

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 Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

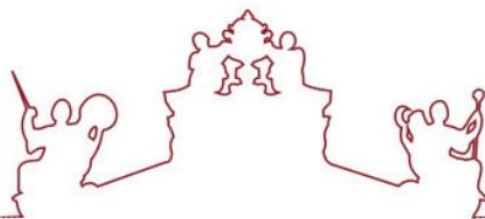
Alimentação Infantil: Intervenção do Enfermeiro em Saúde Infantil e Pediátrica

Amadú Djuldé Embaló

Orientador(es) | Filomena Adelaide Pereira Sabino de Matos

Évora 2026





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 Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

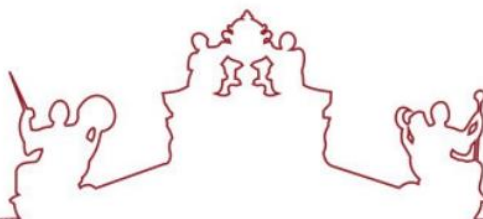
Relatório de Estágio

Alimentação Infantil: Intervenção do Enfermeiro em Saúde Infantil e Pediátrica

Amadú Djuldé Embaló

Orientador(es) | Filomena Adelaide Pereira Sabino de Matos

Évora 2026



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		Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)
Vogais		Filomena Adelaide Pereira Sabino de Matos (Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde) (Orientador) Lídia Videira (Instituto Politécnico de Castelo Branco) Maria Antónia Chora (Universidade de Évora) (Arguente)

O melhor uso da vida consiste em gastá-la por alguma coisa que dura mais que a própria vida.

“William James”

AGRADECIMENTOS:

O presente relatório marca o encerramento de uma etapa significativa do meu percurso académico e pessoal — o Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizado em diferentes contextos: o primeiro estagio em Cuidados de Saúde Primários entre 22 de abril e 20 de junho de 2025 num local no Alto Alentejo e durante o estágio final, que decorreu num local no Alto Alentejo no âmbito da Saúde Infantil e Pediátrica, durante o período de 15 de setembro a 30 de janeiro 2026, com a pausa letiva do dia 23 de dezembro ao dia 05 de janeiro de 2026, durante 18 semanas.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por me conceder saúde, força e perseverança ao longo desta etapa tão importante da minha formação.

Expresso a minha mais profunda gratidão à Professora Doutora Filomena Sabino de Matos PhD, minha orientadora da Universidade do Algarve, pelo acompanhamento próximo, pelas orientações valiosas e pelo incentivo constante ao longo de todo este processo. A sua exigência académica e disponibilidade foram fundamentais para o meu crescimento enquanto estudante de enfermagem e os meus professores.

A todas as enfermeiras que fizeram parte desta caminhada pela orientação e partilha do seu conhecimento, principalmente as minhas orientadoras do estágio em diferentes contextos, Enfermeira Laura Cachopas, Celeste Festas, Fátima Marques e Maria João Macau, manifesto um profundo agradecimento pela forma como me acolheram, ensinaram e orientaram. A sua dedicação, paciência e exemplo profissional foram determinantes para a minha aprendizagem em contexto clínico.

Quero também deixar um sincero agradecimento a todos os enfermeiros, enfermeiras, médicos, médicas e todos os técnicos, que me receberam com simpatia e profissionalismo, e que contribuíram de forma generosa para o meu desenvolvimento enquanto futuro enfermeiro. Aprendi com cada um de vós, não apenas técnicas e procedimentos, mas também valores humanos essenciais à prática de cuidar.

Agradeço ainda aos meus pais e à minha irmã, pelo amor, apoio incondicional e palavras de encorajamento nos momentos mais desafiantes. Foram a minha base e motivação ao longo de todo este estágio e continuam a ser uma parte essencial da minha jornada. Sem vocês, esta caminhada não teria o mesmo sentido.

Por fim, agradeço a mim mesmo — pela dedicação, esforço e resiliência que me permitiram enfrentar cada dia de estágio com vontade de aprender e evoluir, e por estar aqui, hoje, a fechar mais um capítulo com orgulho e gratidão.

A todos, o meu muito obrigado.

RESUMO:

O presente Relatório de Estágio, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Saúde Infantil e Pediátrica, descreve o percurso formativo em diferentes contextos, nomeadamente Cuidados de Saúde Primários, Internamento, Urgência Pediátrica e Neonatologia. Evidencia o desenvolvimento progressivo de competências do Enfermeiro Especialista e de Mestre, centradas na prestação de cuidados seguros, humanizados e baseados na evidência científica.

O projeto focou-se na promoção de uma alimentação infantil adequada, reconhecida como essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança e para a prevenção de problemas como obesidade, desnutrição e anemia. A intervenção, estruturada segundo a metodologia de projeto, incluiu diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação, identificando fragilidades na literacia alimentar das famílias.

Foram desenvolvidas ações de educação para a saúde, promoção do aleitamento materno e capacitação parental. Conclui-se que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e no desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Alimentação infantil; Promoção da saúde; Enfermagem pediátrica; Cuidados centrados na família; Aleitamento materno.

ABSTRACT:

This Internship Report, developed within the scope of the Master's Degree in Nursing in the area of Child and Pediatric Health, describes the training path in different contexts, namely, Primary Health Care, Inpatient Care, Pediatric Emergency and Neonatology. It highlights the progressive development of the Specialist and Master's level competencies, focused on providing safe, humanized care based on scientific evidence.

The project focused on promoting adequate infant nutrition, recognized as essential for the child's growth and development and for the prevention of problems such as obesity, malnutrition and anemia. The intervention, structured according to the project methodology, included diagnosis, planning, implementation and evaluation, identifying weaknesses in the families' food literacy.

Health education actions, promotion of breastfeeding and training of parents were developed. It is concluded that the nurse plays a fundamental role in promoting health and child development.

Keywords: Infant nutrition; Health promotion; Pediatric nursing; Family-centered care; Breastfeeding.

SIGLAS E ACRÓNIMOS:

ATLS- Suporte de vida Avançado no trauma

CCD - Capacidade para coordenar a deglutição

CMEF - Capacidade para manter a estabilidade fisiológica

COFO - Capacidade para organizar o funcionamento oromotor

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EMLA - Eutectic Mixture of Local Anesthetics

IAC - Instituto de Apoio à Criança

IG – Idade Gestacional

IV- intravenosa

MGF – Medicina Geral e Familiar

NIDCAP – Programa individualizado de avaliação e cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido.

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PALS- Suporte avançado de vida em pediatria

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-termo

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

SNN – Sucção Não Nutritiva

SO - Sala de Observação

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

ULS - Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

INTRODUÇÃO	13
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1.1. DO ALEITAMENTO MATERNO À DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA	17
1.2. IMPORTÂNCIA DA DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.....	17
1.3. ALIMENTAÇÃO DE 6 MESES A 12 ANOS DE IDADE	18
2. MODELOS TEÓRICOS DO CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	21
2.1 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER.....	21
2.2. A FILOSOFIA DOS CUIDADOS CENTRADO NA FAMÍLIA E O MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY	26
3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ALIMENTARES DO RECÉM-NASCIDO	29
4.METODOLOGIA DE PROJECTO	32
4.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	32
4.2.1. Objetivo geral.....	33
4.2.2. Objetivos específicos	33
4.3. PLANEAMENTO.....	33
4.4. EXECUÇÃO.....	34
4.5. AVALIAÇÃO.....	34
4.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS (RELATÓRIO).....	34
5. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	35
5.1. ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	37
5.2. ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA COM RELATÓRIO	42
5.2.1. Serviço De Internamento De Pediatria De Um Hospital A Sul Do Tejo.....	42
5.2.1.1. Objetivo geral:.....	43
5.2.1.2. Objetivos específicos:.....	43
5.2.2. Urgência Pediátrica De Um Hospital A Sul Do Tejo	48

5.2.2.1. Objetivo geral:.....	49
5.2.2.2. Objetivos específicos:.....	49
5.2.3. Unidade De Neonatologia De Um Hospital Do Sul	53
5.2.3.1. Objetivo geral:.....	54
5.2.3.2. Objetivo específicos:	54
6. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	59
6.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	59
6.1.1. desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.....	59
6.1.2. promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.....	61
6.1.3. desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.....	61
6.1.4. concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade	62
6.1.5. cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	62
6.1.6. gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.....	63
6.1.7. adapta à liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados	64
6.1.8. desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.....	65
6.1.9. baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	66
6.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL.....	67
6.2.1. assiste à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.....	69
6.2.3. intervenção no apoio ao desenvolvimento e bem-estar emocional	70
6.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	70
7.CONCLUSÃO	74
8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
9. APÊNDICES	82
Apêndices A – O sistema de semáforo alimentar.....	82
Apêndices B- comer melhor para viver mais...como?	84
Apêndice D- Comer melhor é viver melhor: o caminho começa aqui!	86
Apêndice E- Importância de amamentação	87
Apêndice F- Execução/cronograma.....	88

Apêndice G- Planeamento.	90
Apêndice H Reflexão sobre os Cuidados de Saúde em Gabú (Guiné-Bissau) e em Évora (Portugal).....	93
Apêndice I Reflexão sobre o meu Estágio na Unidade de Neonatologia	96
Apêndice J, Resumo de cronograma 13.	99
Anexo I Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral.....	105
Tabela 1 — Capacidade em Organizar o Funcionamento Oro-Motor (COFO)	105
Tabela 2 — Capacidade em Coordenar a Deglutição (CCD).....	106
Tabela 3 — Capacidade em Manter a Estabilidade Fisiológica (CMEF)	107

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular [UC] Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório, inserido na 9ª edição do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sendo um curso profissionalizante. O plano de estudos contempla no 3º semestre do curso, um período de estágio, e a elaboração de um relatório de estágio, onde o formando reflete acerca do seu percurso e explicita as experiências relativas aos estágios, refletindo acerca dos contributos para a aquisição das competências de mestre em enfermagem.

Foi desenvolvido um projeto, com uma temática emergente, relativa a competências a desenvolver, com ênfase na “Importância na promoção de uma Alimentação Infantil adequada”.

Escolhi este tema devido à importância de uma alimentação adequada, central para o desenvolvimento saudável das crianças em diferentes idades.

A escolha deste tema surge da necessidade de abordar questões fundamentais relacionadas com a nutrição na infância, um período crítico para a formação de hábitos alimentares e para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança. Além disso, o tema é relevante porque a má alimentação na infância pode levar a problemas de saúde a longo prazo, como desnutrição, obesidade, anemia, entre outros.

Portanto, discutir este tema é essencial para sensibilizar sobre a importância de promover hábitos saudáveis desde a infância. A alimentação das crianças desempenha um papel fundamental na sua saúde e bem-estar, influenciando diretamente o seu crescimento e desenvolvimento. O conhecimento sobre nutrição adequada e o acesso a alimentos saudáveis são cruciais para prevenir doenças e garantir um futuro mais saudável para as próximas gerações. Este tema é particularmente relevante, pois destaca os desafios atuais, como o consumo excessivo de alimentos processados, e a necessidade de uma educação alimentar eficaz. A consciencialização sobre a importância de uma alimentação equilibrada na infância deve ser promovida por todos – pais, educadores, profissionais de saúde e políticas públicas – para que as crianças cresçam saudáveis e possam atingir um desenvolvimento pleno e sustentável.

Aqui são apresentados os fundamentos teóricos e conceptuais que sustentam a temática, com base na literatura relevante e na evidência científica. O artigo 24º da Convenção sobre os Direitos da Criança ressalva o direito da criança “a gozar do melhor estado de saúde possível” (Instituto de Apoio à Criança, 2020 p.13). A temática é também analisada à luz do enquadramento de competências e boas práticas na área da ESIP. Ainda no enquadramento teórico, são apresentados os Modelos Teóricos de Enfermagem que norteiam o nosso pensamento, nomeadamente o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família de Anne Casey.

Para além disso, definiremos ainda as Competências do Mestre.

O Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório é desenvolvido numa unidade local de saúde (ULS), em 3 contextos pediátricos diferentes (internamento, urgência e neonatologia), tendo já sido desenvolvido um primeiro estágio (Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica), no semestre anterior, nos Cuidados de Saúde Primários, na mesma ULS.

A ULS é criada no decreto-lei número 102/2023, O presente decreto-lei procede, assim, à criação de novas ULS, através da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os ACES, adotando para isso o modelo de organização e funcionamento em ULS, nos termos previstos no Estatuto do SNS. Esta alteração visa a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde.

O projeto de intervenção desta proposta tem como objetivo conhecer a intervenção de ESIP no que concerne à articulação dos cuidados de enfermagem à criança /jovem e família em ênfase nas suas necessidades alimentares, bem como a sua continuação no contexto da prática.

Este projeto foi estruturado de acordo com a metodologia de projeto, que se baseia numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do Contexto, é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência, sendo constituída por cinco etapas: (1) Diagnóstico de situação, (2) Definição dos Objetivos, (3) Planeamento, (4) Execução e avaliação, (5) Divulgação dos Resultados (Relatório).

O projeto finaliza-se com a discussão pública do relatório de estágio.

Finalmente, apresentamos a Conclusão, que encerra o trabalho, realçando a relevância do mesmo, seguida das Referências Bibliográficas, Apêndices e Anexo.

Este Relatório foi desenvolvido de acordo com as normas estabelecidas pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, da Universidade de Évora.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O artigo 24º da Convenção sobre os Direitos da Criança ressalva o direito da criança “a gozar do melhor estado de saúde possível” (Instituto de Apoio à Criança (IAC), 2020 p.13), dando particular enfoque à educação para a saúde e prevenção da morbilidade e mortalidade infantis associadas à alimentação em idade precoce. Destaca-se a necessidade de

“combater a doença e a má nutrição (...) assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno” (IAC, 2020, p.13)

Uma alimentação saudável deve ser completa, variada e equilibrada, garantindo a energia necessária e o bem-estar físico ao longo do dia. Alimentos ricos em fibra, como hortícolas, frutas, cereais e leguminosas, assim como alimentos ricos em vitaminas, sais minerais e com baixo teor de gordura, devem constituir a base alimentar do dia a dia para uma dieta equilibrada (SNS 24). É consensual, quer por parte das comissões de nutrição (ESPGHAN, 2017; Comissão de Nutrição da SPP, 2012) quer pela OMS (WHO, 2009), que o **lactente pode ser exclusivamente amamentado durante os primeiros 6 meses de idade**, devendo a **amamentação manter-se a par da diversificação alimentar e durante a introdução na dieta familiar, ou seja, até aos 12-24 meses**. Durante o primeiro semestre de vida, caso o leite materno se torne insuficiente, a alimentação deve continuar a ser exclusivamente láctea, devendo utilizar-se, em complementaridade ou em alternativa, fórmulas infantis, cuja composição é concebida para se aproximar à do leite humano (Hojsak, 2018). Importa referir que o aleitamento materno, mesmo que parcial ou em período menor que o desejável, mantém um efeito benéfico quando comparado com a alimentação exclusiva com fórmula infantil.

1.1. DO ALEITAMENTO MATERNO À DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), quando o leite materno já não é suficiente para atender às necessidades nutricionais da criança, deve-se introduzir alimentos complementares na sua alimentação. A transição do aleitamento materno exclusivo para os alimentos da família, conhecida como alimentação complementar, ocorre durante o primeiro ano de vida, um período vulnerável para o bebé. Neste momento, podem surgir casos de desnutrição, especialmente em países em desenvolvimento, assim como erros alimentares que podem comprometer a saúde da criança a curto e longo prazo (Silva, & Aguiar, 2011)

A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de vida, seguido da introdução gradual de alimentos sólidos, mantendo o aleitamento materno, pelo menos, até aos dois anos. Esta orientação baseia-se em evidências que demonstram que o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses contribui para a redução da mortalidade e morbilidade infantil.

Estudos mostram que crianças amamentadas exclusivamente até aos seis meses, em comparação com aquelas amamentadas entre os quatro e seis meses, apresentam taxas menores de infeções gastrointestinais. No entanto, é importante destacar que as recomendações podem variar entre diferentes países e que a avaliação do desenvolvimento individual de cada criança é essencial para determinar a melhor abordagem. (Silva & Aguiar, 2011).

1.2. IMPORTÂNCIA DA DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

A diversificação alimentar no primeiro ano de vida é um processo fundamental, dado que esta fase é caracterizada por um crescimento muito rápido, exigindo uma ingestão adequada de nutrientes em quantidade e qualidade. Após determinado período, o leite materno exclusivo já não é suficiente para garantir as necessidades nutricionais e energéticas da criança.

Uma alimentação bem planeada no primeiro ano de vida pode prevenir deficiências nutricionais que podem ter efeitos graves e permanentes, como alterações no desenvolvimento psicomotor, comportamental, sensorial e cognitivo. Além disso, uma alimentação equilibrada

evita problemas como excesso de peso, desnutrição, obesidade e anemia. (Silva & Aguiar, 2011).

Com base nos dados apresentados, é evidente a importância da reeducação alimentar para o desenvolvimento saudável das crianças e para a prevenção de doenças crónicas não transmissíveis. A alimentação inadequada é um dos principais fatores que contribuem para o aumento da obesidade infantil, e a (OMS, 2022, p. 2). indica que, ao longo das últimas quatro décadas, o número de crianças e adolescentes obesos subiu de 11 milhões para 124 milhões. Este dado demonstra a necessidade urgente de reavaliar os hábitos alimentares, especialmente no contexto escolar, onde se formam hábitos que podem perdurar por toda a vida.

A reeducação alimentar, que envolve a compreensão dos impactos dos alimentos no corpo e na mente, é uma estratégia eficaz para promover o bem-estar geral. Adotar uma alimentação equilibrada e saudável, como sugerido por especialistas (Costa, Ferreira & Silva, 2022), pode transformar a relação com a comida e, simultaneamente, proporcionar benefícios para a saúde física e mental.

1.3. ALIMENTAÇÃO DE 6 MESES A 12 ANOS DE IDADE

Escolhi esta faixa etária porque é um momento crucial na vida da criança, onde os hábitos alimentares saudáveis começam a ser estabelecidos de forma definitiva.

No contexto da infância, particularmente entre os 6 e os 12 anos é uma fase crucial para a criação de hábitos alimentares saudáveis, que terão um impacto direto no futuro da criança, tanto em termos de saúde quanto de qualidade de vida. Uma alimentação equilibrada e variada é essencial para o desenvolvimento físico e cognitivo adequado, e a educação alimentar nesta fase pode prevenir o surgimento de doenças crónicas no futuro. Como a desnutrição, a obesidade ou a anemia.

A desnutrição infantil é uma condição de origem multicausal e complexa, com raízes na pobreza. Ela ocorre quando o organismo não recebe os nutrientes essenciais para o seu metabolismo adequado, seja devido à insuficiência na ingestão alimentar ou a dificuldades na utilização dos nutrientes consumidos. Assim, a desnutrição geralmente resulta de uma ingestão insuficiente de alimentos, associada, muitas vezes, a doenças que prejudicam a absorção ou a utilização dos nutrientes disponíveis (Monte, 2000 p.4). A obesidade é uma doença de múltiplas causas, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, o que afeta negativamente a expectativa e a qualidade de vida do indivíduo. Segundo a Organização Mundial da Saúde

(OMS 2015, p.5), a obesidade pode ser provocada por uma combinação de fatores, incluindo a alimentação, os fatores genéticos, os aspectos psicossociais e culturais, entre outros. Esta condição está associada a um maior risco de desenvolver doenças crónicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares. Estudos indicam que a alimentação de muitas crianças e adolescentes se tornou mais deficiente, com escassez de nutrientes essenciais e excesso de sódio, gorduras e açúcares (dos Santos, Júnior & da Silva, 2024).

