

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

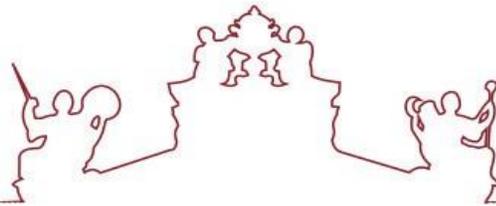
Relatório de Estágio

**Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e
Pediátrica nas Controvérsias da Diversificação Alimentar
no Primeiro Ano de Vida**

Joana Filipa da Cunha Simões

Orientador(es) | Maria Antónia Chora

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

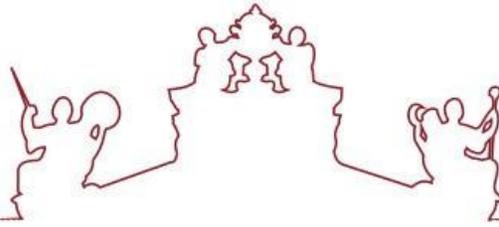
Relatório de Estágio

**Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e
Pediátrica nas Controvérsias da Diversificação Alimentar
no Primeiro Ano de Vida**

Joana Filipa da Cunha Simões

Orientador(es) | Maria Antónia Chora

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Rodrigues (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Antónia Chora (Universidade de Évora) (Orientador)
Maria Margarida Lourenço Tomaz Cândido Boavida Malcata (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Arguente)

Évora, 2022



“O Sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem o busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

Dedicatória

À minha filha Maria Alice, que me inspira a procurar mais conhecimento e a ser uma profissional, pessoa e mãe melhor do que ontem.

Agradecimentos

Este relatório é o produto final, duma longa caminhada, que teve início em 2020, na altura que decidi candidatar-me ao Mestrado em Enfermagem com área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

O apoio das pessoas que me rodeiam no dia a dia foi fundamental e por elas sinto uma enorme gratidão.

Professora Doutora Maria Antónia Chora, que sempre me deu orientação célere, sendo crítica de forma construtiva e sempre me deu o apoio necessário ao longo dos estágios;

A todos os enfermeiros que cruzaram o meu percurso académico, em especial às enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediátrica, que se disponibilizaram e integraram nas diversas equipas, transmitindo conhecimentos essenciais ao meu crescimento como enfermeira e futura Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP);

À minha chefe Enfermeira Manuela Banza, que flexibilizou o meu horário e adaptou a equipa de forma a que tivesse as folgas necessárias para a realização do mestrado;

Aos elementos da minha equipa que se mostraram disponíveis para me ajudar com as suas ideias, para me ouvir e trocar o serviço de forma a que conseguisse conciliar a minha vida pessoal, com a profissional e de estudante;

Aos meus pais por todo o apoio e incentivo;

Ao pai da minha filha, que se mostrou sempre disponível para cuidar da nossa filha durante as minhas ausências;

À minha filha, que apesar dos seus poucos anos de idade se mostrou compreensiva nos vários momentos em que não lhe consegui dar a devida atenção, por ter que estudar, reunir com colegas ou professores ou ter que elaborar trabalhos académicos.

A todos vós, muito obrigada!

Resumo

O presente relatório, dá ênfase ao trabalho realizado ao longo do estágio, onde implementamos o projeto de intervenção, tendo por base os modelos teóricos de Nola Pender no âmbito da promoção de saúde e de Anne Casey ao nível da parceria de cuidados. Neste trabalho é feita uma análise crítica em relação às competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e mestre adquiridas e desenvolvidas ao longo dos estágios, bem como relatadas as atividades realizadas. O primeiro ano de vida do bebé é repleto de mudanças constantes, crescimento e desenvolvimento acelerados, ganhos acrescidos ao nível da motricidade grossa e fina e de aquisição de hábitos que podem influenciar futuramente a vida em adulto. É fundamental a prática de uma alimentação saudável desde o nascimento, que se deverá manter com a introdução e diversificação alimentar. Para tal, é necessário haver ligação entre o que é espectável, desejado e adequado a cada latente e sua família. A amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida é o idealmente preconizado pela Organização Mundial de Saúde e Direção Geral de Saúde, mas após esse período a introdução e diversificação alimentar não existe uniformização entre os profissionais de saúde, pelo que os bebés e famílias devem ser orientados e enriquecidos com conhecimentos das melhores opções existentes. Concluimos que a intervenção do EEESIP é fundamental na promoção da saúde, mais concretamente na introdução e diversificação alimentar, onde devem ser feitas escolhas saudáveis desde o nascimento.

Palavras-chave: enfermeiro especialista; bebé; desmame; comida infantil; alimentação complementar

Abstract

"Competences of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health in the Controversies of Food Diversification in the First Year of Life "

This report emphasizes the work done during the internship, where we implemented the intervention project, based on the theoretical models of Nola Pender in health promotion and Anne Casey in care partnership. In this paper, a critical analysis is made regarding the competencies of the specialist nurse in child health and pediatric nursing and master's acquired and developed during the internships, as well as a report on the activities performed. The first year of a baby's life is full of constant changes, accelerated growth and development, increased gains in gross and fine motor skills, and the acquisition of habits that may influence future adult life. It is essential to practice healthy eating from birth, which should be maintained with the introduction and diversification of food. This requires a connection between what is expected, desired, and appropriate for each latent and his or her family. Exclusive breastfeeding until 6 months of age is ideally recommended by the World Health Organization and the Directorate General of Health, but after this period the introduction and diversification of foods is not standardized among health professionals, so babies and families should be guided and enriched with knowledge of the best options available. We conclude that the EEESIP intervention is fundamental in health promotion, more specifically in the introduction and diversification of food, where healthy choices should be made from birth.

Keywords: Specialist Nurse; Baby; Weaning; Infant Food; Complementary Feeding

Índice de Apêndices e Anexos

Apêndices	70
Apêndice A - Proposta de norma “Orientação entre serviços prestadores de cuidados a crianças/famílias da X”	71
Apêndice B – Póster Informativo “Diversificando”	73
Apêndice C – Póster Informativo “Bébe Doente – A importância de Amamentar”	75
Apêndice D – Estudo de Caso.....	77
Apêndice E- Sessão de Educação para a Saúde “Alternativas à Diversificação Alimentar – Baby-Led Weaning e Vegetarismo – Estigmas e Dúvidas”	79
Apêndice F- Folheto Informativo “Baby-Led Weaning (BLW) – Descomplicando”.	81
Apêndice G- Pesquisa Bibliográfica “As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na alimentação/nutrição numa unidade de neonatologia”	83
Apêndice H- Pesquisa/Tabela “Conservação do leite materno extraído”	85
Apêndice I- Folheto “Aleitamento Materno em Bebés com Bronquiolite”	87
Apêndice J- Guia Bolso “Aleitamento materno em bebés com diagnóstico de bronquiolite”	89
Apêndice K - <i>Scoping review</i> – Baby-led weaning (BLW): uma alternativa ao método tradicional.....	91
Apêndice L – Revisão Sistemática da Literatura: Burnout nos enfermeiros durante a pandemia COVID-19.....	96
Anexos	98
Anexo A - Certificado de presença no Dia Mundial da Prematuridade	99
Anexo B - Certificado Suporte Avançado de Vida Pediátrico	101

Índice de Figuras

Figura 1 – Síntese do modelo teórico de Nola Pender..... 18

Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA – American Psychological Association

BLW – Baby Led-Weaning

CS – Centro de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

HLA – Hospital do Litoral Alentejano

JBI - The Joanna Briggs Institute

NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RN – Recém-nascido

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF – United Nations Children’s Fund

Índice

Introdução.....	12
1. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nas Controvérsias da Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida: Enquadramento Concetual.....	15
1.1 Modelos Teóricos do Cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.....	15
<i>1.1.1 A Parceria de Cuidados de Anne Casey.....</i>	<i>16</i>
<i>1.1.2 Promoção de Hábitos e Estilos de Vida Saudáveis de Nola Pender</i>	<i>17</i>
1.2 O Crescimento e Desenvolvimento Durante o Primeiro Ano de Vida: O Lactente.....	19
1.3 Desmistificando a Diversificação e Alternativas à Introdução Alimentar.....	22
1.4 A Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nas Controvérsias da Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida.....	27
2. Da Teoria à Prática.....	29
2.1 Combater Um Dos Estigmas do Século XXI Durante o Primeiro Ano de Vida: A Importância da Diversificação Alimentar – Metodologia de Projeto.....	29
<i>2.1.1 Diagnóstico de Situação.....</i>	<i>29</i>
<i>2.1.2 Definição dos Objetivos.....</i>	<i>33</i>
<i>2.1.3 Planeamento.....</i>	<i>33</i>
2.2 Descrição e Reflexão das Atividades Desenvolvidas em Contexto Clínico.....	34
<i>2.2.1 Consulta Externas de Pediatria de um Hospital a Sul do Tejo.....</i>	<i>34</i>
<i>2.2.2 Urgências Pediátricas de um Hospital a Sul do Tejo</i>	<i>37</i>
<i>2.2.3 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos de um Hospital do Sul.....</i>	<i>41</i>
<i>2.2.4 Serviço de Internamento Pediátrico de um Hospital a Sul do Tejo.....</i>	<i>45</i>
3. Competências Adquiridas e Desenvolvidas: Análise Reflexiva.....	50
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	50
3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil.....	57
3.3 Competências de Mestre.....	61
Conclusão.....	63
Referências Bibliográficas.....	65

Introdução

No âmbito da unidade curricular Relatório Final, do 2ºano, 1ºsemestre, do mestrado em enfermagem, em associação, especialidade de saúde infantil e pediátrica, com a orientação da professora Doutora Maria Antónia Chora, foi elaborado o presente trabalho, representativo de todo o percurso formativo realizado ao longo dos vários contextos clínicos.

Ao longo do Estágios I e Estágio Final, desenvolvemos através da metodologia de projeto, um projeto de intervenção com a temática sobre as controvérsias da diversificação alimentar no primeiro ano de vida, enquadrando-se o mesmo na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”.

A área da alimentação saudável continua a ser um dos estigmas mais pronunciados/vincados entre profissionais de saúde e pais durante o primeiro ano de vida da criança: a alimentação, a desmistificação de preconceitos e dúvidas que continuam muito enraizados e a referência a novas nuances no que respeita a alternativas na introdução e diversificação alimentar. A escolha alimentar durante o primeiro ano de vida, é desde há muitos anos trabalhada nos diferentes contextos de saúde, porém a problemática mantém-se atual aos dias de hoje.

No contexto profissional de unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), deparamo-nos frequentemente com recém-nascidos que têm alta da maternidade com suplementação alimentar pelos mais variados motivos (muitos deles mitos para a sua introdução), mães que optam por introduzir leite artificial sem consultar um profissional de saúde, alegando que o bebé chora muito e que não dorme porque tem fome, sem apoio familiar, pois constantemente ouvem que o leite é fraco ou que elas próprias não descansam porque, o pai do bebé afirma que se ele chora é porque quer mama. As mães a quem prestamos cuidados de enfermagem em consultas de desenvolvimento de saúde infantil do seu bebé, sentem-se mergulhadas em dúvidas/incertezas, mitos e estigmas, referindo que têm as mamas moles, o leite aguado, que o bebé, mama de 2/2horas e não dorme a noite toda seguida, argumentando sempre que o seu leite não sustenta o bebé.

A etapa da introdução dos alimentos vem novamente acompanhada de dúvidas, incertezas, estigmas e mitos por parte das mães/pais/familiares/cuidadores. Sendo que, prestamos cuidados de enfermagem a mães que referem ter iniciado a introdução alimentar dos seus bebés pelas papas (açucaradas), pela fruta e outras mães que antes dos 5 meses de vida do bebé começam a oferecer as bolachas ‘tipo Maria’ e o pão. Pelos 9 meses de vida tivemos conhecimento de mães que oferecem bolas de Berlim, ovos de chocolate e salsichas de porco ao bebé. No geral, as famílias não sabem o que devem oferecer para os bebés, recorrendo a produtos alimentares processados e com grandes quantidades de açúcar que levam a melhor aceitação por parte do bebé. Tendencialmente, os bebés que são alimentados através do método tradicional ingerem purés industrializados.

Os bebés que são alimentados através do método tradicional ingerem tendencialmente, purés industrializados, sendo muito importante reconhecer que a abordagem à diversificação alimentar pode controlar o apetite, as preferências e comportamentos alimentares no futuro (Swanepoel, Henderson & Maher, 2020).

Em consultas de desenvolvimento de saúde infantil prestamos cuidados, cada vez mais a famílias que recusam incluir na sua dieta produtos de origem animal ou que procuram opções diferentes ao método tradicional para introduzir os alimentos e que procuram as melhores opções para o bebé. Os profissionais de saúde, perante o aumento de famílias que começam a praticar o método BLW, mantém alguma renitência em aconselhar a prática do método visto que, a nível das entidades nacionais e internacionais ainda não existe um consenso científico em relação à sua recomendação (Gomez et al., 2019).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) que presta cuidados em diversos contextos (desde hospitalar, cuidados de saúde primários, saúde escolar) deverá estar capacitado para promover desde o nascimento a adesão à alimentação saudável, pelo que este relatório reflete o desenvolvimento e aquisição de competências do EEESIP (OE, 2018), bem como as competências de mestre em enfermagem (Decreto-Lei nº63/2016 de 13 de setembro, 2016).

Este relatório final tem como objetivo geral refletir criticamente sobre as Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre adquiridas ao longo

dos estágios e tem como objetivos específicos fundamentar a escolha do tema com base na teorização e evidência científica, implementar a metodologia de projeto ao longo do Estágio I e Estágio Final e apresentar o presente relatório em provas públicas. As específicas devem responder ao objetivo geral e a tudo o que fomos fazendo ao longo do percurso.

O presente trabalho encontra-se estruturado em cinco partes: a presente introdução, o enquadramento concetual onde é abordada a importância do EEESIP no combate a um dos estigmas do século XXI durante o primeiro ano de vida através da revisão da literatura sobre os dois modelos teóricos que suportam esta temática, o crescimento e desenvolvimento do lactente, a desmistificação da diversificação e alternativas à introdução alimentar e qual a atuação do EEESIP. Seguidamente, da teoria à prática apresento a metodologia de projeto e os contextos clínicos que percorri ao longo do Estágio I e Estágio Final. Quase a finalizar, uma análise reflexiva sobre as competências comuns e específicas adquiridas e desenvolvidas enquanto especialista, EEESIP e competências de mestre. Por último, é elaborada a conclusão deste relatório.

A norma de referenciação bibliográfica e formatação aplicada neste trabalho foi a Norma APA (American Psychological Association), 7ª edição.

1. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nas Controvérsias da Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida:

Enquadramento Concetual

Neste capítulo iremos abordar a literacia existente sobre a prática de alimentação saudável desde o nascimento, posteriormente o início da introdução e diversificação alimentar e das alternativas que existem em relação ao método tradicional, uma vez que cada vez mais são as famílias que optam pelas alternativas alimentares e o EEESIP deve estar totalmente capacitado para dar mais e melhores respostas, sempre baseadas na evidência científica.

1.1 Modelos Teóricos do Cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Desde sempre, que existe a necessidade de procurar respostas para as perguntas sobre quem é o enfermeiro, a pessoa a quem são prestados cuidados, quais os conceitos que devem orientar o modelo para a prática de enfermagem e qual o modelo que deve ser aplicado aos cuidados de saúde de cada instituição (Carpinteira *et al.*, 2016).

Para a realização da prática de enfermagem é essencial que exista uma investigação dentro da base teórica que a fundamente. De forma a prestar cuidados de enfermagem de excelência, com inovação, criatividade, autonomia e qualidade, os enfermeiros necessitam de ter conhecimentos científicos, logo é imperativo conhecerem as teorias de enfermagem (Carpinteira *et al.*, 2016).

Os modelos teóricos e as teorias de enfermagem são consideradas as mais apropriadas pois, resultam de vivências da prática profissional e descrevem as ações que os enfermeiros realizam (Carpinteira *et al.*, 2016).

Os modelos teóricos servem como guias para a implementação das teorias que segundo Carpinteira *et al.*, (2016) “são compostas de conceitos que visam descrever fenómenos, correlacionar fatores, explicar situações, prever acontecimentos e controlar os resultados obtidos a partir das ações de enfermagem executadas” (p.76). Ainda segundo o mesmo autor a sua implementação implica progressos e mudanças na maneira de ser e compreender o papel do enfermeiro na prestação de cuidados.

A abordagem a modelos teóricos que mais se enquadram na temática deste relatório torna-se assim, imperativa.

1.1.1 A Parceria de Cuidados de Anne Casey

Os cuidados pediátricos prestados são baseados no modelo teórico centrado nos cuidados à família. Este modelo desenvolvido por Anne Casey e Mobbs (1988) dá realce à importância do envolvimento dos pais e crianças nos cuidados em parceria com o enfermeiro (Mendes & Martins, 2012). Esta parceria implica a partilha de conhecimentos, definição de objetivos centrados na pessoa, participação e concordância de todas as partes (Mendes & Martins, 2012).

Segundo o modelo teórico de Anne Casey (1998), os enfermeiros devem planear e prestar cuidados às crianças/jovens tendo sempre como parceiros os pais, que são considerados os melhores prestadores de cuidados aos filhos, sendo quem mais os conhece (OE, 2012).

Prestar cuidados a uma criança/jovem é prestar cuidados aos pais/família, pelo que os mesmos devem ser envolvidos na prestação de cuidados, promovendo o aumento do conhecimento e das capacidades que levam ao desenvolvimento do papel parental (OE, 2012). É essencial que exista uma negociação entre o enfermeiro e os pais/criança/jovem, de forma a que fique esclarecido que aos enfermeiros compete prestar os cuidados de enfermagem e aos pais/cuidadores compete prestar os cuidados familiares, caso não exista nenhum tipo de impossibilidade para tal. Os cuidados e ensinamentos adequados devem ser planeados atendendo às necessidades de cada família (OE, 2012).

O modelo teórico de Anne Casey engloba cinco conceitos: a criança que é dependente de terceiros (maioritariamente os pais/família) para satisfazer as suas necessidades. A família que forma um conjunto de indivíduos responsáveis principais pela prestação de cuidados à criança e que exercem uma grande influência no seu crescimento e desenvolvimento. O enfermeiro é o profissional que presta cuidados de saúde especializados à criança, promovendo o seu bem-estar, dando apoio de forma a desenvolver a relação de ajuda entre os pais, a criança e o enfermeiro, transmitindo conhecimentos, aumentando as capacidades parentais e encaminhando a família para que reconheça a importância de recorrer a outros profissionais de saúde e/ou apoios alternativos da comunidade sempre que necessário. A saúde é o estado de bem-estar físico e psíquico, que deve

manter-se ótimo, de modo a permitir à criança potencializar todo o seu desenvolvimento ao longo da vida. Por fim, o conceito de ambiente é envolto pelos estímulos externos que podem influenciar o desenvolvimento da criança, que deverá ser repleto de amor e cuidados apropriados, levando a que se sintam segura e confiante (Casey, 1993).

