista, independentemente da diversidade de especialidades que abrange a profissão de enfermagem, partilha quatro domínios comuns transversais a todos os contextos de prestação de cuidados. Estes domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estão minuciosamente delineados nos anexos I a IV do mencionado regulamento e consistem em (Regulamento n.º 140/2019, 2019, pp. 4746-4750):

- A. Responsabilidade profissional, ética e legal;
- B. Melhoria contínua da qualidade;
- C. Gestão dos cuidados;
- D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A certificação das competências clínicas especializadas, é o meio pelo qual o enfermeiro especialista demonstra possuir um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades que são aplicados em contextos de prática clínica. Cada competência, se divide em diversas unidades de competência, representando realizações específicas. Por sua vez, cada uma dessas unidades de competência, inclui vários critérios de avaliação que abrangem diferentes aspetos do desempenho profissional e devem ser vistos como evidências do mesmo (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Embora sejam chamadas de "comuns", estas competências são aplicadas de maneira específica em cada especialidade. Portanto, ao abordá-las em diferentes áreas de especialização, haverá variações significativas na forma como são realizadas, levando em consideração as características e particularidades únicas da prática clínica em questão.

5.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

As competências comuns do Enfermeiro Especialista alusivo ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, devem atender as seguintes competências (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745):

- A1 “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”;
- A2 “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

Neste domínio, todos os enfermeiros, ao exercerem a sua profissão, regem-se pelo Código Deontológico do Enfermeiro, que estabelece direitos e deveres, incluindo o cumprimento das

normas deontológicas e das leis que regulam a profissão. Isso, inclui proteger e defender a pessoa humana contra práticas que violem a lei, a ética ou o bem comum, bem como, garantir os direitos à vida e à qualidade de vida, além do dever de sigilo e respeito pela intimidade, entre outros (Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015). Os enfermeiros, devem acima de tudo, ter a responsabilidade primordial de proteger e honrar os direitos daqueles a quem prestam cuidados, seja uma pessoa, uma família ou uma comunidade (Portugal, 2015).

Na primeira competência destacada, o Enfermeiro Especialista evidencia uma prática segura, profissional e ética, empregando habilidades para tomada de decisões baseadas nos princípios éticos e deontológicos. Lidera de forma eficaz os processos de tomada de decisão ética e avalia tanto o processo quanto os resultados dessa tomada de decisão. Dessa forma, essa competência baseia-se num conjunto de conhecimentos ético-deontológicos, na avaliação sistemática das melhores práticas (Regulamento n.º 140/2019).

Durante os estágios, adotamos abordagens que refletissem uma tomada de decisão fundamentada em princípios, valores e normas deontológicas, visando promover uma prestação de cuidados e parceria adequada com o utente e família. Isso incluiu, o desenvolvimento de estratégias colaborativas de resolução de problemas com o utente/família, utilizando conhecimento e experiência para fundamentar as decisões e selecionar as melhores opções disponíveis.

Contribuímos ativamente para a construção da tomada de decisão em equipa, garantindo que o processo fosse orientado pelos princípios da deontologia profissional e incorporando elementos do enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. Além disso, procuramos constantemente promover práticas profissionais alinhadas com os princípios deontológicos, na equipa de trabalho.

Para liderar efetivamente os processos de tomada de decisão ética na área de especialização, atuamos como consultores sempre que os cuidados exigiam um nível de competência correspondente à especialidade. Recolhemos contributos para análise dos fundamentos das tomadas de decisões, promovemos reflexões sobre os processos de tomada de decisão. Para avaliar tanto o processo quanto os resultados da tomada de decisão, avaliamos cuidadosamente a sua ponderação e fomentamos a avaliação correspondente, compartilhando os resultados obtidos a partir das decisões tomadas.

Na segunda competência anteriormente mencionada, é esperado que o Enfermeiro Especialista demonstre uma prática fundamentada no respeito aos direitos humanos. Assim como, liderar a equipa na adoção de práticas de cuidados que enfatizem a segurança, a privacidade e a dignidade do utente.

Para garantir a proteção dos direitos humanos, defendemos os mesmos, conforme os princípios da deontologia profissional. Garantimos o acesso à informação e a segurança dos dados adquiridos, mantendo a confidencialidade. Durante os estágios, promovemos o respeito à privacidade dos utentes e sua autonomia nos cuidados especializados e de saúde, além de respeitar os valores e crenças individuais e culturais. Com o propósito de gerir na equipa as práticas de cuidados, visando a segurança, a privacidade e a dignidade do utente, analisamos as informações com o objetivo de aumentar a segurança das práticas nas dimensões ética e deontológica. Através da análise da família, pudemos examinar e interpretar situações específicas de cuidados especializados e gerir situações potencialmente desafiadoras para elas. Durante essa avaliação familiar, garantimos o anonimato e a confidencialidade, protegendo o direito ao sigilo, à privacidade e à segurança e proteção dos dados de toda a informação reunida.

Desta forma, adotamos uma abordagem proactiva para garantir a segurança, a privacidade e a dignidade dos utentes e famílias, enquanto avaliamos constantemente os resultados dos processos de tomada de decisão. Identificamos as necessidades e ajustamos as intervenções para alcançar ganhos em saúde, levando em consideração os princípios éticos da profissão e a PBE.

5.2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

As competências comuns do Enfermeiro Especialista alusivo ao domínio da melhoria contínua da qualidade devem atender as seguintes competências (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745):

- B1 “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”;
- B2 “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”;
- B3 “Garante um ambiente terapêutico e seguro”.

Neste domínio o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial desde a conceção até a implementação de projetos voltados para aprimorar a qualidade dos serviços institucionais. Ele, não apenas colabora nessa fase inicial, mas também, participa na disseminação desses projetos, garantindo que sejam compreendidos e adotados em todos os níveis operacionais. Além disso, reconhece que alcançar uma melhoria na qualidade, requer uma avaliação constante das práticas existentes. Com base nos resultados dessa avaliação, está preparado para rever e ajustar essas

práticas, conforme o necessário. Isso inclui, a implementação de programas de melhoria contínua. Ao mesmo tempo, compreende que uma gestão centrada na pessoa é essencial para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes. Assim sendo, o enfermeiro especialista adota uma abordagem proactiva, garantindo um ambiente propício ao bem-estar dos utentes gerindo os riscos de forma eficaz (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Na primeira competência em destaque, os Enfermeiros Especialistas aplicam os seus conhecimentos e habilidades para assegurar a melhoria contínua da qualidade. Além disso, eles lideram projetos institucionais relacionados à qualidade.

Com o propósito de mobilizar conhecimentos e habilidades assegurando a melhoria contínua da qualidade, ao longo dos estágios, demonstramos conhecimentos avançados sobre as diretrizes na área da qualidade e melhoria contínua e promovemos a incorporação desses conhecimentos na prestação de cuidados.

Para contribuir na orientação de projetos institucionais na área da qualidade, participamos, sempre que possível, na definição de metas para a aprimorar a qualidade dos cuidados a nível organizacional, analisando e avaliando o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.

Participamos na aplicação do inquérito do SNS que avalia 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. Este inquérito, visou conhecer o grau de satisfação dos utentes e suas famílias, relativamente quatro dimensões principais: atendimento, qualidade, instalações e sugestões da USF durante o ano de 2023. É de ressaltar, que na última década, observou-se um aumento significativo no reconhecimento das avaliações dos utentes nos CSP como um indicador de qualidade. As unidades de Saúde Familiar, têm prestado mais atenção a essas avaliações, resultando em níveis mais altos de satisfação entre os utentes. É amplamente reconhecido, que estas avaliações desempenham um papel crucial, representando uma avaliação da qualidade dos cuidados prestados, incluindo valores, experiências, expectativas e perceções dos mesmos. Elas também, são consideradas como resultados de saúde, servindo como indicadores do sucesso da prática clínica e destacando áreas de cuidados que podem ser aprimoradas.

Na segunda competência, o Enfermeiro Especialista reconhece que aprimorar a qualidade, implica avaliar as práticas e, com base nos resultados, eventualmente, revisá-las e implementar programas de melhoria contínua, ou seja, avalia a qualidade das práticas clínicas desenvolve e lidera programas de melhoria continua.

Nos últimos tempos, tem havido uma crescente preocupação com a melhoria contínua dos cuidados de saúde, especialmente nas Unidades de Saúde Familiar, onde a implementação de programas para aprimorar a qualidade é uma realidade tanto em termos organizacionais quanto na prestação de cuidados à população. São esses programas de melhoria contínua, que possibilitam a avaliação e o acompanhamento do desempenho, permitindo a elaboração de estratégias de mudança que visam melhorar a qualidade dos cuidados e promover ganhos em saúde para a comunidade.

Para avaliar a qualidade das práticas clínicas, recorreremos à evidência científica e às normas pertinentes, utilizando indicadores e ferramentas apropriadas para essa avaliação, e, analisamos os resultados obtidos. Na planificação de programas de melhoria contínua, identificamos oportunidades de aperfeiçoamento, estabelecemos prioridades, selecionamos estratégias de aprimoramento e promovemos a implementação de programas para melhorar continuamente a qualidade. No que diz respeito à liderança de programas de melhoria contínua, procuramos sempre atualizar e normalizar soluções eficazes e eficientes, contribuindo para a constante evolução e aprimoramento dos cuidados prestados.

A formação em serviço, está cada vez mais valorizada como uma ferramenta para atualização científica e aprimoramento da qualidade dos cuidados. No entanto, é crucial considerar como esses conhecimentos são aplicados na prática diária e como essa prática é constantemente atualizada com base na evidência científica disponível. A procura de evidência para melhores práticas, deve ser um processo contínuo e dinâmico. O Enfermeiro Especialista, desempenha um papel fundamental na atualização de conhecimentos, concebendo, gerindo e contribuindo para programas de melhoria contínua. Ele desempenha um papel crucial na formação, ao mobilizar conhecimentos, compartilhar experiências e promover mudanças, o que resulta no crescimento e desenvolvimento da equipa.

Durante o período de formação, tivemos a oportunidade de participar e realizar sessões de formação que visavam refletir coletivamente sobre questões relacionadas com a enfermagem familiar, para melhorar os resultados de saúde no contexto familiar. Neste contexto, foi realizado uma formação sobre “Alimentação 1º ano de vida” (APÊNDICE IV) em colaboração com uma nutricionista e apresentado “O guia Prático para os pais – Alimentação complementar no 1º ano de vida” (APÊNDICE V) em conjunto com a minha colega de estágio, para colmatar as dificuldades sentidas pela equipa. Realizamos uma formação dinamizada em conjunto com a minha colega de estágio e de curso, onde convidamos um especialista no cuidado de feridas na Urgo Medical Portugal, denominada “Novas tecnologias na cicatrização do doente com ferida”(APÊNDICE VI).

Participamos conjuntamente com a equipa profissional da Unidade de Cuidados na Comunidade de Barroselas, na organização e dinamização da atividade: “Workshop de Lanches Saudáveis” (APÊNDICE VII) para todos os 5º e 6º ano do Agrupamento de Escolas de Barroselas, inseridos no dia Mundial da Alimentação. Efetuamos e apresentamos ao conselho técnico, 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. Estas formações proporcionaram um espaço valioso de partilha e reflexão, onde os profissionais de saúde puderam trocar experiências e conhecimentos adquiridos na prática diária. Este ambiente colaborativo não só fortaleceu os conhecimentos e as competências dos participantes, mas também incentivou o desenvolvimento de competências interpessoais e de pensamento crítico. Através de discussões aprofundadas e análise de casos práticos, os profissionais foram capazes de refletir sobre suas práticas, identificar áreas de melhoria e adotar novas abordagens baseadas em evidências. Este processo contínuo de aprendizagem e atualização é fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e para a adaptação às constantes evoluções no campo da saúde.