A obesidade infantil é um problema global crescente: em 2013, 42 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade tinham excesso de peso em todo o mundo. Na Europa, este número chega a cerca de 14 milhões de crianças, com um aumento anual de 400.000 novos casos. Em Portugal, mais de 30% da população infantil apresenta excesso de peso. A OMS, que em 2002 identificou a obesidade como um dos dez principais fatores de risco para mortalidade, declarou em 2004 que esta condição se constituía como uma verdadeira epidemia do século XXI. Atualmente, o número de pessoas com excesso de peso é 2,5 vezes superior ao de pessoas subnutridas. No entanto, é importante destacar que nos países de rendimentos elevados tem ocorrido uma desaceleração no aumento da obesidade, o que não acontece em países de rendimentos mais baixos e médios, que enfrentam os dois extremos da malnutrição: a subnutrição e o excesso de peso (Camarinha, Graça & Nogueira, 2016).

A anemia é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma condição em que os níveis de hemoglobina no sangue estão abaixo do valor normal. Entre as várias causas da anemia, uma das mais prevalentes é a falta de um ou mais nutrientes essenciais, conhecida como anemia carencial (de Sousa, Martins & Frey, 2020). As anemias carenciais resultam da redução da concentração de hemoglobina no sangue, causada pela deficiência de ferro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina A, entre outros nutrientes. A deficiência de ferro é a principal causa de anemia carencial, ocorrendo quando há um desequilíbrio entre a quantidade de ferro disponível no organismo e as necessidades do corpo (Yamagishi et al, 2017)

A anemia ferropriva é o estágio que segue a deficiência de ferro no organismo, afetando a produção de glóbulos vermelhos. Este processo é progressivo e ocorre em três fases: primeiro, a depleção de ferro, que se traduz numa diminuição da ferritina sérica; depois, a deficiência de ferro, com a redução dos níveis de ferro sérico e da saturação da transferrina; e, finalmente, a anemia ferropriva, caracterizada pela diminuição da hemoglobina e sinais de microcitose e hipocromia (Queiroz & Torres, 2000; WHO, 2007; WHO, 2017).

Durante as fases iniciais da infância, entre os 6 meses e os 3 anos, a introdução de alimentos naturais e frescos, como frutas e legumes, é fundamental para o desenvolvimento da criança. A diversificação alimentar nesta fase deve priorizar alimentos ricos em nutrientes, evitando alimentos ultraprocessados e com excesso de açúcar e sal. A partir dos 4 anos, as crianças devem ser incentivadas a desenvolver autonomia, participando na preparação das refeições e aprendendo sobre a importância das escolhas alimentares saudáveis.

2. MODELOS TEÓRICOS DO CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A compreensão da estrutura da Enfermagem é fundamental para a integração de novos conhecimentos e para o progresso da disciplina como um todo. A evolução da Enfermagem envolve a análise das diversas dimensões que a constituem e a maneira como estas interagem, tendo em vista a profissão como uma área autorregulada e também como uma disciplina do saber. A dinâmica entre esses dois conceitos é essencial, pois ambos se alimentam mutuamente, impulsionando a prática e o desenvolvimento da Enfermagem (Nunes, 2018). A prática da Enfermagem está, portanto, ancorada numa base científica sólida, sustentada por estruturas teóricas que orientam a ação profissional, incluindo teorias e modelos conceituais que definem e guiam o cuidar na área (Nunes et al, 2018).

Dentro do campo da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, destaco dois modelos teóricos como orientadores principais deste projeto: o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que foca a promoção da saúde e prevenção de doenças através da participação ativa do paciente, e a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família de Anne Casey, que valoriza a centralidade da família no processo de cuidado e destaca a importância do envolvimento familiar nas decisões relacionadas à saúde da criança.

2.1 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

A utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde facilita a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e ajuda a orientar as soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas. Além disso, essas abordagens contribuem para a promoção do conhecimento, reflexão e tomada de decisões no processo de cuidado, aumentando as possibilidades de alcançar os objetivos estabelecidos, tanto na promoção da saúde como na prevenção de doenças.

Kim (2010 p,12) refere que a prática de enfermagem deve assentar não apenas no conhecimento científico, mas também em princípios normativos, éticos e estéticos, o que nos leva aos padrões de conhecimento em enfermagem. Esta sintetização foi iniciada por Barbara Carper (1978) e desenvolvida por outros pensadores ao longo do tempo.

A sua afirmação é relevante ao mostrar que o conhecimento científico não é suficiente para a prática do cuidar. Cuidar vai além do conhecimento empírico, pois beneficia e exige

conhecimentos e competências em áreas como a ética, o conhecimento pessoal, a estética (entendida como sensibilidade, intuição e técnica), o conhecimento sociopolítico (White, 2014), ambiental e emancipatório (Chinn & Kramer, 2011).

Kim (2010 p13) também afirma que o conhecimento em enfermagem é um conhecimento de síntese, que resulta da integração de diversos saberes, sendo possível graças à racionalidade prático-reflexiva que caracteriza a profissão.

No contexto da promoção da saúde, um dos modelos mais utilizados para orientar e fundamentar os cuidados de enfermagem é o desenvolvido por Nola Pender. Este modelo surge com o objetivo de integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis e aprofundando o processo biopsicossocial subjacente à motivação e adesão dos indivíduos aos comportamentos promotores de saúde (Victor et al., 2005). Pender defende que a promoção da saúde é uma competência essencial da enfermagem e deve ser oferecida a todos. Para a construção do seu modelo, pender apoiou-se em duas teorias psicológicas: a Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura e o Modelo de Avaliação das Expectativas da Motivação Humana de Feather (Victor et al., 2005).

O Modelo de Promoção da Saúde destaca quatro conceitos amplos e fundamentais: saúde, ambiente, pessoa e enfermagem. Embora esses conceitos não estejam diretamente representados no diagrama do modelo (Figura I), são essenciais para a sua compreensão e aplicação.

Saúde: é abordada nas esferas individual, familiar e comunitária, refletindo fatores como idade, raça e cultura. O termo "saúde" tem uma conotação positiva, entendendo-a não apenas como a ausência de doença, mas como a busca pelo bem-estar e pelo desenvolvimento de habilidades de autocuidado.

Ambiente: refere-se ao resultado das interações entre a pessoa e os recursos de saúde, sociais e económicos disponíveis.

Pessoa: é considerada como o agente ativo na adoção ou mudança dos comportamentos de saúde, sendo responsável pela sua própria trajetória em direção à saúde.

Enfermagem: é representada pelo enfermeiro, que desempenha um papel crucial nas intervenções que visam promover a adesão a comportamentos de saúde saudáveis.

De acordo com o trabalho de Pender, existem três componentes principais que interagem entre si quando os indivíduos buscam alcançar o estado de saúde desejado:

as características e experiências individuais, os sentimentos, crenças e conhecimentos sobre o comportamento desejado, e o resultado do comportamento (Victor et al., 2005 p.3).

Para uma melhor compreensão do Modelo de Promoção da Saúde, a seguir serão descritos brevemente esses componentes e as variáveis nas quais eles se subdividem.

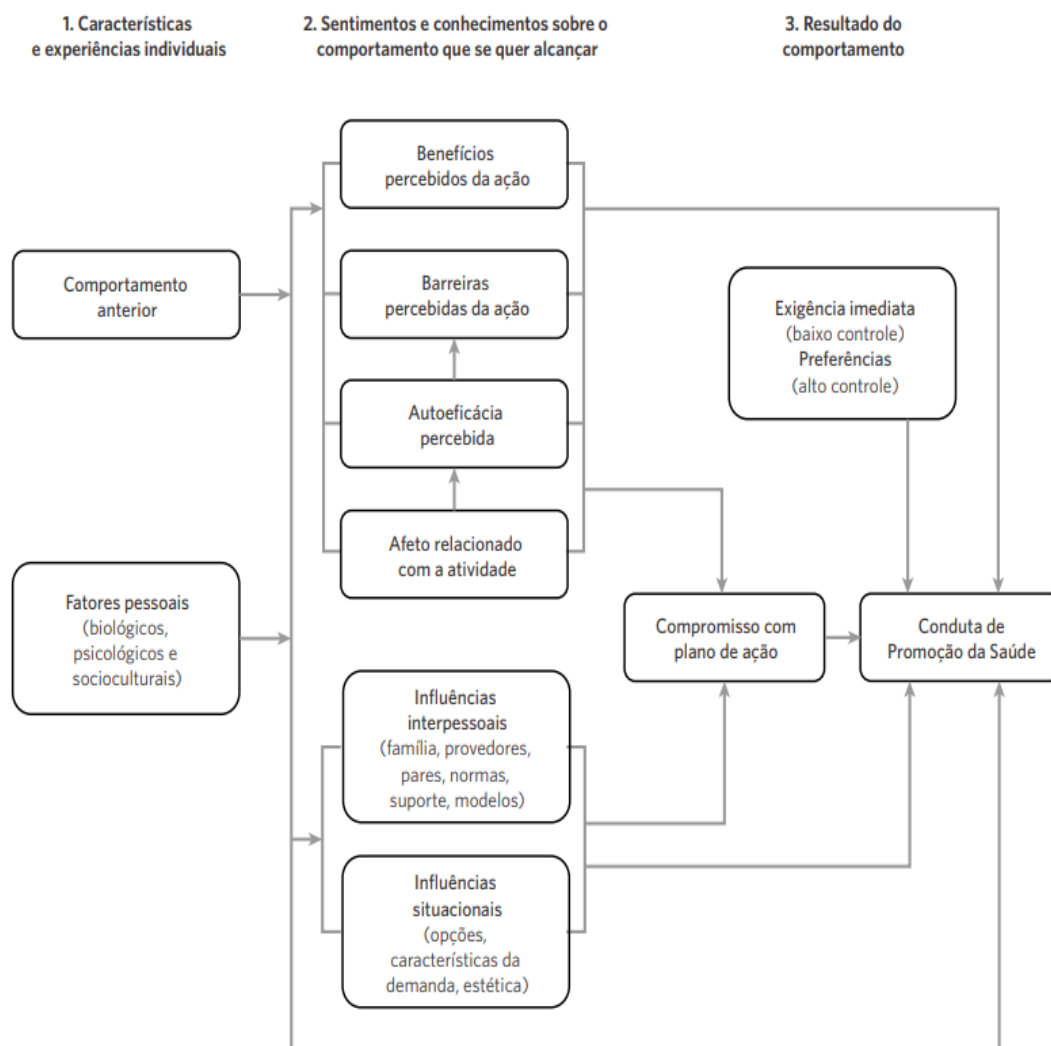


Figura I – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Pender, (Victor, 2005, p3).

O Modelo de Promoção da Saúde é composto por três grandes componentes, que estão representados graficamente no diagrama. Os componentes estão subdivididos em variáveis, que se apresentam da seguinte forma:

As características e experiências individuais correspondem aos antecedentes e vivências de uma pessoa, influenciando, de forma direta ou indireta, o seu comportamento. Estas incluem duas variáveis principais: o comportamento prévio e os fatores pessoais. O comportamento anterior refere-se aos hábitos da pessoa, que podem impactar a forma como ela percebe a possibilidade de adotar novos comportamentos de saúde. Já os fatores pessoais abrangem aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, como a idade, a motivação, o nível socioeconómico e o nível de educação, os quais influenciam fortemente a percepção que o indivíduo tem sobre a sua saúde e capacidades (Victor et al., 2005; p.3).

Quanto aos sentimentos, crenças e conhecimentos relacionados com o comportamento de saúde desejado, estes são particularmente relevantes para a Enfermagem, pois envolvem variáveis que podem ser modificadas através de intervenções. Entre essas variáveis, destacam-se a percepção dos benefícios, das barreiras e da autoeficácia para a ação; os sentimentos associados à atividade; as influências interpessoais e as influências situacionais. A percepção dos benefícios refere-se aos ganhos esperados pela pessoa com a mudança de comportamento. A percepção das barreiras está relacionada com os obstáculos e dificuldades antecipados ao longo do processo. Já a percepção de autoeficácia envolve a crença da pessoa nas suas próprias capacidades para realizar ações específicas. Os sentimentos ligados à atividade sublinham a importância das associações, tanto positivas como negativas, que a pessoa faz em relação a um determinado comportamento. Entretanto, o reforço positivo nas intervenções de promoção da saúde tem um papel relevante para a mudança de comportamento. As influências interpessoais referem-se ao impacto de outras pessoas e normas sociais, enquanto as influências situacionais dizem respeito ao ambiente físico e social que influencia o comportamento da pessoa (Victor et al., 2005; p.3).

Por fim, o resultado do comportamento engloba variáveis como o compromisso com o plano de ação, as exigências imediatas e preferências, e o comportamento de promoção da saúde. O compromisso com o plano de ação envolve as atitudes que permitem à pessoa manter o comportamento de saúde desejado. As exigências imediatas estão associadas a um controlo reduzido, enquanto as preferências pessoais estão mais relacionadas com um maior controlo sobre as ações de mudança de comportamento. O comportamento de promoção da saúde refere-se à ação de promoção de saúde que se pretende atingir como resultado da implementação do modelo (Victor et al., 2005; p.3).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender oferece, assim, uma abordagem abrangente e multidimensional do indivíduo e da família, identificando diversas variáveis que interagem entre si e influenciam as decisões e comportamentos voltados para a promoção da saúde.

O Modelo de Promoção da Saúde de Pender, como já foi mencionado, sublinha a interação entre diversos fatores internos e externos ao indivíduo, como as suas experiências pessoais, sentimentos, o ambiente e o contexto social. Estes fatores são essenciais para compreender o processo de tomada de decisão de uma pessoa. A prática de enfermagem, por conseguinte, deve envolver a avaliação dessas diversas dimensões, com o intuito de realizar intervenções planeadas e personalizadas, aumentar a autoeficácia do paciente, proporcionar apoio social e criar um ambiente propício à mudança. Este modelo oferece uma abordagem holística, que considera os aspetos físicos, sociais e emocionais do paciente, favorecendo, assim, a promoção da saúde.

Assim, é fundamental que os pais/ cuidadores estejam atentos às necessidades nutricionais em cada fase do crescimento infantil, optando por alimentos naturais e evitando os produtos industrializados, que podem prejudicar a saúde.

2.2. A FILOSOFIA DOS CUIDADOS CENTRADO NA FAMÍLIA E O MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY

“A evolução dos cuidados pediátricos reflete o avanço na compreensão do desenvolvimento infantil, além da crescente valorização e respeito pelas necessidades específicas das crianças em todas as suas dimensões” (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020, p.1-20).

Nesse contexto, destacam-se dois conceitos fundamentais: Cuidados centrados na família e a parceria de cuidados, que são vistos como pilares essenciais na prática da enfermagem pediátrica e uma referência para a excelência no cuidado à saúde infantil. "A filosofia dos cuidados centrados na família reconhece a família como um elemento constante na vida da criança...Assim, essa abordagem valoriza as necessidades de todos os membros familiares, tratando-os como o foco central dos cuidados de enfermagem (Hockenberry & Wilson, 2014, p1-20)".

Os cuidados centrados na família consideram o impacto da família na vida da criança em diferentes fases do seu desenvolvimento, ressaltando a importância do envolvimento ativo dos familiares nos cuidados (Apolinário, 2012; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). Além disso, enfatizam a singularidade de cada família, levando em conta sua história, cultura, estrutura e composição, bem como os objetivos e necessidades de apoio no cuidado da criança (Hockenberry & Wilson, 2014). Existem dois conceitos-chave que sustentam os cuidados centrados na família: capacitação e empoderamento. "Os profissionais capacitam as famílias criando oportunidades e meios para que todos os membros da família revelem suas habilidades e competências atuais, além de adquirirem novas, para atender às necessidades da criança e da família. O empoderamento descreve a interação entre os profissionais e as famílias, de forma que estas mantenham ou adquiram um senso de controle sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas resultantes de comportamentos de ajuda que promovem suas próprias forças, habilidades e ações" (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11)

De acordo com Apolinário (2012), a abordagem dos cuidados centrados na família permite que as suas forças e capacidades sejam reconhecidas, valorizadas e integradas no planeamento e prestação dos cuidados, transformando-os de observadores passivos para parceiros ativos no processo de tratamento, recebendo orientações e sendo treinados para participar. No entanto, a implementação da filosofia dos cuidados centrados na família representa um desafio contínuo para os profissionais e instituições de saúde. É necessária uma mudança de paradigma que

reconheça a família não apenas como beneficiária, mas também como parceira nos cuidados à criança. Isso exige uma transformação na atitude, nas crenças e no aperfeiçoamento das competências dos profissionais de saúde, permitindo-lhes trabalhar de forma colaborativa com as famílias, além de adaptar a organização e os recursos dentro das instituições e serviços de saúde (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A filosofia dos cuidados centrados na família encontra-se profundamente vinculada ao Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, que "reconhece e valoriza a importância da família para o bem-estar presente e futuro da criança" (Ferreira & Costa, 2016, p.57), considerando os pais como os principais prestadores de cuidados. Nesse contexto, "os enfermeiros devem ver os pais como membros ativos e participantes da equipa de saúde, beneficiando do seu conhecimento sobre a criança, capacitando-os e empoderando-os" (Monteiro & Cerqueira, 2020, p.33). O modelo de Anne Casey baseia-se em valores importantes como confiança, respeito, comunicação, empoderamento, negociação, partilha e flexibilidade. Esses elementos são fundamentais na esfera dos cuidados, onde enfermeiros e famílias colaboram para promover o melhor desenvolvimento da criança e a satisfação das suas necessidades (Ferreira & Costa, 2016; Monteiro & Cerqueira, 2020).

Para uma compreensão mais clara deste modelo, será apresentado o seu diagrama representativo (Figura II).

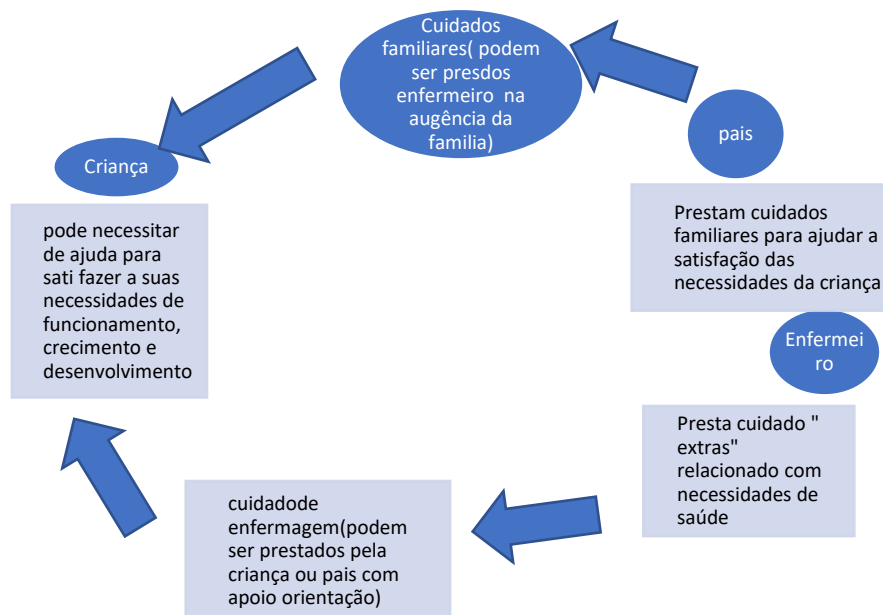


Figura II – Diagrama do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Adaptado de Casey, 1993.

Como ilustrado na Figura II, Casey apresenta uma abordagem de cuidados que distingue entre os conceitos de cuidados familiares e cuidados de enfermagem. Os cuidados familiares referem-se às tarefas cotidianas, como higiene e alimentação, que são geralmente prestadas pelos pais. Já os cuidados de enfermagem envolvem intervenções especializadas, focadas em atender a necessidades específicas relacionadas com a saúde da criança (Ferreira & Costa, 2016; Monteiro & Cerqueira, 2020). No entanto, o Modelo de Parceria de Cuidados propõe que não deve existir uma linha rígida entre estes dois tipos de cuidados. Existem situações em que, devido às necessidades da criança ou da família, o enfermeiro pode prestar cuidados familiares, e noutras, os pais, devidamente orientados e capacitados, podem fornecer cuidados de enfermagem à criança (Ferreira & Costa, 2016; Monteiro & Cerqueira, 2020).