Todos os cuidados prestados pela família são denominados por cuidados familiares, sendo que estes satisfazem todas as necessidades quotidianas da criança. Os cuidados de saúde prestados principalmente por enfermeiros são denominados por cuidados de enfermagem e têm como objetivo satisfazer necessidades específicas de saúde da criança (Casey, 1993).

Estes dois conceitos (família e enfermeiro) podem variar entre si, ou seja, em momentos de impossibilidade por parte da família, o enfermeiro poderá prestar cuidados familiares, bem como os pais/família poderá prestar cuidados de enfermagem quando a situação o permita e desde que supervisionados, apoiados e orientados pelo enfermeiro (Casey, 1993).

É essencial que o enfermeiro tenha a capacidade de orientar e apoiar a família, mantendo sempre uma postura flexível e de respeito, prestando cuidados e avaliando cada criança/família de forma individualizada, respondendo às suas necessidades concretas (Casey, 1993).

1.1.2 Promoção de Hábitos e Estilos de Vida Saudáveis de Nola Pender

O modelo de promoção da saúde foi desenvolvido pela enfermeira Nola Pender. Este defende que são as pessoas que tomam as decisões relacionadas com o seu próprio bem-estar físico e emocional, pelo que o modelo deverá encontrar respostas para a maneira como o fazem (Hoyos *et al.*, 2011).

Pender demonstra com o seu modelo que todas as pessoas são diferentes, pelo que as suas interações com o meio ambiente também diferem e realça a ligação entre as características e experiências pessoais, crenças e conhecimentos de forma a alcançarem os comportamentos e estado de saúde que desejam (Hoyos *et al.*, 2011). O mesmo autor refere ainda que o comportamento, as atitudes e as motivações que levam as pessoas a adquirir estilos de vida saudáveis são influenciados por vários fatores.

Existem dois fundamentos teóricos que servem de base ao modelo da promoção da saúde e que avaliam as expectativas da motivação da pessoa, a teoria da aprendizagem social de Albert Bandura e o modelo de Feather (Hoyos *et al.*, 2011).

A teoria da aprendizagem social de Albert Bandura refere que os fatores psicológicos e a aprendizagem cognitiva e comportamental influenciam o comportamento das pessoas. Destacam-se a atenção, a retenção, a reprodução e a motivação como aspetos importantes que levam à aprendizagem e conseqüente adaptação do comportamento (Hoyos *et al.*, 2011).

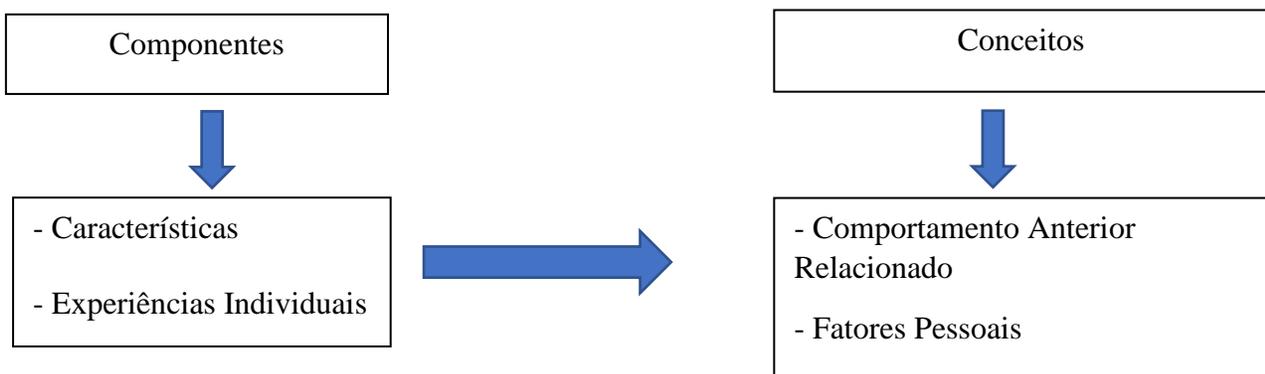
O mesmo autor refere que o modelo de Feather enfatiza a componente motivacional como decisiva para a mudança de comportamentos, nomeadamente ao nível da saúde.

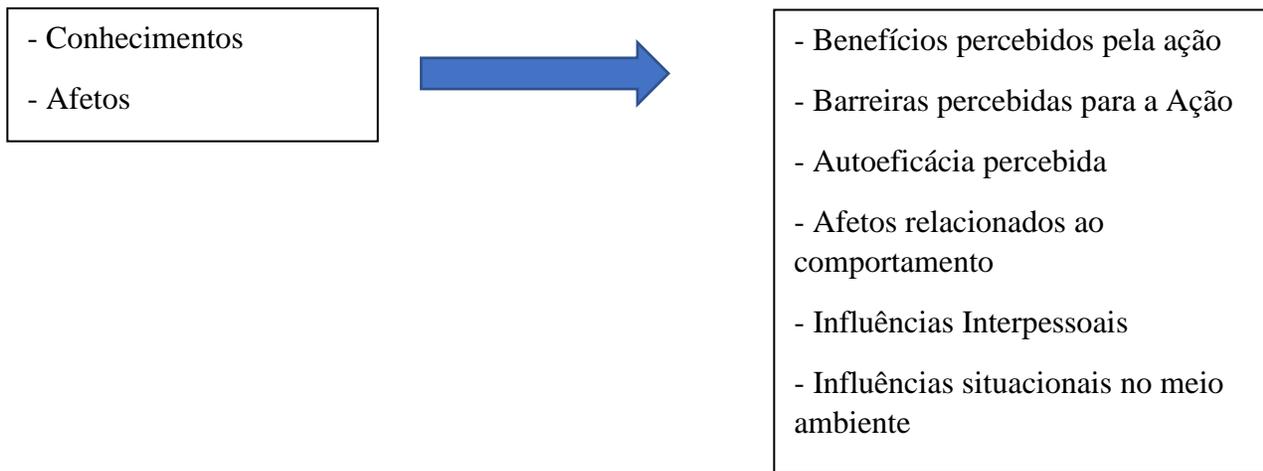
Pender defende que, as características, experiências e conhecimentos individuais, bem como os afetos influenciam a que cada pessoa opte ou não por adquirir estilos de vida saudáveis (Hoyos *et al.*, 2011).

Figura 1

Síntese do modelo teórico de Nola Pender

De modo a sintetizar a relação entre os componentes e os conceitos que englobam o modelo de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis de Nola Pender, foi elaborada a figura 1, que está explicada no texto acima sobre o que esta modelo teórica defende.





Nota: Resumo dos Componentes e seus Conceitos que delineiam o modelo teórico de Nola Pender

Pelos componentes e conceitos que definem este modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, é essencial a intervenção dos enfermeiros levando a que cada pessoa opte pela adesão a comportamentos de saúde (Hoyos *et al.*, 2011).

1.2 O Crescimento e Desenvolvimento Durante o Primeiro Ano de Vida: O Lactente

Todas as crianças são diferentes desde que nascem, pelo que todo o seu crescimento e desenvolvimento também o são, interligando-se com os aspetos socioeconómicos, biológicos e ambientais em que a criança nasce e cresce. Um dos melhores indicadores de saúde duma criança é precisamente o seu crescimento e desenvolvimento saudável (DGS, 2019).

O desenvolvimento durante o primeiro ano de vida a nível psicomotor, sensorial e cognitivo pode ser influenciado pelos nutrientes ingeridos durante este período (Guerra *et al.*, 2012).

A criança, designada por lactente, encontra-se entre o nascimento e o primeiro ano de vida, começando desde cedo a verificar-se que cada uma apresenta as suas próprias características, com ritmos de crescimento e desenvolvimento diferentes, bem como o tempo e a forma que cada uma consegue executar determinadas ações também podem divergir (Chora, 2020).

O crescimento e desenvolvimento de cada criança, começa desde o seu nascimento a ser acompanhado em consultas de vigilância de saúde infantil, nos cuidados de saúde primários, que se encontram preconizadas pela direção geral de saúde (DGS) no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), com o objetivo de promover e otimizar a saúde do lactente e de orientar e esclarecer os pais/cuidadores em relação à adaptação da parentalidade (Chora, 2020).

Um dos muitos objetivos das consultas de vigilância de saúde infantil ao lactente, é promover o início de uma alimentação adequada, bem como a adesão a comportamentos saudáveis (Chora, 2020).

No que respeita ao crescimento e desenvolvimento do latente, devemos ter em conta, que o 1º semestre é aquele em que mais mudanças irão ocorrer, seja em que estadio for da vida de uma criança, sendo que é nesta fase que ocorrem transformações neuromotoras (desenvolve primeiro a motricidade grossa e posteriormente a motricidade fina) e cognitivas muito significativas (DGS, 2019), também os sistemas de órgãos que integram o corpo humano sofrem várias transformações nesta fase (Chora, 2020).

Para começar deverá recuperar o peso com que nasceu pela segunda semana de vida e durante o primeiro mês deverá aumentar cerca de 30gramas por dia (Chora, 2020).

Segundo a DGS (2019), o lactente deverá até aos três meses de vida aumentar entre 15 a 30gr/dia, duplicando por volta dos 4 meses e triplicando por volta dos 12 meses. Porém, a curva do peso poderá refletir a tipo de aleitamento que o bebé faz.

O lactente começa a rir com as vozes que lhe são familiares e a seguir os movimentos das pessoas com os olhos com os 2 meses e aos 3 meses eleva a cabeça e o tronco quando é colocado em decúbito ventral, agarra objetos e ri para as pessoas (DGS, 2019).

É a partir aproximadamente dos 4 meses, que o bebé começa a ter controlo cefálico, pelo que até essa altura a atividade motora é pouca, balbucia, ri e tenta imitar sons (DGS, 2019).

No primeiro semestre de vida o reflexo de protusão é forte, pelo que o bebé empurra os alimentos para fora da boca (Hockenberry & Wilson, 2014).

Após este primeiro semestre de vida, o lactente já consegue manter-se na posição sentada e a partir desta altura tudo ganha destaque no desenvolvimento cognitivo, motor (passa a explorar muito mais o ambiente que o rodeia) e social. É todo este desenvolvimento, que faz com que o bebé descubra todo o mundo de novos sabores com a introdução dos alimentos, que lhe vai sendo oferecido. Primeiro aprende a pegar e a levar os alimentos à boca, depois a moê-los e por último a mastiga-los (DGS, 2019).

Aos 6 meses surge ainda, a capacidade de se virar da posição dorsal para ventral (Chora, 2020) e a capacidade de mudar os objetos de mão (DGS, 2019).

Ao nível de locomoção, por volta dos 4 aos 6 meses, o lactente aprende a coordenar cada vez mais os membros superiores, podendo surgir o gatinhar “para trás” (Chora, 2020).

Existem bebés que com cerca de 7-8 meses sentam-se sem suporte, respondem quando são chamados pelo nome, encontram objetos escondidos parcialmente e aprendem a gatinhar, e que por volta dos 12 meses, começam a andar (DGS, 2019).

Por volta dos 9 meses, alguns bebés iniciam o rastejar, evoluindo aos 11 meses para o andar com uma ou ambas as mãos agarradas a móveis e aos 12 meses só com uma mão agarrada. Caso, o lactente já tenha 11-12 meses e não seja capaz de se levantar para a posição de pé, deverá ser despistada uma possível displasia da anca (Chora, 2020).

Com 1 ano de vida, já diz no mínimo uma palavra, gosta de imitar as pessoas e mastiga alimentos (DGS, 2019).

Durante o primeiro ano de vida, o bebé aumenta o seu comprimento aproximadamente 25cm e o perímetro cefálico aumenta cerca de 1cm/mês (DGS, 2019).

A toda esta faixa etária é transversal e fundamental a existência de afeto por parte dos pais/cuidadores ao lactente e o estabelecimento da vinculação, que influenciará todo o desenvolvimento e crescimento do bebé (Chora, 2020).

1.3 Desmistificando a Diversificação e Alternativas à Introdução Alimentar

A alimentação é a atividade social mais importante para o lactente, durante os três a quatro primeiros meses de vida (Chora, 2020).

Todas as alterações e evoluções que surgem serão decisivas para as decisões em relação à alimentação do bebé, desde o crescimento, desenvolvimento neurológico, motor, sensorial, cognitivo e estruturas corporais. O crescimento resulta de fatores, como os nutricionais, orgânicos e psicossociais, pelo que é importante desde cedo oferecer uma alimentação o mais adequada possível, a par de um ambiente familiar e social repletos de afeto e estimulação (DGS, 2019).

A decisão do tipo de nutrição (amamentar ou alimentar através de suplemento) que o lactente irá fazer, deverá ser tomada ainda no período pré-natal sabendo que o leite materno é a melhor opção para a nutrição durante o 1º ano de vida do bebé, uma vez que o mesmo é composto por micronutrientes biodisponíveis em quantidades e qualidade que o tornam de fácil absorção e digestão, fornecendo a energia adequada para um crescimento adequado e saudável (Hockenberry & Wilson, 2014).

De todos os benefícios já conhecidos em relação ao aleitamento materno quer para a mãe quer para o bebé, destaco para este trabalho que o mesmo propicia a que o bebé se adapte melhor à introdução de novos alimentos e que a longo prazo pode ter significância na prevenção da diabetes e de linfomas (Levy & Bértolo, 2012).

O leite materno é também, o alimento ideal, mais barato e mais seguro, com a composição nutricional desejada que permite ao bebé crescer e desenvolver de forma saudável. Previne as infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, protege de determinadas alergias, e de certas bactérias e vírus. Torna-se muito importante ao longo do desenvolvimento, pois permite uma melhor adaptação do bebé ao apetite, à sede e a outros alimentos e previne o aparecimento de doenças como a obesidade, Crohn, colite ulcerosa e celíaca na criança. Facilita a digestão e o

funcionamento do intestino, melhora o desenvolvimento da visão e reduz o aparecimento de cáries, melhorando o desenvolvimento das mandíbulas, dentes e fala (Real, 2010).

Não é recomendada a introdução de alimentos sólidos antes dos 4-6 meses, devido à imaturidade gastrointestinal do bebé e às suas diferentes necessidades nutricionais. A introdução precoce de alimentos sólidos pode levar ao aumento excessivo de peso, bem como da probabilidade de desenvolver alergias e anemia por défice de ferro (Hockenberry & Wilson, 2014).

Até aos 6 meses de vida do bebé, o leite materno possui todas as propriedades necessárias ao seu desenvolvimento e crescimento, pelo que a EFSA (Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos) não tem sequer recomendações nutricionais no primeiro semestre de vida, porém a partir dos 5-6 meses este começa a necessitar de maiores quantidades de hidratos de carbono e menor quantidade de energia e gordura, devido ao abrandamento no crescimento e ao aumento da atividade motora, pelo que tem que ser iniciada a introdução da alimentação (DGS, 2019).

É durante esta faixa etária que existem as chamadas “janelas de treino”, pelo que é a altura ideal para a aquisição de comportamentos alimentares saudáveis, que promovam um estilo de crescimento e desenvolvimento saudáveis (DGS, 2019).

Após os seis meses de vida do bebé, o leite materno deixa de suprir todas as suas necessidades nutricionais e energéticas, pelo que deverá haver a introdução dos alimentos saudáveis e de forma gradual. Esses alimentos, por questões de promoção de saúde e prevenção de doenças futuras, devem pertencer à Roda dos Alimentos, devem ser variados e de qualidade. Não devem ser introduzidos alimentos processados, nem com adição de açúcar ou sal, bem como o mel, chás ou o leite de vaca sendo estes proibidos no primeiro ano de vida. No entanto, é importante que se mantenha suplementação com vitamina D (40Uli/dia), pelo menos durante o primeiro ano de vida do bebé (DGS, 2019).

Para proporcionar um crescimento e desenvolvimento adequado, é essencial a prática de uma alimentação saudável, tendo em atenção que as crianças têm necessidades nutricionais diferentes (Festas *et al.*, 2020).

Os pais/cuidadores devem primar pela dieta mediterrânica que se apresenta com variedade e riqueza em alimentos de origem vegetal e moderação no consumo de origem animal, optando-se maioritariamente por produtos frescos, locais e sazonais (Festas *et al.*, 2020).

Os alimentos devem ser progressivamente apresentados na sua forma original, sem que se encontrem totalmente triturados e devem ser oferecidos à criança, de modo a que esta possa tornar-se autónoma, mobilizando e adquirindo a competência da motricidade. Esta etapa é também bastante importante, no sentido em que a criança explora as cores, sabores e texturas dos alimentos, pelo que os pais/cuidadores, deverão permitir que esta utilize as mãos e que coma ao seu próprio ritmo, ativando o sentido de manipulação e de exploração (Silva, 2020).

Baby-Led Weaning (BLW)

É um método de introdução alimentar diferente ao método tradicional, que promove a autoalimentação da criança, a partir dos 6 meses de idade, através da oferta de alimentos não triturados. Deste modo, não existe uma ordem específica pela qual os alimentos devem ser introduzidos, a criança tem a possibilidade de partilhar os momentos da refeição em família, sendo ela que decide o que comer, a quantidade e o ritmo da refeição, tal como o que se preconiza na amamentação em exclusivo (Carvalho, 2018).

Os princípios marcantes do BLW são a amamentação, o baby-led e as refeições em família (Carvalho, 2018).

O método BLW foca-se sobretudo no desenvolvimento e nas capacidades que surgem naturalmente durante o primeiro ano de vida. Os primeiros meses da prática deste método têm por objetivo a exploração, descoberta, manipulação e contato com os alimentos por parte do bebé. Posteriormente, levará os alimentos à boca saboreando e sentindo a sua textura, podendo não ingeri-los. O leite materno ou adaptado continuará a ser o seu alimento principal durante o primeiro ano de vida, sendo o bebé a definir quando se sente pronto para reduzir a quantidade de leite ingerida (Rapley & Murkett, 2017).

A diversificação alimentar através deste método permite que seja o bebé a manipular e a transportar os alimentos até à boca sozinho, utilizando inicialmente os dedos e só mais tarde os

talheres. Primeiramente, os alimentos são cortados em pedaços fáceis de agarrar e é o bebé que decide quando quer inserir mais alimentos na sua refeição (Rapley & Murkett, 2017).

Algumas vantagens deste método em relação ao método tradicional, para além das já referidas é que o mesmo proporciona o desenvolvimento da coordenação entre a mão e o olho, a destreza e a capacidade de mastigação, diminui a resistência em comer determinados alimentos e as brigas durante as refeições, pois o bebé não é pressionado para comer e encoraja a confiança e a prova de alimentos mais variados. Logo, as refeições em família são desde o início mais harmoniosas, tornando-se essenciais para o desenvolvimento de vínculos mais fortes nas relações familiares (Rapley & Murkett, 2017).