Participamos como formandas em várias áreas de formação/seminários, alguns integrados no âmbito do mestrado:

- Campanha Nacional de Direitos Reprodutivos promovida pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto;
- “Desenvolver o presente, olhar o futuro – Parentalidade(s) e Desenvolvimento da Criança e Família”;
- Parentalidade Positiva em CSP;
- Consulta de ESF: do processo ao valor;
- O desenho infantil na avaliação familiar;
- Envelhecimentos ativo e saudável: desafios para a ESF /CSP, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, estatuto do cuidador informal, integração de cuidados;
- Ontologia;
- Conferência Prevenção do suicídio no Ensino Superior;
- Conferência Violência na família;
- Conferência Saúde Familiar no Brasil;

- Workshop PBE em torno da família como unidade de cuidados-revisão sistemática da literatura utilizando a aplicação Rayyan: família género e poder, transições desenvolvimentais, transições saúde/doença, transições situacionais, cuidadores informais;
- XV Fórum internacional de úlceras e feridas. 11º Congresso Interdisciplinar de feridas Complexas;
- 2º Seminário de ESF ACES Maia/Valongo.

Estas sessões, proporcionaram diversas reflexões, partilha de experiências e de análise com os enfermeiros, promovendo assim, uma troca ativa de conhecimentos e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao utente e sua família. Além disso, essas experiências também incentivaram a pesquisa de novos conhecimentos e evidências científicas, com o objetivo de aprimorar mais, a prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados prestados.

Na terceira competência, o Enfermeiro Especialista deve promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual que proporcione segurança e proteção às pessoas/grupo. Além disso, participa ativamente na gestão do risco tanto ao nível institucional quanto nas unidades funcionais, contribuindo para a prevenção de incidentes e a garantia da segurança dos pacientes e da equipa.

Durante todo o período de estágios, tivemos a oportunidade de agir, mantendo ambientes terapêuticos seguros, tanto na prestação de cuidados na unidade quanto em contexto domiciliário. A nossa abordagem, visou promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual que proporcionasse segurança e proteção ao utente e família, garantindo também, a segurança dos dados e dos registros clínicos. No que se refere à gestão de riscos, seguimos os princípios da prevenção e controle de infeção, observando rigorosamente as regras de higiene e segurança para prevenir os riscos ambientais.

5.2.3. Domínio da gestão dos cuidados

As competências comuns do Enfermeiro Especialista alusivo ao domínio da melhoria contínua da qualidade devem atender as seguintes competências (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745):

- C1 “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”;

C2 “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”.

Neste domínio, o Enfermeiro Especialista, desempenha um papel central na gestão dos cuidados, onde otimiza as respostas tanto da equipa de enfermagem como da equipa de saúde em geral. Essa gestão, é fundamental para assegurar a segurança e a qualidade das tarefas que são delegadas. Ao gerir os cuidados, ele também, ajusta os recursos disponíveis às necessidades específicas de cada situação, garantindo que haja uma correspondência adequada entre ambos. Além disso, reconhece a importância de identificar o estilo de liderança mais adequado para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, adaptando-se às demandas de cada contexto de forma a promover uma excelência nos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Na primeira competência, o Enfermeiro Especialista otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Além disso, supervisiona as tarefas atribuídas, assegurando a segurança e excelência na execução.

Para otimizar o processo de cuidados por meio da tomada de decisão, cooperamos com os enfermeiros e com a equipa, de modo a contribuirmos para as decisões da equipe de saúde. Evidenciamos informações para a tomada de decisão no processo de cuidar e reconhecemos os momentos em que era necessário negociar cuidados ou referenciar para outros profissionais de saúde. Participamos ativamente em métodos organizacionais de trabalho adequados, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem aos utentes e famílias. Colaboramos em todas as atividades de enfermagem, aproveitando cada oportunidade para desenvolver e adquirir novos conhecimentos, otimizando assim os recursos disponíveis.

Na segunda competência, os Enfermeiros Especialistas, na gestão dos cuidados, adaptam os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais apropriado para garantir a qualidade dos cuidados.

Para melhorar o desempenho da equipa, adaptando os recursos às necessidades de cuidados, aplicamos a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados, cooperamos na implementação de métodos de organização de trabalho adequados, negociamos recursos adequados para garantir cuidados de qualidade, utilizando os recursos disponíveis na unidade de uma forma eficaz. Dessa maneira, conseguimos gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, colaborando em conjunto com as colegas e a restante equipa multiprofissional.

5.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências comuns do Enfermeiro Especialista alusivo ao domínio da melhoria contínua da qualidade devem atender as seguintes competências (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745):

D1 “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”;

D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica “

Neste domínio, o enfermeiro especialista evidencia uma profunda compreensão de si mesmo, reconhecendo a importância do autoconhecimento na prática da enfermagem. Ele compreende que esse autoconhecimento influencia diretamente na forma como estabelece relações terapêuticas, bem como na colaboração com outros profissionais de saúde. Ao valorizar a dimensão do eu e a relação com o outro em diferentes contextos, seja no âmbito singular, na esfera profissional ou no contexto organizacional, ele fundamenta os processos de tomada de decisão e as intervenções com conhecimento sólido, atual e relevante. Assumindo-se como um facilitador ativo nos processos de aprendizagem e como um agente ativo no campo da investigação, o enfermeiro especialista contribui para o desenvolvimento contínuo da prática de enfermagem. Ele, não apenas aplica o conhecimento existente, mas também, está empenhado em ampliar as fronteiras desse conhecimento, participando ativamente no campo da investigação e compartilhando os resultados para o benefício da profissão, visando ganhos em saúde dos cidadãos (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Na primeira competência, o Enfermeiro Especialista reconhece sua própria identidade tanto como pessoa quanto como profissional de enfermagem. Essa consciência, permite-lhe ajustar-se de forma adaptável, tanto às necessidades individuais como às organizacionais.

Mostramos capacidade de autoconhecimento, valorizando a sua importância na prática de enfermagem, mantendo a consciência de nós mesmos, como pessoas e como profissionais de enfermagem. Aprimoramos o nosso autoconhecimento de modo a facilitar o relacionamento com o utente, família e, também, com a equipa multidisciplinar, sempre reconhecendo os nossos limites e recursos pessoais e profissionais.

Na segunda unidade de competência, o Enfermeiro Especialista assume o papel de facilitador da aprendizagem no ambiente de trabalho, apoiando a prática clínica com base em evidências científicas. Além disso, ele promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos

para a prática especializada, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e como agente ativo no campo da investigação.

Neste contexto, intervimos como formadores proactivos, diagnosticando as necessidades formativas e desenvolvendo formações e materiais informativos ao longo dos ensinos clínicos. Estes materiais, foram apresentados no relatório correspondente ao Ensino Clínico II.

Para sustentar a prática clínica com base em evidências científicas, desempenhamos um papel fundamental como impulsionadores e gestores da integração do novo conhecimento na prestação de cuidados, visando melhorias e ganhos em saúde. Identificamos lacunas no conhecimento e oportunidades relevantes para investigação, analisamos estudos existentes, interpretamos, organizamos e divulgamos resultados provenientes da evidência que contribuem para o progresso do conhecimento e o avanço da enfermagem. Participamos em discussões sobre as implicações da pesquisa e contribuimos para a aquisição de novos conhecimentos e o aprimoramento da prática clínica especializada. Dentro deste contexto, elaboramos um estudo de investigação sobre "Influência das práticas dos pais na SA das crianças em idade pré-escolar: O contributo do enfermeiro de saúde familiar", conforme apresentado anteriormente. Através deste estudo, interpretamos, organizamos e divulgamos os resultados obtidos da evidência, visando contribuir para o avanço do conhecimento e o aprimoramento da prática clínica especializada em ESF.

Ao longo dos ensinos clínicos, aplicamos o processo de enfermagem a famílias, demonstramos conhecimentos interdisciplinares relevantes, incorporando perspetivas diversas para enriquecer nossa abordagem. Além disso, aplicamos os conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados especializados de forma segura e competente. Aproveitamos ao máximo as oportunidades de aprendizagem, assumindo a iniciativa na análise de situações clínicas, utilizando tecnologias de informação e métodos de pesquisa apropriados. Por último, asseguramos que os processos de formação e desenvolvimento na prática clínica fossem implementados de maneira eficaz.

CONCLUSÃO GERAL

O crescimento da disciplina e da profissão de enfermagem indica uma crescente valorização da família como um componente proactivo e fundamental no processo de cuidados, promovendo uma colaboração em parceria, o que obriga a uma mudança de perspetiva e atitude por parte dos enfermeiros (Fernandes et al., 2015). Nesta perspetiva, a enfermagem familiar e a promoção da saúde familiar são essenciais para o bem-estar das famílias, pois monitorizam e respondem às questões de saúde que as afetam ou possam vir a afetar, capacitando-as e fortalecendo-as para enfrentar processos de mudanças ao longo de todo o ciclo de vida.

Num contexto com muitas especificidades, como é o cuidado à família, encerro este período de aquisição e desenvolvimento de competências na área de ESF. Durante este percurso tive a oportunidade de intervir em diversas situações, exigindo a mobilização de competências comuns e específicas de um enfermeiro especialista na área de ESF. A aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas, cognitivas e humanas, só foram possíveis graças à colaboração, disponibilidade e suporte contínuo da equipa de saúde com o qual estive envolvido durante os ensinamentos clínicos.

Para o desenvolvimento da prática de enfermagem, a formação e a investigação são áreas complementares e fundamentais. A formação capacita os enfermeiros com novas competências e atualiza conhecimentos sobre práticas de saúde. Contudo, a investigação é crucial para produzir conhecimento científico e melhorar a qualidade dos cuidados. Ela permite identificar problemas, desenvolver novos protocolos, avaliar intervenções e gerar evidências aplicáveis na prática. Concomitantemente a investigação também valoriza a profissão e reconhece o papel dos enfermeiros na promoção da saúde. Assim, a formação e a investigação são interdependentes e devem ser promovidas na prática de cuidados de enfermagem, particularmente na ESF. Deste modo, uma abordagem de cuidados baseada em evidências científicas sustenta projetos de intervenção adaptados às necessidades reais, favorece ganhos em saúde e permite que os enfermeiros de família contribuam para o desenvolvimento da prática clínica e tomada de decisões.

Ao finalizar este relatório e a dimensão investigativa, sentimos uma grande satisfação pela concretização dos objetivos propostos, que contribuem significativamente para ganhos em saúde e valorizam o papel dos enfermeiros. A realização dos ensinamentos clínicos, a elaboração do respetivo relatório de ENP, bem como, as atividades realizadas proporcionaram a mobilização de um conjunto de conhecimentos permitindo destacar e valorizar o processo formativo, assim como, o desenvolvimento de competências específicas no âmbito da ESF. Além disso, a realização deste

relatório promoveu o crescimento tanto profissional, quanto pessoal, permitindo superar os desafios encontrados como enfermeira e futura especialista.

