



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por
Daniela Duarte Carvalho Gomes

Porto – março 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Daniela Duarte Carvalho Gomes

Sob a orientação de Professora Doutora Constança Festas

Porto – março 2023

Resumo

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular *Estágio Final e Relatório*, enquadrado no Curso de Mestrado de Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no Porto. O estágio realizou-se em contextos de prática clínica, de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com o intuito de desenvolver conhecimentos e competências específicas e diferenciadas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. O relatório tem como objetivo descrever de forma crítica, reflexiva e fundamentada, o percurso realizado ao longo do estágio e o processo de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Ao longo deste documento descrevo as atividades desenvolvidas ao longo dos três contextos de assistência: neonatologia, urgência pediátrica e cuidados de saúde primários, onde foi possível assistir recém-nascidos, crianças, jovens e as suas famílias em diferentes situações. As competências foram organizadas em quatro domínios de atuação que se complementam: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. Em cada domínio constam as competências, os objetivos específicos, as atividades desenvolvidas e uma reflexão crítica, que traduzem as experiências vivenciadas ao longo do estágio. Neste meu percurso adquiri e apliquei conhecimentos que me permitiram melhorar a capacidade de resolução de problemas e a capacidade de tomar decisões baseadas em evidência científica. O estágio permitiu-me trabalhar e refletir sobre as diversas áreas inerentes à prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, como a comunicação eficaz com a criança e com a família, a assistência especializada à criança e família para maximizar a sua saúde durante todo o seu desenvolvimento; a assistência em situações de especial complexidade; a vigilância da saúde infantil e juvenil; entre outras. Durante todo o meu percurso tive como linhas orientadoras a promoção da parceria de cuidados, a promoção da parentalidade, a gestão da dor, os cuidados traumáticos e a promoção da saúde e bem-estar da criança e da família. Também compreendi o papel do Enfermeiro Especialista na gestão de cuidados e recursos, na formação pessoal e profissional e ainda a importância de fomentar a investigação para exercer uma prática baseada na evidência e promover a excelência dos cuidados. Considero que o estágio e a elaboração deste relatório contribuíram para o meu crescimento profissional e para a aquisição de competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-Chave: Enfermeiro; Competências; Família; Criança; Saúde Infantil e Pediátrica;

Abstract

The following report was written in scope of the curricular unit *Final Internship and Report*, which is part of the master's course in nursing with specialization in Children Health and Pediatric at the *Institute of Health Sciences of Universidade Católica Portuguesa*, in Porto. Considering the goal to develop differentiated and specific skills and knowledge to obtain the master's degree in nursing, this internship took place in clinical contexts in the fields of Child and Pediatric Health. This report's purpose is to describe, in a critical-reflexive and justified way, the path taken during the internship, and the skills and knowledge acquisition processes to become pediatric and childcare nurse specialist. This report describes the activities developed under three assistance contexts where I was able to assist newborn, children, adolescent, and their families which were: Neonatology, pediatric emergency department and the Primary Health Care. The acquired skills are divided in four domains of nursing practice, that complement each other: care provision, management, training, and research. In each of these domains, skills, specific goals, and the developed activities were listed. Adding to this, there is a critical reflection where I write about my experiences during the internship. In this path, I acquired and applied knowledge that allowed me to improve my problem-solving capabilities and my ability to make decisions based on scientific evidence. During the internship, I had the opportunity to work and reflect about several areas of the field of action of the pediatric and childcare nurse specialist such as: effective communication with the child and the family, contributing with specialized assistance to enhance the child's health during the whole development phase; the specialized assistance in situations of special complexity and child and youth health surveillance, among others. Throughout the journey, my guidelines were partnership care, parenting promotion, pain management, atraumatic care and promotion of child and family health and well-being. I also understood the role of the Specialist Nurse in resource and care management, in the personal and professional training and the importance of promoting research to have evidence-based practice and promote excellence of care. I believe that internship and the report development contributed for my professional growth and to acquire the necessary competences to obtain the master's degree in nursing with specialization in Children Health and Pediatric.

Keywords: Nurse; Skills; Child; Family; Child and Pediatrics Health

Agradecimentos

Aos meus Pais, pelo amor e apoio ao longo da vida.

Ao meu namorado, pelo carinho e paciência.

Às minhas colegas de curso pelo incentivo, pela partilha de sucessos e dificuldades e pela amizade que fica.

À minha Professora Orientadora, pela orientação, pela partilha de conhecimentos e saberes e pela compreensão em todos os momentos.

Às Enfermeiras Especialistas pela orientação e partilha de conhecimentos que me ajudaram no meu crescimento pessoal e profissional.

Aos colegas de trabalho que me facilitaram a gestão de horário e pelas palavras de ânimo.

À minha companhia de todas as viagens.

Um agradecimento especial a todas as crianças que se cruzaram no meu caminho, por serem uma inspiração e me incentivarem a querer ser melhor enfermeira todos os dias.

A todos os que me ajudaram neste caminho, o meu sincero obrigada!

Pensamento

Let us never consider ourselves finished nurses. We must be learning all of our lives.

Florence Nightingale

Lista de siglas e acrónimos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AES – Ação de Educação para a Saúde

APA – *American Psychological Association*

BLW – *Baby-Led Weaning*

BO – Bloco Operatório

CNAF – Cateter Nasal de Alto Fluxo

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure*

CPCJ – Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVC – Cateter Vascular Central

DGS – Direção-Geral de Saúde

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI – Equipa Local de Intervenção

IG – Idade Gestacional

LM – Leite Materno

NACJR – Núcleo Apoio Crianças e Jovens em Risco

NIDCAP - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

OE – Ordem dos Enfermeiros

PASM – Primeira Ajuda à Saúde Mental

PASSE – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PES - Promoção e Educação para a Saúde

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PRESSE – Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

PSI – Plano de Saúde Individual

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do. Enfermeiro

RN – Recém-Nascido

RNPT –Recém-Nascido Pré-Termo

SUP – Serviço Urgência Pediátrica

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UMAD – Unidade de Apoio Movel Domiciliário

VI – Ventilação Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

Introdução	15
O início do percurso de desenvolvimento de competências especializadas	17
Contextualização do estágio final.....	21
O percurso para o desenvolvimento de competências especializadas	25
Domínio da Prestação de Cuidados.....	25
Domínio da Gestão	68
Domínio da Investigação	73
Domínio da Formação	76
Conclusão	83
Apêndices	97
Apêndice I - Planeamento da Ação de Educação para a Saúde “A higiene dos nossos dentes”	99
Apêndice II – Revisão Integrativa Da Literatura	127
Apêndice III - Planeamento da Ação de Educação para a Saúde “Sinais de alarme no desenvolvimento infantil”	151

Introdução

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida no 15º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), no Porto. Esta unidade curricular decorreu ao longo de 20 semanas e corresponde a 30 ECTS, que englobam 750 horas de trabalho, sendo 360 horas em contexto clínico de estágio, 20 horas de orientação tutorial, 20h de seminário e as restantes de trabalho e estudo individual do estudante.