Podem existir bebés que se sintam preparados para a introdução de alimentos sólidos uma semana ou duas antes de completarem os 6 meses de vida, e outros que apenas demonstrem interesse pela mesma pelos 8 meses ou mais. Segundo Rapley & Murkett (2017), para além da idade existem outras condições essenciais para que o bebé esteja preparado para a introdução de alimentos através do método BLW tais como, “o sentar-se com pouco ou nenhum apoio, estender a mão e pegar em coisas eficazmente, transportar objetos até à boca de forma rápida e com precisão, fazer movimentos de roer e de mastigar” (p.13). Ainda segundo o mesmo autor, de todas estas condições, o sinal mais evidente é quando o bebé começa a roubar a comida aos familiares, levando-a à boca e mastigando-a.

Numa fase precoce, é possível e normal que o bebé se possa engasgar ocasionalmente, uma vez que é o mecanismo que tem de reconduzir alimentos de dimensões maiores à boca. Alguns podem até apresentar um pequeno vómito e continuar a mastigar logo de seguida. Os pais devem ter em atenção, que o bebé se encontra sentado com as costas direitas e que ninguém introduz alimentos na sua boca, sem ser o próprio bebé (Rapley & Murkett, 2017). O autor refere ainda que cada bebé é diferente e tem o seu ritmo de desenvolvimento e competências, o BLW proporciona que isso aconteça, sem que todos os bebés tenham que alcançar as mesmas competências alimentares na mesma etapa.

Vegetarianismo

A dieta vegetariana é baseada no consumo de produtos de origem vegetal, excluindo a carne e o pescado. Porém, existem variantes a este tipo de dieta denominando-se por ovolactovegetariana se houver o consumo de ovos e laticínios, lactovegetariana, se excluir os ovos, mas permite os laticínios e ovovegetariana se excluir os laticínios, mas incluir os ovos. Desta forma, a dieta é vegetariana estrita ou vegana se excluir todos os alimentos de origem animal (Brandão & Ávila, 2020).

As diversas entidades internacionais e nacionais têm pareceres diferentes em relação a este tipo de alimentação em idade pediátrica, atendendo a que é uma faixa etária com necessidades nutricionais e de desenvolvimento muito diferentes e que se alteram rapidamente. Pelo que, se a introdução deste tipo de dieta numa criança não for devidamente acompanhada, facilmente levará ao risco de défice nutricional, com possíveis consequências graves no desenvolvimento normal da criança (Brandão & Ávila, 2020).

Este tipo de dieta para bebés e crianças em idade pré-escolar quando não acompanhada por profissionais, tende a ser constituída por alimentos volumosos, hipocalóricos, pouco rico em nutrientes e com elevado teor de inibidores de ferro e zinco, que são essenciais ao desenvolvimento e crescimento normais e harmoniosos das crianças (Allende *et al.*, 2017).

Deste modo, uma dieta vegetariana, deverá ser completa, variada e equilibrada, atendendo à sua especificidade, pelo que quer a DGS, quer a Ordem dos Nutricionistas alertam sobre os riscos para uma dieta vegetariana, especialmente a estrita, e asseguram que a mesma deve ser acompanhada por um nutricionista (Brandão & Ávila, 2020).

A dieta vegetariana quando bem acompanhada, pode apresentar vantagens para a saúde como é o caso da manutenção do peso corporal e a redução do risco de desenvolver doenças crónicas no futuro sendo que, de um modo geral quando a alimentação da mãe é equilibrada e saudável durante a gravidez, o aleitamento materno também é adequado e posteriormente a alimentação complementar é compensada, com exceção da ingestão de cálcio, a criança vegetariana não irá desenvolver nenhum tipo de deficiência (Allende *et al.*, 2017).

1.4 A Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nas Controvérsias da Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem, as áreas de saúde da criança e jovem, onde o EEESIP pode e deve atuar são muitas, contemplando ao nível da nutrição existir um aumento de sedentarismo e desequilíbrios nutricionais nos jovens (OE, 2011).

O EEESIP deve potenciar o bem-estar da criança/jovem, pelo que deverá implementar medidas que contribuam para a promoção de amamentação, bem como aplicar os devidos conhecimentos dotados de rigor técnico/científico, na avaliação do crescimento e desenvolvimento (OE, 2011).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), o EEESIP deve centrar toda a sua prática/prestação de cuidados no modelo centrado na criança/jovem e família (Modelo Teórico de Anne Casey, 1989), e intervir numa fase fundamental que interceta desde o nascimento até aos 18 anos de idade. Desta forma, o EEESIP trabalha em parceria com a criança/jovem e família em qualquer contexto de prestação de cuidados (cuidados de saúde primários, hospitalar, escolar, cuidados continuados) na criança saudável ou doente, promovendo educação para a saúde e mobilizando recursos de suporte à família/cuidadores.

Uma das muitas áreas de intervenção do EEESIP é a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com cuidados antecipatórios para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar da criança e a deteção precoce e encaminhamento (quando necessário) de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança (OE, 2018).

De forma a promover estes cuidados antecipatórios, nomeadamente em relação à alimentação na infância existem programas e planos nacionais que orientam os profissionais de saúde para a sua aplicabilidade. Assim sendo, começo por referir o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) que refere que as consultas de vigilância de saúde infantil têm vários

objetivos, entre os quais destaco para esta temática a adoção de comportamentos promotores de saúde, nomeadamente a prática de uma alimentação saudável, adequada a cada idade e necessidade individual e a promoção do aleitamento materno (DGS, 2013).

Existe ainda, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) da DGS (2019), que apresenta como objetivo melhorar o estado nutricional da população, através de uma alimentação saudável, sendo neste programa que se integram documentos como “Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores – 2019”, “Linhas de Orientação para uma alimentação vegetariana saudável”, “Alimentação vegetariana em idade escolar” e “Planeamento de refeições vegetarianas para crianças em restauração coletiva: princípios base”.

No que diz respeito à Convenção dos Direitos da Criança, há referência ao direito a que a mesma tem em todos os cuidados de saúde que potenciem o melhor estado de saúde possível, pelo que devem ser assegurados os cuidados necessários ao seu desenvolvimento adequado, nomeadamente através dos cuidados antecipatórios nos cuidados de saúde primários. Os pais e as crianças devem ser informados e ter acesso aos conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, bem como as vantagens do aleitamento materno, entre outras (UNICEF, 1989).

O EEESIP tem um papel fundamental no que respeita ao tema da nutrição infantil, pelo que deve ser proactivo na capacitação dos pais em relação à prática de hábitos alimentares saudáveis do seu filho, de modo que este tenha a oportunidade de crescer e se tornar num adulto saudável (Hockenberry & Wilson, 2014).

2. Da Teoria à Prática

Neste capítulo é descrita a metodologia de projeto utilizada, transversal aos diferentes contextos de estágio. Nesta sequência, são descritas as atividades realizadas em estágio e é feita uma reflexão da aprendizagem obtida com a realização das mesmas.

2.1 Combater Um Dos Estigmas do Século XXI Durante o Primeiro Ano de Vida: A Importância da Diversificação Alimentar – Metodologia de Projeto

A metodologia de projeto proporciona a aquisição de conhecimentos teóricos baseados na investigação, para posteriormente serem aplicados na prática, focando-se na resolução de problemas reais de forma prática. A mesma divide-se em cinco etapas: o diagnóstico de situação, a definição de objetivos, o planeamento, a execução e avaliação e por fim, a divulgação dos resultados (Ruivo *et al.*, 2010).

2.1.1 Diagnóstico de Situação

O diagnóstico da situação, é a primeira etapa da metodologia de projeto, onde é feita a pesquisa de informação acerca da realidade do problema identificado, desta forma justifica as atividades propostas a implementar nos contextos, com vista a suprir as necessidades dos mesmos e melhorando ou resolvendo o problema identificado. Para a elaboração do diagnóstico é ainda necessária uma análise interpretativa do contexto social, económico e cultural onde o problema está detetado (Ruivo *et al.*, 2010).

Segundo Real (2010), mais de 90% das mães Portuguesas começam a dar de mamar após parirem e durante o 1º mês, ao 3ºmês quase metade acaba por abandonar a amamentação e aos 6 meses apenas 35% das mães dão leite materno aos bebés.

As crianças que são amamentadas exclusivamente até aos 6 meses ou mais, têm menor probabilidade de serem crianças e posteriormente adultos obesos, em comparação com crianças nunca amamentadas (22% de aumento da probabilidade de ser uma criança obesa) ou amamentadas por um curto período de tempo (12% do aumento da probabilidade de vir a ser uma criança obesa) (SNS, 2019). Segundo este mesmo autor, apenas 87,1% das mães amamentaram os

seus filhos após parirem, e apenas 21% das mães amamentaram em exclusivo até aos 6 meses ou mais (SNS, 2019).

O aleitamento materno torna-se muito importante ao longo do desenvolvimento, pois permite uma melhor adaptação do bebé ao apetite, à sede e a outros alimentos e previne o aparecimento de doenças como a obesidade, entre muitas outras (Real, 2010).

Estima-se que 3 em cada 5 crianças não são amamentadas logo no pós-parto, sendo que a amamentação é recomendada desde a primeira hora de vida do bebé até aos seis meses. É extremamente importante ter conhecimento de que, o aleitamento materno poderia salvar em quase todo o mundo, mais de 800 mil crianças com menos de 6 meses de vida (ONU, 2020).

Uma criança amamentada, bem como uma alimentação saudável ao longo do seu desenvolvimento, proporcionam ganhos/melhorias na sua saúde (Quinn *et al.*, 2006), sendo que o aleitamento materno pode manter-se em simultâneo com uma correta alimentação desde a introdução dos alimentos até aos 2 anos ou mais (ONU, 2020).

A decisão de amamentar diz respeito a cada mulher de forma individual, sendo a mesma tomada por influência de outras pessoas e conseqüentemente no contexto cultural em que está inserida. Raros são os casos em que o leite materno está desaconselhado, sendo ele um alimento vivo, completo e natural (Levy & Bértolo, 2012).

Existem alguns obstáculos iniciais a que a mulher está sujeita quando começa a dar mama ao RN, nomeadamente as mamas ingurgitadas, o bloqueio dos ductos, mastite, mamilos dolorosos e/ou com fissuras, complicações tardias (nomeadamente a falta de confiança da mãe porque o bebé chora e acha que tem pouco leite e o fato da mãe ter que voltar ao trabalho) (Levy & Bértolo, 2012).

Muitas mães não têm a literacia suficiente em amamentação, logo desconhecem que a mesma reduz os riscos de cancro da mama e dos ovários, da diabetes tipo 2 e de doenças coronárias, bem como estima-se que cerca de 20 mil mortes maternas poderiam ser evitadas, caso se aumentassem as taxas de aleitamento (ONU, 2020).

Segundo Hockenberry & Wilson (2014), existem estudos que provam que a introdução dos alimentos pode não estar a ser feita de forma adequada uma vez que, as mães introduzem alimentos sólidos precocemente, numa fase em que o sistema digestivo do bebé ainda não tem maturação suficiente. A acrescentar a este fato, as mães ao invés de começarem a fornecer leite infantil adequado optam por dar bebidas inapropriadas para o lactente, contribuindo desta forma para o aumento da probabilidade de obesidade infantil e adulta.

Quando a alimentação é desadequada ou desequilibrada, as crianças ficam muito mais suscetíveis a problemas, nomeadamente o excesso de peso e a obesidade infantil. Estes problemas persistem em Portugal, e são determinados pelo último estudo da COSI (childhood obesity surveillance initiative), onde 31,6% das crianças entre os seis e os oito anos apresentam excesso de peso, entre as quais 13,6% sofrem de obesidade. Estes valores justificam mais uma vez, a importância que deve ter a promoção e adesão a estilos de vida saudáveis, de modo a prevenir doenças graves em idade adulta (Festas *et al.*, 2020).

As práticas saudáveis de saúde infantil, nomeadamente a alimentação, têm impacto ao longo da vida da criança, pelo que práticas de saúde desajustadas podem propiciar o desenvolvimento de doenças crónicas (Hockenberry & Wilson, 2014).

No que respeita à introdução de alimentos de forma alternativa, sabemos que o número de famílias vegetarianas tem vindo a aumentar e que apenas uma pequena percentagem consulta os profissionais de saúde antes de iniciar o vegetarianismo, podendo levar à prática do mesmo de forma errada e prejudicial para a saúde (Allende *et al.*, 2017) sendo que, pais vegetarianos tendem a educar os filhos segundo esse tipo de dieta (Brandão & Ávila, 2020).

Segundo a DGS (2015), existe um aumento de evidência científica a favor do consumo de produtos de origem vegetal na nossa alimentação, por os mesmos serem ricos em vitaminas e minerais, que reduzem os riscos de défice nutricional. Logo, este tipo de alimentação poderá ser saudável e adequado a todas as faixas etárias, incluindo a infantil, quando devidamente planeada, adequada às preferências e necessidades individuais e familiares e acompanhada por um profissional de saúde, que deverá ter especial atenção à ingestão de proteínas, ácidos gordos essenciais, cálcio, ferro, zinco, iodo e vitaminas D e B12.

Em relação ao método alternativo de introdução alimentar (BLW), sabemos que uma grande maioria de mães obtém informações através da internet, pela falta de informação sobre o mesmo por parte dos profissionais de saúde (D'Andrea *et al.*, 2016).

A avaliação das mães que conhece e experienciou o método com os seus bebés é positiva e uma grande parte recomenda-o a outras pessoas (Souza *et al.*, 2019).

Embora ainda não exista um parecer unânime das organizações de saúde, em relação a este método pela dúvida se este promove a quantidade de ingestão certa de vitaminas e minerais (principalmente ferro), existem estudos científicos que demonstram não existir diferenças significativas no consumo de alimentos entre o método tradicional (colher) e o BLW nas diferentes faixas etárias (Souza *et al.*, 2019).

Porém, os próprios profissionais de saúde revelam alguma insegurança em recomendar o método BLW pelo risco de asfixia/ engasgamento e pelo próprio desconhecimento que têm sobre o método (D'Andrea *et al.*, 2016).

O engasgamento não é mais frequente no BLW do que no método tradicional (com colher), sendo que as regras básicas de segurança devem ser cumpridas (Rapley & Murkett, 2017; Carvalho, 2018).

A verdade é que, os alimentos começaram a ser introduzidos à colher e triturados uma vez que, a mesma é muitas vezes introduzida logo aos 4 meses de vida, quando ainda não existe maturidade gastrointestinal e imunológica, nem capacidade motora de autoalimentação por parte do bebé, sendo que por volta dos 6 meses essas condicionantes já não existem (Brown *et al.*, 2017).

Por último, é fundamental capacitar profissionais de saúde e pais, transmitindo-lhes conhecimentos e segurança, pois uma grande parte dos princípios de um método como o BLW, que inclui o desmame tardio, alimentação responsiva e variada são fundamentais para a adoção de comportamentos alimentares saudáveis (Brown *et al.*, 2017).

2.1.2 Definição dos Objetivos

Os objetivos podem ser definidos de forma geral e específica, traçando os resultados que se pretendem alcançar no final e por sua vez, guiam a planificação do projeto de forma a que sejam alcançados os resultados esperados (Ruivo *et al.*, 2010).

Com o desenvolvimento deste projeto de intervenção, pretendo promover a alimentação saudável durante o primeiro ano de vida enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) entre os profissionais de saúde e mães/pais/cuidadores.

A partir deste objetivo geral, são detalhados os objetivos específicos, que devem ser claros, precisos, realizáveis e passíveis de serem medidos (Ruivo *et al.*, 2010);

1 - Sensibilizar a equipa de enfermagem para a promoção da alimentação saudável do latente tendo presente as alternativas ao método e dieta tradicional;

2 – Capacitar as mães e pais/cuidadores para a prática da alimentação saudável desde o nascimento até aos 12 meses de vida do bebé.

2.1.3 Planeamento

O planeamento é a terceira fase da metodologia de projeto, onde é feita a planificação pormenorizada do mesmo. Deste modo, é necessário definir as atividades/estratégias a desenvolver de forma a alcançar os objetivos específicos pretendidos, bem como calendariza-las, sendo pertinente colocar as datas de início e fim planeadas, podendo ser necessário rever as mesmas ao longo da aplicação do projeto (Ruivo *et al.*, 2010).

A escolha das atividades, meios e estratégias a efetuar estão desta forma, inteiramente relacionados com os objetivos previamente definidos e fazem parte do planeamento (Ruivo *et al.*, 2010).

2.2 Descrição e Reflexão das Atividades Desenvolvidas em Contexto Clínico

Neste subcapítulo é feita uma reflexão das atividades desenvolvidas no estágio I, que decorreu desde o dia 17 de maio ao dia 25 de junho de 2021, nas consultas externas de pediatria do Hospital a sul do Tejo.

Posteriormente, é feita uma reflexão às atividades desenvolvidas durante o estágio final, que decorreu do dia 13 de setembro de 2021 ao dia 21 de janeiro de 2022, com a pausa letiva do dia 23 de dezembro ao dia 31 de dezembro de 2021.

2.2.1 Consulta Externas de Pediatria de um Hospital a Sul do Tejo

O estágio I realizou-se em contexto de consultas externas durante seis semanas.

Esta opção veio completar a prática profissional de quem trabalha em contexto de cuidados de saúde personalizados (UCSP) uma vez que, quando é detetada alguma alteração no crescimento e/ou desenvolvido, a criança/jovem e família são encaminhadas para as consultas externas de pediatria do hospital. Assim, este estágio proporcionou a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento enquanto profissionais em situações de crianças/jovens e famílias que necessitam de acompanhamento especificamente diferenciado.

A instituição tem como missão a promoção e prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados em todas as suas vertentes, proporcionando ganhos na saúde para toda a população.

Para a realização deste estágio definimos como objetivo geral:

- Desenvolver conhecimentos em relação à prestação de cuidados a crianças/jovens e família em consulta externa de pediatria.

Como objetivos específicos determinamos:

- Conhecer a equipa das consultas externas de pediatria;
- Identificar quais os conhecimentos e necessidades da mesma em relação à diversificação alimentar no primeiro ano de vida;
- Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem e família diferenciados.

De forma a alcançar os resultados esperados no projeto definido inicialmente, começamos por abordar a enfermeira orientadora EEESIP sobre as necessidades existentes no serviço em relação à diversificação alimentar no primeiro ano de vida, posteriormente reunimos com a enfermeira que faz equipa com a enfermeira EEESIP e com a enfermeira chefe do serviço. Pesquisamos e reunimos a bibliografia mais pertinente, que desse simultaneamente resposta às necessidades identificadas, ao tema do projeto e à prestação de cuidados à criança e família. Identificamos ao longo das consultas de que forma a temática sobre a diversificação alimentar é abordada. Desta forma, foi possível aplicar nas consultas a abordagem à diversificação alimentar, seguindo o modelo teórico de Pender, através da promoção da adaptação a estilos de vida saudáveis o mais precocemente possível, e incluindo a família e a criança/jovem na adesão ao mesmo, trabalhando em parceria para melhores ganhos na saúde, tal como defende a teórica Anne Casey.