Com base no exposto e avaliando o percurso formativo, podemos afirmar que as competências específicas estabelecidas pela OE e necessárias para um enfermeiro especialista em saúde familiar foram alcançadas, resultando numa prática sólida e bem-sucedida, centrada nos cuidados à família em todos os níveis de prevenção e promovendo a saúde familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acioli, S., Couto, T. A., Machado, J. C., Rodrigues, V. P., Santos, F. P. A. & Souza, M. S. (2016). Nurse care practices in the family health strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (6), 1060-1067. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>
- Adams J., Girard B. L., Metz J. D., Pereira M. A. & Rampersaud G. C. (2005). Breakfast Habits, Nutritional Status, Body Weight, and Academic Performance in Children and Adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 105, 743-760. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.02.007>
- 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*, 7(235), 1-5. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-235>
- Almeida, M. D. V., Franchini, B., Graça, P. & Rodrigues, S. S. P. (2006). A New food guide for the portuguese population: Development and technical considerations. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 38, 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2006.01.011>
- Amaral, A. S. T. (2017). *Associação entre a composição nutricional e alimentar dos lanches e a qualidade da alimentação em crianças de idade pré-escolar*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/110728>
- Amaral, O., Escoval, A. & Pedro, A. R. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- 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>
- Araruna, R. C., Lima, C. M. F. Ramos, C. F. V., Santana, C. L. A. & Tanaka L. H. (2018). Education practices: Research-action with nurses of Family Health Strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1144-1151. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284>
- 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. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15654>

- Araújo, C. F. G. (2014). *Enfermagem com famílias: Perceção dos utentes de uma unidade de saúde familiar dos cuidados do enfermeiro de família*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/77847>
- Ávila, P., Espanha, R. & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian. <https://gulbenkian.pt/publications/literacia-em-saude-em-portugal-relatorio-sintese/>
- Baine, M., Contrand, B., Maurice-Tison, S., Saubusse, E. & Thibault, H. (2010). Risk factors for overweight and obesity in French adolescents: Physical activity, sedentary behavior and parental characteristics. *Nutrition*. 26, 192-200. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2009.03.015>
- 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
- Barbosa, M., Martins, A & Real, H. (2015). *O pequeno-almoço: um hábito saudável-alguns minutos, grandes benefícios*. Associação Portuguesa dos Nutricionistas. https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_O_pequeno-almoco_um_habito_saudavel.pdf
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barracho, S. A. O. C. (2018). *A promoção de uma alimentação saudável num grupo de crianças de jardim de infância*. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências Educativas]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30950/1/Sofia%20Barracho.pdf>
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspetiva desenvolvimentista*. (2.ª ed.). Climepsi.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Climepsi Editores.
- Bento, A., Dias, D., & Martins, A. (2010). *A criança e a diabetes: Aqui aprendes a comer!* Associação Portuguesa dos Nutricionistas. <https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Diabetes.pdf>
- Bento, I. C., Esteves, J. M. M. & França, T. E. (2015). Healthy eating and the difficulties faced in making it a reality: perceptions of parents/guardians of pre-school children in Belo Horizonte/MG, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (8), 2389-2400. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.16052014>

- Bernardi, J.R., Cezaro, C., Fisberg, M., Fisberg R. M. & Vitolo, M. R. (2010). Estimation of energy and macronutrient intake at home and in the kindergarten programs in preschool children. *Jornal de Pediatria*, 86 (1), 59-64.
- 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>
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), 701-711. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Bjornstad, P., Kelsey, M. M., Nadeau, K. J. & Zaepfel, A. (2014). Age-related consequences of childhood obesity. *Gerontology*, 60 (3), 222-228. <https://doi.org/10.1159/000356023>
- Boog, M. C. F. (2013). *Educação em Nutrição: Integrando experiências*. Komedi.
- Bosi, M. L. M., Carvalho, M. C. V. S., Delmaschio, K. L., Gugelmin, S. A., Junior, K. R. C., Klotz, J., Martins, M. L. R., Mattos, R. A. & Prado, S. D. (2011). Food and nutrition as scientific field in Brazil: Concepts, domains and political projects. *Revista de Nutrição*, 24 (6), 927-938. <https://www.scielo.br/j/rn/a/xg7C7qjNQXkjQ7hft39qLRQ/?format=pdf&lang=pt>
- Butler, L. T., Chambers, S., Lobb, A., & Traill, W.B. (2008). The Influence of age and gender on food choice: A focus group exploration. *International Journal of Consumer Studies*, 32, 356-365. <https://doi.org/10.1111/j.1470-6431.2007.00642.x>
- Branco, S., Chaves, H. & Jorge, M. S. (2011). Obesidade infantil a realidade de um centro de saúde. *Acta Medica Portuguesa*. 24(2), 509–516. [file:///C:/Users/md_so/Downloads/amp,+509-16%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/md_so/Downloads/amp,+509-16%20(6).pdf)
- Breda, J. & Nunes, E. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Direção Geral de Saúde. https://www.cmpb.pt/pdf/cpci/cmpb_cpcjalimentacao.pdf
- Brito, M. F. S. F., Cruz, A. C. P., Melo, K. M. & Pinho, L. (2017). Influence of parents' behavior during the meal and on overweight in childhood. *Escola Anna Nery*, 21 (4), 1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0102>
- 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
- Caldeira, T, Moreira, P. & Pinto, E. (2007). Aleitamento materno: Estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23 (6), 685-699. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v23i6.10424>
- Caldwell, E. M., DuBow, W. M., Kobayashi, M. M. & Wytinck, S. M. (2019). Perceived access to fruits and vegetables associated with increased consumption. *Public Health Nutrition*, 12 (10), 1743-1750. <https://doi.org/10.1017/S1368980008004308>
- Campos, M. (2017). *Promoção de hábitos alimentares saudáveis na educação pré-escolar – Uma estratégia de intervenção contextualizada e dirigida*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre: Escola Superior de Educação e Ciências Sociais] Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19169/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Maria%20Campos_Final.pdf
- Cardoso, M., J., S., P., O., Martins, M., A., C., S., C. & Pereira, R., P., G. (2012). Attitudes and barriers to evidence-based nursing practice in a community context. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), 55-62. <https://doi.org/10.12707/RIII11146>
- Cardoso, M. V. L. M. L., Lopes, M. M. C. O., Melo, G. M. & Oliveira, E. S. (2019). Conhecimento dos pais sobre alimentação complementar: Uma revisão integrativa. *Anais VI JOIN / Brasil – Portugal*. <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/57548>
- Carmo, I., Loureiro, I. & Sousa, J. (2008). A obesidade infantil: Um problema emergente. *Saúde & Tecnologia*, (2), 5–15. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/125/1/S%26T.02.2008.01.pdf>
- Casorelli A., Giacchi M., Giallombardo D., Guidoni C., Grasso M. G., Lazzeri G., Pozzi T., Rossi F. & Zani C. (2006). Nutritional surveillance in Tuscany: Eating habits at breakfast, mid-morning and afternoon snacks among 8-9 y-old children. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 47 (3), 91-99. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2006.47.3.73>
- Coelho, A, Dias, A., Geraldo, C., Goes, M., Guerreiro, I., João, A., Lusquinhos, L., Rodeia, C., Silva, D., Silva, S. & Varela, M. (2023). Benefits of breastfeeding and the importance of nursing care for adherence to exclusive breastfeeding. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 9 (1), 6-21. [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(1\).600.6-21](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(1).600.6-21)

- Coelho, G. M. (2013). *Intervenções de Enfermagem para a promoção da alimentação saudável na criança*. [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/10400.15/1219/1/Interven%C3%A7oes%20e%20enfermagem%20para%20a%20promo%C3%A7%C3%A3o....pdf>
- Collière, MF. (2000). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lidel.
- Cordeiro, M. (2014). *O livro da criança: Do 1 aos 5 anos*. (7.ª ed.). A Esfera dos Livros.
- Corrêa, L. F & Souza, A. S. (2019). Percepção de mães primíparas sobre os benefícios da amamentação. *Revista Pró-UniverSUS*, 10 (1), 93-96. <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1630/1197>
- Costa, M. A. S. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M. & Silva, M. M. F. P. (2013). A família em cuidados de saúde primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (11), 19-28. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII11/serIII11a03.pdf>.
- 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), 55-68. <https://doi.org/10.12707/RIII1158>
- Costa, M. G. F. A. (2012). *Obesidade infantil: Práticas alimentares e percepção materna de competências*. [Dissertação de doutoramento, Universidade de Aveiro]. Repositório institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/9744>
- Cunha, C., Spinelli, R. B., Zanardo, V. P. & Zemolin, G. P. (2018). Knowledge by parents on the importance of healthy food in children. *Perspectiva*, 42 (157), 161-173. https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/157_702.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 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. [Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho | DRE](#)
- Decreto-lei nº 74/2006, – Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro,

- bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto. Diário da República, I-A Série, nº 60 de 2006-03-24. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- 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_2014_EnfFamilia.pdf
- Decreto-Lei n.º 156/2015, – Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República, I Série, nº 181 de 2015-09-16. <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/1s/2015/09/18100.pdf>
- Dessen, M.A. & Polonia, A.C. (2007). A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 17 (36), 21-32. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2007000100003>
- Despacho nº 2555/2022 - Mestrado em enfermagem comunitária na área da saúde familiar, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Diário da República II Série, nº 40 de 2022-02-25. <https://www.ipvc.pt/wp-content/uploads/2022/05/Despacho-n.o-2555-2022-Mestrado-em-Enfermagem-Comunitaria-na-area-da-Saude-Familiar.pdf>
- Desrochers, D. M., Moore, E. S. & Wilkie, W. L. (2016). All in the Family? Parental Roles in the Epidemic of Childhood Obesity. *Journal of Consumer Research*, 43, 824-859. <https://doi.org/10.1093/jcr/ucw059>
- Dias, C.M.S.B. & Morais, 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>
- Dias, M. O. (2000). A família numa sociedade em mudança. Problemas e influências recíprocas. *Gestão e desenvolvimento*, (9), 81-102. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2000.8>

- Espanca, R., Gato, A., Gomes, S. & Miranda, C. (2010). Obesidade em idade pré-escolar: Cedo demais para pesar demais! *Acta Medica Portuguesa*, 23 (3), 371–378. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/644/328>
- Estivill, E. & Domènech, M. (2008). *Aprender a comer: Método Estivill para ensinar as crianças a comer*. Livros d'Hoje.
- Fernandes, C.S., Gomes, B. P., Gomes, J.A.P., Gonçalves, L. H. T. & Martins, M.M. (2015). The Importance of Families in Nursing Care: Nurses' Attitudes in the Hospital Environment. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), 21-30. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007>
- Ferreira, C. S., Machado, E. M. M. & Moreira, L. M. (2019). *Enfrentamento da obesidade: Material para atualização de professores*. Universidade Federal de Ouro Preto. https://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/11749/2/PRODUTO_EnfrentamentoObesidadeMaterial.pdf
- Ferrito, C., & Nunes, L. & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), 1-37. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Figueiredo, M. H. J. S. (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%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. H. J. S. & Martins, M. M. F. S. (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>
- Figueiredo, M. H. J. S. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- 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 – Programa nacional: Promoção da alimentação saudável*. Direção Geral da Saúde. <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2016/07/Guia-alimentar-mediterr%C3%A2nico.pdf>