De acordo com o plano de estudos do curso, o estágio realizou-se em contextos de prática clínica, no âmbito da área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP) com o intuito de desenvolver conhecimentos e competências específicas e diferenciadas para a obtenção do grau de Mestre em ESIP. O estágio final decorreu em 3 contextos: Neonatologia e Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), com 90 horas de contacto em cada um dos contextos, e em Cuidados de Saúde Primários (CSP) com 180 horas. Estes estágios sucedem-se ao estágio em contexto de internamento pediátrico que realizei no âmbito da unidade curricular “A Saúde da Criança e família: vigilância e decisão clínica”, do 1º ano do curso.

No final deste percurso, para a obtenção do grau de Mestre em ESIP, pela UCP, devo demonstrar:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem, no desenvolvimento das competências adquiridas no curso de licenciatura de enfermagem, incluindo no domínio da investigação;
- 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, relacionados com a área de especialização em Enfermagem;
- 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;

- Ser capaz 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;
- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Na unidade curricular, para além da realização do estágio final nos diversos contextos, está também contemplado a elaboração deste relatório de estágio e a sua defesa. Este documento tem como principal objetivo apresentar o trabalho desenvolvido ao longo do estágio de forma crítica, reflexiva e fundamentada sendo uma forma de aprendizagem e contribuindo para aprofundar os meus conhecimentos na área de ESIP.

Ao longo deste relatório irei descrever as competências, objetivos e atividades que desenvolvi ao longo do estágio final e que estão agrupadas nos diferentes domínios de atuação do enfermeiro, conforme previsto no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Decreto-Lei nº 161/96, 1996) e que são os seguintes: Prestação de Cuidados, Gestão, Investigação e Formação. Irei analisar os objetivos propostos neste ciclo de estudos, bem como os objetivos que delineei no início do estágio, descrevendo as experiências e dificuldades vivenciadas ao longo destas 15 semanas e que visam o desenvolvimento das competências inerentes ao grau de Mestre na área de especialização em ESIP.

Ao longo deste processo é importante também compreender e refletir sobre as competências do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem, que constam no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Estas competências abrangem a maximização da saúde da criança/jovem e da sua família ao longo da assistência e prestação de cuidados, a prestação de cuidados à criança/jovem e a sua família em situações complexas de saúde e a prestação de cuidados específicos durante o desenvolvimento e ciclo de vida da criança/jovem dando resposta às suas necessidades (Regulamento nº 422/2018, 2018).

Este trabalho é dividido em 5 capítulos: esta introdução, um capítulo sobre o primeiro estágio realizado que aborda o início do desenvolvimento de competências especializadas; um segundo capítulo com a contextualização do estágio final, o terceiro capítulo elenca as competências, os objetivos, as atividades desenvolvidas e uma reflexão crítica estando agrupado em quatro domínios que se complementam: Prestação de cuidados, Gestão, Investigação e Formação e, por último, a conclusão. As referências bibliográficas estão de acordo com a norma *American Psychological Association* (APA).

O início do percurso de desenvolvimento de competências especializadas

Ao longo do meu percurso formativo no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, além das unidades curriculares teóricas e teórico-práticas, realizei um estágio na unidade curricular “A Saúde da Criança e Família: vigilância e decisão clínica”, que me proporcionou diversas oportunidades e momentos para o desenvolvimento de competências especializadas em ESIP. Este estágio realizou-se ao longo de 8 semanas, no 1º semestre do 1º ano do Mestrado, correspondeu a 12 ECTS, com 300 horas de trabalho, sendo 180 horas em contexto de estágio, 12 horas de orientação tutorial e as restantes de trabalho individual.

O estágio foi realizado no serviço de internamento Pediátrico Médico-Cirúrgico de um centro hospitalar da zona norte e permitiu-me adquirir e consolidar conhecimentos e habilidades na área da ESIP. Este contexto de cuidados à criança/adolescente e família proporcionou-me diversos momentos de aprendizagem, nomeadamente a oportunidade de **analisar e refletir sobre o papel do EEESIP na assistência à criança/adolescente e família em contexto de doença aguda ou doença crónica** e, ainda, aprofundar **competências para facilitar a adaptação da criança/adolescente e família à doença e à hospitalização**. O diagnóstico de doença crónica numa criança traz alterações importantes na sua vida e o corpo da criança/adolescente e os enfermeiros são os profissionais que devem acompanhar e dar estratégias a criança e a família na adaptação à doença, ajudando-os o melhor possível ao longo da vida da criança (McElfresh & Merck, 2014). Nestas situações pude desenvolver habilidades na capacitação da família, na gestão do stress e no desenvolvimento de mecanismos de *coping* após o diagnóstico de uma doença crónica. A hospitalização e a doença representam crises de vida na criança, que é particularmente vulnerável a esta mudança de estado de saúde e de rotina habitual porque a criança tem poucos mecanismos de defesa para gerir o stress (Sanders, 2014). O EEESIP deve reconhecer quais os principais fatores de stress consoante a idade da criança e minimizá-los e, de forma a promover uma melhor adaptação das crianças/adolescentes e das suas famílias, no internamento, utilizei atividades que minimizassem a sensação de perda de controlo.

Ao longo do estágio também desenvolvi **competências no apoio à transição para a parentalidade**, ensinando e instruindo os pais mediante as suas necessidades de

aprendizagem, ao longo do internamento e na preparação da alta, **estabelecendo uma parceria de cuidados** efetiva com os pais/cuidadores da criança/adolescente. A hospitalização da criança é um evento crítico também para os pais, que tem de aceitar a ideia de serem pais de um filho doente. A parceria de cuidados efetiva facilita o desempenho parental, mas para isso os pais têm de gerir as suas próprias necessidades físicas e emocionais e compreender o estado de saúde do seu filho, gerir incertezas e construir novos significados sobre as suas vidas e dos seus filhos (Sousa, 2012).