A equipa que trabalha nas consultas externas de pediatria é constituída pela pediatra, por duas enfermeiras, sendo uma delas EEESIP e por uma assistente operacional.

Para além de darem especial destaque ao motivo pela qual a criança/jovem e família foram referenciados para a consulta, dão continuidade e complementaridade ao acompanhamento efetuado em cuidados de saúde primários, incluindo a avaliação da atualização do plano nacional de vacinação (PNV) e da realização das consultas de vigilância segundo o plano nacional de saúde infantil e juvenil (PNSIJ).

Na existência de alguma dúvida ou encaminhamento que deva ser feito para a equipa do CS, a equipa de enfermagem das consultas externas de pediatria tenta fazê-lo através de EEESIP que conhecem em cada centro de saúde. Porém e visto que, não existe um EEESIP em cada centro de saúde pertencente à instituição, nem sempre é sabido a quem se deve dirigir a informação da criança/jovem, pelo que foi proposta uma criação de norma de todos os contatos por centro de saúde e extensões do enfermeiro responsável pela área de pediatria, porém nem todos os elementos de chefia responderam ao e-mail com os dados solicitados, pelo que não foi possível concluir a mesma, ficando um esboço de toda a informação recolhida durante o período de estágio com a equipa de enfermagem das consultas externas de pediatria (Apêndice A).

As consultas de enfermagem abrangem o estipulado no PNSIJ e à imagem do CS fazem os registos no programa SClinico, onde deixam as notas de enfermagem possíveis de serem vistas pela equipa do CS.

As crianças são avaliadas segundo a escala de Mary Sheridan modificada, são realizados os cuidados antecipatórios e é avaliado o seu desenvolvimento e crescimento. A par da prestação de cuidados referida anteriormente, a equipa de enfermagem dá enfoque ao motivo pelo qual a criança/jovem e família foram referenciados para a consulta externa de pediatria.

É de salientar que ao longo destas consultas são avaliadas as necessidades da criança/jovem e também da mãe/pai/pessoa de referência e são prestados cuidados de enfermagem consoante as necessidades da criança/jovem e família, pois prestar cuidados à criança/jovem é prestar cuidados à família, tal como defende o modelo teórico de Anne Casey.

A alimentação é um assunto transversal, abordado nas consultas de todas as crianças/jovens e família. É feita a promoção da amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida e após esta fase são feitos ensinamentos e reforços à adaptação de uma alimentação saudável, tal como descrito no modelo teórico de Nola Pender.

A equipa de enfermagem tem sido abordada em relação às alternativas alimentares, nomeadamente de famílias vegetarianas ou jovens que querem seguir uma dieta vegetariana, e já tinha ouvido falar no método BLW, porém referiu não ter os conhecimentos suficientes em relação às mesmas. De forma a colmatar esta lacuna, elaboramos um póster informativo para o serviço e pais sobre a temática do BLW (Apêndice B).

Os bebés e famílias são referenciados normalmente para as consultas externas de pediatria, pelo médico de família ou por episódio em que recorrem ao serviço de urgências, no caso de ser diagnosticada alguma alteração no seu crescimento e/ou desenvolvimento e/ou doença, pelo que se considerou pertinente elaborar um póster informativo sobre a importância de amamentar um bebé doente (Apêndice C).

Para além de toda a complementaridade desta consulta, a equipa de enfermagem dá resposta aos contatos telefónicos por parte dos pais quando existem dúvidas ou precisam de remarcar consultas. Por vezes, são solicitadas à urgência pediátrica, principalmente quando as crianças/jovens e famílias que acompanham em consulta têm que recorrer a esse serviço.

A abrangência da prestação de cuidados de enfermagem neste serviço é bastante vasta, sendo as competências do EEESIP fundamentais para responder a toda a diversidade e complexidade de situações que surgem.

No final do Estágio I foi apresentado para avaliação, um estudo de caso relativo a um bebé e família a quem foram prestados cuidados de saúde em consulta externa, por necessidade de promoção de saúde, nomeadamente ao nível da diversificação alimentar no primeiro ano de vida (Apêndice D).

2.2.2 Urgências Pediátricas de um Hospital a Sul do Tejo

O estágio Final iniciou-se a 13 de setembro de 2021 e teve o seu término a 22 de outubro de 2021, nas urgências pediátricas de um Hospital a sul do Tejo.

O serviço de urgências pediátricas atende crianças doentes urgentes e emergentes, desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias, o que está em concordância com a Convenção dos Direitos da Criança. Devido a todas as especificidades que acompanham a prestação de cuidados a uma criança, os enfermeiros devem ter prática na área pediátrica e competências para atuar em situações de reanimação, identificação de situações de urgência/emergência e estabilização em caso de estado crítico. De uma forma geral, uma ida às urgências desencadeia na criança e família uma grande carga emocional, considerando o ambiente e a organização do atendimento impessoal ou assustador (Vaz & Trigo, 2020).

Inicialmente delineamos os objetivos para a realização deste estágio, sendo eles:

Objetivo Geral

- Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em situações de especial complexidade.

Objetivos Específicos

- Desenvolver conhecimentos e práticas aplicadas em situações complexas com crianças/jovens e família;
- Aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família em situações de especial complexidade;
- Conhecer as necessidades do serviço em relação à abordagem sobre a diversificação alimentar no primeiro ano de vida;
- Promover a amamentação e a adequação da diversificação alimentar em latentes/crianças/jovens doentes.

As urgências pediátricas são um serviço de portas abertas para a rua, onde dão entrada, dezenas de crianças por dia com os mais variados problemas provenientes de qualquer parte da cidade/país.

É fantástica a versatilidade que existe numa equipa de profissionais de saúde que trabalha neste serviço.

Desde o começo da pandemia devido ao COVID-19, que o serviço teve que se reestruturar e dividir quase que em dois serviços: o que presta cuidados a crianças com febre, tosse ou dificuldade respiratória (sintomas da COVID-19) e o que presta cuidados a crianças com todas as restantes sintomatologias. Quando a criança/jovem chega à urgência é efetuada uma pré-triagem pelo enfermeiro de serviço que os encaminha para a área de doentes COVID ou NÃO COVID. Após o encaminhamento para a área de doentes NÃO COVID é efetuada nova triagem, segundo a triagem de Manchester e atribuída a cor da pulseira consoante a sintomatologia. Todos os bebés/crianças/jovens têm direito a um acompanhante que segue toda a sua trajetória dentro do serviço, tal como é defendido pelo modelo teórico de Anne Casey, em que os cuidados de saúde devem ser prestados à criança e família, conjuntamente.

Após a triagem, consoante a sintomatologia e estado de saúde apresentada pela criança, assim aguardam pela chamada aos balcões médicos na sala de espera, ou dentro do serviço deitadas numa maca. Esta avaliação inicial e encaminhamento compete ao enfermeiro que se encontra na sala de triagem. Se a criança referir dor na triagem e não lhe tiver sido administrado analgésico

antes da ida à urgência, o enfermeiro tem autonomia para perguntar se a criança/acompanhante querem medicação para o alívio da mesma e administram-na na hora, consoante o peso da criança. A partir do momento em que é realizada a triagem, a criança/acompanhante ficam a ser acompanhados pelos profissionais de saúde, com a indicação que se ocorrer alguma modificação no estado da criança até a chamada ao balcão médico, deverá avisar de imediato o enfermeiro.

Durante o período de estágio, neste contexto, houve a oportunidade de assistir a variados quadros de sintomatologias, em crianças das mais variadas idades, vindas para reavaliações médicas, traumatismos por quedas ou embates (em objetos ou noutras crianças), lesões por violência física na escola, enxaquecas, dores abdominais ou de um dos membros do corpo, lesões cutâneas, crises de pânico/ansiedade/depressões e risco de suicídio, vômitos e diarreia, suspeita de gravidez, suspeita de abusos sexuais, entre outros.

As mais variadas situações fazem-nos sempre refletir enquanto profissionais de saúde, porém há aquelas que mais nos fazem pensar como é que em pleno século XXI ainda acontecem com tanta frequência? No que estamos a falhar enquanto pessoas, sociedade, cultura e profissionais? É o caso mais concretamente, das crises de ansiedade e risco de suicídio cada vez mais presentes nas crianças/jovens, das lesões por violência física nas escolas e das suspeitas de abusos sexuais. Estas são situações em que crianças/jovens ficam completamente desprovidos dos seus direitos enquanto crianças, da proteção que deveriam ter e da oportunidade de serem crianças felizes. Ao nível do atendimento de urgência, são prestados os cuidados de enfermagem e médicos necessários na altura e é encaminhada a criança/família para os devidos recursos hospitalares e na comunidade. Como profissionais de saúde devemos refletir se estaremos a fazer tudo o que está ao nosso alcance para travar este acréscimo de casos, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, onde é trabalhada a prevenção.

Os profissionais de saúde deste serviço trabalham em conjunto com vários profissionais de diferentes especialidades do hospital, fazendo o encaminhamento para os mesmos (ortopedia, cirurgia, pedopsiquiatria, oftalmologia, entre outros), para a realização de diferentes tipos de exames (raio-X, ecografia), ou dentro do próprio serviço na realização de procedimentos em sala de tratamentos, Sala de Observação ou sala de pequena cirurgia.

Para além de todos estes encaminhamentos, o enfermeiro que presta cuidados de enfermagem na sala de observação, acompanha a criança e família sempre que estes são transferidos para o serviço de internamento de pediatria. Durante o estágio surgiu a oportunidade de fazer este acompanhamento, o que ajudou a ter melhor perceção da continuação de prestação de cuidados dentro do hospital, numa criança/família transferida do serviço de urgência para o serviço de internamento.

Neste serviço conseguimos desenvolver competências ao nível da gestão de equipas e de serviço, uma vez que a EEESIP orientadora é chefe de equipa e o elemento que colabora com o enfermeiro chefe e o substitui na sua ausência. Deste modo, observamos e colaboramos nos acertos de horas e trocas de turno na aplicação, na distribuição semanal dos elementos da equipa pela função a desempenhar dentro da área COVID ou NÃO COVID, do pedido de faltas de material do serviço, dos pedidos de manutenção/reparação de material, entre outros.

Em relação ao trabalho projeto, logo no início do estágio e à semelhança do que tinha feito no estágio I, explicamos e questionamos a enfermeira orientadora e seguidamente alguns elementos da equipa, sobre as necessidades sentidas no serviço, visto que costumam ter crianças internadas no SO que mantém a alimentação, podem deparar-se com estas diversificações alimentares. A equipa mostrou-se entusiasmada com o tema, e foi proposta a elaboração de uma sessão de educação para os profissionais de saúde (apêndice E) e a construção de um folheto informativo para entregar aos pais que demonstrassem interesse no método BLW (Apêndice F), sendo possível manter a continuidade da modelo teórica Nola Pender.

Este estágio foi bastante enriquecedor enquanto profissional, uma vez que o nosso percurso está mais direcionado para os cuidados de saúde personalizados, onde prestamos cuidados a crianças/jovens/famílias maioritariamente em situações de acompanhamento do desenvolvimento/crescimento e são feitos os ensinamentos para a prevenção aos mais variados níveis de saúde. O serviço de urgência permite conhecer a criança/jovem/família em situação de doença aguda e/ou crónica e desenvolver competências na prestação de cuidados em diversas situações.

2.2.3 *Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos de um Hospital do Sul*

Todos os contextos de estágio representavam um desafio por serem serviços específicos, com várias particularidades na prestação de cuidados. Porém, o serviço de neonatologia era aquele que detinha a maior especificidade e desconhecimento enquanto profissionais de saúde. Ao longo da licenciatura foi uma área pouco abordada e não houve a oportunidade de fazer nenhum ensino clínico/estágio/dia de observação em tal serviço. Enquanto profissionais de saúde, não prestamos cuidados de enfermagem em nenhum serviço de neonatologia e apenas temos um conhecimento mínimo, proporcionado pelas aulas e imagens durante o mestrado em enfermagem com especialidade em saúde infantil e pediátrica, no 1º ano, 2º semestre.

Podemos por isso dizer, que iniciamos uma experiência pelo desconhecido no dia 25 de outubro que durou até ao dia 3 de dezembro de 2021, perfazendo o total de 6 semanas.

Este serviço encontra-se estruturado em três unidades: unidade de cuidados intensivos pediátricos, com ocupação de duas enfermarias e um quarto de isolamento; a unidade dos berços para bebés com pré-alta, com possibilidade de colocar 5 bebés e a unidade de cuidados intensivos neonatais, com uma área intensiva para 3 neonatos e uma área aberta com possibilidade de colocar 9 bebés.

As necessidades de saúde e risco de complicações é também maior, quanto maior for a prematuridade do RN, que obriga à sua hospitalização numa unidade de cuidados intensivos neonatais (Ramos *et al.*, 2020). Estas unidades têm evoluído ao longo dos vários anos, de forma a prestar cuidados de saúde centrados na família e no apoio ao desenvolvimento não só do RN, como também da relação bebé-pais, profissionais- família e das necessidades neurobiológicas do prematuro. Deste modo, os enfermeiros que acompanham estes bebés e suas famílias durante 24 horas ao longo das primeiras semanas da sua vida, têm um papel fulcral na educação para a saúde (processo de vinculação, promover o contato corporal e a participação dos pais nos cuidados ao RN e formação sobre as competências do seu bebé) e no acompanhamento das famílias, baseado numa comunicação clara e eficaz (Ramos *et al.*, 2020).

Inicialmente traçamos como objetivo geral para este estágio:

- Conhecer a prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família pelo EEESIP.

Como objetivo específico determinamos:

- Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados ao recém-nascido e família em contexto de neonatologia;
- Identificar as necessidades sentidas pela equipa no que diz respeito à diversificação da alimentação no primeiro ano de vida;
- Prestar cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família em contexto de neonatologia;
- Adquirir conhecimentos passíveis de serem aplicados em contexto de cuidados de saúde personalizados, nomeadamente em relação à amamentação.

Começamos por salientar que durante todo o estágio, o serviço encontrou-se com ocupação muito elevada, vários neonatos ventilados a necessitar dos mais variados e específicos cuidados de saúde e um serviço que teve que se adaptar para receber alguns bebés com o diagnóstico do vírus sincicial respiratório. Pelo que a unidade destinada aos bebés em berços para pré-altas, teve que receber estas crianças, não estando adaptada para este fim. Toda esta adaptação necessária no serviço, mostrou ser um desafio para a equipa multidisciplinar, que continuou a receber neonatos, bebés, crianças e adolescentes com os mais variados diagnósticos. Enquanto estudante e futura EEESIP esta experiência tornou-se mais abrangente e enriquecedora devido a toda esta adaptação, que é muitas vezes necessária nos vários serviços onde prestamos cuidados de enfermagem.

Os bebés internados nesta unidade provêm de várias origens, nomeadamente diretos do bloco de partos, do serviço de urgências ou até mesmo transferidos de outros hospitais.

Na unidade de cuidados intensivos pediátricos os profissionais de saúde prestam cuidados a bebés/crianças/jovens que necessitam de cuidados intensivos por diversas razões. Os pais podem acompanhar durante as 24 horas, presenciar todas as prestações de cuidados de enfermagem e colaborar ou se for o caso, serem eles a prestar cuidados ao bebé/criança/jovem, tal como é enunciado no modelo teórico de Anne Casey. Uma enfermaria ampla, um quarto de isolamento com vidros grandes e a sala de preparação de medicação também com um vidro grande permite a avaliação constante por parte dos dois enfermeiros que ficam escalados de serviço nesta unidade.

Na unidade de cuidados intensivos neonatais os pais têm horário de visitas das 9h00 às 21h00, devido à pandemia COVID-19 apenas pode permanecer no serviço um de cada vez e tem que apresentar teste à COVID-19 negativo. Nesta unidade presta-se cuidados de saúde ao bebé/família à semelhança da unidade de cuidados intensivos pediátricos, em que os pais são parceiros dos profissionais de saúde na prestação de cuidados ao seu filho com base no modelo teórico de Anne Casey. Quando a situação clínica do bebé o permite, são os pais que após ensino pelo enfermeiro prestam os cuidados de higiene, que maioritariamente são parciais e os alimentam quando já atingiram a maturidade para tal. Os enfermeiros incentivam muito a alimentação através do leite materno, pelo que não sendo possível a amamentação em grande parte das situações iniciais, existem bombas de extração de leite no serviço, numa sala apropriada para o efeito e existe outra sala onde os mesmos são devidamente conservados após identificação com o nome do bebé e dia da extração para posteriormente serem preparados pelo enfermeiro do turno da manhã e administrados consoante a dosagem e hora prescritas. Uma grande parte dos enfermeiros deste serviço, possui formação em amamentação, existem manuais elaborados pela equipa e sessões de formação que já foram realizadas em serviço. Neste sentido, também existe uma vasta informação disponível para fornecer aos pais e fazer os devidos ensinamentos, tal como preconizado pela teórica Nola Pender.

Pelas razões nomeadas anteriormente, ao elaborarmos o levantamento das necessidades sentidas pelo serviço e/ou profissionais de saúde no âmbito do projeto sobre a diversificação alimentar no primeiro ano de vida, não encontramos nenhuma lacuna e fomos informados que a equipa está em constante atualização sobre a amamentação/aleitamento, visto ser o método de alimentação predominante neste tipo de serviço onde estão internados recém-nascidos.

Perante tal fato, havendo um grande desconhecimento da nossa parte sobre a prestação de cuidados e consequentemente métodos de alimentação num serviço de neonatologia, optamos por realizar uma pesquisa bibliográfica sobre “As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na alimentação/nutrição numa unidade de neonatologia”, que incidiu mais concretamente na alimentação parentérica e na alimentação pelos diferentes grupos etários tendo por base a filosofia da prestação de cuidados NIDCAP – Programa

individualizado de avaliação e cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido (Apêndice G).

A prestação de cuidados aos bebês/família é baseada no programa NIDCAP sobre o qual elaboramos a pesquisa bibliográfica, desconhecendo a sua fundamentação. O ruído gerado na sala é bastante valorizado pelos profissionais, que têm inclusive uma orelha sinalizadora de alerta quando se excedem os decibéis tolerados pelos recém-nascidos. O sinal sonoro de apenas uma máquina/aparelho pode ser suficiente para alarmar o excesso de ruído na sala.

Os RN que provêm diretamente do bloco de partos, quando possível são esperados pela equipa da neonatologia numa janela de transferência que existe entre serviços, por enfermeiros e pediatras, já com a incubadora e os materiais/equipamentos necessários para o receber preparados. É notório que a equipa sabe toda como intervir e as suas intervenções complementam-se. Embora seja perceptível que hajam com rapidez, mantêm a pacificidade na prestação de cuidados e na abordagem ao recém-nascido e dentro daquilo que é possível mantêm a abordagem segundo o programa NIDCAP.