- Franco, T. R. T. (2002). *Pequeno-almoço: ambiente social e importância no dia alimentar de crianças a frequentar o 1.º Ciclo E.B. - Porto*. [Tese de Licenciatura, Universidade do Porto, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54671>
- Giugliani, E. R. J. & Triches R. M., (2005). Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Revista de Saúde Pública*, 39 (4), 541-547. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25523.pdf>
- Gregório, M. J., Lima, R., Marinho, R. & Sousa, S. M. (2021). *Guia para lanches escolares saudáveis*. Direção Geral da Saúde. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Noticias_documentos/guialanchesescolares.pdf
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria prática e investigação*. Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lusociência.
- Kelly, C., McKinley, M., Ravikumar, D., Spyrelli, E & Woodside, J. (2022). Parental perceptions of the food environment and their influence on food decisions among low-income families: A rapid review of qualitative evidence. *BMC Public Health*, 22 (9), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12414-z>
- 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, 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.
- Leahey, M. & Wright, L. M. (1990). Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 148-154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01795.x>
- Leiras, E.M.V. (2015). *Comportamento alimentar da criança: A influência materna*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo] Repositório Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1287/1/Elsa_Leiras.pdf

- Lopes, B. & Marques, P. (2004). Prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo nos primeiros seis meses de vida. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20 (5), 539-544. <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10073/9810>
- 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>
- Lourenço, M. (2015). *Obesidade infantil: Prevenir é a melhor opção*. Universidade Católica Editora.
- Martins, J.C.A. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. 12(2), 62-66. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf
- 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 da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/27693/1/ulfpie051273_tm.pdf
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory – Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Melo, S. H. & Tapadinhas, A. R. (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>
- 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.
- Monteiro, J. G. A. (2015). *Prevalência e duração do aleitamento materno em crianças dos dois aos cinco anos de idade: Associação com o índice de massa corporal*. [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias: Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde]. Repositório Científico Universidade Lusófona. <https://recil.ulusofona.pt/server/api/core/bitstreams/42c9a38b-3c69-49ae-94a2-d9269a770b94/content>
- Moreira, E. A. M., Rauen, M.S. & Rossi, A. (2008). Determinants of eating behavior: A review focusing on the family. *Revista Nutrição*, 21 (6), 739-748. <https://www.scielo.br/j/rn/a/pWWHhNC8CCD7yT4pbxPvK3L/?format=pdf&lang=pt>

- Moreira, G. S., Oliveira, J. Z. F., Perillo, A. L. P., Silva, I. F., & Souza, A. C. N. M. (2021). Os benefícios da amamentação exclusiva na vida e saúde das crianças e sua genitora. [V Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar]. *III Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar e II feira de Empreendedorismo da Unifimes*. Mineiros. <https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/coloquio/article/view/1016>
- Mota, H. C. M. (2017) *A importância da amamentação e o que pode ainda ser feito para a promover*. [Monografia de licenciatura, Universidade do Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/105854/2/202489.pdf>
- Murdaugh, C.L., Parsons, M. A. & Pender, N. J. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6.ª ed.). Pearson.
- Nunes, L. (2020). *Para uma epistemologia de enfermagem* (2ªed.). Lusodidacta.
- Ogden, J. (2010). *The Psychology of Eating From Healthy to Disordered Behaviour*. (2ª. ed.). Wiley-Blackwell.
- Oliveira, A. R. F. (2021). *Sono e competência emocional como fatores indispensáveis ao desenvolvimento saudável das crianças do pré-escolar e do 1.º ciclo do ensino básico*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/77972>
- Oliveira, E. M. T. (2018). *Os hábitos e as práticas alimentares dos pais de crianças em idade pré-escolar*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/37173>
- Oliveira-Formosinho, J. (2013). *Modelos curriculares para a educação de infância: Construindo uma práxis de participação*. (4ª ed.). Porto Editora.
- Pais-Ribeiro, J. L. & Viana, F. (2005). A 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

- Patrício, S. L. M. (2009). *Avaliação do pequeno-almoço das crianças da Escola EB1/PE de Machico*. [Tese de Licenciatura, Universidade do Porto, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54489>
- Pedro, A. R. (2018). *Literacia em saúde: Da gestão da informação à decisão inteligente*. [Dissertação de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública]. Repositório Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/58232/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Ana%20Rita%20Pedro.pdf>
- Pinheiro, A. R. O. (2005). A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. *Saúde em debate*, 29 (70), 125-139. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345255003>
- Pinto, L. P. (2017). *Conhecimento dos pais sobre alimentação infantil: Relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu] Repositório científico do instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4123>
- Pontes, C. (2005). *Caracterização dos lanches do meio da manhã de uma população escolar do Concelho da Marinha Grande*. [Tese de Licenciatura, Universidade do Porto, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54626>
- Portugal. Aliança contra a fome e a má nutrição Portugal. (2021). *Alimentação e nutrição: Para uma boa nutrição uma boa alimentação*. <https://www.acfmnportugal.pt/alimentacao-e-nutricao>
- Portugal. Direção Geral da Saúde (2014a). *Programa nacional: Promoção da alimentação saudável. Alimentação em meio escolar* <https://nutrimento.pt/alimentacao-escolar/alimentacao-em-meio-escolar/>
- Portugal. Direção Geral da Saúde. (2019). *Programa nacional: Promoção da alimentação saudável. Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos: Linhas de orientação para profissionais e educadores*. Direção Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>

- Portugal. Direção Geral da Saúde. (2020b). *Vamos pôr a alimentação saudável On em casa: Cuidados alimentares e atividades para crianças em tempos de Covid-19*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/cuidados-alimentares-e-atividades-para-criancas-em-tempos-de-covid-19-pdf.aspx>
- Portugal. Direção Geral da Saúde (2023c). *Programa nacional: Promoção da alimentação saudável*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>
- Portugal. Direção Geral da Saúde (2023d). *Alimentação saudável*. <https://www.sns24.gov.pt/guia/alimentacao-saudavel/#o-que-e-a-alimentacao-saudavel>
- Portugal. Direção Geral da Saúde (2024a). *Programa nacional: Promoção da alimentação saudável*. *Alimentação saudável*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/saude-e-doenca-alimentacao-saudavel/>
- Portugal. Fórum intersectorial de CCNTs no Brasil. (2021a). *Definição de alimentação saudável pela organização mundial da saúde*. <https://www.forumdcnts.org/post/dieta-saudavel-oms>
- Portugal. Governo de Portugal. Direção-Geral do Consumidor & Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013). *Alimentação em idade escolar: Guia prático para educadores*. Governo de Portugal. https://www.cm-maia.pt/cmmaia/uploads/document/file/1306/Guia_Alimentacao.pdf
- 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. (2022). *Censos 2021*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0011610&contexto=bd&selTab=tab2
- Portugal. International council of nurses. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing 2020*. International council of nurses https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf.
- Portugal. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde, (2005a). *Princípios para uma alimentação saudável*. Direção Geral da Saúde. http://yourpel.ipsantarem.pt/admin/Docs/id1006_Gloss%C3%A1riosobrealimenta%C3%A7%C3%A3o.pdf

- Portugal. Ministério da Saúde. (2013a). *Norma 010/2013. 31.05.2013: 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. Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.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%ADia-2014/>
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária - na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública - na área de enfermagem de saúde familiar*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros. (2021b). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional do Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

- Portugal. Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Governança clínica e governança de saúde nos cuidados de saúde primários: Perguntas e respostas essenciais*. Serviço Nacional de Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Governa%C3%A7%C3%A3o%20Clinica%20e%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>
- Portugal. Serviço Nacional de Saúde. (2023a). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP)*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Portugal. 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>
- Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Unidade Local de Saúde do Alto Minho. (2024). *Breve Apresentação da ULSAM, E.P.E.* <https://www.ulsam.min-saude.pt/institucional/missao-visao-e-valores/>
- Portugal. Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Barroelas. (2022a). *Manual de acolhimento para: novos colaboradores, alunos de medicina, alunos de enfermagem*. Unidade Local de Saúde do Alto Minho.
- Portugal. World Health Organization (2020a). *Noncommunicable diseases: Childhood overweight and obesity*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity>
- Portugal. World Health Organization (2023). *Cuidados de saúde primários*. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Portugal. World Health Organization (2024b). *Breastfeeding: Recommendations*. https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2
- Ramos, M. & Stein L. M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, 76, 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.

[file:///C:/Users/md_so/Downloads/DeterminantesComportamentaisEmCrianseAdolescentescomDiagnsticodeObesidade%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/md_so/Downloads/DeterminantesComportamentaisEmCrianseAdolescentescomDiagnsticodeObesidade%20(1).pdf)

Regulamento n.º 126/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: II série, nº 35, de 2011-02-18.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/126-2011-3477015>

Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n.º 26 de 2019-02-06.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 367/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: II série, nº 124 de 2015-06-29.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padros_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.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 II Série, nº 135 de 2018-07-16.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Reis, M. A., Romano, M. C. C. & Santos, K. F. (2021) Parenting practices and the child's eating behavior. *Texto & Contexto Enfermagem*, 30, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0026>

Relvas, A. P., (2000). *O Ciclo vital da família: Perspetiva sistémica* (2ª ed.). Porto: Afrontamento.

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. (3ª. ed.) Edições Afrontamento.

Resende, C., Santos, G. & Vieira, M. (2007). Nutrição da criança pré-escolar e escolar. In H. Vannucchi, J. S. C. Júnior & J. P: Monteiro. *Nutrição e metabolismo: Caminhos da nutrição e terapia nutricional da concepção à adolescência*. (pp.278-310) Guanabara Koogan.

Ribeiro, J. L. P., (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3ª ed.). Legis editora.

Sá, E., & Santos, I. (2010). Estratégias de governação clínica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, (26), 606-612. [file:///C:/Users/md_so/Downloads/rpmgf,+2010-6-606-612%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/md_so/Downloads/rpmgf,+2010-6-606-612%20(3).pdf)

Santos, G. G. (2008). Género, carreiras e a relação entre o trabalho e a família: Uma perspectiva de gestão. *e-cadernos CES*. <https://doi.org/10.4000/eces.118>

- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: Capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, diabetes e obesidade*. 4, (3), 127-134. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/2320>
- Silva, I. C. C. (2011). *Conhecimentos dos familiares no cuidar da criança adolescente com doença crónica*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1623>
- Silva, S. (2009). Família como cliente dos cuidados: Perspetivas e práticas do enfermeiro de família. In L. M. Andrade, M. C. Barbieri, J. C. Carvalho, H. I. Fernandes, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, M. M. Martins, P. C. Oliveira, M. R. Santos & A. I. Vilar (Coord.), *Linhas de Investigação de Enfermagem de Família, Da investigação à prática de enfermagem de família* (pp. 58-66). Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://books.google.pt/books?id=s_cbu8rcTn0C&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Silva, S.I. (2016). *A contratualização de metas de desempenho: O caso das unidades de saúde familiar do ACES baixo Mondego*. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16631/1/Sandra_Silva.pdf
- Sobal, J. (2001). Social and Cultural Influences on Obesity. In P. Björntorp. *International Textbook of Obesity*. (pp. 305-322). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/0470846739.ch21>
- 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>
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20 (4), 611 - 624. <https://doi.org/10.14417/ap.24>

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA USF

Exma. Sra. Dra. Natalina Sá - Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação de Mestrado Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, na Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva.

Eu, Marisol Torres Varela, 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 pré-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 pré-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 escolar.

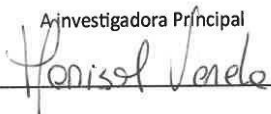
Assegura-se que só serão incluídos pais que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição no final da investigação.