Deste modo, a definição, negociação e avaliação dos papéis e da participação de cada um dos envolvidos no processo de enfermagem e no plano de cuidados da criança devem ser cuidadosamente considerados. Este processo não é rígido, mas sim dinâmico, e requer a validação das necessidades e desejos da criança e da família, bem como as suas limitações e os recursos disponíveis (Monteiro & Cerqueira, 2020). Embora estes modelos de cuidados sejam uma referência fundamental no contexto da saúde pediátrica, ainda existem desafios em sua implementação prática (Mendes & Martins, 2012; Monteiro & Cerqueira, 2020). É essencial que os enfermeiros, especialmente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), utilizem as suas competências especializadas, de acordo com o Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, para promover e implementar modelos de cuidados centrados na criança e na família. Estes devem trabalhar em colaboração com as famílias, independentemente do contexto em que a criança se encontra, com o objetivo de atender às suas necessidades e promover o seu bem-estar e saúde (Regulamento n.º 422/2018; Monteiro & Cerqueira, 2020).

Segundo a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família, destaca-se a importância de uma abordagem colaborativa e personalizada, em que a família é tratada como uma parceira ativa. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de capacitar as famílias para que estas possam oferecer os melhores cuidados possíveis à criança. A implementação eficaz destes modelos depende de uma adaptação das instituições de saúde, de uma mudança na mentalidade dos profissionais e do apoio contínuo às famílias.

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ALIMENTARES DO RECÉM-NASCIDO

A prestação de cuidados centrados no neurodesenvolvimento do recém-nascido pré-termo (RNPT) constitui uma prioridade na prática dos profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, uma vez que contribui de forma significativa para a otimização do desenvolvimento global do recém-nascido. Esta abordagem implica a adaptação dos cuidados às necessidades individuais do bebé, respeitando o seu nível de maturidade e promovendo um ambiente terapêutico adequado (Askin & Wilson, 2014; Altimier et al., 2015; Chora & Azougado, 2015).

O nascimento prematuro interrompe o desenvolvimento intrauterino, comprometendo a maturação cerebral e originando diversas dificuldades na adaptação ao meio extrauterino. Entre estas destacam-se a menor capacidade de resposta a estímulos, maior vulnerabilidade a lesões neurológicas, alterações no padrão de sono e diminuição da coordenação dos reflexos (Tamez, 2017; Cole, 2014). Apesar destas limitações, o RNPT apresenta capacidade de adaptação e desenvolvimento de competências, particularmente quando são implementadas intervenções precoces adequadas.

A estimulação oral precoce é recomendada em recém-nascidos fisiologicamente estáveis, uma vez que contribui para o desenvolvimento das competências alimentares. Mesmo em idades gestacionais inferiores a 26 semanas, os recetores de olfato e paladar encontram-se funcionais, sendo possível iniciar a preparação para a alimentação oral através da exposição ao leite materno, nomeadamente no contexto do contato pele a pele. Entre as 26 e as 28 semanas, pode ser iniciada a sucção não nutritiva (SNN), utilizando o dedo ou a chupeta (Askin & Wilson, 2014).

A aquisição de competências alimentares seguras e eficazes constitui um dos principais desafios na área da neonatologia (Crowe et al., 2016). A transição da alimentação por gavagem para a alimentação oral é um processo complexo, particularmente no RNPT, devido à imaturidade dos reflexos de sucção e deglutição, bem como à dificuldade de coordenação com a respiração e à diminuição do tônus muscular. As dificuldades alimentares representam um fator relevante na extensão do internamento hospitalar, sendo fundamental.

É essencial considerar também a maturidade neurocomportamental e os sinais de prontidão do recém-nascido, como o estado de alerta, o reflexo de procura e a capacidade de autorregulação (Gennattasio et al., 2015).

A avaliação das competências alimentares deve ser individualizada, exigindo dos profissionais a capacidade de interpretar os sinais comportamentais do bebé e identificar eventuais sinais de desorganização (Chrupcala et al., 2015).

A sucção não nutritiva constitui uma intervenção amplamente reconhecida, estando associada à melhoria da organização comportamental, redução da dor, estimulação gastrointestinal e facilitação da transição para a alimentação oral (Lau, 2016; Harding, 2009). Para além disso, contribui para a maturação neurocomportamental e estabilidade fisiológica do RNPT.

O conceito de Cuidados contingentes, descrito por Pickler (2004), arbitre-se à adaptação da utilização de instrumentos de avaliação, como a Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral (EFS-VM), permite uma análise estruturada das capacidades do recém-nascido, facilitando a tomada de decisão clínica e a individualização dos cuidados (Curado et al., 2017; Pados et al., 2016). Esta escala avalia dimensões como a organização oromotora, a coordenação sucção-deglutição-respiração e a estabilidade fisiológica.

Além disso, a utilização desta ferramenta promove o envolvimento dos pais na prestação de cuidados, contribuindo para uma abordagem centrada na família. A promoção do aleitamento materno é igualmente essencial, estando alinhada com as recomendações internacionais que defendem a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida (Zinoni et al., 2021).

A atuação do enfermeiro assume um papel fundamental neste contexto, sendo responsável pela avaliação, planeamento e implementação de intervenções que promovam uma alimentação segura e eficaz. A alimentação constitui uma intervenção autónoma de enfermagem, sendo o enfermeiro um elemento-chave na facilitação da transição para a alimentação oral.

Em suma, o desenvolvimento das competências alimentares no RNPT exige uma abordagem individualizada, centrada no neurodesenvolvimento e baseada na evidência científica.

A implementação de estratégias adequadas contribui para a melhoria dos resultados clínicos, redução do tempo de internamento e promoção do bem-estar do recém-nascido.

A promoção das competências alimentares no recém-nascido, particularmente no recém-nascido pré-termo, assume um papel fundamental no seu desenvolvimento e na sua estabilidade clínica. A alimentação oral não é apenas uma necessidade básica, mas também uma capacidade que o recém-nascido pode adquirir e aperfeiçoar após o nascimento, sendo influenciada pelo seu nível de maturidade e pelas intervenções realizadas pelos profissionais de saúde. Assim, torna-se essencial compreender de que forma o desenvolvimento destas competências contribui para a manutenção do equilíbrio fisiológico durante o processo de alimentação.

A estimulação oral precoce destaca-se como uma estratégia eficaz na promoção da autonomia alimentar. Quando realizada de forma adequada e em recém-nascidos com estabilidade clínica, esta intervenção favorece a maturação dos reflexos de sucção e deglutição, contribuindo para uma transição mais segura

A utilização de protocolos e orientações baseadas na evidência científica constitui uma mais-valia na prática clínica, uma vez que apoia os profissionais na avaliação das competências alimentares e na identificação do momento adequado para iniciar a alimentação oral. Estas ferramentas contribuem para uma maior uniformização dos cuidados, sem descuidar a necessidade de adaptação às características do recém-nascido.

Importa ainda salientar que a alimentação do recém-nascido é uma intervenção autónoma do enfermeiro, o que reforça a sua responsabilidade e relevância neste processo. O enfermeiro desempenha um papel essencial como facilitador da transição para a alimentação oral, através da observação contínua do recém-nascido, da interpretação dos seus sinais e da implementação de intervenções adequadas. Desta forma, contribui de forma decisiva para o sucesso da alimentação e para o bem-estar global do recém-nascido.

4.METODOLOGIA DE PROJECTO

O Processo de Enfermagem é considerado uma metodologia de trabalho que permite a progressão sistemática desde a identificação dos problemas até à sua resolução e/ou minimização na vida da pessoa e da família, através da implementação de intervenções individualizadas, especializadas e centradas na pessoa. Desta forma, contribui para a promoção de uma melhor qualidade de vida (Andrade, 2005, p.7).

Este instrumento metodológico da Enfermagem facilita, igualmente, a comunicação e a partilha de informação entre enfermeiros e outros profissionais de saúde, nos diferentes contextos de atuação, incluindo unidades, instituições, associações e serviços de apoio, promovendo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados (Andrade, 2005).

A metodologia que nos pareceu mais adequada, foi a Metodologia de Projeto.

A Metodologia de projeto tem enfoque num problema real identificado, através do Diagnóstico da Situação (Ferrito et al, 2010).

Neste estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o problema identificado foi uma má alimentação infantil que pode impedir o desenvolvimento adequado e pode ser causa de doenças (ex: má nutrição, obesidade e anemia) e a necessidade de implementação de estratégias e intervenções para a sua resolução (redução da falta de conhecimento de introdução dos alimentos, nesta faixa etária), a fim de instruir as crianças e os responsáveis.

4.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação constitui a primeira etapa da metodologia de projeto e corresponde à recolha e análise de informação sobre a realidade associada ao problema identificado. Esta fase permite fundamentar e justificar as atividades a implementar nos diferentes contextos, com o objetivo de responder às necessidades identificadas, contribuindo para a melhoria ou resolução do problema em estudo.

A elaboração do diagnóstico implica, igualmente, uma análise interpretativa do contexto social, económico e cultural em que o problema se insere, permitindo uma compreensão mais abrangente da situação e favorecendo a adequação das intervenções propostas à realidade existente (Ruivo et al., 2010).

4.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Os objetivos podem ser definidos de forma geral e específica, estabelecendo os resultados que se pretendem alcançar no final do projeto e orientando a sua planificação, de modo a garantir a concretização dos resultados esperados (Ferrito et al., 2010).

A partir deste objetivo geral, são delineados objetivos específicos, os quais devem ser claros, precisos, exequíveis e passíveis de avaliação, permitindo a monitorização dos resultados alcançados (Ferrito et al., 2010).

O projeto finaliza-se com a discussão pública do relatório de estágio.

O desenvolvimento deste projeto de intervenção, tem como:

4.2.1. Objetivo geral

Adquirir competências de mestre em enfermagem e competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em ESIP.

4.2.2. Objetivos específicos

1. Saber como é articulação de equipas de enfermagem na assistência a criança/jovem e sua família em cada contexto da prestação de cuidados.
2. Colaborar na intervenção do ESIP no que respeita à articulação e continuidade de cuidados à criança/jovem e sua família em cada contexto da prestação de cuidados.
3. Colaborar com a criança/jovem e sua família em cada contexto da prestação de cuidados no que concerne aos cuidados com a alimentação.
4. Desenvolver o projeto de intervenção nos vários contextos

4.3. PLANEAMENTO

O Planeamento “é a terceira fase do ciclo de vida do Projeto, em que é elaborado um plano detalhado do projeto cobrindo as várias vertentes da gestão: engenharia do software, calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade” (Miguel, 2006, p.20).

4.4. EXECUÇÃO

A etapa da Execução da Metodologia de Projeto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado.

Neste sentido, o que anteriormente era somente um real construído mentalmente, um “esboço de desejo”, começa a tornar-se numa situação real construída (Carvalho et al., 2001; Nogueira, 2005, p.23).

4.5. AVALIAÇÃO

Na avaliação de um Projeto, podem distinguir-se vários momentos. Nesse sentido, serão abordadas a avaliação intermédia/depuração, realizada em simultâneo com a execução do projeto, e a avaliação final do mesmo, com a avaliação do processo e produto do Projeto.

A avaliação como processo dinâmico implica a comparação entre os objetivos definidos inicialmente e os objetivos atingidos. Nesse sentido, a avaliação deve ser rigorosa (Nogueira, 2005, p.25).

4.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS (RELATÓRIO)

A metodologia de Trabalho de Projeto insere-se no movimento de educação progressista, associado ao pensamento de John Dewey. De acordo com estes autores, o mencionado movimento defende: (1) o experimentalismo; (2) o apelo ao interesse do estudante; (3) a preocupação de ligar a educação a objetivos pragmáticos e práticos e (4) o reconhecimento de diferenças individuais no ritmo de aprendizagem.

Desta forma, concluímos que a metodologia do trabalho de projeto consiste na “adoção de um conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos com vista a atingir os objetivos do projeto, A metodologia em apreço engloba três principais fases, nomeadamente a fase de estudos, a fase de planeamento e a fase de realização, (Schiefer et al 2006, p.30).

5. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

Durante o percurso académico e profissional narrado neste documento, pretende-se que sejam adquiridas e desenvolvidas competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do EEESIP e competências de Mestre. Iremos desenvolver uma análise sobre as referidas competências no decorrer do presente capítulo e relacioná-las com as atividades desenvolvidas durante o Estágio I e Estágio Final. Inicialmente serão tratadas as competências referidas que selecionados e devidamente planeados (Apêndice G).

As entidades públicas empresariais, são um modelo de organização que promove a gestão integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares agregando, numa só instituição, hospitais, centros hospitalares, centros de saúde e agrupamentos de centros de saúde de uma área geográfica. (Diário da República, 2023).

O presente decreto-lei procede, assim, à criação de novas, através da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os, adotando para isso o modelo de organização e funcionamento em termos previstos no Estatuto do SNS. Esta alteração visa a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde. Refira -se que o amadurecimento deste modelo organizativo permite que beneficiem de novos instrumentos de gestão, designadamente: i) uma estratificação pelo risco, que identifica que a distribuição da carga de doença na população; ii) sistemas de informação que potenciem a integração de cuidados, como o registo de saúde eletrónico único; iii) incentivos ao desempenho, financeiros e não financeiros, focados nos resultados e na criação de valor; e iv) modelos inovadores de prestação de cuidados, baseados em equipas que assumem compromissos centrados na resposta às pessoas, com destaque para as unidades de saúde familiar e as unidades de cuidados na comunidade, no âmbito dos cuidados primários, ou para área hospitalar, os centros de responsabilidade integrados. Acresce que a diversidade e complexidade desta nova vaga de exige um ajuste no que se refere aos seus órgãos de administração, cuja alteração igualmente se promove através do presente decreto-lei. Esta é uma das maiores reformas na organização do SNS desde a sua criação, designada mente com impacto nas administrações regionais de saúde e no aumento das competências e autonomia

das instituições, mantendo como uma das suas dimensões transversais a livre escolha pelo utente da instituição de saúde onde pretende ter resposta, devendo o sistema de financiamento acomodar esta vertente. (Diário República, 2023)

Às previstas no presente decreto-lei, que constituem unidades de saúde do SNS, integradas no setor empresarial do Estado, é aplicável o disposto no Estatuto do SNS.

Em tudo o que não se encontre especialmente previsto no presente decreto-lei aplica-se o disposto no Estatuto do SNS, nos respetivos regulamentos internos e na demais legislação aplicável ao setor público empresarial. Estão sujeitas à tutela dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde (Diário República, 2023)

De acordo com o documento orientador da UC “Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório”, a finalidade destas UC passa pela conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados ao RN, criança/jovem e à família através do desenvolvimento de competências.

De acordo com a temática da alimentação saudável, o objetivo definido para o desenvolvimento de competências especializadas foi promover a alimentação saudável nos diferentes contextos de cuidados. Durante o percurso de prática clínica desenvolvemos atividades que permitiram atingir o objetivo geral inicialmente proposto, salientando o papel do ESIP.

O local de estágio e as experiências serão expostas de acordo com a evolução do desenvolvimento infantil. Em primeiro lugar será abordado o estágio na Unidade, tendo como experiência nos cuidados de saúde primários e as intervenções com as crianças em idade pré-escolar (Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica).

Posteriormente, é feita uma reflexão às atividades desenvolvidas durante o Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório.

O Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica decorreu num local no Alto Alentejo no âmbito da Saúde Infantil e Pediátrica, durante este período, 15 de setembro a 30 de janeiro 2026, com a pausa letiva do dia 23 de dezembro ao dia 05 de janeiro de 2026, com total de duração 16 semanas de estágio.

5.1. ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Neste subcapítulo é feita uma reflexão das atividades desenvolvidas no Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O estágio decorreu num local no Alto Alentejo no âmbito da Saúde Infantil e Pediátrica, durante 8 semanas, de 22 de abril a 20 de junho de 2025.

Atualmente a equipa do local onde decorreu o estágio é constituída por uma equipa multidisciplinar representada por 8 enfermeiros, 8 médicos, 7 internos de medicina de formação específica em MGF e 6 administrativos. Esta tem na sua totalidade cerca de 13755 utentes.

O horário de atendimento do centro é, de segunda-feira a sexta-feira, das 8 horas às 20 horas e aos fins-de-semana e feriados das 8 horas às 14 horas.

No local onde decorreu o Estágio, existem uma diversidade de Programas e consultas específicas, disponibilizadas aos utentes, para além das consultas de vigilância de saúde global:

- ☐Planeamento Familiar;
- ☐Consultas de Saúde Materna;
- ☐Consultas de Rastreio do Colo do Útero;
- ☐Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, onde se efetua a promoção e atualização do Programa Nacional de Vacinação;
- ☐Consulta de Diabetes;
- ☐Consultas de Saúde do Adulto e do Idoso, onde se encontra inserida a consulta de Hipertensão Arterial;
- ☐Prestação de cuidados no Domicílio, através das visitas domiciliárias aos utentes com doença aguda ou crónica.

São disponibilizadas também consultas abertas, de forma a garantir resposta às necessidades dos seus utentes, preferencialmente pelo médico de família e/ou pelos enfermeiros de família.

Na sala de Tratamentos, efetuam-se diversos tipos de tratamento, desde tratamento de feridas traumáticas, cirúrgicas, úlceras, queimaduras e administração de injeções. Associada à

sala de tratamentos encontra-se o SO (Sala de Observação), onde são realizados inaloterapia, soroterapia, administração de terapêutica per os e/ou injetável, e é o local onde os utentes permanecem em casos que necessitem que de vigilância.

As atividades que vão ser realizadas e as aprendizagens descritas nos capítulos a seguir, refletem competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, assim como capacidade reflexiva para a tomada de decisão. O fio condutor deste percurso teve por base os objetivos previamente estabelecidos para o desenvolvimento das competências comuns, específicas do EEESIP e do Mestre definidas pela OE (2018, 2019).

Independentemente da área de especialização, os enfermeiros especialistas partilham competências comuns, sendo que o enfermeiro especialista demonstra competências que são aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde quer sejam de cuidados de saúde primários, secundários ou terciários (Diário da República, 2011a).

Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista define competências comuns como:

“Competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Diário da República, 2011a)

As competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se divididas por quatro domínios, sendo estes; **a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.**

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são duas:

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e responsabilidades profissionais (Diário da República, 2011a)

Cabe-nos referir que este domínio esteve sempre presente ao longo de todo o estágio e das atividades desenvolvidas, baseando a prática clínica no Código Deontológico da profissão, respeitando os direitos humanos e responsabilidades profissionais e tendo em conta os princípios éticos. Relembrando o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados

especializados de enfermagem da saúde da criança e do jovem, que pretendem promover uma reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional importa saber que a sua visão fomenta a equidade no acesso aos cuidados especializados numa perspetiva de promoção de saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, respeitando os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, abordagem holística, ética e culturalmente sensível indo de encontro ao que se pretende alcançar com estas competências (Diário da República, 2011b)

Garantimos que em todos os contactos estabelecidos com a criança e sua família foram desenvolvidas as competências inseridas neste domínio.

Ainda no campo ético e legal, elaboramos um trabalho sobre a Presença do consultório pediátrico, onde constou uma reflexão sobre semáforo de alimentação saudável, o tema e a importância do agir reflexivo em Enfermagem. Ainda sobre a realização deste trabalho, apresentamos uma comunicação livre (apêndice A).

Quanto ao domínio da melhoria da qualidade são apresentadas competências e relativamente ao Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Quanto à Saúde Escolar reforçamos a implementação da forma de intervenção de enfermagem sobre a Promoção da Alimentação Saudável e saúde oral, dirigido a crianças em idade pré-escolar com realização de teatros em diferentes jardins de infância.