A prestação de cuidados a estes RN é muito complexa e envolve um grande conhecimento por parte dos profissionais de saúde. Ao longo de todos os procedimentos que são necessários efetuar ao RN, os profissionais de saúde mantêm sempre preocupação máxima em mantê-los calmos, quentes, confortáveis, pelo que interrompem as suas ações sempre que necessários para que o bebé se consiga reorganizar novamente e só prosseguem quando se encontra novamente calmo. Para tal, são usadas várias técnicas de conforto como a utilização oral da sacarose a 24%, a contenção, a oferta da chupeta, de polvinhos, são envolvidos em mantas quentes e ninhos.

Ao longo das 6 semanas de estágio consultamos a documentação existente no serviço de forma a obter mais e melhores conhecimentos, que fossem transversais à prestação de cuidados em unidade de cuidados de saúde personalizados. Deste modo, foi elaborada uma tabela sobre a “Conversação do leite materno extraído” e suas recomendações para ser utilizada posteriormente em ensinamentos às mães a quem prestamos cuidados na UCSP (Apêndice H).

Um dos dias de estágio coincidiu com o dia mundial da prematuridade, o que nos proporcionou a oportunidade de participar na comemoração do mesmo, que contou com a colaboração/experiência de vários profissionais de saúde da área da neonatologia (Anexo A).

Este serviço é vasto em novas experiências, onde é possível adquirir inúmeros conhecimentos e um desenvolvimento muito grande enquanto profissional de saúde e EEESIP.

2.2.4 Serviço de Internamento Pediátrico de um Hospital a Sul do Tejo

Este foi o último, mas não menos importante, contexto de estágio, que teve duração de 6 semanas, começando a 6 de dezembro de 2021 e terminando a 21 de janeiro de 2022, com uma pausa letiva de 23 a 31 de dezembro de 2021.

A situação de doença e hospitalização são frequentemente as primeiras crises a que as crianças são submetidas, sobretudo durante os primeiros anos de vida. Os fatores de stress inerentes à hospitalização são vários, entre eles o medo do desconhecido, da morte e da separação dos pais/família, a perda de controlo e de autonomia (Hockenberry & Wilson, 2014).

O processo de hospitalização envolve não só a criança como também a família, sendo fundamental os profissionais de saúde praticarem cuidados atraumáticos, centrados na família e fazerem uma preparação para a hospitalização adequada, de forma a minimizar o mais possível o sofrimento para todos os envolvidos (Tavares, 2020).

Como objetivos para a concretização do mesmo definimos os seguintes:

Objetivo Geral:

- Conhecer a prestação de cuidados à criança/jovem e família por parte dos enfermeiros.

Objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem específicos e complexos à criança/jovem e família;
- Identificar e responder às necessidades sentidas pelos enfermeiros e no serviço relativamente às controvérsias da diversificação alimentar no primeiro ano de vida.

Este serviço é composto por duas vertentes de prestação de cuidados de enfermagem, que se complementam: o hospital de dia e o internamento, sendo que proporciona um estágio mais completo ao permitir conhecê-las e desenvolver competências em ambas.

O hospital de dia é um seguimento à prestação de cuidados iniciados em contexto de internamento (neonatologia ou pediatria) e urgência pediátrica, pelo que abrange crianças/jovens dos 0 aos 17 anos e 364 dias com as mais variadas patologias (agudas e crónicas). Encontra-se localizado à entrada do serviço de internamento de pediatria, onde se entra por uma porta que dá acesso direto para o exterior do serviço e tem como horário de funcionamento das 9h00 às 16h00, todos os dias da semana.

O enfermeiro escalado para o hospital de dia, presta cuidados de enfermagem às crianças/jovens seguidos por este serviço, segundo agendamento e efetuam a consulta de enfermagem em complemento com o pediatra nas consultas externas de pediatria das 9h00 às 13h00.

No hospital de dia, o enfermeiro tem diversas intervenções, nomeadamente na colheita de exsudado nasofaríngeo e orofaríngeo para realização de testes PCR COVID, administração de medicação (como o ferro, fator VIII, inaladores com câmara expansora), realização de colheita de sangue e/ou urina para análises. A gestão das marcações é feita pelo enfermeiro, assim como a confirmação da presença das prescrições médicas, que devem ser pedidas à farmácia para serem administradas em hospital de dia.

A realização de todas as intervenções pelo enfermeiro, são efetuadas sempre em parceria com a pessoa de referência (mãe/pai/cuidador principal), colocando sempre em prática o defendido pelo modelo teórico de Anne Casey.

O internamento é composto por 22 camas, que se encontram estipuladas por especialidades, sendo os quartos A, B, C para cirurgia, D, E, F, G, H, I, F, G, H, J, K, L, M, N pediátricos e o O, P para crianças que aguardam resultados dos testes COVID.

As crianças/jovens podem ser acompanhadas 24horas pelo pai/mãe/cuidador principal, que tem direito às refeições e podem receber uma visita de pessoa significativa das 17h00 às 18h00, desde que apresente teste PCR à COVID negativo até 72horas antes ou AntiAg negativo até 48horas antes.

As crianças que se encontram internadas têm a possibilidade de ser acompanhadas por uma educadora e professora em sala de atividades das 9h00 às 17h00, que se encontra no serviço. O mesmo tem copa própria para preparar os leites/papas adequados a cada bebé/criança e onde o serviço de hotelaria deixa a alimentação para ser distribuída pelas crianças/jovens e acompanhantes pela assistente operacional escalada do serviço.

De um modo geral, após a passagem de turno, onde cada enfermeiro de serviço recebe a informação de todas as crianças internadas, o chefe de equipa atribui cada uma delas a um enfermeiro que fica responsável pela sua prestação de cuidados. Assim, o turno da manhã começa com a avaliação inicial à criança e acompanhante, onde o enfermeiro avalia os sinais vitais antes do início da prestação de cuidados (pequeno-almoço, cuidados de higiene, administração da medicação). Esta prestação de cuidados é feita sempre em parceria com o cuidador principal, como descreve a modelo teórica Anne Casey. Os cuidados de alimentação e de higiene são assegurados pelo acompanhante sempre que a situação clínica da criança/jovem o permita. O cumprimento do horário da administração da medicação é da responsabilidade do enfermeiro, porém quem a administra irá depender da situação da criança/jovem, nomeadamente se já é uma medicação por doença crónica, se é uma medicação que terá que continuar a ser administrada em domicílio, dependendo da via a administrar e da capacidade do cuidador para o fazer.

O enfermeiro tem sempre a responsabilidade de fazer os respetivos ensinamentos acerca da prestação de cuidados e dúvidas que a criança/jovem e cuidador possam demonstrar.

Este serviço é rico em experiências diferentes, que abrange não só o internamento de crianças/jovens doentes, como também daquelas que são submetidas a cirurgias no âmbito de ambulatório e urgência de ortopedia com necessidade de recorrer a cirurgia. Estas crianças são admitidas no serviço, o enfermeiro faz o questionário inicial, é colocada medicação analgésica (EMLA) nos possíveis locais de punção endovenosa no bloco operatório e acompanha a

criança/jovem quando é chamada para o bloco operatório, fazendo a passagem de informação ao enfermeiro anestesista. Quando termina o período de recobro pós-cirúrgico, o enfermeiro do internamento é avisado para levar novamente a criança/jovem para o quarto, onde pode manter a sua vigilância até à alta.

Neste serviço tive a oportunidade de conhecer e realizar parte do trabalho de gestão de um enfermeiro responsável de turno, nomeadamente a nível da reposição de stock do material necessário ao internamento, pelo aprovisionamento.

Uma grande diferença encontrada no serviço de internamento de pediatria em relação ao serviço de UCINP, enquanto neste último os pais têm muito medo/receio/dúvidas em mexer nos seus filhos, sendo os profissionais de saúde a assumir maioritariamente essa função, no internamento de pediatria são os profissionais de saúde que têm que ter estratégias de forma a chegar não só às crianças como também aos pais/cuidador principal.

De forma a dar continuidade ao projeto inicial e alcançar um dos objetivos específicos para este contexto, reunimos com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe de equipa em substituição do enfermeiro chefe, onde explicamos em que consistia o mesmo e questionamos quais as necessidades sentidas pelo serviço/profissionais de saúde/pais/cuidadores principais em relação à temática. O estágio foi realizado num período em que existem muitos bebés internados com o diagnóstico de bronquiolite, que são amamentados e que por um período podem ter que ser alimentados por outro método, causando medos e incertezas nas mães e os quais também geram por vezes, algumas controvérsias no seio da equipa. Para colmatar estas necessidades, foi realizado um pequeno guia sobre “Aleitamento materno em bebés com diagnóstico de bronquiolite”, que os profissionais podem utilizar para se atualizar e sempre que surja alguma dúvida e ainda elaboramos um folheto “aleitamento materno em bebés com bronquiolite”, para ser oferecido aos pais como complemento às informações e ensinamentos realizados pelo enfermeiro (Apêndices I e J).

Durante a concretização do estágio final (com entrega no último dia), foi-nos proposto a realização de uma scoping review, que permite mapear os conceitos da temática a pesquisar, reunir as provas encontradas e fornecer informação para ser trabalhada mais profundamente (JBI, 2015).

Este trabalho foi enquadrado no tema do projeto trabalhado, pelo que tem como título “*Scoping review – Baby-led weaning (BLW): uma alternativa ao método tradicional*” (Apêndice K).

3. Competências Adquiridas e Desenvolvidas: Análise Reflexiva

A prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família por parte do EEESIP é fundamentada através dos cuidados centrados na família, dando enfoque nas interações e na comunicação, em qualquer contexto (hospital, cuidados de saúde primários, rede de cuidados continuados, escola, comunidade, domicílio, ou qualquer outro em que a mesma se aplique) (OE, 2017).

O EEESIP adquire, desenvolve e aplica intervenções ao nível do envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação dos cuidados com a criança/jovem e família (OE, 2017).

Neste capítulo serão abordadas e analisadas as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio I e estágio final enquanto EEESIP e mestre em enfermagem, tendo como finalidade refletir sobre tudo o que foi trabalhado.

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A profissão de enfermagem e consequentemente os cuidados de enfermagem, exigem cada vez mais perícia e conhecimento, pelo que se torna importante trilhar o caminho para a especialização, sendo o enfermeiro especialista “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019).

O enfermeiro especialista deve apresentar competências em quatro domínios: A- Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; B- Melhoria Contínua da Qualidade; C- Gestão dos Cuidados e por último, D - Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (OE, 2019).

No domínio A – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal estão definidas as competências:

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, no exercício da sua profissão regem-se pelo Código Deontológico do Enfermeiro, constituído por direitos e deveres nomeadamente por cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, dos direitos à vida e à qualidade de vida, do dever do sigilo, do respeito pela intimidade, entre outros (Lei n.º156, 2015).

Ao longo de todos os estágios, as decisões foram tomadas tendo por base os princípios, valores e normas deontológicas de forma a promover uma prestação de cuidados e parceria com a criança/jovem e família adequada à resolução de problemas individuais.

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey é aplicado transversalmente na prestação de cuidados dos quatro serviços, pelo que as estratégias implementadas para resolver determinada situação são feitas em conjunto com a criança/jovem e família. Os pais/prestador de cuidados estão sempre presentes em todos os serviços, sendo que apenas na neonatologia não podem permanecer no período noturno.

Todos os contextos clínicos têm sistemas informáticos com programas, SClínico (consultas externas, Hospital de Dia, internamento) e ALERT (urgências) que permitem a inserção dos dados e informação clínica da criança/jovem e família, mantendo a sua privacidade/sigilo, sendo que apenas os profissionais de saúde têm acesso aos mesmos e também estes estão sob sigilo profissional.

As passagens de turno são efetuadas em sala apropriada para o efeito, onde fica assegurada a confidencialidade e privacidade da situação clínica de cada criança/jovem e família.

Nas consultas externas consultamos os processos de cada criança/jovem e família antes de ser chamada para a consulta do dia, no internamento e neonatologia após a passagem de turno, o processo é consultado antes do início da prestação de cuidados, de forma a analisar cuidadosamente toda a informação existente sobre a criança/jovem e família a quem vamos prestar cuidados, aumentando assim a segurança da prática em todas as suas dimensões.

Ao nível das consultas externas, serviço de urgências e hospital de dia a criança/jovem é chamada pelo nome completo, sendo o mesmo confirmado, juntamente com a sua idade, quando chegam à sala de enfermagem e sala de triagem respetivamente.

No serviço de internamento é colocada uma pulseira na criança/jovem com a sua identificação e confirmada a mesma.

A segurança, conseqüentemente a prevenção de quedas é uma das prioridades na prestação de cuidados. As crianças/jovens nunca são deixadas sozinhas, existindo ainda a preocupação ao nível do serviço de neonatologia de manter os recém-nascidos envoltos no ninho e com as portas da incubadora fechadas, promovendo o seu conforto e segurança.

No domínio B – Melhoria Contínua da Qualidade estão definidas as seguintes competências:

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.

No início de cada estágio, começaram por ser apresentadas as normas e procedimentos da instituição em questão, que têm como objetivo uniformizar a prestação de cuidados, baseado nos conhecimentos mais recentes, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Ao nível das consultas externas detetou-se que há uma falha de comunicação direta entre o hospital e as UCSP, uma vez que não existe nenhuma norma que explicita quem deverá ser contactado em caso de referenciação de uma criança/jovem e família entre os serviços. Desta forma, foi elaborada a proposta duma norma onde constem todos os contactos de serviço direto, enfermeiro responsável pela área pediátrica e o seu e-mail. O pedido foi enviado a todas as chefias, com a respetiva justificação. Toda a informação recolhida foi entregue às enfermeiras do serviço para que garantam a sua finalização.

A prática dos cuidados de enfermagem durante os estágios teve sempre por base o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, nomeadamente no que diz respeito à promoção da saúde (OE, 2011).

As alternativas à diversificação alimentar no primeiro ano de vida, nomeadamente o BLW e vegetarianismo não são temas geralmente abordados em formações de serviço, pelo que muitos enfermeiros já ouviram falar, mas desconhecem em que consiste na sua essência. Deste modo, aumentamos a qualidade dos cuidados prestados ao promover sessão de educação sobre este tema para os profissionais de saúde e na elaboração de um folheto sobre o BLW que podem consultar e entregar aos pais no serviço de urgências, pois têm crianças internadas em SO.

Com a identificação das necessidades sentidas pelos serviços na temática do projeto, foi possível planear programas de melhoria contínua, nomeadamente através da elaboração do guia orientador sobre o aleitamento materno em bebés com o diagnóstico de bronquiolite, o que promoveu a atualização de soluções eficazes e eficientes em relação ao mesmo.

Todos os contextos foram ricos em prestação de cuidados a bebés/crianças/adolescentes e famílias com culturas e crenças religiosas muito diferentes, sendo que com cada uma delas foi promovido um ambiente físico adequado às mesmas, nomeadamente através da permissão/facilitação em colocar um santo na unidade da criança e família e em promover um período de tranquilidade na unidade da criança e família que necessitavam para rezar (Lei n.º156, 2015).

No serviço de internamento, nas passagens de turno é transmitida toda a informação relativa ao bebé/criança/adolescente e família internados, incluindo a medicação que lhes está prescrita, dosagem e horário de administração. Após a passagem de turno, verificamos a folha de cardex com a identificação correta, medicação, dosagem, via de administração e horário. Esta folha de cardex é impressa e confirmada pelo enfermeiro durante o turno da manhã, que sublinha toda a informação relevante para reduzir ao máximo erros terapêuticos. A medicação preparada é toda corretamente identificada, garantindo a segurança da administração da mesma, pelo enfermeiro que possa ter que fazer a substituição de quem preparou a medicação. No início de cada

internamento é colocada uma pulseira de identificação no bebé/criança/adolescente que permite confirmar que a medicação está a ser administrada a quem se destina.

A administração da medicação é da responsabilidade do enfermeiro, que planeia, orienta e supervisiona todo o processo relacionado à terapêutica medicamentosa, sendo necessário o conhecimento sobre o fármaco, a sua ação, via de administração, interações e possíveis efeitos adversos, garantindo assim a segurança das crianças/jovens a quem são administrados (Oliveira et al., 2019).

No serviço de urgências pediátricas, tivemos a oportunidade de colaborar no plano da distribuição semanal dos recursos necessários para cada função, dentro do serviço Covid e Não Covid, cooperando assim na organização do trabalho de forma a garantir que todos os elementos necessários à prestação e continuidade de cuidados estariam escalados, reduzindo a hipótese de ocorrer erro humano.

Neste contexto, colaboramos na elaboração de planos de manutenção de instalações, materiais e equipamentos com a realização de pedidos informáticos na intranet para a equipada de manutenção, de forma a promover o correto funcionamento da porta automática de entrada para o serviço, de uma bomba infusora e de um dos computadores da sala de triagem.

No domínio C – Gestão dos Cuidados enquadram-se as seguintes competências:

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.

Em todos os contextos de estágio as equipas trabalham em conjunto, como uma equipa multidisciplinar, pelo que quando nos deparamos com situações que careciam de avaliações diferenciadas/especializadas, o encaminhamento era feito de imediato. São exemplo de algumas dessas situações, crianças que deram entrada na urgência com pensamento suicida e foram encaminhadas imediatamente para a psicóloga, crianças com fraturas ósseas que foram encaminhadas para o ortopedista, crianças com diagnóstico de oclusão intestinal que foram

encaminhadas para a cirurgia, entre outras situações. Nomeadamente, a nível de consultas externas, foram encaminhadas algumas crianças para a dietista, por apresentarem distúrbios na alimentação, refletido em excesso ou défice de peso.

O regulamento n.º101/2015 reconhece a gestão dos recursos humanos como uma das inúmeras competências do enfermeiro gestor, englobando a promoção, manutenção e desenvolvimento da coesão, gestão de conflitos, espírito de equipa e bom ambiente de trabalho.

O fato de sermos orientados por EEESIP, cumpre o estipulado pela OE e facilita o acompanhamento e cooperação da chefia da equipa, sendo que na grande parte dos contextos são estes enfermeiros que assumem a liderança da equipa. Como tal, são eles que gerem os recursos existentes para o correto funcionamento do turno e promovem a articulação de todos os elementos para que os cuidados sejam assegurados sem grande possibilidade para a ocorrência de erros. Desta forma, ocorreram situações de ausências temporárias de um enfermeiro por troca e confusão de turno, onde houve a necessidade de estruturar a equipa até à chegada do elemento em falta. A gestão de recursos materiais é também uma verdade bastante presente nos serviços, pelo que o enfermeiro responsável de turno tem que assegurar a correta gestão e utilização dos mesmos como por exemplo, no serviço de UCINP em que só existe uma banheira e uma balança, sendo necessário avaliar quem necessita de banho no dia e agilizar a utilização sequencial da balança.