As competências comunicacionais, tanto com a criança/adolescente, como com a família, foram também desenvolvidas ao longo deste estágio, para conseguir estabelecer uma **relação terapêutica com a criança/adolescente e família, valorizando as crenças e cultura**. Proporcionei espaço aos pais para colocarem as suas dúvidas, mostrava empatia e procurava prestar apoio emocional, estar presente e ouvir as mensagens verbais e não verbais dos pais/familiares. Com as crianças, utilizei o jogo e a brincadeira para entrar no mundo delas, estabelecer uma relação de confiança que viria, posteriormente, a ser favorável na prestação de cuidados. Tal como descreve a literatura, brincar é essencial na vida da criança e uma forma de gerir o stress e a tensão que a hospitalização acarreta (Sanders, 2014). Procurei otimizar a comunicação através da empatia e de técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e assim foi possível estabelecer uma comunicação eficaz não só com a família, mas também com a criança/adolescente, escutando as suas dúvidas e crenças, medos e ansiedades e encorajando a comunicação expressiva de emoções.

Foi possível **aprofundar competências na avaliação e controlo da dor da criança/adolescente e família**. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2010) A avaliação da dor deve ser feita de forma regular, no caso do internamento pelo menos uma vez a cada 8 horas (DGS, 2010) e assim o fiz, avaliando a dor em todos os turnos e sempre que havia sinais sugestivos de dor, antes e depois de cada procedimentos dolorosos e após a aplicação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Para isso aplicava instrumentos de avaliação da dor de acordo com a faixa etária e a capacidade cognitiva da criança (DGS, 2010). Após a avaliação da dor da criança procurei a implementação de medidas farmacológicas e não-farmacológicas no controlo da dor, em função do estágio de desenvolvimento da criança e conforme descrito pela DGS (2012a) e pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013), tais como: a distração; modelação, utilizando bonecos para a demonstração do procedimento; a imaginação guiada; a musicoterapia; e o reforço positivo, a sucção não nutritiva e a utilização de sacarose (24%) nos RN e lactentes (Jacob, 2014; DGS, 2012a). Em casos de procedimentos invasivos da pele utilizava um anestésico local

conforme recomendado pela DGS (2012a). Na minha prestação de cuidados valorizei a presença dos pais uma vez que *a separação dos pais gera stress na criança e pode aumentar a sua perceção de dor* (OE, 2013, p. 18). As estratégias não farmacológicas são importantes no controlo da dor na criança e o EEESIP deve aplicar os conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico psicossocial e espiritual da criança e as habilidades em terapias não farmacológicas para alívio da dor (Regulamento nº 422/2018, 2018).

Também iniciei a aquisição de **competências no domínio da investigação e da formação**, identificando áreas de interesse passíveis de ser investigadas e que contribuíssem para a prestação de cuidados às crianças/adolescentes internados neste serviço de pediatria. Constatei que uma das áreas que merecia atenção era a dos cuidados com o cateter vascular central (CVC) e, através da investigação e com base em evidência científica elaborei um “feixe de intervenções” na manutenção de CVC, de forma a uniformizar e otimizar procedimentos de enfermagem.

No domínio da **Gestão**, compreendi o papel de responsável de turno que faz a gestão de vagas no internamento, o que implica uma coordenação com a equipa médica e com outros serviços. Realiza a verificação de stocks de recursos materiais e respetiva solicitação de reposição que é fundamental para um bom funcionamento do serviço. Também o EEESIP, ao ser responsável de turno, organiza o planeamento da distribuição de doentes para o turno seguinte conforme os recursos humanos disponíveis, avaliando a necessidade de cuidados de cada criança/adolescente e respetiva família de forma a executar um plano de trabalho com equidade. Todos estes processos foram favorecedores da minha aprendizagem e desenvolvimento de competências na área da gestão em enfermagem.

Ao longo deste estágio pude articular a teoria com a prática clínica o que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A componente teórica do ciclo de estudos revelou-se fundamental uma vez que a experiência prática implica que tenhamos um nível de conhecimento teórico prévio para conseguir tomar decisões fundamentadas e assentes em evidências científicas atual. Este primeiro ano do curso de Mestrado permitiu-me desenvolver e aprofundar conhecimentos importantes para a ciência de enfermagem, mais especificamente na área de ESIP.

Contextualização do estágio final

O estágio final integrado na unidade curricular “Estágio Final e Relatório” decorreu em três diferentes contextos da prática clínica no âmbito da especialização em ESIP.

O primeiro contexto decorreu num serviço de Neonatologia de um Hospital do Norte, contemplando 90 horas de contacto, entre 5 e 28 de setembro de 2022. O serviço de Neonatologia está dividido em duas unidades, sendo elas a Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) e a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). São ambas no espaço físico e partilham equipamentos, a sala de apoio aos pais e a sala para extração de Leite Materno (LM). A prematuridade é a principal causa de internamento neste serviço. Os Recém-Nascidos Pré-Termo (RNPT) têm múltiplas complicações clínicas, na maioria dos casos relacionadas com a sua prematuridade. As UCIN e a UCEN diferenciam-se entre si pelo nível de vigilância e pelo tipo de cuidados prestados ao Recém-Nascidos (RN), tendo em conta alguns critérios de admissão, tais como idade gestacional (IG), patologia, estabilidade hemodinâmica e nível de vigilância que os RN necessitam. Na UCEN estão internados RN com necessidade de cuidados intermédios, podendo estar em incubadora ou em berço, dependendo da sua estabilidade térmica e hemodinâmica. Na UCIN, estão internados neonatos que precisam de vigilância e monitorização contínua e tratamento intensivo e diferenciado, incluindo situações de grande prematuridade (IG<32semanas), prematuridade extrema (IG<28semanas) e RN com patologia cirúrgica. O serviço tem a capacidade para internar 24 RN, 12 em cada uma das unidades. Existe ainda dois quartos de isolamento com pressão positiva, reservados para RN com patologia infecciosa transmissível. A equipa multidisciplinar é a mesma para ambas as unidades, sendo constituída por enfermeiros, neonatologistas e pediatras de diversas especialidades, assistentes operacionais, administrativo, entre outros. O rácio enfermeiro/doente é diferente nas duas unidades: sendo o rácio 1/1 ou 1/2 na UCIN e 1/2 até 1/4 na UCEN, diurno ou noturno.

A neonatologia dispõe de uma sala de apoio aos pais, com mesa de refeições, sofá, máquina de café e micro-ondas para que os pais possam utilizar e terem um maior conforto. Existe ainda um cantinho da amamentação, equipado com materiais de promoção e apoio para a amamentação, onde as mães podem realizar extração de LM para os seus filhos

internados. O serviço de neonatologia tem também um projeto em conjunto com a Fundação do Gil, em que elementos da equipa de enfermagem, participam na Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), que pretende estabelecer a continuidade de cuidados dos RN e famílias após a alta. Este acompanhamento tem como objetivo o apoio à parentalidade, através da otimização dos cuidados parentais ao longo do desenvolvimento da criança, tentando minimizar situações de possível risco ao seu desenvolvimento.