Utilizámos o jogo como estratégia para, no contexto, indagar sobre o conhecimento das crianças relativo à roda dos alimentos e como podemos aplicar a roda dos alimentos no dia-a-dia. O jogo, consistiu em perceber se as crianças sabiam quais os alimentos que devem estar na lancheira individual e porquê. Foi um jogo simples, em que todas as crianças participaram com alegria, explicando como deve ser composta uma lancheira. Na qualidade de dinamizador do jogo, fiz a seguinte pergunta, “qual é a maior porção da roda dos alimentos entre Cereais, frutas, vegetais e a água?”. A partir dessa questão, verificamos que algumas das lancheiras das crianças, não cumpriam a composição.

O objetivo deste jogo foi demonstrar importância de alimentação saudável, desvantagem de consume excessivo de doces etc...

Neste jogo dos alimentos existem 53% de alimentos que podemos comer todos os dias e 14% tem o que deve ser consumido em festas.

Portanto esta avaliação segundo a enfermeira não devia ser assim, isso demonstra um avanço negativo, porque as crianças devem comer chocolate e doces só nas festas por isso, as lancheiras não devem conter nenhum doce nem chocolates.

Após o jogo, deixámos algumas orientações, para um lanche saudável, acerca do conteúdo adequado de uma lancheira: deve ter um pão, fruta, leite ou iogurte que não contenham chocolate, e água. Aproveitámos para enfatizar a importância da ingestão de água ao longo do dia, para o bom funcionamento do organismo.

As atividades de gestão, coordenação e supervisão desenvolvidas ao longo do estágio permitiram o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados. No Alto Alentejo evidenciamos uma prestação de cuidados responsável e integrada no seio da equipa multidisciplinar, bem como otimizamos os diferentes recursos às necessidades de cada utente. A enfermeira tutora assumiu o papel de responsável de turno e colaboramos nalgumas atividades inerentes à gestão do serviço. É necessário gerir e distribuir os cuidados pela equipa de enfermagem, assim como as tarefas das assistentes operacionais, gerir os diferentes materiais e equipamentos necessários ao funcionamento do serviço e assegurar condições de conforto e segurança na unidade.

Relativamente à experiência de cuidados na comunidade, apontamos a evolução na capacidade de liderança e gestão dos recursos para a execução do referido projeto de intervenção. Foi notória a diferença de desempenho no estágio, onde assumimos claramente a tomada de decisão sobre as atividades a desenvolver, bem como os recursos e estratégias a utilizar. Temos o cronograma/execução que se encontra no (apêndice F), feito para acompanhamento ou orientação do início até ao fim do percurso.

Referindo à experiência no estágio, asseguramos a qualidade dos cuidados prestados nesta instituição, como a real articulação existente entre os diferentes profissionais que constituem a equipa multiprofissional evidenciando-se a tomada de decisões conjunta.

Transversal a todos os contextos de estágio destacamos o método de cuidados de enfermeira responsável que se traduz em cuidados individualizados e holísticos, trazendo ganhos para os destinatários dos mesmos. O enfermeiro tem uma visão global dos utentes e toma decisões tendo em conta a totalidade da pessoa e não só partes da mesma.

No que respeita ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram notórios o autoconhecimento e a assertividade perante situações de especial complexidade

emocional, onde destacamos o estabelecimento da relação profissional e a capacidade de resolução de conflitos.

Referindo à competência da prática clínica especializada baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento foi garantida ao longo de todo o estágio através da demonstração de conhecimentos válidos e atuais e no contributo para produzir novo conhecimento para o desenvolvimento das práticas da enfermagem sobre o aleitamento materno e sua relação com a alimentação saudável infantil e a colaboração na continuidade do projeto existente.

Realizei um poster sobre alimentação saudável para ser exposto na ULS Alentejo Central, dirigido a pais e crianças, com o objetivo de promover hábitos alimentares equilibrados de forma simples, educativa e apelativa com o tema **Comer melhor para viver mais...como? (apêndice B).**

No poster incluí informação baseada na Roda dos Alimentos, explicando os diferentes grupos alimentares e a importância de consumir alimentos de todos os grupos nas quantidades adequadas. Destaquei que a base da alimentação deve ser constituída por cereais e derivados, hortícolas e fruta, reforçando também a importância da água como bebida principal ao longo do dia.

Além disso, apresentei o conceito do Prato em T, como forma prática de organizar as refeições principais:

Metade do prato composta por legumes e hortícolas, um quarto destinado a proteínas (carne, peixe, ovos ou leguminosas) e um quarto reservado a hidratos de carbono (arroz, massa, batata ou cereais integrais)

O poster foi elaborado com cores chamativas, imagens ilustrativas e linguagem acessível, para facilitar a compreensão das crianças e incentivar os pais a reforçarem estes hábitos em casa.

Com este trabalho, procurei contribuir para a educação alimentar e promoção da saúde, incentivando escolhas mais equilibradas e conscientes no dia a dia das famílias. **(Apêndice B)**

5.2. ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA COM RELATÓRIO

O Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório, decorre em três serviços Pediátricos da mesma ULS: no Serviço de Internamento Pediátrico, no Serviço de Urgências Pediátricas e na Unidade de Neonatologia.

O local de estágio e as experiências serão expostos de acordo com o seu desenvolvimento, segundo a passagem nos três serviços. Em primeiro lugar será abordado o estágio na Unidade hospitalar, onde se prestam cuidados de saúde e intervenções a crianças em idade diferente, ou seja, no Internamento Pediátrico, a que se seguiu a Urgência Pediátrica e, finalmente, o Serviço de Neonatologia. Foi feito um Resumo de cronograma (Apêndice J).

5.2.1. Serviço De Internamento De Pediatria De Um Hospital A Sul Do Tejo

Iniciei o meu percurso formativo num Internamento de Pediatria, entre 15 de setembro de 2025 e 24 de outubro de 2025, de um Hospital do Alentejo Central. O Serviço de Pediatria é composto por: Internamento de Pediatria Geral; Hospital de dia; Cirurgia de Ambulatório; Maternidade sector de Recém-nascidos; Unidade de Neonatologia; Consulta Externa de Pediatria; Urgência de Pediatria e Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), Telemedicina e Pediatria Social (HESE,2026)

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:

5.2.1.1. Objetivo geral:

Adquirir competências de mestre em enfermagem e competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em ESIP.

5.2.1.2. Objetivos específicos:

- Saber como é articulação de equipas de enfermagem na assistência a criança/jovem e sua família no Internamento de Pediatria;
- Desenvolver o projeto de intervenção no Internamento de Pediatria.

O Internamento de Pediatria presta assistência a criança jovem até aos 17 anos e 365 dias de idade. A área de influência do serviço ultrapassa o distrito, abrangendo também algumas franjas dos distritos limítrofes. Na área neonatal o serviço também recebe recém-nascidos de outros Hospitais, sendo a unidade de referência da região Alentejo, desde abril de 2001.

O Internamento de Pediatria conta também com uma unidade de Cirurgia Pediátrica de referência para todo Alentejo. O Internamento de Pediatria tem, para além da atividade assistencial, ações de formação, ensino, investigação e de intervenção na comunidade, desempenhando também os seus membros diversos cargos de responsabilidade dentro e fora do Hospital na área da Saúde Infantil e Juvenil.

Neste setor trabalha uma equipa fixa constituída por pediatras, cirurgião pediátrico, enfermeiros, assistente técnica, educadora infância, assistentes operacionais, assistente social, psicólogo e pedopsiquiatra.

O Internamento de Pediatria tem uma lotação de 15 camas distribuídas por: 6 quartos sendo 1 de isolamento, 1 quarto com 3 camas de hospital dia e 1 quarto com 3 camas de cirurgia de ambulatório. No mesmo espaço existem também, uma sala de tratamentos, uma sala de atividades lúdicas, uma sala de espera, o gabinete medico, o gabinete de enfermagem e o gabinete de diretor do serviço. São internadas crianças e jovens com idade compreendida como referimos atrás, com patologia do foro médico, cirúrgico, ortopédico, otorrinolaringológico, oftalmológico, estomatológico e dermatológico.

O serviço incentiva os pais/acompanhantes a permanecem junto das crianças/jovens 24h por dia.

O Hospital de Dia contribui para a melhoria da humanização do serviço, permite encurtar e evitar muitos internamentos em regime convencional, o que se reflete no serviço de pediatria pelos ganhos em humanização e no bem-estar das crianças.

As crianças e jovens internados que necessitam de cirurgia de ambulatório por período curta, não superior a 24 horas, nas especialidades de cirurgia, de ortopedia, de oftalmologia e otorrino.

O serviço dispõe de um sistema de segurança, pelo que são colocados em todas as crianças internadas pulseiras eletrónicas, que são controlados por um sistema informático, que sinaliza qualquer movimento da criança fora do perímetro delimitado, ativando o sistema de emergência.

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 365 dias com as mais variadas patologias (agudas e crónicas). Encontra-se localizado dentro de 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.

Este capítulo apresenta uma reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do percurso académico e profissional descrito no relatório. A análise incide sobre três áreas fundamentais.

Ao longo do estágio, cada atividade realizada contribuiu para o reforço e evolução destas competências. Assim, o capítulo procura estabelecer uma relação direta entre as experiências práticas vivenciadas e os domínios de competência exigidos, evidenciando o crescimento profissional e académico alcançado.

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. 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 de 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 à cirurgia. Quando 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.

Ao longo do estágio foram consultados e analisados os procedimentos, manuais, protocolos e folhetos informativos em vigor no internamento. Estes documentos proporcionaram-me uma base sólida de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de competências no âmbito de uma prática de enfermagem especializada.

Durante o estágio acompanhei o percurso de hospitalização de crianças/jovens e famílias, desde o acolhimento até ao momento da alta. O momento do acolhimento ou da primeira interação com a criança e a família deve permitir o estabelecimento de relações com a equipa de saúde, através da confiança, da valorização, do conhecimento, dos pais e da criança e da promoção dos seus direitos (Hockenberry & Barrera, 2014). Foi possível acompanhar e colaborar com a EE na prestação de cuidados, aplicar os conhecimentos teóricos na prática, adequando ao nível de desenvolvimento e às necessidades da criança e família, promovendo a sua adaptação à hospitalização.

Ao longo deste contexto prestei cuidados aos bebés, crianças, jovens e suas famílias, sempre com o intuito de estabelecer uma relação de confiança, através de uma postura assertiva, empática e uma comunicação efetiva, fornecendo informações precisas e adequadas sobre os cuidados, para promover a participação dos pais ou pessoas significativas nos cuidados. Desenvolvi intervenções de enfermagem com base num planeamento realizado em cooperação com os pais, sendo acordado qual a melhor altura para realizar determinado procedimento, a melhor forma de intervir e de realizar esses mesmos procedimentos. Era frequente o internamento de crianças e jovens com doenças crónicas, pelo que, para além de existir confiança com determinados elementos da equipa, a família conhece as estratégias adequadas utilizadas anteriormente, dado o seu historial de internamento e de gestão da ansiedade e medo, como a utilização do telemóvel com vídeos ou jogos preferidos da criança utilizados como distração para a realização de procedimentos, como a colheita de sangue.

As intervenções foram realizadas num modelo de parceria de cuidados com base na negociação com a criança e família, tendo em conta as preferências e experiências prévias de ambos com vista à promoção do controlo e segurança.

Por exemplo, a experiência da dor varia de acordo com as vivências prévias e o estágio de desenvolvimento da criança, contudo devemos adotar intervenções de prevenção e controlo da mesma (prevenção primária). Em idade pediátrica, o medo altera a capacidade da criança para enfrentar as situações diferentes e adversas. É perentório atender à gestão do medo enquanto

intervenção de enfermagem, com o intuito de minimizar e evitar as repercussões negativas no desenvolvimento da criança decorrentes dos medos vivenciados durante os procedimentos (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

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.

O estágio foi realizado num período em que existem muitos bebés internados com diferentes diagnósticos de bronquiolite, Cólica renal, Queimadura, Hemorragia pos-cirurgia, Apendicectomia, Onfalite, Perda de peso, Amigdalites, Pneumotórax, Gastroenterites e Hepatite etc... Muitos desses bebés são amamentados e por um período podem ter de 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 realizada uma explicação sobre este diagnóstico para as mães com a minha presença.

Em relação à problemática do meu projeto, consegui cuidar de um lactente com dificuldades na alimentação/ amamentação, que apresentava como diagnóstico Bronquiolite.

Conseguimos não só encontrar estratégias promotoras das competências alimentares, mas também envolver a família nos cuidados, em particular a mãe, estabelecendo uma parceria de cuidados em todo este processo.

O EE deve acompanhar a família nas etapas de transição alimentar e em todos marcos do desenvolvimento da criança, para que em parceria sejam implementadas estratégias adequadas às necessidades apresentadas pela criança e família. Este momento de intervenção concedeu-me a oportunidade de trabalhar com a família e com a criança, na adoção de comportamentos potenciadores de saúde através da adequação das competências parentais e de transmitir orientações antecipatórias para a maximização do desenvolvimento infantil (OE, 2018).

Dentro das intervenções realizadas, destaco os ensinamentos realizados relativos ao posicionamento durante a alimentação, foram pedidas tetinas mais adequadas e reforçados ensinamentos relativos às manobras de desengasamento.

Relativamente ao objetivo, saber como é articulação de equipas de enfermagem na assistência a criança/jovem e sua família em cada contexto da prestação de cuidados, observei

a EE no estabelecimento de uma comunicação efetiva, iniciando a conversa com a sua apresentação, permitindo o início de uma relação de confiança.

Prestei cuidados a uma criança de 4 anos com diagnóstico de **miosite associada a gripe**, que apresentava dores musculares, cansaço, febre e alguma dificuldade na mobilidade devido ao desconforto muscular.

Durante a prestação de cuidados, tive como principais objetivos o **alívio dos sintomas, promoção do conforto e vigilância do estado clínico** da criança.

Procurei sempre adaptar a minha abordagem à faixa etária, utilizando uma linguagem simples, tom de voz calmo e atitudes de proximidade, para que a criança se sentisse segura e compreendida.

No final dos cuidados, a criança demonstrou carinho e gratidão oferecendo-me um desenho, que se encontra em Apêndice (**Apêndice C**).

Este gesto foi muito significativo para mim, pois refletiu a confiança estabelecida e a importância do cuidado humanizado na prática clínica.

Um dos direitos da criança hospitalizada é a presença dos pais ou seus cuidadores informais. Neste internamento, todas as crianças têm o direito à presença permanente de um dos cuidadores, o que diminui também os efeitos da hospitalização e o impacto no desenvolvimento das crianças. Esta prática vai ao encontro dos Direitos da Criança, artigo 9º, que refere que a criança não pode ser separada dos pais se não for essa a sua vontade (UNICEF, 2019, p.11) e da Carta da Criança Hospitalizada, que refere que a criança tem direito a ter sempre os seus pais, ou substituto, junto a si, independentemente da sua idade ou estado de saúde artigo 2º (IAC, 2009, p.13).

5.2.2. Urgência Pediátrica De Um Hospital A Sul Do Tejo

Este foi o segundo, mas não menos importante, contexto de estágio, que teve duração de 6 semanas, começando a 27 de outubro de 2025 e terminando a 05 de dezembro de 2025.

O serviço de Urgência Pediátrica atende crianças doentes urgentes e emergentes, desde o nascimento até aos 17 anos e 365 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:

5.2.2.1. Objetivo geral:

Adquirir competências de mestre em enfermagem e competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em ESIP.

5.2.2.2. Objetivos específicos:

- Colaborar na intervenção do ESIP no que respeita à articulação e continuidade à a criança/jovem e sua família na Urgência Pediátrica;
- Desenvolver o projeto de intervenção na Urgência Pediátrica.

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

O serviço de Urgência Pediátrica é um serviço funcional num espaço próprio e dispõe de duas unidades de internamento de curta duração (UICD), uma com três camas, uma com duas camas que habitualmente serve utentes respiratórios, sala de tratamento, duas salas de espera, três gabinete médicos e um de enfermagem e uma sala de triagem.

A criação da Urgência Pediátrica contribui para um melhor atendimento ao utente pediátrico e sua família e uma melhoria evidente na humanização do serviço de um hospital.

A Urgência Pediátrica tem uma equipa constituída por Médicos Especialistas de Pediatria, Internos da Especialidade, Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeiros e Técnicos Auxiliares de Saúde. Sempre que necessário, contacta com apoio da Psicóloga do Serviço e da Assistente Social, Pedopsiquiatra e Dietista.

Na Urgência Pediátrica, o enfermeiro realiza uma triagem para analisar (ou verificar sinais vitais e anamnese) a gravidade de situação de utente para determinar a prioridade de atendimento da criança ou jovem por causa do tempo de espera.

A sala de triagem é o local onde a criança/jovem/família é primeiramente observada pela enfermeira. Neste espaço privilegia-se a comunicação e valorizam-se as dúvidas e os medos dos pais, assim como, das crianças/jovens.

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 apresentado pela criança, assim aguardam pela chamada aos balcões médicos na sala de espera, ou dentro do serviço deitadas numa maca ou sentadas. 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, 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 são acompanhadas pelos profissionais de saúde, com a indicação que se ocorrer alguma modificação no estado da criança até à chamada ao balcão médico, deverá avisar de imediato o enfermeiro.

Durante o estágio foi possível acompanhar a enfermeira orientadora na triagem, sala de tratamentos e UICD. Na triagem, é estabelecido o primeiro contato com o cliente e família, respondendo prontamente à necessidade de cuidados.

O enfermeiro necessita ter formação no programa informático, em específico no Sistema de Triagem de Manchester (DGS, 2018).

Durante a experiência na triagem, tive oportunidade de observar a prática da EE na realização da Triagem de Manchester e prestei cuidados imediatos, quando eram necessários, como por exemplo, em situações de febre ou dor. Neste caso a minha intervenção passou por fornecer informação aos pais sobre sinais e sintomas de agravamento, além da recomendação de retorno à triagem durante o tempo de espera, se sentissem necessidade, por não existir melhoria da situação.

A passagem pela sala de tratamentos foi fundamental para a realização de intervenções de suporte educativo, nomeadamente na administração de inaladores com a câmara expansora, lavagem nasal e prevenção de infeções urinárias. Desta forma, era fornecida informação através de uma comunicação adequada, primeiramente com a demonstração da técnica em conjunto,

posteriormente com o treino em conjunto e supervisão. O ensino, a instrução e o treino da família, indo ao encontro das necessidades identificadas no SUP, foi uma das atividades que desenvolvi durante o estágio, essenciais para a alta médica.

Foi minha preocupação ao longo do estágio no SUP, o desenvolvimento de competências de comunicação com a criança de acordo com a sua idade, desenvolvimento e cultura e de acordo com a literacia da família. A comunicação eficaz, permite a exposição aberta e confiante das preocupações por parte dos pais, crianças e jovens, tornando-se fundamental para a prestação de cuidados. Procurei reconhecer e compreender as experiências pessoais, facilitar a expressão de sentimentos, fornecer apoio, mostrar disponibilidade e ajustar expectativas orientando os pais para a realidade.

A ida à urgência é um momento stressante para a criança, jovem e sua família.

Esta experiência complexa e muitas vezes inesperada pode ser traumática, independentemente da idade da criança ou do jovem. As respostas emocionais, tal como a ansiedade, medo (da dor, da separação dos pais, da hospitalização), choro, fuga, podem ser exacerbadas pelo ambiente desconhecido, desconfortável e ameaçador, com a perspetiva de vir a sofrer procedimentos dolorosos e a perda de controlo da autonomia. A intervenção do EESIP ao longo da prestação de cuidados deve ser sempre centrada na criança e na família, trabalhando em parceria com o objetivo de atingir o mais elevado nível de saúde possível (OE, 2018).