As tomadas de decisão de estruturação e utilização de espaços são feitas com e em conjunto com o EEESIP, como aconteceu no serviço de internamento em relação aos quartos destinados a crianças a aguardar o resultado do teste Covid, ou de ser necessário trocar uma criança de quarto por agravamento da sua situação clínica. Na UCINP também tivemos a oportunidade de cooperar na distribuição das unidades que necessitaram de reestruturação por entrada de vários bebés com diagnóstico de bronquiolite, necessitando assim de isolamento de contato, pelo que a unidade com berços para pré-altas acolheu incubadoras com esses bebés e os bebés em berços com pré-alta mantiveram-se na unidade de intensivos neonatais.

Um gestor que não saiba gerir eficazmente situações de conflito pode colocar em causa todo o trabalho da equipa. Neste sentido, a experiência profissional, o conhecimento e o que é vivido por um gestor é fundamental para gerir as relações interpessoais e facilitar o processo de

tomada de decisão, fomentando assim, um clima favorável no serviço/organização (Martins et al., 2020).

Os diferentes contextos de estágios deram-nos a oportunidade de conhecer diferentes estilos de liderança, adaptados às equipas existentes em cada um, mas com uma característica comum a todas elas: a necessidade constante de motivar profissionais bastante cansados e alguns a ficarem desmotivados, devido à crise pandémica COVID-19 pela qual atravessamos e com a qual temos que nos debater todos os dias desde março de 2020. Mais uma vez, o papel do EEESIP em conjunto com a chefia é fulcral na fomentação de um ambiente positivo e favorável à prestação de cuidados e motivação da equipa.

O enfermeiro gestor tem enquanto profissional polivalente, gere pessoas e também conflitos, presta assistência de liderança e deve propagar o conhecimento entre toda a equipa (Fioravanti & Freitas, 2019).

O EEESIP desempenha um papel fundamental no seio de uma equipa, assumindo sempre a gestão dos cuidados, reestruturando a equipa sempre que necessário e promovendo o ótimo trabalho em equipa multidisciplinar.

No domínio D – Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais encontram-se as seguintes competências:

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

No que respeita aos deveres deontológicos em geral, o enfermeiro deve manter os seus conhecimentos permanentemente atualizados, através de formações profissionais qualificadas (Lei n.º156/2015).

Neste domínio de competências, todos os contextos de estágio foram essenciais à aquisição de novos e aprofundados conhecimentos, de forma a prestar cuidados mais seguros, eficazes e eficiente ao bebé/criança/jovem e família.

Para o desenvolvimento do projeto, foi necessário em primeiro lugar fazer um diagnóstico/levantamento das necessidades sentidas pelos serviços/profissionais de saúde em relação às controvérsias sobre a diversidade alimentar no primeiro ano de vida. Para dar resposta a essas necessidades levantadas foi imprescindível fazer um trabalho de aquisição de conhecimentos, para seguidamente favorecer a aprendizagem da equipa, dotando-a de mais e melhores conhecimentos atualizados. Assim, no serviço de urgências pediátricas, realizamos uma sessão de educação aos profissionais de saúde e um folheto que, podem utilizar para promover os ensinamentos aos pais. No serviço de internamento de pediatria, foi elaborado um guia de consulta rápida para os profissionais de saúde e também um folheto que auxilia no ensino realizado aos pais pelo enfermeiro e com o qual poderão ficar, para consultar e complementar os conhecimentos relativos ao diagnóstico do filho.

Durante o estágio na UCINP, após o levantamento de necessidades concluímos que o serviço/profissionais de saúde, não carecia de mais informação/formação sobre a temática do projeto, munimo-nos de pesquisa para autoconhecimento, que beneficiamos diariamente na nossa prática profissional, interferindo no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais mais satisfatórias.

Desta forma, o mestrado em enfermagem com especialização em saúde infantil e pediátrica promoveu o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde

Infantil

Segundo a OE (2018) – Regulamento n.º 422/2018, o EEESIP tem as seguintes competências específicas:

1– Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Como é descrito ao longo do relatório, todos os cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem e família são baseados na parceria de cuidados, segundo a modelo teórica Anne Casey.

Nos diferentes contextos, foi possível promover a adaptação a estilos de vida saudáveis em diversas áreas. Nas consultas externas de pediatria faz-se um acompanhamento contínuo da criança/jovem e família, pelo que tal como preconizado no PNSJI (DGS, 2013), avaliamos não só o motivo pelo qual foram referenciados à consulta, como também promovemos a maximização da sua saúde, na prática de hábitos saudáveis, nomeadamente a nível do plano nacional de vacinação, de higiene oral, prática de exercício físico e de uma alimentação saudável.

De forma a prestar cuidados em parceria com a criança/jovem e família, é sempre necessário adaptar o modo de comunicação, consoante a idade, estadio de desenvolvimento, cultura e crenças dos mesmos. Esta parceria permite elaborar um plano de saúde para a criança/jovem e família, que promove a parentalidade, a aceitação e adesão a hábitos de vida saudáveis.

O EEESIP deve sempre procurar a excelência no exercício profissional, sensibilizando os pais/cuidadores e profissionais para situações de risco, consequências e como preveni-las (OE, 2011).

No serviço de urgência pediátrica, deparamo-nos e assistimos crianças/jovens com evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, que revelaram querer morrer para evitar o sofrimento da vida, e com situações de risco para a criança/jovem nomeadamente a nível de abusos sexuais e vítimas de bullying, que necessitaram de encaminhamento imediato para outros profissionais de saúde, como a psicóloga e pedopsiquiatria.

2- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

A formação de Suporte Avançado de Vida Pediátrico proporcionou uma elevada aquisição de conhecimentos na prestação de cuidados em situações de especial complexidade, como seja o caso de paragens cardiorrespiratórias ou de reconhecer situações de instabilidade das funções vitais (Anexo B).

Durante o estágio no internamento de pediatria, estávamos a prestar cuidados a um bebé com o diagnóstico de bronquiolite na altura já sem necessidade de aporte de oxigénio, que

necessitou da nossa intervenção rapidamente, ao identificarmos sinais precoces de dificuldade respiratória com baixa de saturação de oxigénio.

Em relação à avaliação da dor é fundamental sensibilizar os enfermeiros para que avaliem e quantifiquem a dor corretamente e que desenvolvam competências que permitam identificar, mensurar, registar e tratar a mesma (Sedrez & Monteiro, 2019).

A avaliação da dor na criança/jovem está sempre presente e é feita com rigor, adaptando as diferentes escalas para a sua avaliação consoante a faixa etária e estadio de desenvolvimento. Consoante a avaliação efetuada, em concordância com a situação clínica da criança/jovem, assim são aplicadas medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas, que garantem o alívio da dor. É transversal aos contextos de estágio, a aplicação de analgésicos tópicos que antecipam a realização de procedimentos invasivos, nomeadamente da necessidade de colheita de sangue ou da colocação de cateter endovenoso. No serviço de urgências pediátricas, a avaliação da dor é realizada logo na triagem e se necessário é administrada farmacologia de imediato. Na UCINP todos os cuidados são prestados de forma a prevenir e/ou diminuir qualquer desconforto no recém-nascido/bebé internado, sendo por isso prestados cuidados muito calmamente, interrompidos sempre que o bebé dá sinais do mínimo desconforto/desorganização, são aconchegados no ninho, manipulados o mínimo possível, com o menor ruído que possa existir na sala, é administrada sacarose a 24% e quando a situação o permite favorece-se a realização do método canguru com a mãe/pai.

Prestamos cuidados a crianças/jovens com os mais variados diagnósticos, com doenças agudas e crónicas, algumas delas com doenças raras, o que faz com que procuremos obter mais conhecimentos sobre as mesmas de modo a prestar os melhores cuidados possíveis e encaminhar para outros profissionais, se necessário.

3– Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

A nossa prática profissional exige que tenhamos os conhecimentos necessários de forma a promover o crescimento e o desenvolvimento da criança/jovem principalmente porque, trabalhamos numa UCSP.

O estágio nas consultas externas de pediatria permitiu-nos desenvolver, aprofundar e adquirir novos conhecimentos para a realização mais rigorosa da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem. Para essa mesma avaliação, são utilizados instrumentos preconizados pela OMS e adotadas pela DGS, no PNSIJ, como a escala de Mary Sheridan, a avaliação dos cuidados antecipatórios e das curvas de crescimento. Estas avaliações permitem detetar precocemente atrasos no desenvolvimento, alterações que levam ao desvio da maximização da saúde da criança/jovem, como alterações do peso, higiene oral, sono, socialização, entre outras.

Através dos cuidados antecipatórios, transmitimos às crianças/jovens e famílias orientações de forma a potenciar ao máximo o seu desenvolvimento ao longo do ciclo vital.

Os enfermeiros têm uma intervenção fundamental no que diz respeito à educação para a saúde e no acompanhamento à criança e família e na promoção dos cuidados centrados no desenvolvimento. O enfermeiro facilita o processo de vinculação bebé-pais e promove o desenvolvimento da parentalidade (Ramos *et al.*, 2020).

A prestação de cuidados de enfermagem promove em todos os contextos a vinculação entre criança/jovem e família, favorecendo o desenvolvimento da parentalidade nas diversas situações pelas quais passam ao longo da vida. No caso de RN internados na UCINP é estimulado o contato físico com os pais através da colocação das mãos pela incubadora, através da prática do método canguru e da promoção da amamentação. No internamento é também promovido o método canguru, feita a promoção da amamentação como sendo o leite materno o alimento de excelência para o bebé, incentiva-se a continuidade do ciclo circadiano a que a família está habituada e fazem-se ensinamentos, promovendo a maximização da saúde da criança/jovem e família.

A promoção da amamentação esteve presente em todos os contextos de estágios, quer pela sua importância na saúde e na doença, pelos hospitais que são considerados “Amigos do Bebê”, pelo tema do projeto que desenvolvemos ao longo dos mesmos, sendo que no âmbito deste fizemos algum trabalho com sessões de educação, guia para apoio aos profissionais de saúde e folhetos para ensino e conhecimento dos pais.

A prestação de cuidados e os ensinamentos efetuados aos pais sobre a comunicação com os bebés/crianças/jovens vão no sentido de estabelecer empatia, mantendo uma postura calma e escutando ativamente as suas dúvidas, medos e receios. Desta forma, incentivamos a expressão de emoções, facilitando o estabelecimento de uma relação positiva.

Sobretudo nas consultas externas, desenvolvemos a abordagem ao adolescente, onde reforçamos a importância de manter hábitos de vida saudáveis, salientando uma imagem corporal positiva, uma boa higiene do sono, da saúde oral, a adesão à alimentação saudável, à importância da socialização e da prática de exercício físico, bem como os ganhos a longo prazo para a maximização da sua saúde.

3.3 Competências de Mestre

Prestar cuidados de enfermagem requer uma atualização contínua de conhecimentos, nas mais diversas áreas. Cada etapa na vida de uma pessoa, desde o seu nascimento é única e exige dos profissionais de saúde uma imensidão de conhecimentos de forma a dar resposta às dúvidas, medos e receios que acompanham cada etapa.

Por todas estas razões, com o objetivo de promover e manter a excelência da prática profissional, ingressamos no mestrado em enfermagem com especialização em saúde infantil e pediátrica.

Analisando as competências de mestre à luz do Decreto-Lei n.º63, 2016 (p.3174)

“a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que:

- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contextos de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”

A frequência no mestrado em enfermagem permitiu desenvolver e aprofundar os conhecimentos que foram adquiridos durante a licenciatura em enfermagem, através das aulas, dos estágios e de todos os trabalhos elaborados durante o mesmo, na área de saúde infantil e pediátrica, com a possibilidade de comunicar os conhecimentos adquiridos aos pares e não pares, esclarecendo as suas dúvidas e desenvolvendo as suas aprendizagens.

Ao longo do desenvolvimento destes conhecimentos, elaboramos artigos em contexto de investigação, tendo sido posteriormente um deles apresentado no III Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde, em comunicação livre (Apêndice L).

O projeto trabalhado ao longo dos estágios, permitiu desenvolver atividades, que promovem a aquisição e aprofundamento de conhecimentos, como a elaboração de uma norma, de pósteres e folhetos informativos, de sessões de educação para a saúde que incentivam a melhoria da prestação de cuidados às crianças/jovens e família.

Durante o estágio final, foi elaborada uma scoping review que careceu de pesquisa bibliográfica (tal como já referenciei anteriormente, encontra-se no apêndice K), com o título “Scoping review – Baby-led weaning (BLW): uma alternativa ao método tradicional”, sendo que neste momento já foi submetida e aguarda publicação, no livro Alimentação, nutrição e cultura 2, Atena Editora.

Conclusão

A elaboração deste relatório final, teve por base o tema do projeto definido inicialmente, bem como a descrição das experiências ao longo dos estágios que levaram à aquisição e aprofundamento de competências enquanto EEESIP e conseqüentemente ao alcance dos objetivos geral e específicos delineados inicialmente. Os objetivos delineados inicialmente foram alcançados com sucesso, sendo possível em todos os campos de estágio trabalhar, adquirir e desenvolver a temática da diversificação alimentar no primeiro ano de vida, bem como desenvolver competências gerais e específicas de EEESIP e mestre em enfermagem.

Deste modo, este evidencia toda a aplicabilidade da metodologia de projeto através da elaboração de todas as suas etapas com a identificação das necessidades em cada contexto de estágio, a definição dos objetivos e a elaboração do planeamento, que culmina com a execução (colocação em prática das atividades/estratégias elaboradas no planeamento), avaliação e a apresentação do mesmo com o presente relatório.

O tema do projeto, tem sido trabalhado desde há vários anos, porém as dúvidas, mitos, cultura, falta de literacia entre família e profissionais de saúde mantém-se, fazendo com que persista o aumento da obesidade infantil e problemas de saúde em adulto associados à nutrição desadequada que praticam, desde o nascimento. O EEESIP tem um papel fulcral nos vários campos onde pode e deve intervir de forma a maximizar a saúde e bem-estar da criança/jovem, promovendo a adesão a boas práticas de alimentação desde o nascimento do bebé, altura em que o tipo de alimentação que faz começa a ser de extrema importância.

A escolha deste tema para o projeto a desenvolver no decorrer dos estágios, permitiu-nos aprofundar conhecimentos sobre a alimentação no primeiro ano de vida, incluindo dietas e métodos alternativos à introdução alimentar, através da revisão da literatura e da elaboração de todos os trabalhos realizados ao longo dos mesmos, que são certamente essenciais como EEESIP na promoção de saúde e prevenção da doença no que se refere sobretudo à aquisição de uma alimentação saudável por parte da criança/jovem e família.

Toda a prestação de cuidados é um ponto chave para promover estilos de vida saudáveis, que levam ao máximo crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família.

A elaboração deste relatório permitiu-nos refletir sobre todas as experiências vivenciadas, bem como sobre os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos, as dificuldades sentidas, as críticas e elogios obtidos ao longo de todo este percurso, que tudo junto leva ao aumento da qualidade da prestação de cuidados às crianças/jovens e famílias.

Os cuidados prestados à criança/jovem e família são efetuados sempre que possível, tendo por base o modelo teórico da parceria dos cuidados de Anne Casey e Nola Pender, visto que se pretende alcançar sempre a maximização do potencial de saúde da criança/jovem e família e o mesmo só é possível trabalhando em conjunto/incluindo sempre esta díade na prestação de cuidados.

A concretização deste mestrado em enfermagem com especialização em saúde infantil e pediátrica, permitiu a nível pessoal e sobretudo profissional adquirir, desenvolver e aprofundar conhecimentos essenciais que aumentam a qualidade de prestação de cuidados às crianças/jovens e famílias com quem trabalhamos diariamente, tanto na promoção de estilos de vida saudáveis desde o nascimento que promove a maximização da sua saúde, tal como defende a teórica Nola Pender, como na prestação de cuidados específicos tendo em consideração o crescimento e desenvolvimento de cada criança/jovem.

Referências Bibliográficas

- Allende, D., Diaz, F. & Agüero, S. (2017). Vantagens e desvantagens nutricionais de ser vegano ou vegetariano [Advantages and disadvantages of being vegan or vegetarian]. *Revista Chilena de Nutrição*, 44. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-7518201700030021>
- Brandão, I. & Ávila, H. (2020). Análise da Presença no Refeitório Escolar da Dieta Vegetariana [Analysys about the presence in the school canteen of the vegetarian diet]. *Acta Portuguesa de Nutrição* [Portuguese Nutrition Act] (pp. 26-31). Uniself, S.A. <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2020.2005>
- Brown, A., Jones, S. & Rowan, H. (2017). Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. In Coulthard, H. section editor. *Topical Collection on Food Acceptance and Nutrition in Infants and Young Children*. (pp. 148-156). <http://doi.org/10.1007/s13668-017-0201-2>
- Carpinteira, S., Sanchez, M, Pereira, M. & Castro, M. (2016). Os modelos teóricos nos serviços de enfermagem na visão dos enfermeiros da assistência: um estudo exploratório [Theoretical models in nursing services from the point of view of care nurses: an exploratory study]. *ACC CIETNA Para el cuidado de la salud*, 1, 75-91. <https://doi.org/10.35383/cietna.v1i2.158>
- Carvalho, T., Valente, A., Simões, C., Faria, C. & Alves, E. (2018). 5 Questões sobre baby-led weaning. Associação Portuguesa de Nutrição. Consultado a 02 de março de 2022. https://www.apn.org.pt/documentos/Guia_5_questoes_sobre_babyled_weaning_APN.pdf
- Casey, Anne (1993) – Development and use of the partnership model of nursing care. In GLASPER, E.; TUCKER, A. *Advances in child health nursing*. Scutari Press.
- Chora, M. (2020). O lactente [The infant]. In Ramos, A. & Figueiredo, M. *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp 136-146) [Nursing in Child and Youth Health]. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- D’Andrea, E., Jenkins, K., Mathews, M. & Roeböthan, B. (2016). Baby-Led Weaning: A Preliminary Investigation. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 77, 72-77. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2015-045>
- Decreto-Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 181.
- Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série – N.º 176.