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


Marisol Varela

Barroselas, 17 de outubro de 2023

Autorizo

17/10/2023

Natalina de Sá





Coordenadora

ANEXO II– AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSAM

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO PIRATUNGA, EPE	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 90/2023 -CES	Pág. 1 de 2
---	--	-------------

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 90 de 18/10/2023 Assunto: Projeto de investigação intitulado "As práticas dos pais na saúde alimentar das crianças em idade pré-escolar: Contributo do Enfermeiro de Família"	Solicitado pelo Conselho de Administração Em nome do(s) investigador(es): Marisol Torres Varela 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 pré-escolar: contributo do Enfermeiro de Família". Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, utilizando metodologia qualitativa (recurso a entrevista), cujo objetivo geral é contribuir para a evolução do conhecimento dos pais sobre a alimentação infantil em idade pré-escolar, para responder a seguinte questão de investigação: Qual a prática quotidiana dos pais na saúde alimentar das crianças em idade pré-escolar? Irá ser desenvolvido na Unidade de Saúde familiar 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 pré-escolar.
- Identificar nos pais o significado de uma alimentação saudável;
- Identificar as práticas alimentares dos pais com crianças em idade pré-escolar;
- Identificar as crenças dos pais relativo à saúde alimentar das crianças em idade pré-escolar;
- Identificar necessidades dos pais relativo à saúde alimentar das crianças em idade pré-escolar;
- Identificar dificuldades dos pais relativo a saúde alimentar das crianças em idade pré-escolar.

População Alvo:

Pais das crianças em idade pré-escolar.

Critérios de inclusão:

Pais que aceitam participar no estudo

Critérios 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 confidencialidade dos dados aos seus participantes.

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 90/2023 -CES	Pág. 2 de 2
---	--	-------------

A realização do presente estudo terá em consideração o seguinte protocolo de investigação:

Contacto com a coordenadora da Unidade de Saúde Familiar , 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)	Ângela Sampaio
Ratificado em reunião do dia	
Enviado parecer: ____ / ____ / ____	

30/11/2023

O Presidente da CES



Mod. Q756.2 Ago/2020

APÊNDICES

APÊNDICE I – GUIÃO DA ENTREVISTA

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: _____

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 Número de filhos: _____

9 A criança tem alguma doença crónica?

Não ☐

Sim ☐ Qual? _____

Guião da entrevista

1. O que significa para si uma alimentação saudável?
2. O que defende para uma alimentação saudável das crianças em idade pré-escolar?
3. Descreva-me um dia da alimentação do seu filho?
4. Amamentou?

Se, sim até que idade e porquê?
5. Dá leite ao seu filho?

Se sim porquê?

Se não porquê?
6. Como é constituído o pequeno-almoço do seu filho?
7. Quantas refeições faz o seu filho? Onde come?
8. Que necessidades encontra no seu dia-a-dia para promover uma alimentação saudável?
9. Que dificuldades encontra no seu dia-a-dia para promover uma alimentação saudável?
10. Na sua opinião qual o contributo do enfermeiro de família relativamente à saúde alimentar em idade pré-escolar?
11. Tem tido respostas do Enfermeiro de Família? Justifique
12. Quer deixar sugestões para o Enfermeiro de Família para que este possa aumentar a literacia sobre a alimentação infantil?

APÊNDICE II – DECLARAÇÃO DE CONSENTEMENTO 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 pré-escolar: Contributo do enfermeiro de saúde familiar”***, realizado por Marisol Torres Varela, 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:

(Marisol Torres Varela)

APÊNDICE III – GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

ÁREA TEMÁTICA 1: CONCEITO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL ATRIBUÍDO PELOS PAIS DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ ESCOLAR

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Oferecer alimentos dos diferentes grupos alimentares		(...) uma alimentação que tenha um bocadinho de tudo, nem tudo ao mar, nem tudo à terra como se costuma dizer (...) P1 (...) alimentação regrada, comer um bocadinho de tudo, desde as frutas aos legumes, os iogurtes, um bocadinho de tudo (...) P3 (...) acho que a alimentação tem que ser variada, acima de tudo, comer um bocadinho de tudo (...) P4 (...) saudável é comer tudo saudável. Normal, peixe, carne, legumes, fruta. Um bocadinho de tudo, não é? Um bocadinho de cada coisa (...) P5 (... comer tudo, comer tudo (...) P6 (...) é comer um pouco de tudo (...) P7; P10
Cumprimento da distribuição dos alimentos em porções adequadas		(...) uma alimentação saudável é dividir o prato do meu filho com as porções certas, por exemplo, maiores verduras, pronto assim (...) P8
Escolhas alimentares diversificadas		(...) e dar-lhe à base de frutas, legumes e carne e peixe (...) P2 (...) tentar incluir sempre fruta, legumes (...) P4 (...) dar fruta, legumes, carne, peixe, basicamente (...) P9
Restrição de açúcar e gorduras		(...) é evitar açúcar ao máximo (...) P2 (...) evitar certos alimentos, sei lá, doces, gorduras (...) P4 (...) evitar o máximo de açúcares possíveis,(...) evitar os açúcares, acho que é o mais importante (...) P9

ÁREA TEMÁTICA 2: PERCEÇÃO DOS PAIS RELATIVAMENTE A UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ ESCOLAR

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Ingestão de legumes		(...) comer todos os legumes, a sopa, (...) P1 (...) comer sempre a sopa, tentar comer o saudável possível (...) P2 (...) comer a sopa, comer a comida (...) comemos sempre a sopa antes da comida (...) P3 (...) é tudo que tenha legumes, que ele come bastantes legumes (...) P5 (...) é comerem a sopinha todos os dias(...) P7
Ingestão de frutas		(...) a fruta,(...) P1 (...) depois uma sobremesa, que normalmente é uma peça de fruta (...) P3
Alimentação equilibrada e variada		(...) temos que incluir um bocado de todos os alimentos, não é? Não pode estar a comer sempre massa, tem que comer arroz, tem que comer batata, tem que comer legumes. Neste momento come sempre sopa, por exemplo, ainda, em todas as refeições. Tem que ser variada (...) P4 (...) variado, saudável, não sei. Legumes, frutas, comer tudo (...) P6 (...) de tudo um pouco(...) P8 (...) ele comer a sopa, a comida, o lanchezinho, normalmente sou eu que envio para a escola, por isso eu é que escolho aquilo que ele come. E basicamente é isso, a fruta (...) P9 (...) comer um bocadinho de tudo (...) P5, P10
Restrição de açúcares		(...) sempre evitar os açúcares, (...) evitar gomas, evitar chocolates, evitar essas coisas todas (...) P2
Oferecer Leite e derivados		(...) um iogurte(...) P3 (...) comer um iogurte, um bocadinho de queijo, porque elas também gostam de queijo (...) P7

Área temática 3: DESCRIÇÃO DAS REFEIÇÕES EFETUADAS PELAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ ESCOLAR VERBALIZADA PELOS PAIS

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Constituição do pequeno-almoço	Pão, cereais e tostas	(...) de manhã, ela acorda e agora tem comido um bocadinho de pão (...) P2 (...) um pão com manteiga (...) P3 (...) cereais (...) P4 (...) ao pequeno-almoço come uma bolachinha (...) P5 (...) cereais secos, granola(...) outras vezes torrada com manteiga ou tulicreme (...) P6 (...) come cereais (...) P8 (...) normalmente é um pãozinho com manteiga, umas tostinhas com manteiga (...) P9 (...) um pão(...) P10
	Leite e derivados	(...) manhã bebe leite (...) come um iogurte (..) P1 (...) ao pequeno almoço, ela bebe leite (...) P4 (...) meia chávena de leite (...) P5 (...) ao pequeno-almoço, leite, às vezes (...) P6 (...) um leitinho de manhã, quando acordam (...) P7 (...) com leite(...) P8 (...) um copo de leite branco (...) P10
	Fruta	(...) uma peça de fruta (...) P1 (...) uma maçã (...) P2

Constituição do lanche a meio da manhã	Pão, cereais e tostas	(...) um pão (...) P1, P6 (...) come um pão com fiambre (...) P8 (...) meio pãozinho (...) P9 (...) um pão, normalmente é pão com queijo (...) P10
	Leite e derivados	(...) bebem um pacote de leite(...) P1 (...) um iogurte (...) P4 (...) meio da manhã ela bebe leite ou iogurte (...) P6 (...) ao meio da manhã comem um iogurte (...) P7 (...) o leitinho da escola(...) P9 (...) e um iogurte (...) P8,P10
	Doces	(...) algumas bolachitas ao lanche da manhã (...) P4
Constituição do almoço	Carne, pescado	(...) o prato de peixe e da carne(...) P1
	Diversificada	(...) o prato principal (...) P4 (...) dou-lhe o pratinho da comida, um bocadinho de massa, ou arroz com um bocado de presigo, ou carne, ou peixe (...) P5 (...) a comida (...) P6 (...) comem a comida como nós (...) P7 (...) de tudo um pouco. (...) os legumes, a carne, os hidratos (...) P8 (...) ao meio dia, come (...) e a comida (...) P9 (...) um bocadinho da comida e a sobremesa. Tem sempre um iogurte ou uma peça de fruta, que ela tem que comer (...) P10
	Sopa	(...) a sopa(...) P1; P2; P8 (...) come sempre sopa (...) P4 (...) ao almoço ela come sempre a sopa, seja em casa, seja na escola (...)P6 (...) ao fim de semana não comem sopa, só comem sopa na escola(...)P7 (...) a sopa (...) come sempre a sopa (...) P9
	Fruta	(...) e fruta (...) P4; P6; P8 (...) e a sobremesa. Tem sempre (...) ou uma peça de fruta, que ela tem que comer (...) P10
	Lacticínios	(...) e a sobremesa. Tem sempre um iogurte (...) P10

Constituição do lanche	Pão, cereais e tostas	(...)come o pão que é o oferecido na escola, por exemplo, com manteiga, queijo, fiambre, é variado (...) P3 (...) dou-lhe um pão, as vezes com manteiga, outras vezes com fiambre ou marmelada(...) P4 (...) o pão(...) P6; P8 (...) mais meio pãozinho(...) P9
	Fruta	(...) ela leva uma peça de fruta (...) P1 (...) come fruta (...) P2 (...) fruta (...) P6, P9
	Leite e derivados	(...) come iogurte (...) P2; P3; P8,P9 (...) o leite (...) P6 (...) ao meio da tarde tomam leite com cereais (...) ou bebem leite de chocolate(...) ou um suícinho, depois elas é que escolhem(...) P7
	Açúcares e doces	(...) um sumo e um bolo de chocolate ou qualquer coisa (...) P1 (...) as vezes leva um sumo(...) P8 (...) o lanche da tarde, que normalmente é um pacote de bolachas(...) P10
Constituição de alimentos ao jantar	Sopa	(...) janta, a sopa, por norma é quase só sopa (...) P1 (...) à noite é sopa (...) P2 (...) à noite come a sopa (...) P3 (...) sopa (...) P4; P6; P9 (...) noite, come um bocadinho de sopa (...) P5 (...) a sopa ao fim de semana não comem, à semana sim (...) P7
	Diversificada	(...) a comida(...) P2; P6 (...) come a comida (...) P3 (...) prato principal (...) P4 (...) comem a comida como nós (...) P7 (...) e a comidinha também (...) P9
	Fruta	(...) e fruta (...) P4; P6
Ceia	Ingestão de leite	(...) antes de ir para a cama ela bebe sempre uma chávena de leite (...) P6 (...) antes de deitar, tomam um leite de chocolate, estão habituadas ao leite achocolatado (...) P7 (...) às vezes antes de ir para a cama, pede-me um copo de leite. Para dormir sossegado (...) P10
	Diversificada	(...) à noite (...) come sempre uma peça de fruta, ou um iogurte, ou uma gelatina, mais na hora de ir para a cama (...) P3