Desta forma, é fundamental que os enfermeiros tenham conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e quais os medos característicos nas diferentes faixas etárias, só assim é possível planear intervenções para a gestão dos medos (Karlsson, Rydstrom, Enskar & Englund, 2014, p.29; Sanders, 2014, p.28).

A UICD destina-se a internamento de curta duração (até 24 horas). Neste período, e considerando a evolução clínica da criança/jovem poderá ter alta clínica, ser transferido para o internamento ou para hospital. Na UICD as crianças/jovens internados devem ter apenas um acompanhante.

Durante abordagem, o utente tem direito de dar o seu consentimento, antes de qualquer ato médico ou participação em investigação ou ensino clínico. O utente tem direito de ser informado acerca dos atos clínicos, que lhe serão aplicados, respeitando assim o seu direito legal e ética de decidir o que considere melhor para si, à luz dos seus valores, crenças e interesses pessoais, envolvendo-o e partilhando a responsabilidade na sua saúde. Desta forma,

todas as situações de procedimentos cirúrgicos, atos anestésicos, procedimentos de risco, participação em projetos de investigação, deverão ter sempre o consentimento informado e esclarecido por parte do doente. Deve ser informado e esclarecido pelo médico, a fim de dar o seu consentimento. Em caso de menores de 14 anos, o consentimento informado deverá ser dado pelo responsável legais.

Durante o período de estágio, neste contexto, houve ainda 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, Atrofia muscular espinhal, vômitos e diarreia, suspeita de gravidez, entre outros.

Enquanto profissionais de saúde, somos frequentemente levados a refletir sobre as diferentes situações que enfrentamos no nosso dia-a-dia. No entanto, existem algumas que nos fazem questionar, com especial preocupação, como é possível que ainda ocorram com tanta frequência no século XXI. Onde estaremos a falhar — como pessoas, como sociedade, como cultura e como profissionais?

Casos como o aumento das crises de ansiedade nas crianças e jovens, bem como as situações de violência física nas escolas, são exemplos particularmente preocupantes. Neles, vemos menores privados dos seus direitos fundamentais, da segurança que lhes é devida e da possibilidade de viverem plenamente a sua infância, com alegria e tranquilidade.

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 tive também 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, 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, construí um poster informativo sobre alimentação saudável para afixar para os pais que demonstrassem interesse, sendo possível manter a continuidade da modelo teórica Nola Pender. (**Apêndice D**).

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.

5.2.3. Unidade De Neonatologia 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 da neonatologia era aquele que, para mim, tinha a maior especificidade e desconhecimento enquanto profissional de saúde. Enquanto profissional de saúde, nunca prestei cuidados de enfermagem em alguns contextos no serviço da neonatologia e apenas tenho 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.

Posso por isso dizer, que iniciei uma experiência pelo desconhecido no dia 09 de dezembro que durou até ao dia 30 de janeiro de 2026, perfazendo o total de 6 semanas, com uma pausa letiva de 23 a 05 de janeiro de 2026.

Este serviço encontra-se estruturado em três unidades: unidade de cuidados intensivos neonatais, com ocupação de três incubadores; Unidade cuidado do internamento com 5 incubadoras; a unidade dos berços para bebés com pré-alta, com possibilidade de colocar 2 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, as enfermeiras 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:

5.2.3.1. Objetivo geral:

Adquirir competências de mestre em enfermagem e competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em ESIP.

5.2.3.2. Objetivo específicos:

1. Colaborar com a criança/jovem e sua família na Unidade de Neonatologia no que concerne aos cuidados com a alimentação.
- 2.Desenvolver o projeto de intervenção na Unidade de Neonatologia

Começamos por salientar que durante todo o estágio, o serviço encontrou-se com ocupação muito elevada, vários neonatos a necessitar dos mais variados e específicos cuidados de saúde e um serviço que teve de se adaptar para receber alguns bebés com diferentes diagnósticos: Miastenia graves, prematuros, dificuldade alimentar, sepsis neonatal, entre outros. Toda esta adaptação necessária no serviço, mostrou ser um desafio para a equipa multidisciplinar, que continuou a receber neonatos, com os mais variados diagnósticos. Enquanto estudante e futuro EESIP 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 diretamente do bloco de partos, do serviço de urgências ou até mesmo transferidos de outros hospitais.

Na unidade de cuidados intensivos neonatais 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.

Na unidade de cuidados intensivos neonatais os pais, 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 pela enfermeira do turno da manhã e administrados consoante a dosagem e hora prescritas. Uma grande parte das enfermeiras deste serviço, possui formação em aleitamento materno, 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, elaborei um folheto para os pais com base nas necessidades sentidas pelo serviço e/ou profissionais de saúde no âmbito do projeto sobre a diversificação alimentar o tema importância de amamentação, visto ser o método de alimentação predominante neste tipo de serviço onde estão internados recém-nascidos (Apêndice E).

Perante tal facto, 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.

A prestação de cuidados aos bebés/família é baseada no programa NIDCAP sobre o qual elaboramos a pesquisa bibliográfica por desconhecermos a sua fundamentação. A diminuição do ruído gerado na sala é bastante valorizada 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. Tudo isso como eu não posso parar, fiz um Reflexão sobre o meu Estágio na Unidade de Neonatologia que podemos encontrar no (Apêndice I).

Os RN que provêm diretamente do bloco de partos, quando possível são esperados pela equipa da neonatologia 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 ajam 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. Os polvinhos são um brinquedo terapêutico concebido para bebés prematuros ou recém-nascidos.

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

A Unidade de Neonatologia é um serviço tão especial devido algumas coisas mais marcantes, a pois a alta dos pais eles trazem flores e fazem visitas para os profissionais junto com bebé na unidade, devido respeito tratamento e carinhos que receberam durante internamento e outra coisa é colaboração com equipa da enfermagem sobre qualquer acontecimento com os pais para sensibilizar e informar.

Concluindo, é essencial promover o desenvolvimento das competências alimentares e compreender como estas permitem ajudar o RN a atingir ou manter a sua estabilidade ao nível da alimentação oral, uma vez que esta é uma das competências que o RN pode adquirir ou desenvolver após o seu nascimento.

A estimulação oral precoce está comprovada como uma intervenção eficaz para a aquisição de autonomia alimentar. A existência de protocolos ou *guidelines* que orientam a prática parece ser uma mais-valia para auxiliar a avaliação das competências do RN e, por conseguinte, permitir a obtenção da prontidão alimentar e da alta precoce. Salvaguarda-se que a alimentação é uma intervenção autónoma do enfermeiro, pelo que podemos ter uma função facilitadora no momento de transição para a alimentação oral.

Foi possível junto das EESIP intervir quanto ao posicionamento mais adequado para a alimentação, na avaliação e identificação dos sinais de prontidão alimentar, na escolha da técnica de alimentação oral mais adequada para o desenvolvimento das competências alimentares e incentivar a participação da família relativamente a todas estas questões.

Nas UCIN tem havido a uma mudança de cultura para a promoção de cuidados holísticos e neuroprotetores, nomeadamente através de programas como o NIDCAP, cujo principal foco consiste na implementação de cuidados para o desenvolvimento. Este programa pretende a criação de um plano individual de cuidados individualizados para o RN, através de medidas que vão influenciar o seu desenvolvimento e que contribuem para o seu bem-estar, como o ambiente envolvente, a estimulação tátil e sensorial, o método canguru, a contenção do RN, a diminuição da luminosidade e do ruído.

O Modelo Neonatal de Cuidados Centrados no Neurodesenvolvimento (Altimier & Phillips, 2013, 2016) tem por base sete medidas neuroprotetoras centradas nos cuidados para o desenvolvimento, sendo elas o **ambiente terapêutico, parceria com as famílias, posicionamento e manipulação, minimização do stress e da dor, proteção da pele, proteção do sono e otimização da nutrição.**

Este modelo de cuidados para o desenvolvimento do RN esteve presente durante o estágio, através da negociação de cuidados com a família, onde tentei combinar com os pais a melhor altura para os ensinos do banho ou para a realização do método de canguru. Outras atividades implementadas na Unidade de Neonatologia passam pela promoção da amamentação, orientações antecipatórias para prevenção de acidentes em casa, demonstração das manobras de engasgamento, da promoção de cuidados para o desenvolvimento e do reforço da importância do sono.

Na Unidade de Neonatologia senti ainda necessidade de refletir sobre uma situação de cuidados relacionada com a promoção da parentalidade e esperança.

Nesta situação foi possível acompanhar uma família de gémeos RN de pré-termo, uma situação de cuidados centrados em enfermagem para aplicar o modelo de neurodesenvolvimento.

6. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

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) (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).

As atividades realizadas e as aprendizagens descritas nos capítulos anteriores, refletem competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, assim como capacidade reflexiva para a tomada de decisão.

Na busca e desejo de atingir elevados padrões de conhecimento e sustentar a prática clínica em evidência científica atualizada desenvolvemos o último domínio de competências comuns do Enfermeiro Especialista. Além das atividades desenvolvidas em estágio, também contribuíram para estas competências a frequência e aprovação das diferentes unidades curriculares, como também as diferentes formações pertinentes neste contexto (Diário da República, 2011a).

6.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Durante o meu estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em contexto de cuidados de saúde primários e em diferentes unidades, tive a oportunidade de aprofundar o tema da alimentação saudável, reconhecendo a sua importância na promoção da saúde e na prevenção de doenças crónicas.

A educação para a saúde alimentar é uma componente essencial do trabalho do enfermeiro especialista, especialmente numa população cada vez mais exposta a estilos de vida pouco saudáveis.

6.1.1. desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

No exercício da minha prática, apliquei os princípios éticos e profissionais, respeitando sempre a individualidade e as escolhas dos utentes, promovendo intervenções ajustadas às suas

realidades culturais, sociais e económicas. Ao abordar temas relacionados com a alimentação, tive o cuidado de respeitar os direitos dos utentes e de os envolver ativamente no processo de mudança de comportamentos. Desenvolvi uma prática profissional e ética em todas as atividades realizadas, durante o estágio em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, mantendo uma conduta ética exemplar, respeitando a confidencialidade e a dignidade dos utentes. Nas consultas de enfermagem, observava-se o cuidado na forma como cada utente era escutado e orientado, adaptando à abordagem à sua realidade e promovendo mudanças alimentares progressivas, sem julgamento. Aprendi a importância de manter uma atitude profissional e empática, respeitando os princípios da ética em todos os contextos.

No internamento pediátrico, há aplicação rigorosa de princípios éticos na prestação de cuidados, respeitando a dignidade, privacidade e autonomia da criança e da família, através da garantia do consentimento informado adaptado à idade e capacidade de compreensão e da promoção do respeito pelas diferenças culturais e crenças familiares durante os cuidados.

Desde a admissão na urgência pediátrica, desenvolvi uma prática profissional sustentada em princípios éticos, deontológicos e legais, promovendo o respeito pela dignidade, singularidade e direitos da criança/jovem, bem como o envolvimento ativo da família como parceira nos cuidados.

Na triagem, realizei uma avaliação clínica integral, considerando não apenas os sinais e sintomas físicos, mas também os aspetos emocionais e contextuais da criança e dos seus cuidadores, reconhecendo o impacto da situação de urgência no equilíbrio familiar. Utilizei a comunicação terapêutica como instrumento fundamental para promover a confiança, reduzir a ansiedade e facilitar a adesão aos cuidados, particularmente nas situações que culminaram em internamento.

Na admissão do recém-nascido na unidade de neonatologia, desenvolvi uma prática profissional ética, consciente e responsável, orientada pelos princípios deontológicos da enfermagem e pelo respeito absoluto pelos direitos humanos do recém-nascido, enquanto sujeito de cuidados, ainda que sem capacidade de autodeterminação.

Procurei garantir a dignidade, privacidade e segurança do recém-nascido em todas as intervenções, promovendo simultaneamente o envolvimento ativo dos pais enquanto principais cuidadores e decisores. A informação clínica, quando necessário, foi transmitida de forma clara,

adequada e empática, favorecendo a participação da família no processo de cuidados e reforçando a parentalidade desde os primeiros momentos de internamento.

6.1.2. promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais, foram demonstrados Nas sessões de saúde escolar, realizadas em diferentes jardins de infância e escolas do 1.º ciclo (do segundo ao sexto ano), em que o conteúdo das sessões foi adaptado ao nível de compreensão de cada grupo. As crianças foram envolvidas de forma lúdica através de um teatro educativo sobre a importância da higiene oral, que foi complementado com conversas sobre alimentos saudáveis e prejudiciais aos dentes. Estas ações respeitaram o ritmo e as necessidades das crianças, promovendo a saúde de forma inclusiva e participativa.

No serviço do internamento, foi mantida a defesa do direito da criança a um ambiente acolhedor, seguro e adequado ao seu desenvolvimento, assim como a facilitação da permanência dos pais/acompanhantes, garantindo o vínculo afetivo e participação ativa no plano de cuidados.

Foi também aplicada a Carta da Criança Hospitalizada no planeamento diário da assistência.

Para além disso, a reflexão contínua sobre a minha prática permitiu-me identificar oportunidades de melhoria e contribuir para a consolidação de uma cultura de qualidade, segurança e responsabilidade profissional, alinhada com os objetivos estratégicos da instituição e com o papel do Enfermeiro Especialista como dinamizador da excelência dos cuidados

6.1.3. desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Consegui, com ajuda da Enfermeira Orientadora, dinamizar as sessões educativas com as escolas e jardins, integrando-me nas estratégias da unidade para promover saúde desde a infância. A dinamização destas iniciativas mostra como o enfermeiro especialista deve contribuir para a concretização dos planos estratégicos institucionais em cuidados de saúde primários.

6.1.4. concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

Em todas as sessões e consultas nos Cuidados de Saúde Primários: participei nas atividades e no programa também, no esforço da equipa para recolher feedback e adaptar os conteúdos das atividades futuras. Entretanto após as sessões sobre alimentação e higiene oral, houve partilha de opiniões com professores e educadores, de forma a melhorar futuras intervenções. Este compromisso com a avaliação e evolução contínua dos cuidados prestados é uma das bases da prática de qualidade.

No internamento a identificação de necessidades na gestão da dor pediátrica e colaboração na sistematização do uso de escalas de dor adequadas a diferentes faixas etárias.

Contribuí também para a aplicação de estratégias de humanização na preparação para procedimentos invasivos (ex.: uso de brinquedo terapêutico e técnicas de distração).

Ao longo do estágio, envolvi-me ativamente em processos de melhoria contínua da qualidade, através da observação crítica da prática, da identificação de situações passíveis de otimização e da adequação das intervenções às necessidades individuais do recém-nascido.

Particular atenção foi dada à prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, à gestão da dor e do desconforto neonatal, à promoção do contacto pele a pele e ao incentivo ao aleitamento materno, enquanto estratégias fundamentais para a melhoria dos resultados em saúde neonatal.

6.1.5. cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

A nível do Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tanto nas consultas como nas escolas, foi sempre criado um ambiente onde os utentes e as crianças se sentiam confortáveis e à vontade para fazer perguntas e participar. Em contexto escolar, a utilização de jogos, histórias e o teatro foi essencial para que os mais pequenos aprendessem de forma divertida e segura. Este tipo de ambiente facilita a comunicação e torna a aprendizagem mais eficaz.

No Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório, no Internamento de Pediatria, foi mantida a Implementação de medidas de prevenção de quedas pediátricas e de controlo de infeção (higiene das mãos, isolamento protetor/respiratório) e a vigilância rigorosa das condições de segurança dos equipamentos (bombas infusoras, camas pediátricas, grades laterais).

Para além disso, contribuí para a monitorização contínua de sinais vitais, terapêutica e reação a intervenções clínicas.

A criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro foi também uma das minhas principais preocupações no contexto da Urgência Pediátrica. Procurei adaptar os cuidados às diferentes faixas etárias e níveis de desenvolvimento, implementando intervenções que minimizassem o sofrimento físico e emocional da criança/jovem.

Privilegiei estratégias de controlo da dor, do medo e da ansiedade, recorrendo a intervenções farmacológicas e não farmacológicas, bem como à promoção da presença dos pais ou cuidadores, reconhecendo a família como elemento central na estabilidade emocional da criança, sobretudo durante procedimentos invasivos e na transição para o internamento.

A criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro foi uma preocupação constante na minha prática na Unidade de Neonatologia. Procurei reduzir estímulos nocivos, como o excesso de ruído e luminosidade, promover a estabilidade térmica e respeitar os princípios da manipulação mínima e do cuidado centrado no desenvolvimento.

Implementei intervenções que favoreceram o conforto, a autorregulação e o bem-estar do recém-nascido, reconhecendo que a qualidade do ambiente influencia diretamente o seu desenvolvimento neurológico e emocional.

6.1.6. gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

Participei na gestão dos cuidados e articulação com a equipa multiprofissional. A articulação entre os professores, educadores, auxiliares e até os pais revelou a importância da coordenação entre diferentes profissionais para alcançar resultados positivos. A colaboração com a enfermeira orientadora assumiu um papel central na organização das atividades, mas também soube trabalhar em equipa, promovendo a colaboração e o envolvimento de todos, no Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

No que respeita ao Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório, o estágio na Urgência Pediátrica permitiu-me desenvolver competências avançadas na gestão dos cuidados de enfermagem, com especial enfoque na priorização clínica, gestão do tempo e utilização eficiente dos recursos humanos e materiais disponíveis.

A articulação com a equipa multiprofissional revelou-se essencial para garantir uma abordagem integrada e coerente, sobretudo em situações de maior gravidade clínica. Na transição para o Internamento de Pediatria, assegurei uma passagem de informação estruturada e fundamentada, promovendo a continuidade dos cuidados e reduzindo o risco de eventos adversos.

No Internamento de Pediatria a articulação com médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes operacionais e dietista para assegurar continuidade e coerência nos cuidados e a priorização dos cuidados diários segundo o grau de complexidade clínica e necessidades das famílias

No contexto da Unidade de Neonatologia, desenvolvi competências na gestão dos cuidados de enfermagem, organizando e priorizando intervenções de acordo com o estado clínico e as necessidades do recém-nascido.

A articulação com a equipa multiprofissional foi essencial para garantir uma abordagem integrada e coerente, envolvendo médicos, enfermeiros, terapeutas e outros profissionais. Esta colaboração revelou-se particularmente importante em situações de maior complexidade clínica e na preparação da alta, assegurando a continuidade dos cuidados após a saída da unidade.

6.1.7. adapta à liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

No Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, percebi a adaptação da liderança e gestão dos recursos ao contexto, observando como a liderança da enfermeira foi adaptada ao ambiente escolar e clínico, sabendo quando conduzir a ação e quando permitir que outros elementos assumissem um papel ativo. Com a colaboração da enfermeira fizemos uma gestão de tempo, materiais educativos e até à organização das sessões em função do número de crianças foram bem planeadas, assegurando a eficiência e a qualidade das intervenções.

No Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório, com orientação da minha tutora percebi como devo organizar das tarefas nos turnos, assegurando a distribuição adequada da carga de trabalho.

No contexto exigente da Urgência Pediátrica, desenvolvi competências de liderança clínica, procurando adaptar o meu estilo de liderança às diferentes situações e aos níveis de experiência dos elementos da equipa.

O estágio permitiu-me também desenvolver competências de liderança clínica, adequando a gestão dos recursos humanos e materiais às exigências do contexto e às necessidades do recém-nascido e da família.

O desenvolvimento do autoconhecimento, da assertividade e da capacidade de reflexão crítica possibilitou-me uma atuação progressivamente mais segura e autónoma, reconhecendo limites, identificando necessidades de melhoria e consolidando a minha identidade profissional enquanto futuro Enfermeiro Especialista.

6.1.8. desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

A participação nas atividades referidas anteriormente, permitiu-me desenvolver maior autoconfiança e consciência das minhas capacidades, especialmente na interação com crianças e na comunicação com diferentes profissionais. A observação da postura assertiva das enfermeiras motivou-me a melhorar a minha própria forma de intervir, respeitando sempre os outros e expressando-me com clareza.