- Direção Geral de Saúde [DGS] (2013). Norma da DGS n. 010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Consultado a 03 de dezembro de 2021. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2015). Linhas de orientação para uma alimentação vegetariana saudável [Guidelines for a healthy vegetarian diet]. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Direcção-Geral da Saúde. Consultado a 25 de novembro de 2021. <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/07/Linhas-de-Orienta%3%a7%c3%a3o-para-uma-Alimenta%3%a7%c3%a3o-Vegetariana-Saud%3%a1vel.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas orientadoras para profissionais e educadores- 2019 (1ªed.) [Healthy Eating from 0 to 6 years old – Guidelines for professionals and educators- 2019]. Direcção-Geral da Saúde. Consultado a 25 de novembro de 2021. <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-Sauda%CC%81vel-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, A. (2010). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas [Project methodology: descriptive collection of stages]. *Percursos*, 15, 1–37.
- Festas, Quelhas & Braga (2020). A criança em idade pré-escolar (3 aos 6 anos) e escolar (6 aos 12 anos) [Preschool (3 to 6 years old) and school (6 to 12 years old) children]. In Ramos, A. & Figueiredo, M. *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp 160-191) [Nursing in Child and Youth Health]. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Fioravanti, G. & Freitas (2019). Gestão no processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) no âmbito hospitalar. Consultado a 20 de fevereiro de 2022. <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/1423/1/TCCGRAZIELEFIORAVANTI.pdf>
- Gomez *et al.* (2019) Baby-Led Weaning, Panorama da Nova Abordagem Sobre Introdução Alimentar: Revisão Integrativa da Literatura. *Rev Paul Pediatr.* 2020; 38:e2018084
- Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G., Mansilha, H., Antunes, H. & Ferreira, R. (2012). Alimentação e Nutrição do Lactente [Feeding and Nutrition of Infants]. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(2), S17-S40. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Alimentacao_Nutricao_Lactente.pdf

- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Cuidados ao lactente, centrados na família [Family-centered infant care] (9^a ed., pp 517-521). WONG – Enfermagem da criança e do adolescente [Wong's -Nursing care of infants and children]. Lusociência.
- Hoyos, G., Borjas, D., Ramos, A. & Melendez, R. (2011). O modelo Nola Pender de promoção da saúde. Uma reflexão sobre o seu entendimento. [The Nola Pender model of health promotion. A reflection on your understanding]. Revista de Enfermagem Universitária, 8(4), 16-23. Consultado a 10 de agosto de 2021. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632011000400003&script=sci_arttext
- Joanna Briggs Institute (JBI) (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual . Methodology for JBI Scoping Review. The University Adelaide.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual do Aleitamento Materno. Consultado a 10 de setembro de 2021. <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Martins, M., Trindade, L., Vandresen, L., Amestoy, S., Prata, A. & Vilela, C. (2020). Estratégias de gestão de conflitos utilizadas por enfermeiros gestores portugueses [Conflict management strategies used by Portuguese nurse managers]. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(suppl6), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0336>
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros [Partnership in pediatric nursing care: from words into nurses' action]. Revista de Enfermagem Referência, III(6), 113-121. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239965015.pdf>
- Oliveira, I., Barbosa, J., Quaresma, L., Alves, S. & Silva, C. (2019). Segurança na administração de medicamentos: uma abordagem sobre os nove certos [Safety in medication administration: a nine-rights approach]. 17^o Congresso de Iniciação Científica da Faculdade de São Francisco das Barreiras, Barreiras – Ba.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Consultado a 10 de dezembro de 2021. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012). Parecer N.º 6/2012 – Formação sobre massagem para pais com os filhos internados na unidade de cuidados intensivos neonatais. Consultado a 10 de dezembro de 2021.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_6_2012_Formacao_para_pais_com_os_filhos_internados.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Consultado a 25 de novembro de 2021.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Consultado a 25 de novembro de 2021.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Consultado a 25 de novembro de 2021.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Organização das Nações Unidas [ONU] (2020). Semana Mundial promove apoio à amamentação para um planeta mais saudável. Consultado a 12 de agosto de 2021.
<https://news.un.org/pt/story/2020/08/1721852>
- Quinn, V., Guyon, A., Martin, A., Tebeb, H., Martines, J. & Moses, C. (2006). Promoção da nutrição e amamentação. Consultado a 12 de agosto de 2021.
https://www.who.int/pmnch/media/publications/opportunidades_port_chap3_6.pdf?ua=1
- Ramos, M.; Vilaça, S. & Mendes, G. (2020). O recém-nascido pré-termo [The preterm newborn]. In Ramos, A. & Figueiredo, M. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem (1ª ed., pp 118-134) [Nursing in Child and Youth Health]. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Rapley, G. & Murkett, T. (2017). Os bebés sabem comer sozinhos – Baby-led weaning. (1.ªed.) [babies know how to eat alone – Baby-led weaning]. Matéria-Prima Edições.
- Real, H. (2010). Aleitamento materno: Promover Saúde! Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Consultado a 10 de agosto de 2021.
<https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Aleitamento.pdf>
- Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março. Diário da República, 2.ª série – N.º48.

- Sedrez, E. & Monteiro, J. (2019). Avaliação da dor em pediatria [Pain assessment in pediatrics]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl4), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0109>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2019). Estudo da OMS - Europa confirma aleitamento materno como fator protetor para a obesidade infantil. Consultado a 09 de setembro de 2021. <http://www.insa.min-saude.pt/estudo-da-oms-europa-confirma-aleitamento-materno-como-fator-protetor-para-a-obesidade-infantil/>
- Silva, G. (2020). A criança do 1 aos 3 anos [The child from 1 to 3 years old]. In Ramos, A. & Figueiredo, M. *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp 147-158) [Nursing in Child and Youth Health]. Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Souza, A., Pereira, G., Oliveira, R., Costa, G. & Lana, M. (2019). Método Baby Led Weaning (BLW): O que a abordagem apresenta de novo? [Baby Led Weaning Method: What is the approach new to?]. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 29, S68-S73. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20190084>
- Swanepoel, Henderson & Maher. (2020) Mothers' Experiences With Complementary Feeding: Conventional and Baby-Led Approches. *Nutrition & Dietetics* 2020;77:373-381.
- Tavares, P (2020). Apreciação em enfermagem da criança e do jovem no contexto do internamento [Appreciation in child and youth nursing in the context of hospitalization]. In Ramos, A. & Figueiredo, M. *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp95-103) [Nursing in Child and Youth Health]. Lidel – Edições Técnicas, Lda
- United Nations Children's Fund [UNICEF] (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança. Consultado a 05 de outubro de 2021. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- Vaz, F. & Trigo, R. (2020). A criança e o jovem em contexto de urgência [Children and young people in an emergency context]. In Ramos, A. & Figueiredo, M. *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp293-309) [Nursing in Child and Youth Health]. Lidel – Edições Técnicas, Lda

Apêndices

Apêndice A – Proposta de norma “Orientação entre serviços prestadores de cuidados a crianças/famílias da X”

Exposição via e-mail às chefias da instituição

Bom dia,

Sou a Joana Simões, enfermeira da Unidade X, encontro-me a frequentar o mestrado em enfermagem com especialidade integrada de saúde infantil e pediátrica, no mestrado em enfermagem em associação na Universidade de Évora. Atualmente, estou em estágio na consulta externa na especialidade de pediatria.

Após realização do diagnóstico de situação com a enfermeira chefe H., a enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica M. e a enfermeira T., verificamos a real necessidade de articular todos os serviços que acompanham as crianças/adolescentes e respetivas famílias da Unidade X, promovendo e maximizando a promoção da sua saúde garantindo a uniformização e continuidade dos cuidados.

Desta forma, consideramos essencial a conceção de um fluxograma que permita de forma rápida a sua consulta, tornando-se um instrumento de trabalho, quando for necessário referenciar uma criança/adolescente dos cuidados de saúde primários para secundário/ terciários e vice-versa que garante a continuidade de cuidados a nível da Unidade X.

Para que seja possível a elaboração deste documento, que será uma mais valia para todos os serviços da Unidade X que acompanham as crianças/adolescentes e que os beneficiará em todo o seu potencial da promoção de saúde, necessitamos que as chefias, caso concordem, colaborem connosco, facultando/nomeando o contato direto (nome do enfermeiro/a, e-mail e telefone de serviço) do responsável de cada serviço (sede) e extensão.

Muito obrigada pela sua colaboração,

Agradeço resposta até 10 de junho de forma a poder realizar o referente fluxograma.

Cumprimentos,

Joana Simões

e-mail: joana.simoes@X.min-saude.pt

Apêndice B – Póster Informativo “Diversificando”

DIVERSIFICANDO

O baby-led weaning (BLW) é um método de introdução alimentar diferente ao método tradicional, que promove a autoalimentação da criança, a partir dos **6 meses de idade**, através da oferta de alimentos não triturados.



Os princípios marcantes do BLW são a amamentação, o baby-led e as refeições em família.

Permite que seja o bebé a manipular e a transportar os alimentos até à boca sozinho, utilizando inicialmente os dedos e só mais tarde os talheres. Primeiramente, os alimentos são cortados em pedaços fáceis de agarrar e é o bebé que decide quando quer inserir mais alimentos na sua refeição.

Condições essenciais para que o bebé esteja preparado para a introdução de alimentos através do método BLW :

- Sentar-se com pouco ou nenhum apoio
- Estender a mão e pegar em coisas eficazmente
- Transportar objetos até à boca de forma rápida e com precisão
- Fazer movimentos de roer e de mastigar
- O sinal mais evidente é quando o bebé começa a roubar a comida aos familiares, levando-a à boca e mastigando-a.

Esclareçam as vossas dúvidas com a equipa de enfermagem

Consultas de Saúde Infantil – Piso 2 no Hospital X

Referências Bibliográficas:
Carvalho, T. (2018). 5 Questões sobre baby-led weaning. Recuperado de https://www.apn.com.pt/documentos/Guia_5_questoes_sobre_baby-led_weaning_APN.pdf
Raptley, G. & Muckitt, T. (2017). Os bebés sabem comer sozinhos - Baby-led weaning - 1ª Edição. Lisboa: Matéria Prima Editores. ISBN: 978-989-769-100-3



Discente: Joana Simões
Enf. Chefe: Helena Lucas
Enf orientadoras: Teresa Cadimas e Marisa Henriques

Apêndice C – Póster Informativo “Bébe Doente – A importância de Amamentar”

Bebé Doente

A Importância de Amamentar

Recomendação

Todas as crianças, incluindo recém-nascidos doentes e bebês pré-termo devem ser alimentados com leite materno.

Leite Materno

É o alimento mais completo e aconselhável para o bebê.
Rico em gordura, que garante, em exclusivo as necessidades do bebê.

Vantagens

Adapta-se às constantes mudanças de necessidades do lactente, incluindo quando está doente.
Reforça o sistema imunitário.

Proteção

Protege contra infecções, nomeadamente respiratórias, urinárias e diarreias.
Diminui probabilidade de diabetes mellitus, obesidade, hipertensão, leucemia.



<https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Amamentacao/noticia/2020/06/omsencoraja-amamentacaoe-diz-que-coronavirus-nao-foi-encontrado-no-leite-materno.html>

Elaborado por: Joana Simões
Enfermeira chefe: Helena Lucas
Orientado por: Marisa Henriques e Teresa Cadimas
Professora orientadora: Maria Antónia Chora



Febre

O leite materno tem todas as propriedades necessárias à hidratação até aos 6 meses, não sendo necessário oferecer qualquer outro líquido.

Dificuldades Respiratórias

Caso o bebê tenha dificuldade em mamar, a mãe poderá extrair o leite para oferecer por seringa ou copo ou oferecer mais vezes a mama, durante menos tempo.

Infeções Urinárias

O leite materno tem na sua composição propriedades que aumentam o fator imunológico na urina do bebê.

Gastroenterites

O leite materno é de fácil digestão, pelo que diminui a possibilidade de náuseas e vômitos.

Referências Bibliográficas:
Hocken IDGS (2019) <https://nutrimento.pt/activ/capp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentacao%CC%A7a%CC%83o-Saud#%CC%81vel-dos-0-aos-6-anos-pd.pdf>
erry, M. J., & Wilson, D. (2014). *WONG - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica - 9ª Edição*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. ISBN: 978-0-323-08343-0
Unid. <https://www.inf.sau.gov.br/leitmaterno-materno>

Apêndice D – Estudo de Caso

Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica nas Controvérsias da Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
 Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
 Unidade Curricular: Estágio I

Docente(s): Professor MSc António Casa Nova, Professora Doutora Maria Antónia Chora, Professora MSc Maria Gabriela Calado, Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, Professora MSc Maria Margarida Malcata, Professora Doutora Dulce Cruz

ESTUDO DE CASO A IMPORTÂNCIA DA DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA

Autora:
 Joana Simões, n.º 47722

Junho
 2021

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
 Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
 Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
 Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
 Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
 Área de Especialização: Saúde Infantil e Pediátrica
 Unidade Curricular: Estágio I

Docente(s): Professor MSc António Casa Nova, Professora Doutora Maria Antónia Chora, Professora MSc Maria Gabriela Calado, Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, Professora MSc Maria Margarida Malcata, Professora Doutora Dulce Cruz

Estudo de Caso A Importância da Diversificação Alimentar Durante o Primeiro Ano de Vida

Autora:
 Joana Simões, n.º 47722

Junho
 2021

"Diga-me e eu esquecerei
 Ensina-me e eu lembrarei
 Envolve-me e vou aprender"

Benjamin Franklin

Símbolos

- APA – American Psychological Association
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DGS – Direção Geral de Saúde
- EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria
- UNICEF – United Nations Children's Fund

Índice

0.Introdução.....	6
1. Estudo de Caso.....	8
1.1.Apreciação inicial da criança/família.....	8
1.2.Enquadramento teórico.....	12
1.3.Diagnósticos de enfermagem e Planeamento das intervenções.....	16
1.4.Avaliação.....	28
Considerações finais.....	32
Referências Bibliográficas.....	34
Apêndices.....	36
Apêndice I – Geografia e Economia	36
Anexos.....	37
Anexo I – Instrumento de colheita de dados.....	37

Estudo de Caso
 A Importância da Diversificação Alimentar Durante o Primeiro Ano de Vida

0.Introdução

No âmbito da unidade curricular "Estágio I", do 1º ano, 2º semestre, do mestrado em enfermagem, especialidade de saúde infantil e pediátrica, com a orientação da enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica Maria Henriques e orientado pela professora Doutora Maria Antónia Chora, foi proposto, como forma de avaliação, a elaboração de um estudo de caso numa criança e família acompanhada em consulta de desenvolvimento de saúde infantil, com a temática relacionada com a alimentação saudável.

Um estudo de caso é um dos métodos mais antigos utilizado para registar detalhadamente toda a prática de enfermagem. Deste método realça o fato, de cada utente ser avaliado e acompanhado de modo individualizado, sendo sempre que necessário feitas alterações às intervenções de enfermagem de modo a alcançar os resultados esperados (Galvão, Rossi & Zago, 2003).

O estudo de caso trabalhado, enquadra-se no âmbito da alimentação saudável, nomeadamente na introdução e diversificação alimentar. Desta forma, refiro-me à Maria Beatriz Pereira, um nome fictício, de uma lactante com 10 meses até à data saudável, mas com dificuldades no ganho de peso desde que iniciou a diversificação alimentar.

A escolha do tema deve-se ao facto da área da alimentação saudável nos primeiros anos de vida ser um dos estigmas mais pronunciados/vincados entre profissionais de saúde e pais durante o primeiro ano de vida da criança: a alimentação, a desmistificação de preconceitos e dúvidas que continuam muito enraizados e a referência a novas nuances no que respeita a alternativas na introdução e diversificação alimentar. A escolha alimentar durante o primeiro ano de vida, é desde há muitos anos trabalhada nos diferentes contextos de saúde, porém a problemática mantém-se atual aos dias de hoje. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) que presta cuidados em diversos contextos (desde hospitalar, cuidados de saúde primários, saúde escolar) deverá estar capacitado para promover desde o nascimento a adesão à alimentação saudável.

Nos cuidados de saúde primários/consultas de vigilância de desenvolvimento infantil é fundamental a existência de uma boa relação/comunicação entre a criança/família e o enfermeiro, visto que esta é utilizada como o principal instrumento na promoção da saúde e prevenção da doença (Meleis et al., 2000; Sobral, Passos et al., 2018 citado por Fernandes & Andrade, 2020).

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora

Apêndice E- Sessão de Educação para a Saúde “Alternativas à Diversificação Alimentar – Baby-Led Weaning e Vegetarianismo – Estigmas e Dúvidas”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ALTERNATIVAS À DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

Baby-Led Weaning e Vegetarianismo
Estigmas e Dúvidas- Descomplicando

Enf. Chefe: Francisco Vaz
Enfª Orientadora: Rute Trigo
Discente: Joana Simões
Docente orientadora: Maria Antónia Chora

BABY-LED WEANING



Apêndice F- Folheto Informativo “Baby-Led Weaning (BLW) – Descomplicando”

Como sei se o bebé está preparado para iniciar o BLW?

- Senta-se com pouca ou nenhum apoio;
- Estende a mão e pega em coisas de forma eficaz;
- Transporta objetos até à boca rapidamente e com precisão;
- Faz movimentos de roer e de mastigar;
- Rouba comer aos familiares, leva-os à boca e mastiga-os.



Pontos importantes:

- Ninguém introduz alimentos na boca do bebé, sem ser ele próprio.
- Garantir que o bebé encontra-se sentado com as costas direitas, enquanto se alimenta.
- Inicialmente é possível que o bebé se engasgue e até possa ter um pequeno vômito.



Discinte: Joana Simões
Bij orientadora: Rita Trigo
Profª Orientadora: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Referências Bibliográficas
Carvalho, T. (2011). 5. Questões sobre baby-led weaning. Recuperado de http://www.apm.org.pt/observatorio/observatorio_observatorio_baby-led_weaning_APM.pdf

Beebe, G. & Malygo, T. (2017). Os bebés sabem sentir os sabores – Baby-led weaning – 1ª Edição. Lisboa: Medisa Press. ISBN: 978-989-769-106-3

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Estigmas e Dúvidas



Baby-Led Weaning (BLW)

▶ Descomplicando

▶ BLW – O que é?

É um método de introdução alimentar diferente ao método tradicional, que promove a autoalimentação da criança, a partir dos 6 meses de idade, através da oferta de alimentos não triturados.

▶ Existe uma ordem para introduzir novos alimentos?

Não existe uma ordem específica pela qual os alimentos devem ser introduzidos, a criança tem a possibilidade de partilhar os momentos da refeição em família, sendo ela que decide o que comer, a quantidade e o ritmo da refeição, tal como o que se preconiza na amamentação em exclusivo.

Quais os princípios do BLW?

Amamentação, o baby-led e as refeições em família.

O BLW foca-se sobretudo no desenvolvimento e nas capacidades que surgem naturalmente durante o primeiro ano de vida.

Os primeiros meses da prática deste método têm por objetivo a exploração, descoberta, manipulação e contato com os alimentos por parte do bebé.

Posteriormente, levará os alimentos à boca saboreando e sentindo a sua textura, podendo não ingeri-los.

O leite materno ou adaptado continuará a ser o seu alimento principal durante o primeiro ano de vida, sendo o bebé a definir quando se sente pronto para reduzir a quantidade de leite ingerida.

Vantagens:

- Bebé aprende a manipular e transportar os alimentos até à boca sozinho;
- Desenvolvimento da coordenação entre a mão e o olho;
- Desenvolvimento da destreza e da capacidade de mastigação;
- Diminui a resistência a comer determinados alimentos;
- Diminui as brigas/birras durante as refeições;
- Promove refeições em família mais harmoniosas.