Área temática 4: PRÁTICA DOS PAIS DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ ESCOLAR RELATIVO À AMAMENTAÇÃO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Não amamentou		(...) não, porque não tinha leite (...) P7
Abandono da amamentação muito precoce		(...) amamentei um mês, um mês, um mês e meio (...) não tinha leite (...) P1 (...) sim, pouco tempo, ele tinha pouco mais de um mês (...) P3 (...) pouco, um mês, mais ou menos (...) P4
Amamentação até aos 6 meses		(...) até aos quatro meses (...) P2 (...) sim, até aos 5 meses. Porque eu queria amamentar (...) P6 (...) até aos seis meses (...) P8
Amamentação até ao primeiro ano		(...) mais ou menos aos nove meses (...) P9 (...) até um ano (...) P10
Amamentação até aos 2 anos		(...) até os dois anos, ano e meio. Porque tinha muito leite (...) P5

Área temática 5: NECESSIDADES DOS PAIS DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ ESCOLAR PARA PROMOVEREM UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Saber lidar com as reações comportamentais dos filhos		(...) ela está numa idade que ela já sabe aquilo que quer comer (...) exemplo, a dar-lhe a sopa, vejo necessidade de dar-lhe a sopa, porque ela é muito biqueira (...) P1
Disponibilidade de fruta variada		(...) com a fruta. (...) gosta muito de fruta. Nós tentámos ter sempre fruta variada em casa e ele mesmo por vezes está, mesmo ao final do dia quando está mais cansado e está a ver bonecos, tem muito o hábito de pedir, por exemplo, uvas e gosta de estar a petiscar (...) entre petiscar, que normalmente são comidas que não são tão saudáveis, prefiro pelo petiscar frutal. (...) P3
Disponibilidade financeira		(...) questões monetárias, não é. Sabe que os legumes estão muito caros e, às vezes, eu vou à minha mãe e pego lá na horta (...) P8
Maior disponibilidade de tempo livre		(...) tempo livre. Ela demora muito tempo a comer. Ela é muito lenta a comer (...) P6
Acesso a legumes frescos		(...) ter uma horta, mas não tenho infelizmente (...) P7 (...) ter legumes frescos por isso tenho uma horta (...) P9 (...) ter um sítio onde comprar legumes frescos perto de casa (...) P10
Maior motivação para a ingestão de legumes		Eu faço por legumes e gostaria que gostasse de os comer (...) P5
Acesso aos alimentos		(...) tenho que ter os alimentos(...) conseguir os alimentos para lhe dar (...)P4
Sem necessidades		(...) necessidade? Não sei. Ela come de tudo. Não rejeita nada. Os legumes não me importo muito dela não comer, porque na sopa ela come tudo, não é? (...) P2;

Área temática 6: DIFICULDADES DOS PAIS DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ ESCOLAR PARA PROMOVEREM UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Resistência das crianças na ingestão da sopa		(...)É ela para comer a sopa mesmo (...) P1
Lidar com oferta de doces pelos familiares e amigos		(...) a dificuldade que encontro é que toda a gente quer dar um chupa ou...(riso) Eu vejo isso pelos meus pais, estão em casa e todos os dias querem dar , porque ela fica contente e é uma grande dificuldade (...) P2 (...) acho que é dificuldade maior é controlar o exterior. Porque a oferta é muita. Eu mesmo nas escolas sou completamente contra, por exemplo, nos aniversários. Eles levam gomas e assim, eu não levo nada. Vai-se habituado. Porque eu acho que não é necessário os meninos andarem a comer essas porcarias (...) P9
Disponibilidade financeira		(...) temos que comprar. Para já, com a graça de Deus, enquanto trabalharmos, vamos tendo. E para a alimentação a gente tem sempre, não é verdade? Primeiro está a alimentação (...) P5. (...) a parte monetária (...) P6 (...) o dinheiro não dá pra tudo. Quando pedem só se uma pessoa não tiver (...). P7
Lidar com a oferta de alimentos não saudáveis		(...) nos supermercados, a promoção que eles fazem à alimentação não saudável, por exemplo, aos chocolates, às guloseimas e, como é lógico, as... As crianças gostam é disso (...) P8
Resistência das crianças na ingestão de legumes		(...) ela às vezes não quer os legumes, mas eu insisto em que ela coma (...) É esse o problema. Tem que se dar um incentivo. Porque ela até come. Come, mas tem que insistir. Dizer, olha, vais ganhar músculo, não sei o quê (...) P6
Resistência das crianças à ingestão de fruta		(...) elas para comer fruta, é muito raro comerem fruta, não vale a pena insistir (...) P7
Acesso a legumes frescos		(...) se não for ao supermercado no dia que vem o legume fresco, no dia a seguir não compro. A minha maior dificuldade, é encontrar legumes frescos. (...) P10
Gerir o caráter das crianças		(...) as dificuldades muitas vezes é o feitio. É ela não querer alguma coisa que eu lhe quero dar. É mais por aí (...) P4
Sem dificuldades		(...) sinceramente até não sentimos muita dificuldade, porque nós também, o meu marido acaba por cultivar um bocadinho de tudo e então conseguimos ter muita mais facilidade em ter estas coisas, como o batata doce, todos os legumes. Temos a facilidade de ter tudo em casa (...) P3

Área temática 7: PERCEÇÃO DOS PAIS DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ ESCOLAR RELATIVO AOS CONTRIBUTOS DADOS PELO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA SOBRE SAÚDE ALIMENTAR

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Favorece o esclarecimento de dúvidas		(...) acho que é tirar as nossas dúvidas, aquilo que nós podemos comer, aquilo que ela pode ou não pode comer, não é, porque eles não são pequeninos (...) P1 (...) ter um acompanhamento e ouvir opinião de um profissional (...) P4 (...) sempre que temos dúvidas ela está aqui para nos tirar essas dúvida (..) P5 (...) desde os planos alimentares para a miúda, a introdução dos novos alimentos. Sim, tudo. Sim, que eu não sabia nada, não é? Mãe de primeiro, não sabia nada mesmo. Ela foi sempre impecável comigo. Às vezes eu mandava, era a minha amiga no Facebook, eu mandava-lhe mensagem, perguntava-lhe alguma coisa, ela respondia-me sempre. Tudo, tudo, tudo, tudo (...) P6 (...) sempre que tenho dúvidas, responde (...)P7 (...) qualquer dúvida, ela estava sempre disponível (...) P10
Aumento da literacia alimentar		(...) dá-nos informação (...) P2 (...) na iniciação, quando começam a comer, é uma ajuda importantíssima, porque nós não sabemos o que é que podemos inserir, o que é que não podemos, qual é a ordem correta para se fazer a inserção dos alimentos (...) P3 (...) incentiva a alimentação saudável. Normalmente falava sempre e dava-me panfletos para eu ir lendo como é o meu primeiro filho, eu tive mais dificuldade em perceber por onde é que tinha de começar (...) P8 (...) os ensinamentos (...) P9

Área temática 8: SUGESTÕES DOS PAIS DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR PARA AUMENTAREM A LITERACIA SOBRE A ALIMENTAÇÃO INFANTIL

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ANÁLISE
Educação para a saúde alimentar com o objetivo de aumentar a literacia em saúde alimentar nas consultas de saúde infantil		(...) em todas as consultas se deve falar sobre isso. Sim (...) P4 (...) consultas para atualizar os conhecimentos das pessoas(...) P8
Promoção da saúde alimentar em meio escolar		(...) o contato com as crianças nas escolas, vejo que hoje em dia já se faz muito, mas se calhar também não tão focado nesta parte da alimentação(...) P3
Sem sugestões		(...) nós não temos problema nenhum, agora com os outros, lá está, não sei, não posso falar por eles. Pela minha não tenho problema nenhum (...) P1 (...) não tenho sugestões (...) P2; P5; P6; P7; P9; P10.

APÊNDICE IV – ALIMENTAÇÃO 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.



CONSIDERAÇÕES NUTRICIONAIS

< 15% P

Imaturidade Renal
Capacidade de digestão e absorção em desenvolvimento
A partir 4.º mês aumenta acidez gástrica que facilita a digestão da proteína

30-50% G

AGPI, DHA, importante impacto cerebral, acuidade visual.
Secreção pancreática e de ácidos biliares melhora após 6.º mês com aumento da produção de amilase e tripsina

35-55% HC

volume gástrico aumenta progressivamente até capacidade de 250 ml aos 12M

2.SEMESTRE | 100-110 KCAL/KG/DIA

COMPETÊNCIAS

NEURODESENVOLVIMENTO

0-4 M

Reflexo sucção, busca, preensão e extrusão

4-6 M

Aumento da produção de saliva
Capacidade de transporte e deglutição
Controlo muscular dos lábios e mobilidade antero-posterior da língua

6-8 M

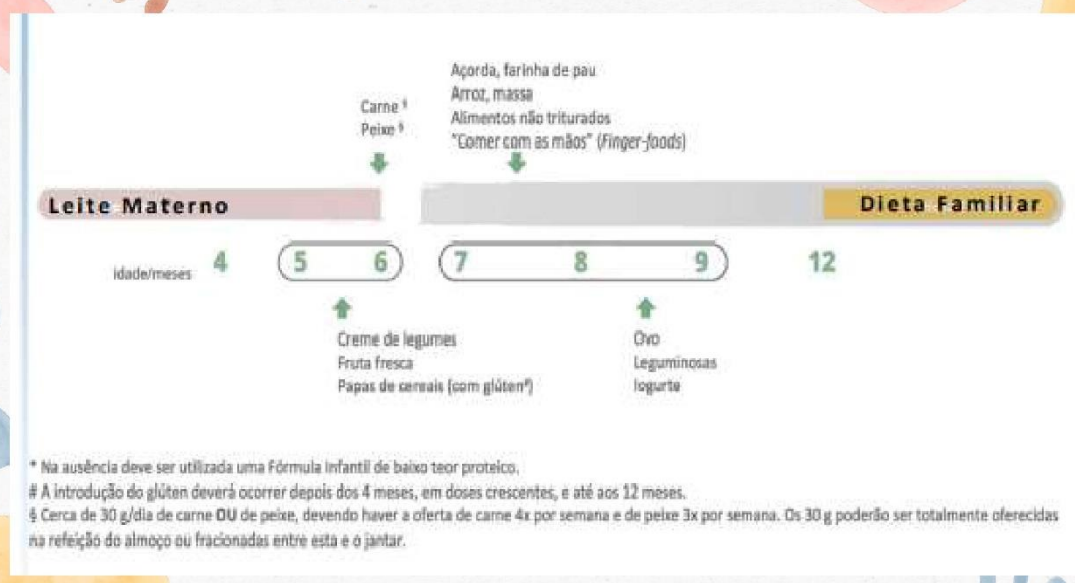
Movimentos de mastigação; controlo manual e ocular; controlo da cabeça e pescoço; beber líquidos pelo copo

> 9 M

Capacidade de agarrar os alimentos com a mão, em pinça, levando-os à boca; autonomia na alimentação

NÃO INTRODUZIR ALIMENTOS SÓLIDOS ENTRE 9 E 10 M AUMENTA RISCO DE REJEIÇÃO E PODE REDUZIR O CONSUMO DE GRUPOS ALIMENTARES COMO FRUTAS E HORTICOLAS

Progressão Recomendada



* 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 1.º 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 dos 0-6 Anos, MS, DGS 2019)

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 ómega 3

DDR ómega 3 | 1,8g/dia

Os frutos gordos e as sementes devem contribuir para satisfazer as necessidades

MICRONUTRIENTES

FERRO
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

Leite materno até 6M;
na sua ausência utilizar
uma fórmula infantil
com proteína de arroz
ou soja