Desenvolvi a autoavaliação contínua das intervenções realizadas, identificando pontos fortes e áreas a desenvolver.

Desenvolvi também comunicação assertiva com equipa e família em situações de tensão, como recusa de terapêutica ou ansiedade dos pais.

A minha praxis clínica especializada foi sustentada em conhecimento científico sólido e atualizado, integrando *guidelines* nacionais e internacionais, evidência científica e protocolos institucionais na avaliação, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados.

A tomada de decisão clínica, desde a triagem até ao internamento, baseou-se num raciocínio clínico estruturado, permitindo-me identificar precocemente situações de risco, intervir de forma adequada e avaliar continuamente a resposta da criança/jovem às intervenções realizadas.

A minha praxis clínica no Internamento de Neonatologia foi sustentada em padrões sólidos e válidos de conhecimento científico, integrando evidência atual, recomendações clínicas e protocolos institucionais.

A tomada de decisão clínica foi baseada num raciocínio clínico estruturado, desde a admissão até à alta do recém-nascido, permitindo ajustar continuamente os cuidados às respostas clínicas e às necessidades em constante evolução.

6.1.9. baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Todo o acompanhamento da prática foi sustentado em conhecimento atualizado, evidenciado pela utilização de folhetos informativos baseados em evidência científica e pela constante preocupação com a qualidade dos cuidados prestados o que garantiu uma intervenção fundamentada e segura.

O Estágio foi uma experiência muito enriquecedora, onde pude integrar teoria e prática, observando como se promovem hábitos saudáveis desde a infância e em diversos contextos da saúde primária. A atuação das enfermeiras, tanto no centro como nas escolas, foi para mim um modelo de como as competências do enfermeiro especialista se aplicam no dia a dia, com impacto direto na saúde da comunidade.

Aprofundei conhecimentos e apliquei *guidelines* pediátricas (ATLS pediátrico, PALS, controlo da dor, alimentação infantil, terapêutica IV).

Os meus conhecimentos atuais permitem a justificação fundamentada das intervenções, como: Escolha adequada do calibre do cateter periférico, Uso de soluções hidratantes específicas, Seleção da escala de avaliação da dor conforme a idade.

No âmbito das competências específicas, prestei cuidados especializados à criança/jovem e à sua família, promovendo a maximização da saúde, a adaptação à situação de doença aguda e à hospitalização, bem como a continuidade dos cuidados.

Planeei e executei cuidados ajustados às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento, considerando os aspetos físicos, emocionais, cognitivos e sociais da criança e do jovem, assim como o impacto da situação de urgência e do internamento no sistema familiar.

No âmbito das competências específicas, prestei cuidados especializados ao recém-nascido e à sua família, promovendo a maximização da saúde, a adaptação à hospitalização e o fortalecimento das competências parentais.

Os cuidados foram planeados de acordo com as necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento, respeitando as particularidades fisiológicas, neurológicas e emocionais do recém-nascido. A preparação da alta constituiu um momento central da intervenção, capacitando os pais para a continuidade dos cuidados no domicílio, promovendo a segurança, a confiança e a autonomia parental.

6.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL

A especialidade de Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, engloba a prestação de cuidados desde o nascimento até aos 18 anos, podendo a idade ser alargada para os 21 anos em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência (Diário da República, 2011b).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa,...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (Diário da República, 2011b, p. 8653).

Nesta área de especialização o enfermeiro deve deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência bem como avaliar a família e responder às suas necessidades, tendo em consideração o alvo dos seus cuidados como um binómio criança e família, com vista à sua adaptação às mudanças de saúde e dinâmica familiar (Diário da República, 2011b).

Relativamente às competências específicas do EEESIP, neste âmbito assumimos que adquirimos e desenvolvemos capacidades no âmbito das competências:

No que respeita aos cuidados de saúde primários, na competência assiste à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde destacamos essencialmente a execução do projeto de intervenção e as atividades realizadas com e para a crianças em idade pré-escolar. Intervimos em programas no âmbito da saúde escolar, tendo em conta a participação e motivação das crianças para assumir o seu papel para aquisição de hábitos de vida saudáveis. As consultas de

Saúde Infantil e Juvenil foram igualmente uma oportunidade para trabalhar com as crianças/adolescentes e suas famílias no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, assim como da avaliação de conhecimentos e comportamentos relativos à sua própria saúde. A competência foi igualmente desenvolvida com a execução do projeto de intervenção com o objetivo de promover a alimentação saudável, e consequentemente promover o crescimento e o desenvolvimento infantil. As atividades desenvolvidas ao longo do estágio expressam naturalmente o desempenho manifestado quanto aos conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças pré-escolares; à avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e na transmissão de orientações antecipatórias às famílias, maximizando o potencial de desenvolvimento infanto-juvenil. Para este aspeto também contribuíram as consultas de saúde infantil e juvenil realizadas. Os adolescentes representam uma franja da idade pediátrica e a promoção da sua auto-estima e auto-determinação foram desenvolvidas durante as consultas de saúde infantil e juvenil e nas sessões para a saúde realizadas com os temas da Alimentação saudável, da sexualidade e do bullying. Realçamos a comunicação estabelecida com as diferentes crianças, onde fizemos jogos de semáforos, com seguintes cores: verde, amarela e vermelho, em que cada criança pode escolher um destes alimentos dizendo a que grupo pertence (Cereais, Frutos, Vegetais e Água) (Apêndice A).

Portanto fizemos este jogo para saber qual é o conhecimento que a criança tem na alimentação saudável, quais são os que devem ser usados todos os momentos, os que devem ser usados por uma vez por dia e os uma vez por semana ou as festas. A maioria das crianças sabe relacionar este jogo do semáforo com o seu conhecimento e algumas não, têm dificuldades a relacionar os alimentos.

Numa das consultas realizadas neste estágio foram inicialmente identificadas as necessidades parentais relativamente à alimentação e negociado com os pais estratégias para a promoção da amamentação eficaz, nomeadamente através da identificação dos sinais de fome e do posicionamento do RN para a amamentação.

Numa segunda consulta, essa família já se encontrava mais confiante nos cuidados ao filho. O EEESIP através da promoção da amamentação, demonstra competências para favorecer a maximização da vinculação pais/RN (OE, 2018).

No internamento e no SUP as intervenções encontram-se ao nível da prevenção secundária e são dirigidas a crianças e às suas famílias em situação de doença que frequentemente

envolvem a necessidade de hospitalização (Neuman & Fawcett, 2011). Na hospitalização da criança/jovem existem inúmeros stressores que vão ter impacto no equilíbrio do sistema cliente/família. Nestes dois contextos anteriores destaco como stressores extrapessoais a separação e afastamento da família, e como stressores interpessoais, os procedimentos dolorosos e a comunicação entre os profissionais de saúde.

Desta forma, cabe ao EE a implementação de intervenções para diminuir o impacto destes stressores, através da promoção da adaptação dos pais à doença e hospitalização, fornecer e validar a informação sobre a situação clínica e negociar a sua participação nos cuidados para promover a parentalidade durante a hospitalização (OE, 2018; OE, 2015b)

6.2.1. assiste à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Assistência à criança e à família na maximização da saúde
As consultas bem como as atividades escolares, mostraram como o enfermeiro especialista atua não só com a criança, mas também com a família, orientando e esclarecendo dúvidas sobre nutrição infantil, lanches escolares, prevenção da cárie dentária e saúde oral. A inclusão da família é essencial para o sucesso das mudanças nos hábitos de vida, considero por isso, ter atingido esta competência.

No internamento tudo isto começa com avaliação global da criança: estado geral, dor, nutrição, hidratação, desenvolvimento psicomotor, capacidade de coping.

Sempre feita sensibilização durante altas à família sobre sinais de alarme, técnicas de posicionamento, administração da medicação no domicílio e forma de proceder.

O que nunca falta é apoio emocional aos pais durante momentos de internamentos longos ou diagnósticos recentes.

Exemplos de intervenções: Ensino sobre cuidados respiratórios (aspiração nasal, gestão do aerossol). Orientação sobre terapêutica antibiótica oral após alta. Apoio a famílias de crianças com doenças crónicas (asma, diabetes, epilepsia).

6.2.2. presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

As sessões realizadas em diferentes níveis de ensino (Do jardim de infância ao 6º ano) a enfermeira mostrou-me a forma de adaptar os conteúdos e metodologias consoante o nível de desenvolvimento da criança. Com os mais novos, usaram-se histórias e teatro; com os mais

velhos, conversas e jogos interativos. Eu atingi esta competência ao adaptar conteúdos e metodologias específicas para cada um, na sua faixa etária.

Em Internamento de Pediatria, a utilização de técnicas de distração adaptadas à idade (ex.: contenção terapêutica suave, distração, brincadeira terapêutica).

Realização de cuidados especializados, como: Colheitas sanguíneas e obtenção de acesso venoso periférico pediátrico, Administração de terapêutica endovenosa, oral e inalatória, Monitorização de glicemia capilar, Preparação e vigilância pós-operatória, Cuidados a crianças com patologias respiratórias, gastrointestinais, infecciosas e cirúrgicas. Com todos estes procedimentos sempre eles usam técnicas de distração.

6.2.3. intervenção no apoio ao desenvolvimento e bem-estar emocional

Criação de ambiente lúdico durante os cuidados para redução de ansiedade.

Inclusão da família como elemento ativo do processo terapêutico, oferecimentos de autocolantes e canção, tudo isto é um processo de distração da dor para as crianças.

6.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Referente ao Ministério da Educação, o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro regulamenta o regime jurídico dos graus e diplomas do Ensino Superior e refere quais as competências necessárias para conferir o grau de Mestre (Diário da República, 2016).

Nesse sentido, no artigo 15º são declarados os elementos que o candidato deve demonstrar para lhe ser conferido o grau de mestre e neste percurso foram vários os conhecimentos, habilidades, experiências, atividades que contribuíram para o seu alcance.

Em primeiro lugar, o grau de mestre é conferido a quem demonstre possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que desenvolva e aprofunde os conhecimentos na licenciatura e que permitam e constituam a base de desenvolvimentos ou aplicações originais, em muitos casos de investigação (Diário da República, 2016). Esta competência foi desenvolvida ao longo do percurso do estágio, do primeiro ano e de segundo semestre do mestrado com perfil profissional, onde evidenciamos um crescimento e diferenciação pessoais e profissionais. Evoluímos em relação aos conhecimentos obtidos no 1º ciclo de estudos e obtivemos contributos para desenvolver capacidades no domínio de investigação, visíveis nos trabalhos elaborados até este momento.

Quanto a saber aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas em novas situações em contextos alargados foi atingido pelo facto de termos contactado com novas realidades na maioria das unidades curriculares e também no local do estágio (Diário da República, 2016). Foram mobilizados conhecimentos e atitudes que permitiram desenvolver a capacidade de resolução de problemas até agora desconhecidos, nomeadamente no âmbito da alimentação saudável.

Para a aquisição da terceira competência, demonstramos capacidade para incorporar conhecimentos, lidar com questões complexas, emitir juízos em situações de pouca informação, assim como reflexões sobre as implicações éticas e sociais (Diário da República, 2016). Neste aspeto revelamos o desenvolvimento da reflexão crítica e análise perante a tomada de decisões e suas consequências, tendo como âncora os princípios éticos e sociais que baseiam a prática clínica. Esta competência encontra-se relacionada com as competências comuns do Enfermeiro Especialista, (onde são enaltecidas as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal) (Diário da República, 2011a) e o código deontológico do enfermeiro, que declara que o profissional tem a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade e deve responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega (Diário da República, 2015a).

Referente à comunicação das conclusões obtidas de forma clara e precisa resta-nos aguardar pela etapa final deste caminho.

Relativamente às competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma, cabe-nos afirmar que desenvolvemos capacidades de exercer a prática clínica especializada sob a mais atualizada evidência e obtivemos contributos que nos permitirão perpetuar esse caminho.

Foram imensas as oportunidades que permitiram adquirir e desenvolver competências de EESIP e de Mestre e é com segurança e satisfação que afirmamos que não desperdiçamos nenhuma delas e foi com sucesso que atingimos o culminar da formação especializada.

De forma geral, este estágio permitiu-me ver como a alimentação saudável pode ser trabalhada de forma prática, adaptada e eficaz em vários contextos da saúde primária e não só. A atuação da enfermeira foi para mim um exemplo claro das competências que um enfermeiro especialista deve possuir: ética, conhecimento, capacidade de liderança e uma abordagem centrada na pessoa.

Na base destas competências faz, com que pensei refletir sobre os Cuidados de Saúde e sobre alimentação em Gabú (Guiné-Bissau) e em Évora (Portugal) (apêndice H).

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. °63, 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.

Este percurso formativo evidencia o desenvolvimento de competências EEESIP através da capacidade de adaptação nos diferentes contextos de cuidado, com aumento progressivo da exigência, o que me permitiu a prática de intervenções de enfermagem nos vários níveis de prevenção ao cliente e família, maximizando o seu potencial de desenvolvimento e saúde.

7.CONCLUSÃO

O estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica constituiu uma experiência formativa essencial para o desenvolvimento das minhas competências como futuro Enfermeiro Especialista, permitindo integrar teoria e prática em múltiplos contextos clínicos, desde consultas de saúde infantil e juvenil, internamento pediátrico, urgência, até unidades de cuidados intensivos neonatais. A intervenção do enfermeiro especialista revelou-se fundamental na promoção de uma alimentação saudável, na educação das famílias e na maximização do desenvolvimento físico, cognitivo e emocional das crianças e jovens.

Durante o percurso, foi possível aplicar modelos teóricos, como o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família de Anne Casey, consolidando uma prática ética, individualizada, baseada em evidência científica e centrada na criança e na família. A participação ativa da família, capacitada e empoderada, mostrou-se determinante para a eficácia das intervenções e para a continuidade dos cuidados em diferentes contextos pediátricos.

O estágio permitiu desenvolver competências essenciais do Enfermeiro Especialista, como prática profissional ética, liderança, articulação multiprofissional, criação de ambientes terapêuticos seguros, comunicação assertiva e reflexão crítica. Foi também uma oportunidade de fortalecer a autonomia, o autoconhecimento e a assertividade, aplicando conhecimento atualizado em situações práticas complexas.

Em síntese, esta experiência evidenciou que a atuação centrada na criança e na família, sustentada em princípios éticos, científicos e de qualidade, é determinante para a promoção da saúde, prevenção de doenças e melhoria contínua da prática clínica. O estágio consolidou a minha identidade profissional, preparando-me para futuros desafios e reafirmando o papel do Enfermeiro Especialista como agente de excelência na saúde infantil e pediátrica.

8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Andrade (2005). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas [Project methodology: descriptive collection of stages]. Percursos.
- Andrade, J.S; Vieira, M.J: (2005) *Prática assistencial de enfermagem:problemas, perspectivas e necessidade de sistematização*.
- Apolinário, A. (2012). Cuidados centrados na família: Contributos para a prática de enfermagem pediátrica. <https://doi.org/10.12707/RIII11145>
- Askin, D. F., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. Incommence suck feeds in preterm infants: effects on time to establish full oral
- Camarinha, B., Graça, P., & Nogueira, P. J. (2016). A Prevalência de Pré-Obesidade/Obesidade nas Crianças do Ensino Pré-Escolar e Escolar na Autarquia de Vila Nova de Gaia, Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 31–40. <https://doi.org/10.20344/amp.6688>
- Carvalho *et al.*,nogueira (2001,2005). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas [Project methodology: descriptive collection of stages]. Percursos.
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Cuidados Centrados na Família. In A L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Teoria integrada e desenvolvimento do conhecimento na enfermagem* (8ª ed.). Mosby Elsevier.
- Chora, M. A., & Azougado, M. C. (2015). Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(5), 85–94. <https://doi.org/10.12707/RIV14068>

Chrupcala, E., Fucile, S., & Gisela, E. G. (2015). Avaliação das habilidades alimentares em bebês prematuros: considerações clínicas e comportamentais. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000015>

Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2012). *Aleitamento materno: Recomendações*. Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Crowe, L., Chang, A., & Wallace, K. (2016). Avaliação instrumental da alimentação em bebês prematuros: uma revisão sistemática. *Medicina do Desenvolvimento e Neurologia Infantil*, 58(11), 1157–1164. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13125>

Crowe, L., Chang, A., & Wallace, K. (2016). Instruments for assessing readiness to doi: 10.1002/14651858.CD005586.pub3

Curado, M. A., Marôco, J., Vasconcellos, M., Gouveia, R., & Thoyre, S. (2017). Adaptação da escala de competências alimentares. *Revista de Enfermagem Referência*.

De Sousa, K. C. G., Martins, L. K. P., & Frey, J. A. (2020). Uma análise reflexiva sobre a anemia ferropriva na infância. *Revista Acadêmica Online*, 6(32), e776-e776. <https://doi:10.36238-QUALIS B>

Diário da República (DR) 2023, A ULS as segura no decreto lei número 102/2023 integração dos hospitais e centros hospitalares existentes ihch. dr. acedida em [Decreto-Lei n.º 102/2023 | DR - Diário da República](#)

Diário da República (DR)2008 art.3º Missões e atribuições ma. acedida em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/103-2008-127427>

Diário da República (DR)2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista rcee.dr. acedida em [Regulamento n.º 122/2011 | DR](#)

Diário da República (DR)2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. rceeeescj. acedida em [Regulamento n.º 123/2011, de 18 de fevereiro](#)

Diário da República (DR)2013 art.2º Natureza jurídica. nj. acedida em <https://diariodarepublica.pt/dr/home>

Diário da República, (DR)2016 competências necessárias para conferir o grau de Mestre Artigo 15.º Grau de mestre, acedida em Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/176-2016-75319449>

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). *Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/23729>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos: Linhas de orientação para profissionais e educadores*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>

Do Enfermeiro, R. D. C. E. (2009). *Ordem dos enfermeiros*. Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-11606887912>

Dos Santos, A. R., Júnior, M. P., & da Silva, L. F. (2024). Hábitos alimentares em crianças e adolescentes e os seus impactos na saúde. *Revista Internacional de Nutrição*, 12(3), 101–115. <https://doi.org/10.5678/rin.2024.12345>

Ferrito, (2010). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas [Project methodology: descriptive collection of stages]. *Percursos*, 15, 1–37.

Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, A. (2010). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas [Project methodology: descriptive collection of stages]. *Percursos*, 15, 1–37.

Fucile, S., Gisel, E., McFarland, D., & Lau, C. (2011). Intervenções de estimulação oral. *Medicina do Desenvolvimento e Neurologia Infantil*.

Gelfer, P., McCarthy, L., & Spruill, C. (2015). Práticas de alimentação na UTI neonatal. *Diário de Enfermagem Perinatal*.

Gennattasio, A., Perri, R., & Baranek, G. (2015). Prontidão alimentar em bebês prematuros. *American Journal of Occupational Therapy*.

Harding, C. (2009). Benefícios não nutritivos para sugar. *Arquivos de Doença na Infância*.

Harding, C., Mynard, L., & Hills, C. (2018). Sinais de prontidão para alimentação. *Jornal Infantil*

Hockenberry, M. (2014). *A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança*. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong - *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. I, pp. 49-61). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Cuidados ao lactente, centrados na família [Familycentered infant care] (9ª ed., pp 517-521). WONG – Enfermagem da criança e do adolescente [Wong's -Nursing care of infants and children]. Lusociência.