O segundo momento de estágio decorreu num Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente, com 90 horas de contacto, entre 29 de setembro e 25 de outubro de 2022. Esta urgência pediátrica está integrada no Serviço de Urgência Polivalente (Despacho nº 13427/2015, 2015), de um centro hospitalar do norte de Portugal e tem como objetivo o atendimento urgente e emergente a todas as crianças, independentemente da patologia apresentada, desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias (Despacho nº10319/2014, 2014). O SUP tinha instalações novas, inauguradas no ano de 2021, tendo uma instalação física contígua à urgência geral de adultos, mas agora com uma entrada e área de admissão exclusiva para os utentes pediátricos. Apesar do SUP ser exclusivamente pediátrico, em algumas especialidades médicas os serviços são comuns, como é o caso de ortopedia, oftalmologia, cirurgia e otorrinolaringologia, e os médicos são os mesmos que atendem na urgência de adultos. O SUP dispõe de um gabinete de triagem, gabinetes médicos, um gabinete de enfermagem, duas salas destinadas a procedimentos de enfermagem, sala de emergência, preparada e equipada para a receção, avaliação e estabilização inicial das crianças e adolescentes com situações emergentes, e ainda uma sala de internamento de curta duração com 6 vagas, tendo ainda um quarto de isolamento para crianças com patologia infecciosa transmissível. Tem ainda duas salas de espera, que se dividem por utentes com sintomas respiratórios e sintomas não-respiratórios, divisão ainda influenciada pela pandemia covid-19. A equipa multidisciplinar inclui enfermeiros, pediatras e médicos de diversas especialidades e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é composta por 23 elementos, dos quais 19 são EEESIP. Em cada turno estão 4 enfermeiros, em que pelo menos um tem de ter o curso de triagem, para assegurar esta valência. Os outros 3 enfermeiros, um fica alocado à área de atendimento de utentes respiratórios, já observados pela equipa médica, outro enfermeiro presta cuidados aos utentes com patologia não respiratória e assegura, se necessário, a sala de emergência. Por fim, fica um enfermeiro alocado à unidade de internamento de curta duração.

Por último, com 180 horas de contacto, estagiei em contexto de CSP, nomeadamente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Familiar

(USF) pertencente ao mesmo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). Este último contexto decorreu entre 26 de outubro e 17 de dezembro de 2022. O ACES tem como missão *garantir a acessibilidade e continuidade dos cuidados de saúde, de proximidade, qualidade e segurança, aos indivíduos e famílias integrados na Comunidade da sua área de influência* (Serviço Nacional de Saúde, 2017). Para isto, o ACES tem vários programas e projetos e desenvolve atividades de promoção de saúde e prevenção de doença e reabilitação, articulando-se com outros serviços e recursos da comunidade.

A USF onde estagiei, tem como missão a *prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos* (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007, p. 5). Presta cuidados a indivíduos e famílias nela inscritos de forma acessível, equitativa e continuada, ao longo do seu ciclo vital. A equipa multidisciplinar é constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros e 6 secretários clínicos e ainda assistentes operacionais e abrange aproximadamente 14 000 utentes. A USF tem diversos gabinetes médicos e de enfermagem, tendo gabinetes apenas destinados às consultas de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ), com as paredes decoradas com desenhos infantis, tornando-se assim mais acolhedor para as crianças. O gabinete de enfermagem é adjacente ao gabinete médico, sendo que as consultas de SIJ se iniciam pela consulta de enfermagem, sendo logo de seguida observada pelo médico, prosseguindo e finalizando a consulta.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, a nível domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos vulneráveis em situação de risco ou dependência funcional (Despacho n.º 10143/2009, 2009). Tem como missão *promover a melhoria do estado de saúde da população da sua área geodemográfica de abrangência, aumentando a acessibilidade aos cuidados de saúde, prestando cuidados especializados e de proximidade, com uma equipa multiprofissional, garantindo cuidados de saúde em articulação com todas as unidades funcionais do ACES (...)* (Serviço Nacional de Saúde, 2017). A equipa multidisciplinar é constituída por 1 médico, 1 nutricionista, 1 psicólogo, 2 secretários clínicos, 2 assistentes sociais, 1 fisioterapeuta e 19 enfermeiros, dos quais 3 são EEESIP. Na UCC são desenvolvidos vários programas no âmbito da SIJ, nomeadamente: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), o Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), todos eles da responsabilidade da equipa de saúde escolar, com a qual tive oportunidade de estar. Existe ainda um projeto da responsabilidade

da EEESIP, cujo objetivo é intervir precocemente nas crianças dos 0-3 anos, em situações de risco. Além destes, existe também o projeto de “Massagem Infantil”, dinamizado por uma enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia. As atividades desenvolvidas nos vários programas, decorrem no domicílio e nas escolas, havendo uma grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população abrangida, garantindo acessibilidade e equidade de cuidados da população abrangida.

O percurso para o desenvolvimento de competências especializadas

O EEESIP presta cuidados especializados à criança/jovem saudável ou doente tendo como base a parceria de cuidados com a família ou pessoa significativa e em qualquer contexto de prática (OE, 2017). A prática especializada requer um percurso de aprendizagem e uma reflexão dos cuidados prestados ao longo do mesmo.

Ao longo deste capítulo descrevo os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas, no sentido de desenvolver as competências necessárias ao título de Mestre em ESIP. O capítulo está organizado pelos domínios de atuação do Enfermeiro: Prestação de Cuidados, Gestão, Investigação e Formação conforme descrito no REPE (Decreto-Lei nº 161/96, 1996).

Domínio da Prestação de Cuidados

O Domínio da Prestação de Cuidados é primordial uma vez que os enfermeiros, no exercício da sua atividade profissional, contribuem para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem. Além disso, o enfermeiro especialista tem competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem gerais e especializados na sua área de formação (Decreto-Lei nº 161/96, 1996).

Independentemente do contexto de prática, o EEESIP deve preocupar-se em prestar cuidados individualizados às crianças, em parceria com as suas famílias, promovendo a sua saúde e bem-estar (Hockenberry & Barrera, 2014). Posto isto, irei descrever de forma crítica-reflexiva as atividades desenvolvidas e os objetivos para adquirir competências no domínio da Prestação de Cuidados.

Competência:

- **Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Objetivo específico

- Compreender a organização e funcionamento das unidades de saúde, dos diferentes contextos de assistência

Para responder as crescentes necessidades em saúde é importante que os enfermeiros trabalhem em parceria com outros profissionais de saúde. Este trabalho multidisciplinar implica que as várias disciplinas aprendam umas com as outras e se complementem no mesmo contexto (Neves, 2012). O trabalho em equipa contribui para um plano de cuidados mais eficaz, prevenindo complicações, incrementando os ganhos em saúde e trazendo uma melhor qualidade de vida para as crianças e as suas famílias (Gracanin, 2020).