▼ risco das fórmulas de
soja conterem fitatos,
alumínio e
fitoestrogêneos e as de
arroz conterem arsênio

> 6 M

Tofu natural, 30g/dia,
podendo a partir do 7.^o
mês ser adicionado à
farinha de pau , açorda,
quinoa, milho , bulgur

7-8 M

Ovo, leguminosas sem
casca ou germinadas,
sob a forma de purê
Ervilha deverá ser a
última dado o teor
proteico e de sódio mais
elevados

☛ Proteína cânhamo (!
colher de café/refeição
máximo pois tem
elevado teor proteico)
Germen de trigo e
levedura de cerveja (!
colher de café/refeição)

8-9 M

logurte ou preparado
fermentado de soja em
substituição de uma
refeição láctea

Frutos Gordos
(nozes 4g/dia;
pinhões 6g/dia)
Sementes (linhaça
8g/dia; chia 10-
11g/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 cianobacteria
chlorella

11-12 M

TEMPEH

Produzido através da
fermentação grãos soja
Podem ser cozidos e
incorporados na sopa de
legumes ou cozidos com
legumes e consumidos
no prato

SEITAN

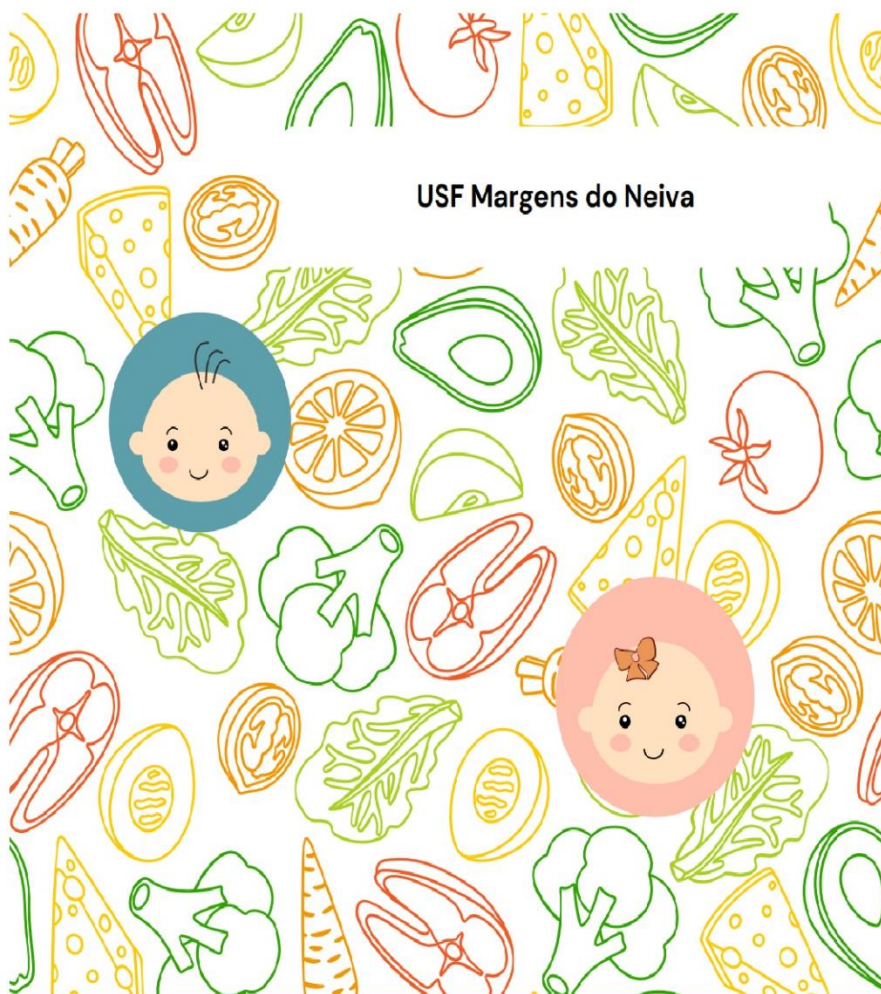
Produzido através da
fermentação do glúten
de trigo

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



APÊNDICE V – O GUIA PRÁTICO PARA OS PAIS. ALIMENTAÇÃO
COMPLEMENTAR NO PRIMEIRO 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

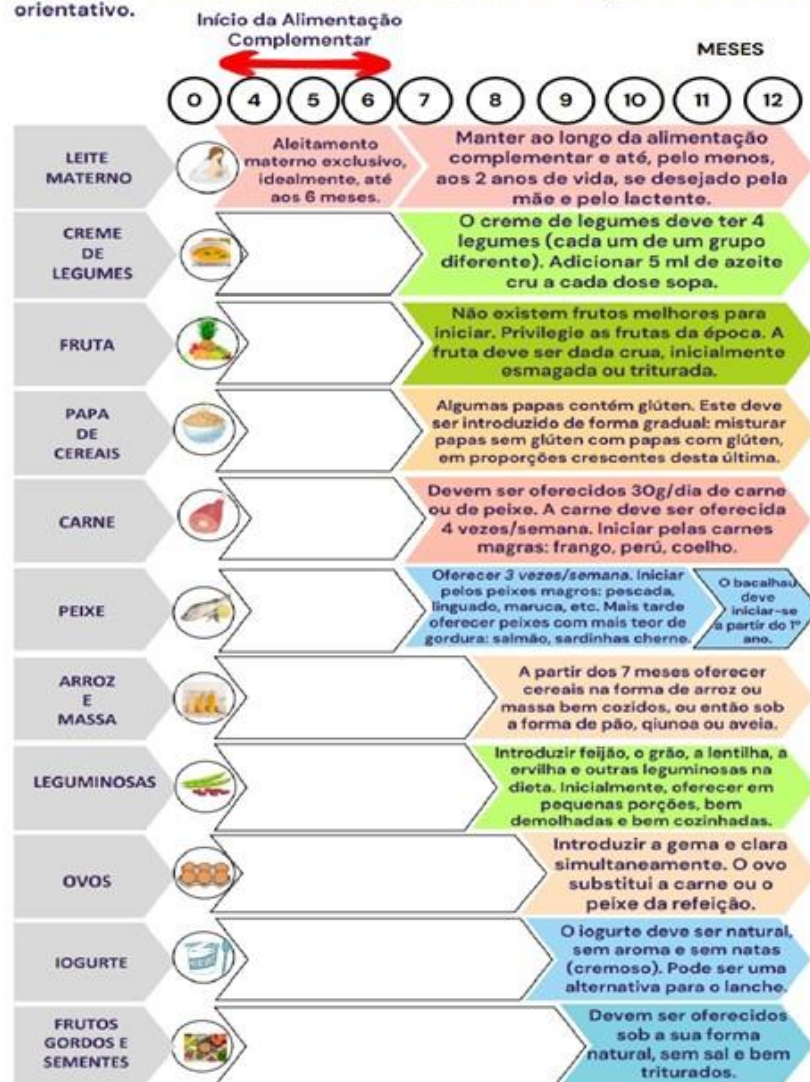


Mel

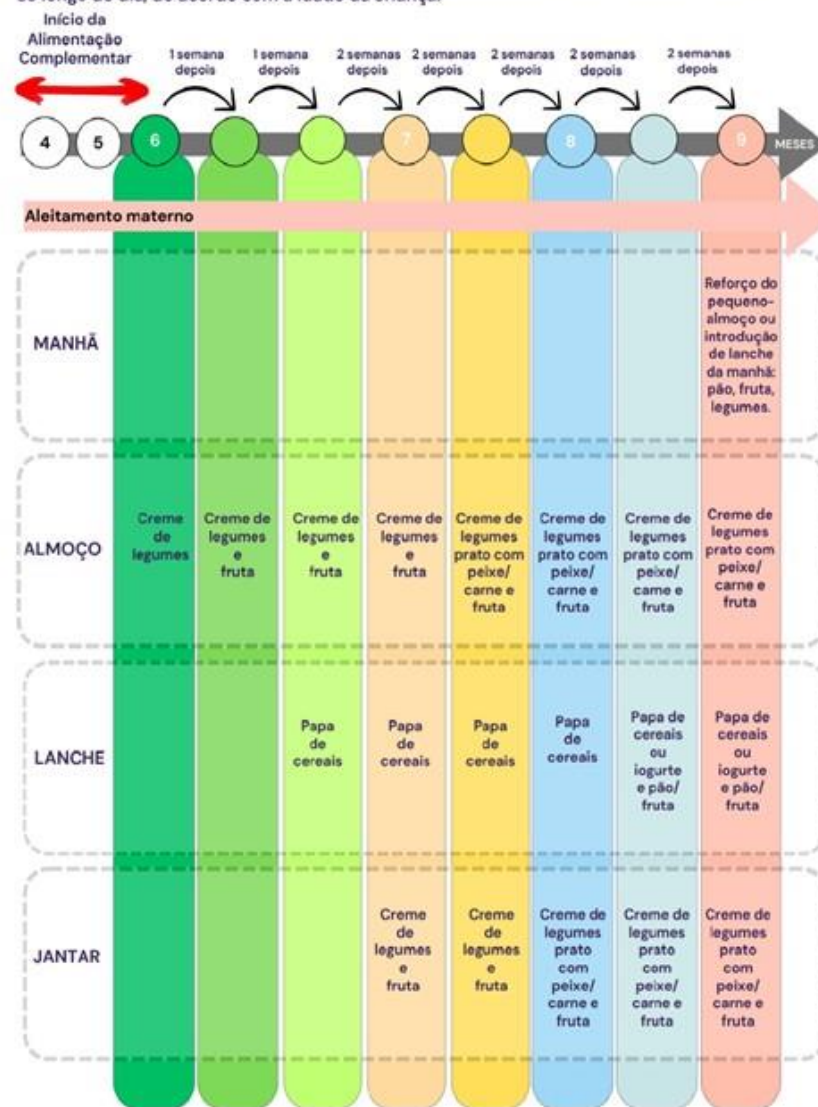


Bebida de arroz

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.



Propomos-lhe ainda um esquema exemplificativo da distribuição das diferentes refeições ao longo do dia, de acordo com a idade da criança.



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, nabicas, 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, boides) 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

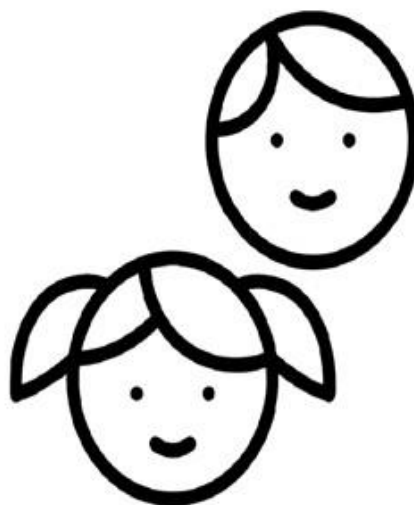
Atualmente temos que fazer muitas escolhas de alimentos num curto espaço de tempo e nesse sentido saber ler os rótulos nutricionais dos alimentos é importante para tomar as melhores decisões. É a pensar nesta necessidade que o PNPAS sugere este cartão que pode ser facilmente transportado e consultado 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 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 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^{es} Isabel Vile Verde, Enf^{es} Marisol Varela
Revisão: Enf^{es} Elisabete Correia
Coordenação: Dr^a Susana Karim

APÊNDICE VI – NOVAS TECNOLOGIAS NA CICATRIZAÇÃO DO
DOENTE COM FERIDAS

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



OTORGADO/A

Marisol Torres Varela

pela participação na formação "Urgo Medical: Novas tecnologias na cicatrização do doente com ferida", realizada na USF Margens do Neiva - ULS Alto Minho no dia 24 de janeiro de 2024 com a duração de 1H30. Esta formação contou com a palestrante abaixo indicada.