Hojdak, I., Braegger, C., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N. D., Mis, N. F., Molgaard, C., Shamir, R., Turck, D., & van Goudoever, J. B. (2018). *Complementary feeding: A position paper by the ESPGHAN Committee on Nutrition*. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 66(1), 119–132. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001963>

IAC (2009). *Carta da criança hospitalizada* (2.ª ed., p. 13). Instituto de Apoio à Criança <https://iacrianca.pt/>

Instituto de Apoio à Criança (IAC)2020. convenção sobre os direitos das crianças [cdc.iac.acedida em https://iacrianca.pt/wpcontent/uploads/2020/11/Convencao_sobre_os_direitos_da_crianca.pdf](https://iacrianca.pt/wpcontent/uploads/2020/11/Convencao_sobre_os_direitos_da_crianca.pdf) P13 20-03-2025 .

Internamento Pediatria(IP)2026 Hospital Espírito Santos Évora cdc ipg acedida em Sec.pediatria@hevora.min-saude.pt, www.hevora.min-saude.pt

Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K., & Englund, A. C. (2014). Perspectivas das crianças sobre medo e dor em ambientes de saúde. *Revista de Enfermagem Pediátrica*, 29

Kim, H. S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing*. Springer Publishing Company.

Lau, C. (2016). Desenvolvimento dos mecanismos de sucção e deglutição. *Anais de Nutrição e Metabolismo*.

Lau, C. (2016). Development of infant oral feeding skills: What do we know? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 103(2) 616S-621S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.109603>

Levy, L., & Bértolo, H. (2008). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF

Macedo, I., Alexandrino, A., Pissarra, S., & Cardoso, M. (2014). *Consensos de Neonatologia*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia.

McGuire, W. (2015). Estratégias de alimentação em bebês prematuros. *Arquivos de Doença na Infância*.

Miguel, António – “Gestão moderna de Projectos: Melhores Técnicas e Práticas”. 2ª Edição. FCA, Lousã 2006. ISBN 972-722-502-0

Monte, C. M. (2000). Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *J Pediatr (Rio J)*, 76(Supl 3), 285-97. P4

Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5ª ed.) Upper Saddle River, NJ: Pearson. <https://doi.org/10.1177/0894318412457067>

Nogueira (2005). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas [Project methodology: descriptive collection of stages].

Nunes, E. C. D. A., & de Araújo, M. R. A. (2018). Empreendedorismo em enfermagem—caminho promissor à luz da teoria de horta. *Revista Saúde-UNG-Ser-ISSN 1982-3282*, 12(3/4), 23-31. DOI: 10.33947/1982-3282-v12n3-4-3692

Nunes, E. C. D. A., & de Araújo, M. R. A. (2018). Empreendedorismo em enfermagem—caminho promissor à luz da teoria de horta. *Revista Saúde-UNG-Ser-ISSN 1982-3282*, 12(3/4), 23-31. DOI: 10.33947/1982-3282-v12n3-4-3692

Ordem dos Enfermeiros. [OE]. (2018). Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª Série, Nº 133, 19192-19194. Disponível <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Pados, B., Park, J., & Estrem, H. (2016). Avaliação Inicial de Habilidades Alimentares. *Avanços nos Cuidados Neonatais*.

Pickler, R. (2004). Modelo de prontidão de alimentação. *Terapia Intensiva Neonatal*.

Queiroz, S. S., & Torres, M. A. A. (2000). Anemia ferropriva na infância. *Jornal de Pediatria*, 76 (Supl. 3), S298–S304

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.

Revista Brasileira de Enfermagem. Edição [online]. Vol. 58. Nº3.2005. ISSN 0034-7167.

Sanders, M. R. (2014). *O Programa de Parentalidade Tripla P-Positiva: Uma abordagem de saúde pública para apoio parental*. *Revista de Psicologia Familiar*, 28(3), 337–347.

Schiefer et al (2006). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas [Project methodology: descriptive collection of stages].

Silva, A. I., & Aguiar, H. G. (2011). Diversificação alimentar no primeiro ano de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 1035–40. <https://doi.org/10.20344/amp.1562>

Sistema Nacional de Saúde (SNS)24. alimentação saudável cdc.sns. acedida em <https://www.sns24.gov.pt/guia/alimentacao-saudavel/> 21/03/2025

Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI neonatal*. Guanabara Koogan.

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

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os direitos da criança*. Fundo das Nações Unidas para a Infância. <https://www.unicef.pt>

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

Victor, J. F., Lopes, M. V. D. O., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18, 235-240. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>

White, J. (2014). Revisitando padrões de conhecimento. *Nursing Science Quarterly*, 27(1), 1–2.

World Health Organization. (2009). *Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. WHO Press.

Yamagishi, J. A., Alves, T. P., Geron, V. L. M. G., & Lima, R. R. O. (2017). Anemia ferropriva: diagnóstico e tratamento. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 8(1), 99-110 <https://doi.org/10.31072/rcf.v8i1.438>

Zinoni, S., Herrero, D., Lamuño, D., & Terán, L. (2021). Aleitamento materno e recomendações globais. *Anales de Pediatría*.

9. APÊNDICES

Apêndices A – O sistema de semáforo alimentar.



Embaló (2025)

O sistema de semáforo alimentar é uma forma simples e eficaz de ensinar as crianças a fazerem escolhas alimentares mais saudáveis. Ele usa as cores vermelho, amarelo e verde, como nos semáforos de trânsito, para indicar quais alimentos devem ser consumidos com mais ou menos frequência:

Verde: Alimentos saudáveis que podem ser consumidos todos os dias. Exemplos: frutas, legumes, verduras, grãos integrais, água.

Amarelo: Alimentos que devem ser consumidos com moderação. Exemplos: pão branco, arroz branco, queijos gordurosos, sucos industrializados.

Vermelho: Alimentos que devem ser evitados ou consumidos apenas ocasionalmente. Exemplos: refrigerantes, doces, salgadinhos, frituras.

Dicas para os pais e responsáveis:

1. Incentive seu filho a montar o prato com mais alimentos da “cor verde”.
2. Explique de forma lúdica o significado das cores, como em um jogo ou desenho.
3. Envolve a criança na escolha e preparação dos alimentos saudáveis.
4. Dê o exemplo: as crianças aprendem mais observando os adultos do que ouvindo ordens.

Lembre-se: o objetivo não é proibir, mas educar para que a criança aprenda a se alimentar bem desde cedo e desenvolva hábitos saudáveis que levará para a Vida toda. (Embaló et al 2026)

Apêndices B- comer melhor para viver mais...como?

COMER MELHOR PARA VIVER MAIS... COMO?

Faça boas escolhas para as várias refeições ao longo do dia!

Reparta os alimentos por 5 refeições (pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar).

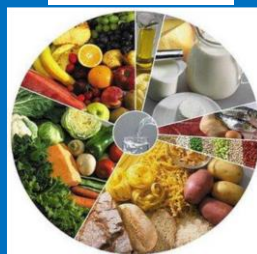
O consumo diário de 5 ou mais peças de fruta e/ou hortícolas é importante para uma alimentação saudável

O consumo de água (1,5 litros por dia) é essencial.

Boas escolhas para o almoço e jantar são fundamentais:

A sopa no início das refeições, ajuda a regular o apetite, tem baixo valor calórico, facilita o controlo do peso, é uma excelente estratégia para atingir a recomendação diária do consumo de hortícolas.

A roda dos alimentos



(PNPAS)2022



Organize o prato e a proporção adequada dos diferentes alimentos:

Prato em T:

metade do prato com hortícolas crus ou cozinhados, procurando variar;

¼ do prato com carne, pescado ou ovos;

¼ do prato com cereais e derivados, tubérculos (ex: batata) ou leguminosas.

Dicas para os pais e responsáveis:

Lembre-se: o objetivo não é proibir.

É educar para que a criança aprenda a alimentar-se bem desde cedo e desenvolva hábitos saudáveis que levará para a vida toda:

1. Dê o exemplo: as crianças aprendem mais observando os adultos do que ouvindo ordens.
2. Explique de forma lúdica o significado das cores, como num jogo ou desenho.
3. Incentive o seu filho a montar o prato com mais alimentos da “cor verde”, como no semáforo.



Embaló(2025)



Alimente seu corpo com saúde e sua vida com mais tempo ao lado da sua família.

Embaló(2025)

Autores:

Amadu Djulidé Embaló - Mestrando em Enfermagem (MEESP)

Laura Cachopas - Enfermeira orientadora ULISBA

Fátima Sabino de Matos PhD - Professora orientadora, UAlg



Referências Bibliográficas



Programa 5 ao Dia



10 passos para a promoção da alimentação saudável



(Embaló et al 2026)

Apêndice C- Gratidão oferecido por me um desenho.



(Embaló et al 2026)

Apêndice D- Comer melhor é viver melhor: o caminho começa aqui!.

COMER MELHOR É VIVER MELHOR: O CAMINHO COMEÇA AQUI!

A pirâmide da Dieta Mediterrânica

Faça boas escolhas para as várias refeições ao longo do dia!

Reparta os alimentos por 5 refeições (pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar).

O consumo diário de 5 ou mais peças de fruta e/ou hortícolas é importante para uma alimentação saudável

O consumo de água (1,5 litros por dia) é essencial.

Boas escolhas para o almoço e jantar são fundamentais: A sopa no início das refeições, ajuda a regular o apetite, tem baixo valor calórico, facilita o controlo do peso, é uma excelente estratégia para atingir a recomendação diária do consumo de hortícolas.

Organize o prato e a proporção adequada dos diferentes alimentos:

Prato em T:
metade do prato com hortícolas crus ou cozinhados, procurando variar;
¼ do prato com carne, pescado ou ovos;
¼ do prato com cereais e derivados, tubérculos (ex: batata) ou leguminosas.

Alimente seu corpo com saúde e sua vida com mais tempo ao lado da sua família. Embalo(2025)

Dicas para os pais e responsáveis:

Lembre-se: o objetivo não é proibir.

É educar para que a criança aprenda a alimentar-se bem desde cedo e desenvolva hábitos saudáveis que levará para a vida toda:

1. Dê o exemplo: as crianças aprendem mais observando os adultos do que ouvindo ordens.
2. Explique de forma lúdica o significado das cores, como num jogo ou desenho.
3. Incentive o seu filho a montar o prato com mais alimentos da “cor verde”, como no semáforo.

As mãos são a principal via de transmissão de microrganismos (bactérias, fungos. Vírus) que podem ser transferir de um local para outro por meio de contacto direto (pele com pele), ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminados. Esses microrganismos podem causar sérias infeções no utente aumentando risco de agravar à saúde.

Referências Bibliográficas

Programa 5 ao Dia

10 passos para a promoção da alimentação saudável

Autores:
Amadú Djulidé Embalo - Mestrando em Enfermagem (MEESP)
Maria de Fatima Lourenço Marques – Enfermeira orientadora Hese urologia pediátrica
Filomena Sabino de Matos PhD – Professora orientadora, UAlg

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Referências Bibliográficas

Programa 5 ao Dia

10 passos para a promoção da alimentação saudável

(Embaló et al 2026)

Apêndice E- Importância de amamentação.

MESTRADO EM ENFERMAGEM
em pediatria

IMPORTÂNCIA DE AMAMENTAÇÃO

Autores:
Amadú Djuldé Embaló - Mestrando em Enfermagem (MEESIP).
Maria João da Silva Macau - Enfermeira orientadora ULSAC Neonatologia.
Filomena Sabino de Matos PhD - Professora orientadora, UALg.

Recomendação

Todas as crianças incluindo recém nascidos doentes e bebés pré-termo sejam alimentados com leite materno.

Leite Materno

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

Vantagem

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

Proteção

O leite materno protege contra Infecções nomeadamente respiratórias, urinárias e diarreias. Diminui probabilidade de diabetes melitos, obesidade, hipertensão e leucemia.

Febre

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

Dificuldade Respiratórias

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

Infeções urinários

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

Gastroenterites

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

Para mais informação Consultar:

Referências bibliográficas

Livro dos irmãos parte 1

Livros dos irmãos parte 2

Manual do aleitamento materno

(Embaló et al 2026)

Apêndice F- Execução/cronograma.

Para executar em cada um dos contextos deste projeto de estágio, vou realizar pesquisa científica sobre Alimentação infantil, avaliação da diversificação dos alimentos, intervenção do consumo, promoção e bem-estar prevenção, tecnologia e análises de dados.

Atividades	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Set	Ou	Nov	Dez	Jan	Fe	M
Definição e justificação de tema	X	X	X												
Pesquisa bibliográfica				X	X	X	X	X							
Elaboração do projeto	X	X	X	X	X	X									
Apresentação e discussão do projeto						X									
Submissão do projeto						X									
Execução do projeto						X	X	X	X	X	X	X	X		
Orientações tutoriais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Levantamento de dados para o relatório						X	X	X	X	X	X	X	X		
Elaboração de relatório de estágio						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Entrega do relatório de estágio														20		
														26		

(Embalo et al 2026)

Este cronograma bem estruturado assegura que todas as etapas do projeto de estágio sejam cuidadosamente planeadas e executadas.

A execução do projeto, desde a pesquisa até a elaboração final do relatório, permitirá uma análise detalhada dos resultados e garantirá que os objetivos de promover uma alimentação saudável e prevenir doenças associadas à má nutrição sejam alcançados de forma eficaz.

A inclusão de orientações tutoriais e a constante avaliação do progresso são essenciais para o sucesso do estágio.

O relatório final servirá como uma valiosa contribuição para a promoção da saúde infantil e ajudará a fortalecer as práticas de educação alimentar e a integração de tecnologias no cuidado à criança. O trabalho desenvolvido ao longo deste período terá impacto significativo na melhoria dos hábitos alimentares das crianças e na formação de uma sociedade mais consciente e saudável.

Apêndice G- Planeamento.

Com esse plano de atividades que se segue e com os documentos, torna-se mais detalhado e abrangente o planeamento, proporcionando uma abordagem prática e educativa para atingir os objetivos do tema "Alimentação Infantil". A variedade de atividades também permite que a aprendizagem seja mais envolvente para as crianças, pais e educadores.

Objetivos	Planeamento
1.Promover hábitos alimentares saudáveis nas crianças	1.Ensinar as crianças a importância de uma alimentação equilibrada, promovendo o consumo de alimentos nutritivos e evitando alimentos ultraprocessados.
2.Informar e sensibilizar pais e educadores sobre a importância de uma alimentação saudável	2.Ajudar os pais e educadores a compreenderem a necessidade de estabelecer uma rotina alimentar saudável para as crianças, com foco na variedade de alimentos, como frutas, vegetais, proteínas e carboidratos saudáveis.
3.Desenvolver atividades práticas sobre alimentação infantil, como:	3.Oferecer experiências diretas para as crianças sobre a preparação de alimentos saudáveis, promovendo o envolvimento delas no processo de escolha e confeção dos alimentos.
3.1-Jogos e Dinâmicas sobre Alimentação	3.1Criar jogos educativos que abordem a importância dos diferentes grupos alimentares, como "o jogo das cores dos alimentos", onde as crianças identificam frutas e vegetais de diferentes cores, e associam a esses alimentos seus benefícios

3.2-Sessões de consciencialização para Pais e Educadores	3.2-Organizar encontros com pais e educadores para partilhar informações sobre como planejar refeições equilibradas e saudáveis, discutir a importância de evitar o consumo excessivo de alimentos processados e aprender estratégias para incentivar as crianças a comerem alimentos saudáveis.
3.3- Utilização de Histórias/ Contar de Histórias Temáticas	3.3-Usar livros e contos infantis que abordem a alimentação saudável, como personagens que preferem alimentos saudáveis e mostram como isso afeta o seu dia a dia
3.4-Documentos Interativos para Crianças	3.4Criar folhas de atividades ou livrinhos com jogos, adesivos e desafios relacionados à alimentação saudável. Esses documentos podem ser usados em atividades em sala de aula ou em casa com os pais
3.5-Criação do jogo Infantil (RODADOS ALIMENTOS)	3.5-Trabalhar com as crianças na criação de uma roda alimentar colorida, onde elas associam cada grupo de alimentos a uma faixa da pirâmide. Podem pintar e colar imagens de alimentos saudáveis que se encaixam em cada categoria, como vegetais, frutas, cereais integrais, proteínas e gorduras saudáveis
3.6-Calendário de Desafios de Alimentação para Pais e Educadores	3.6-Desenvolver um calendário mensal com atividades, como a introdução de um novo alimento saudável toda semana, ou dias temáticos onde todos na escola ou na casa se comprometem a comer mais legumes ou frutas. Isso pode ser distribuído aos pais para

envolver toda a família no processo educativo.
--

Porque, com esse plano de atividades e documentos se torna mais detalhado e abrangente, proporcionando uma abordagem prática e educativa para atingir os objetivos do tema "Alimentação Infantil". A variedade de atividades também permite que a aprendizagem seja mais envolvente para as crianças, pais e educadores. (Embalo et al 2026)

:

Apêndice H **Reflexão sobre os Cuidados de Saúde em Gabú (Guiné-Bissau) e em Évora (Portugal)**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



IXº Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular

Alimentação Infantil

Reflexão sobre os Cuidados de Saúde em Gabú (Guiné-Bissau) e em Évora (Portugal)

Discente: Amadú Djuldé Embaló, n.º 63501

Évora, 2026

A saúde é reconhecida universalmente como um direito fundamental e um pilar essencial para o desenvolvimento humano e social. Contudo, a forma como este direito é garantido varia significativamente entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, refletindo desigualdades económicas, sociais, políticas e estruturais. Estas diferenças tornam-se particularmente evidentes quando se analisam os cuidados prestados a populações vulneráveis, como as crianças e os recém-nascidos.

A Guiné-Bissau é um país da África Ocidental que enfrenta múltiplos desafios no setor da saúde, nomeadamente a escassez de recursos financeiros, a instabilidade política e a dependência significativa de apoio internacional. Na região de Gabú, predominantemente rural, o acesso aos cuidados de saúde é limitado, tanto em termos geográficos como estruturais.

Os serviços de saúde existentes apresentam infraestruturas básicas e, muitas vezes, degradadas. Os centros de saúde e hospitais regionais enfrentam dificuldades na manutenção de equipamentos, no abastecimento regular de medicamentos e na garantia de condições adequadas para a prestação de cuidados, especialmente nos serviços pediátricos e neonatais, onde a vulnerabilidade dos utentes exige cuidados especializados e contínuos.

Durante o meu percurso académico, do estágio de saúde infantil pediátrica. A presente reflexão visa analisar e comparar os cuidados de saúde prestados na região de Gabú, na Guiné-Bissau, com os cuidados prestados em Portugal, concretamente na cidade de Évora, com enfoque nos cuidados de enfermagem, condições de higiene, consentimento informado, recursos humanos e materiais, no âmbito do internamento pediátrico, urgência pediátrica e unidade de neonatologia.

Na região de Gabú, os serviços de saúde enfrentam inúmeras limitações estruturais. Os cuidados de enfermagem são frequentemente prestados em contextos de escassez de recursos materiais e humanos, o que condiciona a qualidade e a continuidade dos cuidados. Os profissionais de enfermagem demonstram, apesar disso, grande dedicação e espírito de sacrifício, assumindo muitas vezes funções para além das suas competências formais. Contudo, a sobrecarga de trabalho, associada à falta de formação contínua, compromete a implementação de cuidados padronizados e baseados em evidência científica.

Relativamente às condições de higiene, observa-se em Gabú uma realidade preocupante, sobretudo nos serviços pediátricos e neonatais. A insuficiência de água potável, materiais de limpeza, equipamentos de protecção individual e sistemas adequados de gestão de resíduos aumenta o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, colocando em causa a segurança das crianças e recém-nascidos.

No que respeita ao consentimento informado, este é muitas vezes limitado ou inexistente, não por negligência ética, mas por factores como o baixo nível de literacia em saúde da população, barreiras linguísticas e culturais, bem como a pressão assistencial. A informação prestada às

famílias é, frequentemente, verbal e simplificada, nem sempre garantindo a plena compreensão dos procedimentos realizados.