Em todos os contextos de assistência, logo no primeiro contacto fiquei a **conhecer as instalações dos serviços**. Na neonatologia e no SUP a enfermeira-gestora mostrou-me o serviço, os circuitos e onde estavam dispostos os recursos materiais. Na USF e na UCC, esta apresentação ficou a cargo da enfermeira EEESIP que me orientou ao longo do estágio. Fiquei a **conhecer a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar** que estava presente no turno, sendo que os restantes elementos fui conhecendo ao longo do estágio.

No SUP, a enfermeira-gestora também me explicou a **dinâmica e metodologia de trabalho**, que é igual em todos os turnos. Há 4 enfermeiros que estão divididos pelas 4 áreas da unidade, um na triagem, um enfermeiro na área de internamento de curta duração, um enfermeiro na área dos doentes do foro respiratório e outro enfermeiro na área dos doentes com patologia não contagiosa e que dá apoio à sala de emergência. O serviço está bem organizado e esta metodologia parece-me adequada ao contexto.

Na USF a metodologia de trabalho é do Enfermeiro de Referência, mais especificamente o Enfermeiro de família que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem a indivíduos e famílias, em todas as fases da vida, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (Decreto-lei nº 54/2018 , 2018). Na UCC, estive mais em contacto com a equipa de saúde escolar, sendo que era constituída por 4 enfermeiros, 1 EEESIP, 2 especialistas em Enfermagem Comunitária e um enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Na neonatologia, aproveitei o primeiro turno para **observar a dinâmica e a metodologia de trabalho da equipa**. Neste serviço é utilizado o método de trabalho individual, ou seja, cada enfermeiro tem a seu cargo um determinado número de RN internados, sendo responsável por prestar todos os cuidados durante o seu turno. A passagem de turno é individual e cada enfermeiro recebe apenas a informação dos doentes que tem atribuídos.

Nesta unidade, no início do turno da manhã e do turno da noite, a equipa de enfermagem divide-se em dois grupos de trabalho em que um fica a preparar os leites dos RN e o outro fica a preparar a medicação. Esta preparação é feita para as 12 horas e fica armazenado no frigorífico, à exceção da medicação intravenosa, sem estabilidade, que só é preparada imediatamente antes da administração. Todos os procedimentos de preparação de medicação intravenosa são realizados com técnica asséptica e é por esta razão que apenas um enfermeiro se equipa e prepara toda a medicação, com a colaboração de um colega. Isto foi um aspeto que me gerou alguma indignação e me fez refletir, uma vez que acabamos por administrar medicação que não fomos nós a preparar, aumentando o risco de erros. Para colmatar este risco, há um protocolo de preparação e administração de medicação intravenosa que é utilizado igualmente por todos os enfermeiros, de forma a uniformizar os procedimentos. Efetivamente, os erros de medicação são das causas que mais contribuem para eventos adversos na pediatria (D'errico, et al., 2022) e por isso mesmo devemos minimizar ao máximo este risco. Estes erros podem ocorrer em diversas fases do processo nomeadamente na prescrição, dispensa, dosagem, preparação e administração (D'errico, et al., 2022). As crianças são particularmente vulneráveis e um dos erros mais comuns é a preparação errada da medicação, nomeadamente a diluição (D'errico, et al., 2022). O enfermeiro tem uma responsabilidade acrescida em todo o processo de administração de medicação e, como tal, quem prepara deveria também ser quem administra, para diminuir a possibilidade de erro.

Sendo a neonatologia um serviço tão complexo e especializado, procurei **consultar normas e protocolos existentes**, para me ajudou na integração. Além disto também consultei uma capa com as formações de serviço já realizadas, nomeadamente sobre o posicionamento do RN, as escalas de dor, a preparação da alta, a Ventilação Invasiva (VI) e Ventilação Não Invasiva (VNI), o método-canguru, entre outros temas. Também nos outros serviços onde estagiei, nomeadamente no SUP e na USF, procurei **consultar normas e protocolos existentes**, para conseguir adaptar-me e integrar-me melhor no serviço.

Nos CSP e na neonatologia o sistema informativo e de registo desta unidade é o *SClínico* que para mim foi uma mais-valia pois também o utilizo na minha prática profissional. Na procura da excelência do exercício profissional o EEESIP contribui para a eficácia e organização dos cuidados de enfermagem, sendo relevante a *existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem da criança/jovem, intervenções de enfermagem e resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pela criança/jovem* (OE, 2017, p. 10). Considero importante registar e documentar o plano de cuidados prestados ao doente/família no sistema de informação, uma

vez que os sistemas de informação são uma ferramenta de trabalho e avaliação e uma forma de promover a qualidade e continuidade dos cuidados (Fernades & Tareco, 2016). Na USF os registos eram bastante valorizados até porque eram uma forma de validar que eram cumpridos os critérios necessários para atribuição de incentivos financeiros (Portaria nº 212/2017, 2017). Na neonatologia, para os registos e transmissão de informação, era utilizado um documento protocolado no serviço para registo da passagem de turno e monitorização e avaliação do RN. No fim do turno era transcrito para a plataforma *SClinico*. Na minha opinião seria vantajoso valorizar e uniformizar os registos informáticos, ficando a informação toda no mesmo local, sendo mais fácil consultar por todos os elementos da equipa multidisciplinar. Os registos são importantes indicadores, facilitam a gestão de enfermagem, promovem a avaliação dos cuidados prestados, servem de suporte legal e, ainda, dão visibilidade ao contributo do processo de enfermagem valorizando a profissão (Fernades & Tareco, 2016).

No SUP é utilizado o *ALERT*, que permite a entrada em tempo real de toda a informação clínica do doente, tendo por base um conceito de *workflow*, permitindo um acesso contínuo à informação e também à atualização em tempo real da informação relativa a cada intervenção ou exame, possibilitando um registo simultâneo de informação por parte da equipa multidisciplinar (Alert, 2010-2023). Como nunca tinha trabalhado com o *ALERT*, ao longo do estágio foi necessário pesquisar e informar-me sobre o sistema informativo para ir adquirindo autonomia para efetuar os registos no sistema e consultar toda a informação clínica necessária para a prestação de cuidados.