Luís Viana

ESPECIALISTA NO CUIDADO DE FERIDAS
NA URGO MEDICAL PORTUGAL

APÊNDICE VII – WORKSHOP DE LANCHES SAUDÁVEIS

CERTIFICADO



A UCC de Barroselas certifica que

MARISOL TORRES VARELA

Colaborou com a UCC de Barroselas na organização e dinamização da Atividade: "Workshop de lanches saudáveis" para todos os 5ºs e 6ºs anos do Agrupamento de Escolas de Barroselas

OUTUBRO DE 2023

JOÃO CARVALHIDO

ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA
COORDENADOR DA UCC DE BARROSELAS



APÊNDICE VIII – MANUAL DE ACOLHIMENTO PARA PROFISSIONAIS DE
SAÚDE E ALUNOS DE MEDICINA E DE ENFERMAGEM DA 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

Novembro 2023

Índice Geral

1.	<u>RECEÇÃO AO NOVO COLABORADOR: ALUNO DE MEDICINA, DE ENFERMAGEM OU MÉDICO INTERNO</u>	223
2.	<u>OBJETIVO E METODOLOGIA</u>	223
3.	<u>APRESENTAÇÃO</u>	223
3.1.	<u>IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPA</u>	224
3.2.	<u>OUTROS PROFISSIONAIS</u>	224
3.3.	<u>UNIDADE FORMATIVA</u>	225
4.	<u>ÁREA GEOGRÁFICA DE INFLUÊNCIA</u>	225
4.1.	<u>DENSIDADE POPULACIONAL</u>	226
4.2.	<u>FREGUESIAS DE INFLUÊNCIA</u>	227
4.3.	<u>ACESSIBILIDADE A USF</u>	227
4.4.	<u>RECURSOS DE SAÚDE NA COMUNIDADE</u>	227
4.5.	<u>BREVE CARATERIZAÇÃO POPULAÇÃO INSCRITA NA USF</u>	228
4.6.	<u>INDICADORES DEMOGRÁFICOS</u>	230
5.	<u>MISSÃO</u>	231
6.	<u>VISÃO</u>	231
7.	<u>VALORES</u>	231
8.	<u>ESTRUTURA ORGÂNICA E FUNCIONAMENTO</u>	232
8.1.	<u>CONSELHO GERAL</u>	232
8.2.	<u>COORDENADOR DA EQUIPA</u>	232
8.3.	<u>CONSELHO TÉCNICO</u>	233
8.4.	<u>INSTRUMENTOS DA USF</u>	233
9.	<u>ORGANIZAÇÃO INTERNA E COOPERAÇÃO INTERDISCIPLINAR</u>	233
10.	<u>TAREFAS E RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS</u>	234
11.	<u>INTERVENÇÕES E ÁREAS DE ATUAÇÃO DO CORPO CLÍNICO (MÉDICOS E ENFERMEIROS)</u>	234
12.	<u>INTERVENÇÕES E ÁREAS DE ATUAÇÃO DO SECRETARIADO CLÍNICO</u>	234
13.	<u>VISITA DOS DELEGADOS DE INFORMAÇÃO MÉDICA</u>	235

14.	<u>COMPROMISSO ASSISTENCIAL /DADOS ADMINISTRATIVOS E DE GESTÃO DA USF</u>	235
14.1.	<u>HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E DE COBERTURA ASSISTENCIAL</u>	235
14.2.	<u>CARTEIRA DE SERVIÇOS</u>	236
14.3.	<u>SISTEMA DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS</u>	236
14.4.	<u>SISTEMA DE RENOVAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES</u>	237
14.5.	<u>ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO DOS CIDADÃOS</u>	238
14.6.	<u>COMUNICAÇÃO COM OS CIDADÃOS</u>	238
14.7.	<u>SISTEMA DE INTERSUBSTITUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPA..</u>	239
15.	<u>COMENTÁRIO FINAL</u>	240

Índice de Figuras

<u>Figura 1 Logotipo da USF Margens do Neiva</u>	<u>224</u>
<u>Figura 2 Freguesias que integram o Concelho de Viana do Castelo- destaque localização geográfica da USF.....</u>	<u>226</u>
<u>Figura 3: Eixos de circulação rodoviária do concelho de Barroselas.....</u>	<u>227</u>

Índice de Tabelas

Tabela 1 Distribuição da População e área por Freguesias.....	226
Tabela 2 Distribuição da População Inscrita na USF por Grupos Etários e sexo (fonte: RNU out. de 2023).....	228
Tabela 3 Índices Demográficos da USFMN.....	230
Tabela 4 Distribuição da População inscrita/unidades ponderadas por Grupo Profissional Missão..	230

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 1 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).

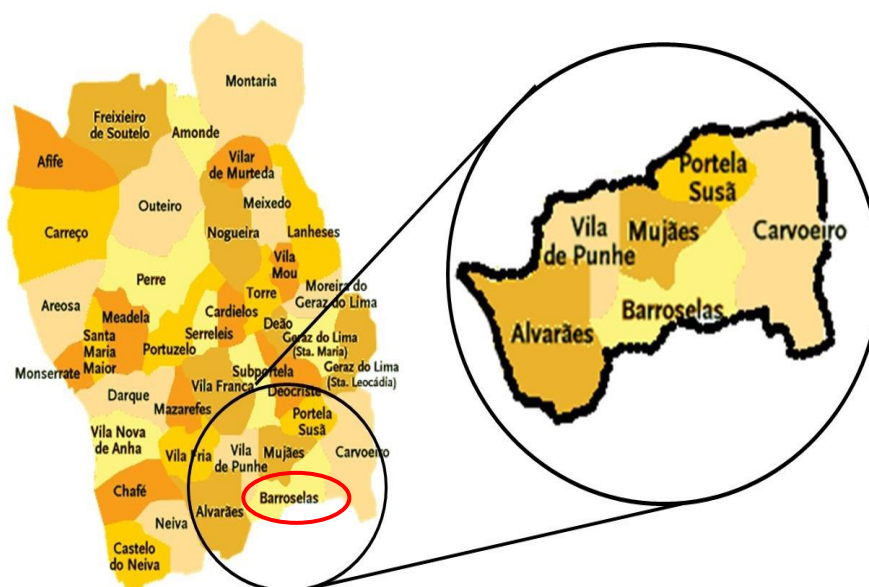


Figura 6 Freguesias que integram o Concelho de Viana do Castelo- destaque localização geográfica da USF

(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 (INE 2021)	Área (km ²)
Alvarães	2462	10,24
União de Freguesias Barroselas e carvoeiro	4701	19,39
Mujães	1422	4,90
União das Freguesias de Subportela, Deocriste, Portela	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.

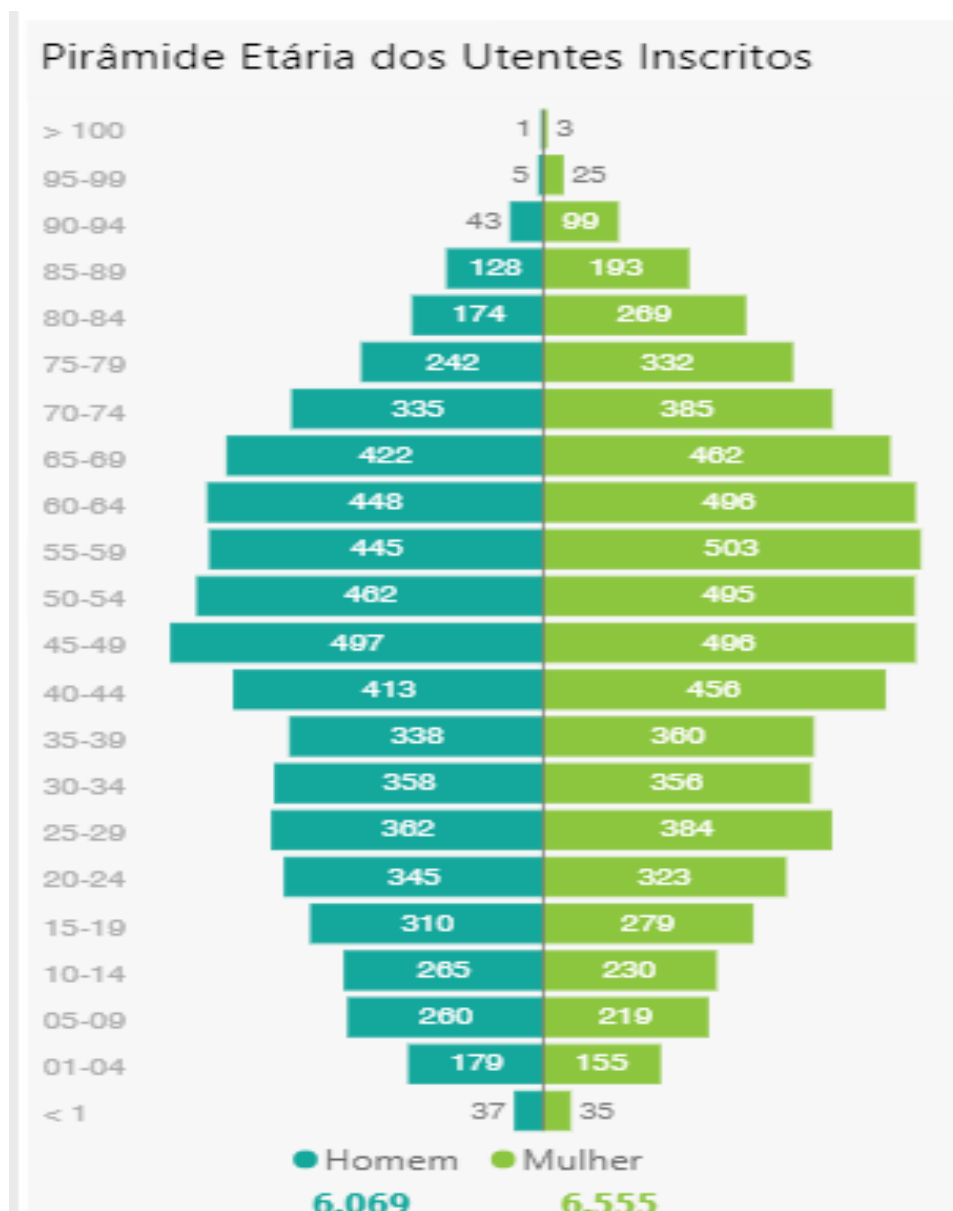


Figura 1 Pirâmide Etária da População inscrita na USF Margens do Neiva (outubro de 2023)

(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. ≥ 65a + 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 visitação domiciliária são os seguintes: recém-nascidos, puérperas, doentes dependentes ou incapacitados de se deslocarem   USF. A visita o domiciliária poderá ser solicitada pelo utente ou familiar/cuidador, ou ser da iniciativa dos profissionais da USF Margens do Neiva.
- A marca o das consultas pode ser efetuada em todo o horário de funcionamento, por qualquer meio de comunica o, designadamente, presencial, telefone, correio, eAgenda, correio eletr nico, 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 marca o 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 RENOVA O DAS PRESCRIÇÕES

- O sistema de renova o de prescrições   exclusivo dos processos de presta o de cuidados aos cidadãos com doença cr nica e tem como objetivo assegurar a continuidade do tratamento.
- A USF garante a renova o 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, referenciação 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.