Em contraste, o sistema de saúde em Portugal, nomeadamente em Évora, apresenta uma organização estruturada e regulamentada. Nos serviços de urgência pediátrica, internamento pediátrico e unidade de neonatologia, os cuidados de enfermagem são prestados de forma sistematizada, com base em protocolos clínicos bem definidos. Existe uma clara diferenciação de funções, rácio adequado de profissionais e acesso à formação contínua, o que contribui para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

As condições de higiene em Portugal são rigorosamente controladas, cumprindo normas nacionais e internacionais. A disponibilidade de materiais descartáveis, equipamentos adequados e sistemas eficazes de controlo de infeção permite reduzir significativamente os riscos para os utentes, em especial para os recém-nascidos, que constituem um grupo particularmente vulnerável.

O consentimento informado assume um papel central na prática clínica em Évora. As famílias são devidamente informadas, de forma clara e compreensível, sobre os diagnósticos, procedimentos e tratamentos, sendo respeitado o direito à decisão e à autonomia. Este processo reforça a relação de confiança entre profissionais de saúde e cuidadores.

No que diz respeito aos recursos humanos e materiais, a diferença entre os dois contextos é evidente. Enquanto em Gabú se verifica uma escassez significativa de profissionais qualificados, equipamentos médicos e medicamentos essenciais, em Évora existe um acesso mais equitativo a meios técnicos avançados, tecnologias modernas e equipas multidisciplinares especializadas.

Portanto, a comparação entre os cuidados de saúde em Gabú e em Évora evidencia desigualdades profundas no acesso, qualidade e segurança dos cuidados pediátricos e neonatais. No entanto, importa reconhecer o empenho e a resiliência dos profissionais de saúde da Guiné-Bissau, que, mesmo em condições adversas, procuram prestar cuidados humanizados. Esta reflexão reforça a importância da cooperação internacional, do investimento em formação e da melhoria das infra-estruturas, como pilares essenciais para a promoção da equidade em saúde. (Embaló et al 2026).

Apêndice I Reflexão sobre o meu Estágio na Unidade de Neonatologia

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



IXº Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidade Curricular

Alimentação Infantil

Reflexão sobre o meu Estágio na Unidade de Neonatologia

Discente: Amadú Djuldé Embaló, n.º 63501

Évora, 2026

O estágio na Unidade de Neonatologia constituiu uma experiência marcante e fundamental para o meu percurso formativo, permitindo-me consolidar conhecimentos teóricos e desenvolver competências práticas, técnicas e humanas essenciais à prática de enfermagem. Esta unidade caracteriza-se por um ambiente altamente especializado, onde os cuidados são direccionados a recém-nascidos em situação de elevada vulnerabilidade, exigindo dos profissionais um elevado nível de responsabilidade, rigor e sensibilidade.

Durante o estágio, tive a oportunidade de contactar com diferentes realidades clínicas, nomeadamente recém-nascidos prematuros, com baixo peso à nascença, dificuldades respiratórias, infeções neonatais e outras situações que requerem vigilância contínua. A observação e participação progressiva nos cuidados permitiram-me compreender a complexidade da neonatologia e a importância da atuação atempada e adequada da equipa de enfermagem na prevenção de complicações e na promoção da estabilidade clínica do recém-nascido.

Um dos aspetos mais relevantes do estágio foi a aprendizagem relacionada com os cuidados de enfermagem específicos ao recém-nascido. Estes cuidados exigem precisão técnica, atenção ao detalhe e uma abordagem individualizada, respeitando a fragilidade fisiológica do neonato. A monitorização dos sinais vitais, o controlo térmico, a administração segura de terapêutica e a manutenção de um ambiente calmo e seguro revelaram-se essenciais para o bem-estar do recém-nascido.

A higiene e o controlo de infeção assumem um papel central na Unidade de Neonatologia. Durante o estágio, tornou-se evidente a importância da correta higienização das mãos, da utilização adequada de equipamentos de proteção individual e do cumprimento rigoroso das normas de assepsia. Estes cuidados são fundamentais para reduzir o risco de infeções, uma vez que o sistema imunitário do recém-nascido se encontra ainda imaturo. Esta realidade reforçou em mim a consciência da responsabilidade profissional do enfermeiro na promoção da segurança do doente.

Outro aspeto significativo do estágio foi a relação com os pais e familiares. A hospitalização de um recém-nascido é frequentemente vivida com ansiedade, medo e insegurança. As enfermeiras desempenham um papel essencial no acolhimento da família, na transmissão de informação clara e na prestação de apoio emocional. Durante o estágio, pude observar e praticar uma comunicação empática, respeitosa e adaptada às necessidades de cada família, reconhecendo a importância do consentimento informado e do envolvimento dos pais nos cuidados ao recém-nascido.

O estágio na Unidade de Neonatologia permitiu-me ainda refletir sobre a importância do trabalho em equipa multidisciplinar. A articulação entre enfermeiras, médicos, auxiliares e outros profissionais de saúde revelou-se fundamental para garantir cuidados seguros e de qualidade. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências de comunicação, colaboração e responsabilidade profissional.

Apesar das aprendizagens adquiridas, o estágio também representou um desafio pessoal e emocional. O contacto com situações clínicas delicadas, exigiu de mim uma capacidade de adaptação emocional e uma postura profissional ética e humanizada. Estas experiências contribuíram para o meu crescimento pessoal e para o fortalecimento da minha identidade profissional enquanto futuro Mestre.

Em conclusão, o estágio na Unidade de Neonatologia foi uma experiência enriquecedora que contribuiu significativamente para a minha formação académica e profissional. Permitiu-me desenvolver competências técnicas, éticas e relacionais, reforçando a importância do cuidado humanizado, da segurança do recém-nascido e do apoio à família. Esta experiência consolidou o meu interesse pela área da saúde materno-infantil e reforçou o compromisso com uma prática de enfermagem responsável, consciente e centrada na pessoa (Embaló et al 2026).

Apêndice J, Resumo de cronograma 13.

Enquadramento:

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular [UC] Estágio Final, inserido na 9ª edição do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sendo um curso profissionalizante. O plano de estudos contempla no 3º semestre do curso, um período de estágio, e a elaboração de um relatório de estágio, onde o formando do percurso de reflete acerca de competências para explicitar a experiências relativas aos estágios e refletir nos seus contributos a aquisição das competências do mestre em enfermagem.

Foi desenvolvido um projeto, com uma temática emergente, relativo a competências a desenvolver, com ênfase na “Importância na promoção de uma Alimentação Infantil adequada”.

Escolhi este tema devido à importância de uma alimentação adequada, central para o desenvolvimento saudável das crianças em diferentes idades.

A escolha deste tema surge da necessidade de abordar questões fundamentais relacionadas com a nutrição na infância, um período crítico para a formação de hábitos alimentares e para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança. Além disso, o tema é relevante porque a má alimentação na infância pode levar a problemas de saúde a longo prazo, como desnutrição, obesidade, anemia.

Portanto, discutir este tema é essencial para sensibilizar sobre a importância de promover hábitos saudáveis desde a infância. A alimentação das crianças desempenha um papel fundamental na sua saúde e bem-estar, influenciando diretamente o seu crescimento e desenvolvimento. O conhecimento sobre nutrição adequada e o acesso a alimentos saudáveis são cruciais para prevenir doenças e garantir um futuro mais saudável para as próximas gerações. Este tema é particularmente relevante, pois destaca os desafios atuais, como o consumo excessivo de alimentos processados, e a necessidade de uma educação alimentar eficaz. A consciencialização sobre a importância de uma alimentação equilibrada na infância deve ser promovida por todos – pais, educadores, profissionais de saúde e políticas públicas – para que as crianças cresçam saudáveis e possam atingir um desenvolvimento pleno e sustentável.

Aqui são apresentados os fundamentos teóricos e conceptuais que sustentam a temática, baseando-se na literatura relevante e na evidência científica. O artigo 24º da Convenção sobre os Direitos da Criança ressalva o direito da criança “a gozar do melhor estado de saúde possível” (Instituto de Apoio à Criança, 2020 p.13) ⁽¹⁾. A temática é também analisada à luz do enquadramento de competências e boas práticas na área da ESIP. Ainda no enquadramento teórico, são apresentados os Modelos Teóricos de Enfermagem que norteiam o nosso pensamento, nomeadamente o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família de Anne Casey. ⁽²⁾

Para além disso, definiremos ainda as Competências do Mestre. ⁽³⁾

O estágio é desenvolvido numa unidade local de saúde (ULS), em 3 contextos pediátricos diferentes (internamento, urgência e neonatologia), tendo já sido desenvolvido um primeiro estágio, no semestre anterior, nos Cuidados de Saúde Primários.

A ULS as segura no decreto lei número 102/2023⁽⁴⁾.

O projeto de intervenção desta proposta tem de o objetivo conhecer a intervenção de ESIP no que concerne à articulação dos cuidados de enfermagem à criança /jovem e família em ênfase nas suas necessidades alimentares, bem como a sua continuação no contexto da prática.

Este projeto estruturado de acordo com a metodologia de projeto, que se baseia numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do Contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência, sendo constituída por cinco etapas: (1) Diagnóstico de situação, (2) Definição dos Objetivos, (3) Planeamento, (4) Execução e avaliação, (5) Divulgação Dos Resultados (Relatório).

O projeto finaliza-se com a discussão pública do relatório de estágio.

Objetivo geral:

Adquirir competências de mestre em enfermagem e competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em ESIP.

Objetivos específicos:

6. Saber como é articulação de equipas de enfermagem na assistência a criança/jovem e sua família em cada contexto da prestação de cuidados.
7. Colaborar na intervenção do ESIP no que respeita à articulação e continuidade à acriança/jovem e sua família em cada contexto da prestação de cuidados.
8. Colaborar a criança/jovem e sua família em cada contexto da prestação de cuidados no que concerne aos cuidados com a alimentação.
9. Desenvolver o projeto de intervenção nos vários contextos

Plano de atividades:

O plano de atividades corresponde ao que idealizo face à minha integração nas equipas e à expectativa do que irei encontrar nos locais de estágio, pelo que poderão ser alvo de alteração.

Objetivo específico 1: Saber como é articulação de equipas de enfermagem na assistência a criança/jovem e sua família em cada contexto da prestação de cuidados.

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados esperados	Avaliação
Contactar o orientador clínico para as normas do serviço, e a articulação entre os vários serviços pediátricos dentro do hospital e os contactos com o exterior	orientador	Perceção de como se articula a entrada e saída das crianças nos vários serviços onde prestarei cuidados	Através de questões colocadas de forma informal.

Objetivo específico 2. Colaborar na intervenção do ESIP no que respeita à articulação e continuidade à acriança/jovem e sua família em cada contexto da prestação de cuidados.

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados esperados	Avaliação
Assistir aos momentos de transição de cuidados e à intervenção do orientador, percebendo os meios adequados às necessidades da criança no que respeita à alimentação (ente outras atividades de vida)	Transição de cuidados	Aquisição de competências para prestar cuidados adequados à criança	Através de questões colocadas de forma informal e através dos cuidados prestados.

Objetivo específico 3. Colaborar a criança/jovem e sua família em cada contexto da prestação de cuidados no que concerne aos cuidados com a alimentação.

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados esperados	Avaliação
Contactar o orientador clínico para articular várias atividades no que concerne aos cuidados relativos à alimentação segura e adequada da criança	Orientador e equipa de Enfermagem Pais e crianças	Elaboração de vários formatos informativos relativos às necessidades alimentares das crianças do nascimento aos 18 anos	Através de questões pós informação

Objetivo 4. Desenvolver o projeto de intervenção nos vários contextos

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados esperados	Avaliação
Planeadas várias atividades em cada local de estágio, como referenciado abaixo	Orientador Professor orientador Pais Crianças	Aquisição por parte de crianças e pais, de informação sobre a alimentação adequada.	Através de questões colocadas de forma informal.

Especificação das atividades planeadas para os locais de estágio:

1. Utilização de Histórias/ Contar de Histórias Temáticas

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Avaliação
Leitura de histórias temáticas (saúde, alimentação, sentimentos)	Livros, fantoches	Reduzir ansiedade, estimular linguagem e imaginação	Observação do comportamento e participação
Sessões de leitura diária (individual ou em grupo) com temas como saúde, higiene, alimentação, sentimentos	Livros infantis, almofadas, tapete de leitura	Proporcionar conforto emocional e distração durante a hospitalização	Observação do humor, verbalização de sentimentos

2. Desenvolver atividades práticas sobre alimentação infantil

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Avaliação
Mini-quiz com pais e crianças	Perguntas orais ou cartões	Envolver famílias no tema da nutrição infantil	Respostas corretas e interesse demonstrado
Montagem de uma roda dos alimentos em grupo	Cartaz, imagens, cola	Compreender os grupos alimentares e sua importância	Participação ativa e compreensão do conteúdo

3. Promover hábitos alimentares saudáveis nas crianças

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Avaliação
Simulações práticas de pega correta e	Bonecos RN, almofada de amamentação	Ensinar técnica adequada para	Observação prática e segurança dos pais

posições de amamentação		sucesso na amamentação	
Sessões educativas com pais (amamentação, introdução alimentar)	Cartazes, vídeos, bonecos	incentivar práticas alimentares saudáveis desde o nascimento	Participação dos pais e dúvidas esclarecidas
Conversas informais durante o contacto com os pais	Equipa preparada com informações atualizadas	Criar um ambiente de orientação contínua	Observação da interação e dúvidas levantadas

Execução/cronograma:

Para executar em cada um dos contextos deste estágio, vou realizar pesquisa científica sobre Alimentação infantil, avaliação da diversificação dos alimentos, intervenção do consume, promoção e bem-estar prevenção, tecnologia e análises de dados.

CRONOGRAMA RESUMIDO			
Período	Área	Local	Duração
15 set – 24 out 2025	Internamento Pediátrico	HESE – Évora	6 sem.
27 out – 5 dez 2025	Urgência Pediátrica	HESE – Évora	6 sem.
9 dez 2025 – 30 jan 2026	Neonatologia	HESE – Évora	6 sem.

Este cronograma bem estruturado assegura que todas as etapas do estágio sejam cuidadosamente planeadas e executadas.

A execução do relatório, desde a pesquisa até a elaboração final, permitirá uma análise detalhada dos resultados e garantirá que os objetivos de promover uma alimentação saudável e prevenir doenças associadas à má nutrição sejam alcançados de forma eficaz.

A inclusão de orientações tutoriais e a constante avaliação do progresso são essenciais para o sucesso do estágio.

O relatório final servirá como uma valiosa contribuição para a promoção da saúde infantil e ajudará a fortalecer as práticas de educação alimentar e a integração de tecnologias no cuidado à criança. O trabalho desenvolvido ao longo deste período terá impacto significativo na melhoria dos hábitos alimentares das crianças e na formação de uma sociedade mais consciente e saudável.

Referencias:

1. Instituto de Apoio à Criança (IAC)2020. convenção sobre os direitos das crianças cdc.iac.acedida em https://iacrianca.pt/wpcontent/uploads/2020/11/Convencao_sobre_os_direitos_da_crianca.pdf P13 20-03-2025
2. Victor, J. F., Lopes, M. V. D. O., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18, 235-240. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>
3. Diário da República, (DR)2016 competências necessárias para conferir o grau de Mestre Artigo 15.º Grau de mestre cncgm. acedida em [Decreto-Lei n.º 63/2016 | DR - Diário da República](#)
4. Diário da República (DR) 2023, A ULS as segura no decreto lei número 102/2023 integração dos hospitais e centros hospitalares existentes ihch. dr. acedida em [Decreto-Lei n.º 102/2023 | DR - Diário da República](#)

Anexo I Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral

Tabela 1 — Capacidade em Organizar o Funcionamento Oro-Motor (COFO)

Item	Descritor	2 pontos	1 ponto	0 pontos
1	Abre a boca prontamente quando a mama/tetina toca os lábios no início de cada surto	Abre a boca prontamente todas as vezes	Abre a boca prontamente algumas vezes	Nunca abre a boca prontamente
2	A língua descai para receber a mama/tetina do biberão no início da alimentação	A língua descai todas as vezes	A língua descai algumas vezes	A língua nunca descai
3	Após introdução da mama/tetina, a sucção está organizada, rítmica e suave	A sucção está sempre organizada	A sucção está ou	A sucção nunca está organizada
4	Durante a alimentação, mantém um padrão de sucção suave e rítmico	Observa-se estabilidade e consistência	Alguma desorganização da sucção no decurso da mamada	Incapacidade em manter a sucção organizada
5	A pressão da sucção é constante e forte	Observa-se estabilidade e consistência	Algumas sucções débeis	Sucção frequentemente débil
6	Realiza surtos de sucção prolongados (7–10) sem sinais de stress ou instabilidade fisiológica	Faz sempre surtos longos sem sinais de stress	Alguns surtos longos sem sinais de stress	Sem surtos longos ou todos com sinais de estresse
7	A língua mantém contacto constante com a mama/tetina (sem som de clique)	Sem som de clique	Alguns sons de clique	Sons frequentes de clique

A dimensão CCD permite verificar a coordenação entre deglutição, sucção e respiração e se esta é feita de forma tranquila e segura permitindo a passagem de ar suficiente para manter a homeostasia fisiológica entre as deglutições (momento de apneia e as cordas vocais encerram até à sua conclusão; Tabela 2).

Tabela 2 — Capacidade em Coordenar a Deglutição (CCD)

Item	Descritor	2 pontos	1 ponto	0 pontos
8	Gere os fluidos durante a deglutição sem os perder pelos cantos da boca (não se baba)	Sem perda de líquido	Alguma perda de líquido	Frequência
9	Os sons faríngeos	Sem sons de gorgolejo	Alguns sons de gorgolejo	Frequentes filho
10	A deglutição é suave, sem esforço para engolir	Deglutições suaves	Algumas deglutições com dificuldade	Frequentes deglutições com dificuldade
11	Uma única deglutição assimila o bólus da sucção (sem necessidade de necessidade)	Para	Algumas deglutições múltiplas para o mesmo bólus	Frequentes deglutições múltiplas para o mesmo bólus
12	Tosse ou sons de engasgamento durante a alimentação	Nenhum evento observado	Pelo menos um evento observado	Dois ou mais eventos observados

A dimensão CMEF permite avaliar sinais fisiológicos como: a coloração da pele, a saturação de oxigénio, a frequência respiratória e cardíaca e também os surtos de sucção (conjunto de sucções seguidas entre cada respiração; Tabela 3)

Tabela 3 — Capacidade em Manter a Estabilidade Fisiológica (CMEF)

Item	Descritor	2 pontos	1 ponto	0 pontos
13	Cerca de 30s após iniciar a alimentação, a saturação de O ₂ estabil	Observa-se estabilidade e consistência	Começam a tornar-se visíveis sinais de instabilidade	Não se observa estabilidade
14	Interrompe a sucção para respirar sem intervenção do cuidador	Interrompe a sucção para respirar de forma consistente	Em	Não interrompe a sucção por si para respirar
15	Quando interrompe a sucção, realiza vários ciclos respiratórios completos	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar	Faz ciclos respiratórios completos na maioria das vezes	Não interrompe a sucção para respirar
16	Pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Pára sempre antes dos sinais de stress	Frequentemente pára antes dos sinais de stress	Não pára antes dos sinais de stress
17	Sons respiratórios limpos (sem roncos)	Sem roncos	Roncos esporádicos	Roncos frequente
18	Sons respiratórios limpos (sem estridor)	Sem estridor	Estridor esporádico	Estridor frequente
19	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz	Sem adejo nasal ou palidez	Adejo nasal/palidez esporádico	Adejo nasal/palidez frequente
20	Utilização de músculos acessórios na respiração (ex.: elevação do queixo, retrações)	Freia	Utilização esporádica	Utilização frequente
21	Alteração da cor durante a alimentação (palidez, cianose peribocal/periorbital)	Freia	Alteração esporádica	Alteração frequente
22	Descida da saturação de O ₂ abaixo de 90%	Nunca	Ocasional	Frequente

Fonte: Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV16070> Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 12 -2017 Páginas 5,9.