O EEESIP gere os cuidados e articula com outros profissionais, reconhecendo quando deve referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde (Regulamento nº 140/2019, 2019). Por isso mesmo, nos diversos contextos procurei **conhecer a articulação entre as unidades de saúde e outros recursos**. Como estagiei num serviço de neonatologia de um hospital central, muitas vezes a unidade recebia RN de alto risco transferidos de outros hospitais. Além dos referidos anteriormente, é necessário articular com outros serviços como o Bloco Operatório (BO), quando os RN são submetidos a cirurgias ou quando há cesarianas de RN de alto risco, e também com o internamento pediátrico, quando os RN estão estáveis, mas precisam de prolongar internamento para otimizar cuidados parentais ou aquisição de competências alimentares, por exemplo. No SUP, a articulação com outros serviços e unidades é também importante, havendo muitas vezes necessidade de articular com outros serviços do próprio hospital, desde o BO, internamento de pediatria ou neonatologia, serviços de exames de diagnóstico ou até encaminhamento para outros hospitais. O meu

primeiro turno foi na área de internamento de curta duração e logo nesse dia consegui conhecer a articulação com outras unidades de saúde uma vez que foi preciso transferir 2 crianças para outros hospitais, uma para ser observado por pedopsiquiatria e outra para internamento numa unidade de cuidados intensivos. A equipa médica faz o contacto com os serviços e depois a enfermeira responsável pelos doentes faz o pedido de transporte e avalia a necessidade de acompanhamento. Na sala de emergência pude compreender a importância do trabalho em equipa, para que os cuidados sejam prestados de forma precisa e em tempo útil, à criança gravemente doente. Cada elemento tem determinado o seu papel na sala de emergência, e os cuidados são prestados de forma organizada.

Na UCC e na USF também **conheci a articulação com outras unidades e recursos da comunidade**, como medidas de apoio social e legislativas, clínicas de fisioterapia, terapia da fala ou terapia ocupacional, psicólogos, nutricionistas, entre outros, para conseguir orientar as crianças e as suas famílias. Além desta articulação, dentro da USF há uma complementaridade entre o médico de família e o enfermeiro de família. Nas consultas de SIJ por exemplo, a consulta começa na sala de enfermagem e continua na sala médica, havendo às vezes necessidade de realizar em simultâneo para um maior conforto da criança, estando assim menos tempo despida e sendo possível avaliar vários aspetos em simultâneo.

Tive oportunidade de **participar em reuniões e comunicar com a equipa multidisciplinar**. No SUP, participei numa reunião em que se decidiu os cuidados a prestar a uma criança em fim de vida. Efetivamente o enfermeiro especialista deve colaborar nas decisões da equipa de saúde, reconhecendo os diferentes e interdependentes papéis de cada membro da equipa (Regulamento nº 140/2019, 2019). Na UCC e na USF, havia reuniões de serviço todas as semanas e tive oportunidade de participar em algumas em que eram discutidos assuntos relevantes para a melhoria dos serviços. Além destas, participei numa reunião do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), onde a equipa é multidisciplinar e conta com a EEESIP, uma assistente social, uma psicóloga clínica e um médico. Já a Equipa Local de Intervenção (ELI) é também uma equipa multidisciplinar onde estão envolvidos vários profissionais (enfermeiros, educadores de infância de intervenção precoce, médico de família ou pediatra, assistente social, psicólogo e outros terapeutas).

Na equipa de saúde escolar foi também possível compreender a articulação multidisciplinar. Quando a criança tem uma Necessidade de Saúde Especial (NSE), que beneficie de um Plano de Saúde Individual (PSI), é necessário haver referência por parte dos pais, professores ou enfermeiro de família. A elaboração dos PSI ficava a cargo da EEESIP que depois era debatido com os professores e os pais da criança. Ainda em contexto

de saúde escolar acompanhei o EEESIP em reuniões com os professores coordenadores da equipa de Promoção e Educação para a Saúde (PES), onde foram definidas as atividades a efetuar durante o ano letivo, em função das necessidades dos alunos de cada escola.

Diversos estudos demonstram que o trabalho em equipa multidisciplinar é uma abordagem eficaz e única para tratamento, reabilitação e saúde (Gracanin, 2020). Ao longo deste estágio, demonstrei ter capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, nos diversos contextos de assistência. Adotei uma postura profissional e adaptei-me sempre às especificidades e exigências de cada contexto.

Competência:

- **Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;**

Objetivo específico

- Aprofundar competências de comunicação com o RN/criança/adolescente e família nos diferentes contextos de assistência;
- Aprofundar competências para estabelecer uma relação terapêutica com a criança/adolescente e família, valorizando as suas crenças e cultura.

A comunicação é fundamental na assistência de enfermagem em qualquer contexto da de prática (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013). Nos diferentes contextos de estágio pude desenvolver e aprofundar competências de comunicação. Comunicar com a criança e família é uma competência do EEESIP que deve demonstrar técnicas comunicacionais apropriadas ao estadio de desenvolvimento da criança e relacionar-se com ela e com a família respeitando as suas crenças e cultura (Regulamento nº 422/2018, 2018).

Uma dimensão importante que adquiri ao longo do meu percurso formativo foi a importância do cuidado centrado na família, uma filosofia de assistência cujas *guidelines* se baseiam no acolhimento da criança e da família de forma afetiva e humanizada. O enfermeiro reconhece o papel essencial da família na vida da criança, importante para o plano de cuidados e na experiência de doença (Vaz & Trigo, 2020). Os cuidados centrados na família baseiam-se no apoio (aceitação de valores culturais, sociais e étnicos) e desenvolvimento de relações colaborativas (Sanders, 2014). Por essa razão, procurei proporcionar apoio emocional à criança e família, estar presente e ouvir as mensagens verbais e não verbais dos

pais/familiares, demonstrando empatia, ou seja, a *capacidade de compreender o que a outra pessoa está a experienciar* (Hockenberry, 2014, p. 126).

Em todos os contextos procurei **comunicar com a família, utilizando linguagem adequada ao seu nível socioeconómico e respeitando as suas crenças e cultura**. Ao longo do estágio contactei com crianças e pais de diversas culturas e crenças, religiões e diferentes formas de encarar os cuidados saúde e a parentalidade. O EEESIP deve cuidar de forma holística, ética e culturalmente sensível, respeitando as crenças e culturas da criança/família, portanto demonstrei sempre respeito pelas diferenças (Regulamento n. °351/2015, 2015).