Apêndice G - Pesquisa Bibliográfica “As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na alimentação/nutrição numa unidade de neonatologia”

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na alimentação/nutrição numa unidade de neonatologia

Nota Introdutória

A Unidade de Cuidados Intensivos neonatais e pediátricos, mais conhecida por Neonatologia é um serviço com prestação de cuidados a recém-nascidos prematuros, instáveis ou doentes, muito específico pelo que, requer uma aquisição de conhecimentos vasta, alargada e ao mesmo tempo específica.

Durante a licenciatura o serviço de neonatologia é pouco abordado, onde não há hipótese da realização de estágio e do qual pouco ou nada se fica a conhecer. Desta forma, este contexto de estágio torna-se muito rico ao nível da especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, permitindo adquirir e aprofundar conhecimentos específicos dos cuidados neonatais.

No início do estágio expliquei à enfermeira orientadora a temática do meu projeto, que embora tivesse a trabalhar a diversificação alimentar no primeiro ano de vida em relação às alternativas, também abordo a importância da amamentação até aos 6 meses de vida. A enfermeira orientadora explicou-me que no serviço uma grande parte dos elementos da equipa tem formação de CAM/conselheiras de amamentação e que têm muita informação para partilhar com os pais em relação à temática da amamentação, conservação do leite, diferentes leites adaptados, pelo que o serviço e os profissionais de saúde de momento não sentiam necessidades de mais informação/material/formação.

Deste modo, sugeri-me que fizesse uma pesquisa bibliográfica para auto-conhecimento visto a complexidade e especificidade do serviço, onde nunca tinha tido a oportunidade de prestar cuidados. Sendo esta uma grande necessidade minha, concordei de imediato, focando-me essencialmente na temática do meu projeto: a alimentação neste período em que os recém-nascidos estão internados num serviço de neonatologia.

Apêndice H- Pesquisa/Tabela “Conservação do leite materno extraído”

Conservação do leite materno extraído

No contexto de estágio na Neonatologia do Hospital, fizemos pesquisa nos documentos que o serviço tem elaborados sobre a alimentação/amamentação em bebês e que de certa forma levássemos essa pesquisa e aumento de conhecimentos para a unidade de cuidados de saúde personalizados, de forma a promover o ensino às mães a quem prestamos cuidados.

Deste modo, reuni informação do manual de amamentação elaborado pelos enfermeiros do serviço de neonatologia e elaborei uma tabela sobre a forma correta de conservar o leite materno.

Leite Fresco	Leite Congelado
Entre 25-37°C: 4horas	Congelador dentro do frigorífico: 2semanas
Entre 15-25°C: 8horas	Congelador Simples, fora do frigorífico: 3meses
Abaixo dos 15°C: 24horas	Congelador tipo combinado ou arca: 6meses
Entre os 2-4°C: mais de 8 dias	Descongelar dentro do frigorífico: 24horas
Não deve ser conservado acima dos 37°C	

Recomendações

- O recipiente para conservar o leite deve ser adequado, de vidro ou plástico e manter-se tapado. Lava-lo com água quente e sabão e enxaguar muito bem com água quente.
- Se a extração do leite for manual, pode fazê-la diretamente para o recipiente.
- Deve colocar sempre a data de extração no recipiente e utilizar primeiro o mais antigo.
- É preferível que o bebê se alimente de leite fresco ao invés do leite congelado.
- Colocar o recipiente com leite na parte mais fria do frigorífico ou no congelador.
- Pode utilizar o leite nos próximos 3-5 dias após extração ou optar por congelar, caso tenha congelador e não o utilizar por 3-5 dias.
- Não voltar a congelar leite, que já tenha sido descongelado.
- Pode descongelar o leite no frigorífico ou dentro dum recipiente com água morna para descongelar mais rapidamente, mas nesse caso o bebê terá que o consumir na hora seguinte.
- Não se deve ferver, nem aquecer leite materno no micro-ondas, uma vez que destrói algumas das suas propriedades e pode queimar a boca do bebê.

Apêndice I- Folheto “Aleitamento Materno em Bebés com Bronquiolite”



ALEITAMENTO MATERNO EM BEBÉS COM BRONQUIOLITE

O que é a Bronquiolite?

É uma infecção respiratória que provoca a inflamação com estreitamento dos pequenos brônquios e bronquíolos, afetando maioritariamente crianças com idades até aos 2 anos. É provocada principalmente pelo vírus sincicial respiratório (VSR) (cerca de 75% das situações).

Porquê alimentar/hidratar o bebé com bronquiolite com leite materno através de diferentes métodos?

Devido à congestão nasal e ao esforço respiratório, bebés com menos de 1 ano de vida podem ter dificuldade em se alimentar, pelo que existe nestes casos necessidade de se colocar uma sonda nasogastrica, oferecer o leite materno por copo ou seringa e/ou através do método canguru, de forma a nutrir e hidratar estes bebés, sem aumentar o seu esforço respiratório.

Quais São as Vantagens do Leite Materno?

Preenche todas as necessidades do bebé, a nível nutricional, imunológico, psicológico e de desenvolvimento;

Maiores índices de inteligência e acuidade visual, a proteção contra doenças infecciosas, a proteção acrescida contra alergias, diarreias, pneumonias, otites e meningites.

Referências Bibliográficas

- Aquino & Salgado, 2017. "A bronquiolite aguda das crianças: o que fazer? Texto para os pais" "O que fazer com o bebé com bronquiolite?". Saúde Infantil. 39:71-74. Obtido em https://saudeinfantil.asic.pt/images/download-gratuito/2017-Dezembro/01_bronquiolite.pdf
- Associação de Pediatras de Portugal, 2017. Sociedade Brasileira de Pediatria. "Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus respiratório sincicial (VSR)". Obtido em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Diretrizes_manejo_infeccao_causada_VSR2017.pdf
- Nascimento G. et al. 2021. "A influência do Aleitamento materno para o desenvolvimento da criança" — Research, Society and Development, v. 10, n. 14, e277101422184, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22184>.
- Pires & Cavaleiro, 2020. "Promoção do aleitamento materno na prevenção de bronquite e bronquiolite aguda em menores de um ano de idade em ribeirão preto, São Paulo, Brasil". Saúde Meio Ambiente, v. 9, p. 68-79, ISSN: 2316-347X

Elaborado por: Joana Simões, estudante de MEEESIP
Enfermeiro chefe: Francisco Vaz
Enfermeira Orientadora: Vanda Borges
Professora Orientadora: Maria Antónia Chora
Janeiro, 2022

Como Prevenir?

Evitar contato com crianças e adultos com sintomas gripais, concentrações de pessoas e o tabagismo passivo.

A **Amamentação** é uma medida **fundamental** para **prevenir infecções respiratórias**. Quando existe alguma infecção respiratória, o aleitamento materno diminui a sua gravidade e protege contra a mortalidade infantil.

Cuidados a Ter em Casa!

Fazer a lavagem nasal com soro fisiológico ou água do mar;
Alimentar a crianças várias vezes ao dia em pequenas quantidades;
Elevar a cabeça do berço;
Controlar a febre.

Vigiar se a situação não se agrava principalmente nos primeiros 5 dias!

Apêndice J- Guia Bolso “Aleitamento materno em bebés com diagnóstico de bronquiolite”



Aleitamento materno em bebés com diagnóstico de bronquiolite

Elaborado por: Joana Simões
Enfermeiro Chefe: Francisco Vaz
Enfermeira Orientadora: Vanda Borges
Professora Orientadora: Maria Antónia Chora

Janeiro de 2022

O que é a Bronquiolite?

É uma infeção que provoca a inflamação com estreitamento dos pequenos brônquios e bronquíolos, afetando maioritariamente crianças com idades até aos 2 anos, sendo que a probabilidade de desenvolver a doença é tanto maior e mais grave quanto menor for a idade (Aquino & Salgado, 2017).

É provocada principalmente pelo vírus sincicial respiratório (VSR) (cerca de 75% das situações), seguidamente pelo rinovírus, vírus parainfluenza e em menos situações pelo vírus influenza, adenovírus e metapneumo- vírus. Se a bronquiolite for causada por dois ou mais vírus o seu grau de gravidade aumenta (Aquino & Salgado, 2017).

O VSR é o que provoca um quadro mais grave e prolongado desta infeção (Gonçalves e Bhering, 2021).

Este tipo de infeção tem predominância nos meses de novembro a abril (Aquino & Salgado, 2017).

Quais são os Fatores de Risco?

- ✓ Baixo peso à nascença;
- ✓ Desnutrição;
- ✓ Idade Materna;
- ✓ Não Amamentação;
- ✓ Frequentar locais com aglomerados de pessoas (Pires & Cruvinel, 2020).

Fatores de Risco para Maior Gravidade

- ✓ Idade inferior a 6-12 semanas;
- ✓ Prematuridade (Idade Gestacional < 37 semanas);
- ✓ Doença cardíaca congénita, Doença pulmonar crónica, Doença neuromuscular ou neurológica grave, Imunodeficiência, Síndrome de Down;
- ✓ Exposição ao fumo do tabaco (Direção Geral de Saúde, 2012).

Quais as situações que necessitam de internamento?

- ✓ Idade inferior a 6 semanas;
- ✓ Frequência Respiratória > 50-60cpm
- ✓ Apneias
- ✓ Respiração Irregular
- ✓ Tiragem
- ✓ Gemido Constante
- ✓ Recusa ou Incapacidade para se alimentar
- ✓ Letargia
- ✓ Cianose labial ou nas extremidades
- ✓ Palidez Acentuada
- ✓ Sudação Intensa

A grande percentagem de crianças com bronquiolite não necessita de observação médica, sendo que apenas cerca de 3% apresenta grau de gravidade que justifica o internamento (Aquino & Salgado, 2017).

As situações mais graves ocorrem em bebés de 1 mês de vida aos 3 meses (Pires & Cruvinel, 2020).

O que é expectável?

A infeção por norma, evolui desfavoravelmente até ao 3º a 5º dia. Após o 5º dia começa a regredir até cerca do 12º dia. A tosse irá perdurar por um período de 3 a 4 semanas (Aquino & Salgado, 2017).

Ensinar os Pais a Prevenir

Existem medidas preventivas que devem ser adotadas pelos pais para evitar que o bebé contraia bronquiolite. Deste modo, devem ser lavadas e higienizadas as mãos antes de tocar no bebé, devem ser evitados os contatos com crianças e adultos com sintomas gripais, bem como locais com concentrações de pessoas e o tabagismo passivo (Pires & Cruvinel, 2020).

A amamentação é também uma medida fundamental para prevenir infeções respiratórias. O aleitamento materno proporciona proteção contra as infeções respiratórias, principalmente quando é exclusivo até aos seis meses de vida do bebé. Quando existe alguma infeção respiratória, o

aleitamento materno diminui a sua gravidade e protege contra a mortalidade infantil (Pires & Cruvinel, 2020).

Quais os cuidados a ter em casa?

Uma vez que, em cerca de 97% dos casos as crianças poderão permanecer em casa, os pais devem:

- ✓ Fazer a lavagem nasal com soro fisiológico ou água do mar;
- ✓ Alimentar a crianças várias vezes ao dia em pequenas quantidades;
- ✓ Elevar a cabeceira do berço;
- ✓ Controlar a febre;
- ✓ Vigiar se a situação não se agrava, principalmente nos primeiros 5 dias (Aquino & Salgado, 2017).

Apêndice K - *Scoping review* – Baby-led weaning (BLW): uma alternativa ao método tradicional

5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2020-2022

Especialidade em **Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Unidade Curricular: Estágio Final

Scoping review – Baby-led weaning (BLW): uma alternativa ao método tradicional

Docente:

Professora Doutora Maria Antónia Chora

Discente:

Joana Simões nº 47722

Janeiro, 2022

Scoping review – Baby-led weaning (BLW): uma alternativa ao método tradicional

Scoping review – Baby-led weaning (BLW): an alternative to the traditional method

Scoping review – Baby-led weaning (BLW): una alternativa al método tradicional

Joana Simões ⁽¹⁾ & Maria Antónia Chora ⁽²⁾

(1) Joana Filipa da Cunha Simões – Mestrando do Mestrado em Enfermagem em Associação. Licenciatura no Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Grândola, Unidade de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago do Cacém. Portugal. joana.simoes@ulsla.min-saude.pt;

(2) Maria Antónia Chora - Professora Doutora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Doutorada em Sociologia. Mestre em Ecologia Humana. Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Licenciada em Enfermagem. mafcc@uevora.pt

RESUMO

Objetivo: Mapear a evidência relativa ao método baby-led weaning como alternativa ao método tradicional na diversificação alimentar. **Método:** A elaboração da presente *Scoping Review* segue o protocolo de *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi realizada nos motores de busca *B-On* e *EBSCOhot web* (*MEDLINE with full text & CINAHL plus with full text*), nas quais se utilizaram as seguintes palavras-chave: “*Baby*” AND “*Weaning*” AND “*Infant Food*” AND “*Introduction*” AND “*Complementary Feeding*”. As palavras-chave foram devidamente validadas nos descritores, Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). **Resultados:** selecionámos 7 artigos, que correspondam ao objetivo inicial: o método baby-led weaning (BLW) como alternativa ao método tradicional na diversificação alimentar. **Conclusão:** A prática do método BLW tem vantagens e desvantagens associadas, que são claramente identificadas por pais e profissionais. Os pais que praticam o método BLW com os seus filhos, são maioritariamente a favor da mesma e identificam mais facilmente as suas vantagens do que os profissionais de saúde. Porém, este tema necessita de mais estudos para que as entidades nacionais e internacionais cheguem a um consenso sobre a sua recomendação e prática segura.

Palavra-Chave: Bebê. Desmame precoce. Alimentação Infantil. Introdução. Alimentação complementar.

ABSTRACT

Objectives: Map the evidence regarding the baby-led weaning method as an alternative to the traditional method in food diversification. **Methods:** The elaboration of this *Scoping Review* follows the protocol of *Joanna Briggs Institute*. The search was carried out in the search engines *B-On* and *EBSCOhot web* (*MEDLINE with full text & CINAHL plus with full text*), in which the following keywords were used: “*Baby*” AND “*Weaning*” AND “*Infant Food*” AND “*Introduction*” AND “*Complementary Feeding*”. The keywords were duly validated in the descriptors, Health Sciences (DeCS) and *Medical Subject Headings* (MeSH). **Results:** We selected 7 articles, which correspond to the initial objective: the baby-led weaning method (BLW) as an alternative to the traditional method in food diversification. **Conclusions:** The practice of the BLW method has associated advantages and disadvantages, which are clearly identified by parents and professionals. Parents who practice the BLW method with their children

are mostly in favor of it and identify its advantages more easily than health professionals. However, this topic needs further studies so that national and international entities can reach a consensus on its recommendation and safe practice.

Keywords: Baby. Weaning. Infant Food. Introduction. Complementary Feeding.

RESUMEN

Objetivo: Mapear la evidencia sobre el método de destete dirigido por bebés como una alternativa al método tradicional en la diversificación de alimentos. **Métodos:** La elaboración de esta Scoping Review sigue el protocolo del Instituto Joanna Briggs. La búsqueda se realizó en los buscadores B-On y EBSCOhot web (MEDLINE con texto completo & CINAHL plus con texto completo), en los que se utilizaron las siguientes palabras clave: “Bebé” Y “Destete” Y “Alimentación infantil” Y “Introducción” Y “Alimentación complementaria”. Las palabras clave fueron debidamente validadas en los descriptores, Health Sciences (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH). **Resultados:** Seleccionamos 7 artículos, que corresponden al objetivo inicial: el método de destete dirigido por bebés (BLW) como alternativa al método tradicional en la diversificación alimentaria. **Conclusiones:** La práctica del método BLW tiene ventajas y desventajas asociadas, las cuales son claramente identificadas por padres y profesionales. Los padres que practican el método BLW con sus hijos son mayoritariamente partidarios del mismo e identifican sus ventajas con mayor facilidad que los profesionales sanitarios. Sin embargo, este tema necesita más estudios para que las entidades nacionales e internacionales puedan llegar a un consenso sobre su recomendación y práctica segura.

Palabras clave: Bebé. Destete. Alimentación Infantil. Introducción. Alimentación Complementaria.

Apêndice L – Revisão Sistemática da Literatura: Burnout nos enfermeiros durante a pandemia
COVID-19

Resumo

Objetivo: Conhecer os efeitos da COVID-19 nos níveis de burnout, nos enfermeiros, identificar os fatores que agravam o Burnout, nos enfermeiros durante a pandemia COVID-19 e identificar as medidas preventivas do burnout.

Método: A elaboração da presente revisão sistemática segue o protocolo de Joanna Briggs Institute. A pesquisa foi realizada nas bases de dados científicas eletrônicas B-On e EBSCO, nas quais se utilizaram as seguintes palavras-chave: “COVID-19”, “*Burnout*”, “Enfermeiro”, “*Stress*” e “*Depressão*”.

As palavras-chave foram devidamente validadas nos descritores, Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH).

Resultados: Resultante desta pesquisa (B-ON e EBSCO) surgiram 64 artigos não duplicados. Após a aplicação dos critérios de inclusão, foram selecionados 34 artigos. Como forma de exclusão, foi realizada a leitura dos resumos (*abstract*) destes artigos, sendo que, apenas 5 artigos cumpriam todos os critérios.

Os 5 artigos são classificados como estudos transversais quantitativos.

Conclusão: Os estudos selecionados apontam para um aumento dos níveis da *burnout*, durante a pandemia COVID-19 nos enfermeiros. Sendo que este agravamento varia consoante diversos fatores, tais como as condições de trabalho, a resiliência dos próprios enfermeiros e as fases da pandemia. Estes estudos, alertam também para a importância das instituições adotarem medidas preventivas de *burnout*. 

Palavras-Chave: “COVID-19”, “*burnout*”, “Enfermeiro”, “*Stresse*”, “*Depressão*”

Anexos

Anexo A - Certificado de presença no Dia Mundial da Prematuridade

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACESS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Certificado

Certifica-se que Joana Filipa da Cunha Simões, participou no evento "Dia Mundial da Prematuridade - Parentalidade na UCIN: Pequenos mas Fortes", organizado pelo Nascer Prematuro e pelo Departamento de Ensino, Inovação e Investigação, realizado no dia 17 de Novembro de 2021 no Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade Hospitalar de Faro.

Faro, 22 de Novembro de 2021

Verónica Teixeira

Coordenação do Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Anexo B - Certificado Suporte Avançado de Vida Pediátrico



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Joana Filipa SIMÕES

06/04/1989

Obteve a qualificação de ERC
European Paediatric Advanced Life Support (EPALS)
Operacional
No Beja, Portugal

Maurílio GASPARG
diretor de curso



Data do último curso: 24/09/2021

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, acesse <https://cosv.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-539-583405.