As crianças processam a informação de forma diferentes dos adultos e em função do seu estadio de desenvolvimento e ferramentas de comunicação (Desai & Pandya, 2013). Independentemente da idade da criança, é crucial estarmos conscientes dos aspetos verbais e não verbais da comunicação (Desai & Pandya, 2013; Hockenberry, 2014). Para **responder adequadamente às necessidades expressas pela criança**, procurei **utilizar estratégias de comunicação adequadas ao estadio de desenvolvimento do RN/criança/adolescente** em cada contexto de assistência. Com o RN adotei uma postura calma, com toque suave e acolhedor, tom de voz baixo, que são estratégias neuroprotetoras para o RN, especialmente o pré-termo (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). Nos lactentes e crianças pequenas é importante mantê-los no colo dos pais, onde se sentem seguros, falar com tom de voz calmo e gentil (Desai & Pandya, 2013; Hockenberry, 2014). Com as crianças em idade pré-escolar procurei conversar com linguagem simples e sem analogias, tom de voz suave, utilizava muitas vezes um boneco de transição, colocando-me ao nível da criança (Desai & Pandya, 2013; Hockenberry, 2014). Em idade escolar, é importante explicar-lhes os procedimentos, sendo honesto, respondendo a todas as perguntas e dando orientações claras, sobre a sequência do procedimento e as sensações que vão ter (Desai & Pandya, 2013; Hockenberry, 2014) . No fim das consultas e dos procedimentos elogiava e dava reforço positivo (Desai & Pandya, 2013). Comunicar com os adolescentes é um desafio, sendo possível haver flutuações na comunicação e reações aos procedimentos que podem oscilar entre a cooperação e hostilidade, portanto procurei encorajar a expressão de ideias e emoções, respeitando-as, sem julgar ou criticar (Hockenberry, 2014). É importante em todas as idades responder ao que a criança/adolescente e família questionam, deixar partilhar o que sentem e dar espaço para transmitirem os seus medos e preocupações, mostrando empatia pelas suas necessidades emocionais (Desai & Pandya, 2013). Ao longo da minha prestação de cuidados, lembrava os pais como confortar os filhos durante os procedimentos (Desai & Pandya, 2013), promovendo o bem-estar da família.

Em pediatria, brincar é a linguagem universal da criança, devendo ser usada como meio de comunicação (Hockenberry, 2014). A brincadeira pode ser útil e uma forma de transmitir informação ou explicar procedimentos (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013). Nos diversos contextos procurei interagir com as crianças através da brincadeira para entrar no mundo delas, estabelecer uma relação de confiança que viria posteriormente a ser favorável na prestação de cuidados. Tal como descreve a literatura, brincar é essencial na vida da criança e uma forma de gerir o stress e a tensão (Sanders, 2014). O enfermeiro deve promover momentos de brincadeira e jogo com as crianças para minimizar o impacto da hospitalização, nomeadamente em contexto de urgência, ajudando a criança a sentir-se mais segura num ambiente desconhecido, diminuindo a ansiedade de separação e permitindo uma maior colaboração nos cuidados de enfermagem (Vaz & Trigo, 2020).

Nos diferentes contextos e interação com as crianças e famílias procurei **encorajar uma comunicação expressiva de emoções** (Regulamento n.º 351/2015, 2015) minimizando o impacto dos sentimentos negativos, vivenciados em contextos complexos, como a neonatologia e a urgência.

A neonatologia é um serviço complexo do ponto de vista emocional para os pais e profissionais de saúde. Os pais vivem momentos avassaladores e os enfermeiros devem considerar as experiências e vivências de cada mãe/pai, *respeitando-as e valorizando-as como contributos importantes para a prestação de cuidados ao seu filho* (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020, p. 132). Procurei encorajar os pais a expressar as suas emoções e necessidades, as suas expectativas em relação aos cuidados e a esclareci as suas dúvidas, mostrando sensibilidade e disponibilidade para os ouvir. As situações de acolhimento dos pais pela primeira vez no serviço eram sempre momentos desafiantes, uma vez que era preciso dar informações importantes sobre o serviço, mas também gerir as emoções e ansiedade dos pais em ver o ser RN pela primeira vez. Era importante oferecer conforto, tanto com palavras como com gestos e atitudes. Na neonatologia, utilizei muitas vezes silêncio e escuta ativa, focando-me em aspetos verbais e não verbais (Hockenberry, 2014; Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020), ouvindo as angústias dos pais e transmitindo confiança e empatia (Enke, et al., 2017).

Em contexto de urgência há grandes desafios na comunicação. A preocupação dos pais e o stress e medo vividos por estes e pelas crianças/adolescentes e o facto de ser um serviço com fluxo constante de utentes onde se pretende um atendimento rápido pode ser mais difícil estabelecer relações de empatia. O primeiro contacto com a criança e família é na triagem. O enfermeiro da triagem deve ter competências de entrevista e relação, como assertividade,

empatia, humanização (Vaz & Trigo, 2020). Na minha prática procurei centrar-me na informação necessária, estando atenta a palavras-chave e colocando questões abertas para perceber a situação, demonstrei preocupação e repetia o que me diziam, valorizando o comportamento não verbal (Vaz & Trigo, 2020). Procurava tranquilizar os pais relativamente ao processo de assistência, nomeadamente em procedimentos invasivos (Vaz & Trigo, 2020). No SUP, o acompanhante da criança/adolescente tem o direito a informação adequada em todas as fases do atendimento (Vaz & Trigo, 2020) portanto informava os pais e envolvia-os nos cuidados, **demonstrando disponibilidade e respondendo adequadamente às necessidades do RN/criança/adolescente e família**. Ao transmitir informação, era assertiva e centrava-me na informação necessária, não transmitindo informação excessiva para não aumentar a ansiedade e ser um bloqueio à comunicação (Hockenberry, 2014).

Realço aqui a sala de emergência que é um local que desencadeia momentos de angústia na criança/adolescente e pais. Irei fazer referência a uma situação que vivi com uma criança de 4 anos, vítima de trauma após uma queda do 2º andar. A criança entrou na sala de emergência consciente, acompanhada da mãe. Foi importante estabilizar a criança e para isso foi imprescindível o papel da mãe em todo o processo que serviu de intermediária entre os profissionais de saúde e a criança, ajudando a acalmar a criança e permitindo realizar uma avaliação do estado de consciência e assim adequar as intervenções realizadas. Durante estes momentos de angústia mostrei-me sempre disponível para explicar à mãe todos os procedimentos e como poderia ajudar ao estar presente, acalmando a criança.

Na USF foi possível desenvolver competências comunicacionais nas consultas de SIJ, onde se avalia o desenvolvimento da criança e a dinâmica familiar através de entrevista à criança/adolescente e aos pais, mas também através da observação (Hockenberry, 2014). A comunicação nas consultas de SIJ é multidirecional e para o seu sucesso deve ser acessível, acionável, ter credibilidade e confiabilidade, e o enfermeiro deve demonstrar disponibilidade, transparência e consistência (Fernandes & Andrade, 2020). A informação deve ser centrada no cliente e na família, tendo em conta as suas necessidades (Fernandes & Andrade, 2020). Tendo em conta que as idades das crianças e o seu contexto socioeconómico era bastante variável foi importante adequar as estratégias comunicacionais e relacionais para conseguir estabelecer uma relação terapêutica de confiança com os utentes. Sendo eu o elemento novo naquele contexto, em todas as consultas achei importante apresentar-me e dirigir-me à criança/adolescente e família com respeito, pelo nome preferido e garantindo a privacidade e confidencialidade (Fernandes & Andrade, 2020; Hockenberry, 2014). Procurei

mostrar assertividade e segurança na informação que transmitia, elogiando e dando reforço positivo aos hábitos que as crianças e pais faziam bem, dando algumas sugestões de melhoria, com respeito pelos valores e crenças. Um elogio transmite reforço positivo e confiança aos pais para exporem outras dúvidas (Hockenberry, 2014). A criança também deve ser incluída na interação, e procurei fazê-lo adequando as estratégias às idades. Procurei dar-lhes tempo para se adaptarem ao local e a minha presença, falando primeiro com os pais. Quando a criança tem idade e capacidade para falar sobre si, é importante dirigir-lhe as questões pois são uma importante fonte de informação (Hockenberry, 2014). A comunicação eficaz permite estabelecer relações de confiança importantes na educação para a saúde, que é fundamental na capacitação dos pais (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). Durante as consultas havia uma partilha de saberes, dúvidas, angústias e expectativas, havendo espaço para avaliar a criança e a relação pais e filhos.

Na UCC as competências comunicacionais foram maioritariamente desenvolvidas no âmbito da saúde escolar. A UCC onde estagiei tinha uma grande área de abrangência, com diferentes contextos socioeconómicos e culturais, sendo necessário adequar a linguagem e as estratégias de comunicação. Particpei em diversas reuniões, essencialmente devido ao trabalho desenvolvido com as crianças com NSE. As reuniões envolviam os pais, as crianças/adolescentes e os professores. Contactei com famílias emigradas, algumas em programas de refugiados, sendo importante transmitir e estabelecer relações terapêuticas de confiança, respeitando crenças e culturas. Particpei em algumas formações da equipa de saúde escolar, a docentes e não docentes, sendo importante adequar a linguagem. Em saúde escolar, realizei uma Ação de Educação para a Saúde (AES) a 4 turmas do 1º ciclo. Em todas as sessões adequava a comunicação à faixa etária para captar a atenção das crianças. Como eram crianças em idade escolar, a AES incluía um jogo tipo *jogo da glória*, de forma a incentivar a participação dos alunos e também ajudá-los a adquirir conhecimentos sobre o tema em questão, que era saúde oral.

Em suma, ao longo do estágio consegui **estabelecer uma relação terapêutica de confiança com a criança/adolescente e família**, através de uma comunicação eficaz, demonstrando empatia, sendo clara, escutando as dúvidas, medos e crenças, e encorajando a comunicação expressiva de emoções. A comunicação centrada na criança e família em pediatria é um pilar importante para melhorar o bem-estar da criança e família, contribuindo para uma boa relação terapêutica e melhores ganhos em saúde (Desai & Pandya, 2013).

Competências:

- **Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito de ESIP;**
- **Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica e profissional avançada;**
- **Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de ESIP;**

Objetivo específico:

- Desenvolver competências na assistência de enfermagem especializada ao RN/criança/adolescente e família em situação de especial complexidade, nos diferentes contextos de assistência;

O EEESIP deve prestar cuidados às crianças/jovens e família em situações vulneráveis e de especial complexidade (Regulamento nº 422/2018, 2018). No meu estágio tive a oportunidade de passar por diversos contextos onde isto é uma realidade. Desde as especificidades de uma UCIN, onde lidei com RNPT e RN de alto risco, até a urgência onde foi necessário avaliar e triar crianças/jovens eficazmente, prestar cuidados na sala de emergência, lidar com situações sensíveis de saúde mental e ajudar em cuidados de fim de vida e ainda na UCC onde desenvolvi conhecimentos sobre crianças com NSE e participei em reuniões da ELI e do NACJR. Tudo estas áreas exigiram uma mobilização de conhecimentos para adquirir competências no cuidado à criança em situação complexa.

A neonatologia foi um contexto especialmente desafiante devido às suas especificidades em que a causa mais frequente de internamento é a prematuridade, ou seja, RN com menos de 38 semanas de IG, sendo que a maioria dos RN internados era grandes prematuros (IG <32 semanas) e extremos prematuros (IG <28 semanas) (Organização Mundial de Saúde, 2012). Tive a oportunidade de **cuidar do RN e família em situações de especial complexidade**, baseada na filosofia de prestação de cuidados centrados no desenvolvimento e na família. A prematuridade é uma realidade cada vez maior em países ocidentais e os RNPT tem maior risco de atraso no desenvolvimento de competências cognitivas, no processamento mental, na regulação comportamental e até na adaptação social e emocional (Santos, 2011). O ambiente do útero em nada se assemelha ao ambiente numa incubadora e por isso os RNPT passam por grandes desafios, num período sensível e vulnerável do

desenvolvimento cerebral (Guimarães, 2015; Westrup, 2015). Numa UCIN, o bebé está exposto a manipulações constantes, procedimentos invasivos e estimulação sonora e luminosa, o que pode prejudicar o seu desenvolvimento (Guimarães, 2015). Por esta razão surgiu o Modelo Neonatal de Desenvolvimento Integral de Desenvolvimento que pretende minimizar o impacto das influências negativas no desenvolvimento do RNPT e promover o seu neurodesenvolvimento (Guimarães, 2015). Uma atividade que desenvolvi na neonatologia foi **aplicar estratégias inspiradas na filosofia do NIDCAP ((*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*) nos cuidados prestados ao RN**. O NIDCAP foi criado nos anos 80 por *Heidelise Als* como uma estratégia de reduzir o impacto negativo dos ambientes da UCIN nos RNPT (Santos, 2011). Este modelo preconiza medidas neuroprotetoras para a prestação de cuidados, com o objetivo de proteger o cérebro imaturo dos RNPT (Guimarães, 2015). Envolve aspetos como o meio ambiente, o posicionamento e agrupamento de cuidados, contacto pele a pele, cuidados colaborativos e em parceria com a família, minimização do stress e da dor, cuidados com a pele, respeito pelo sono e otimização da nutrição (Altimier & Phillips, 2013; Santos, 2011). Este modelo é uma forma integrada e holística de prestar cuidados centrados no RNPT e na família, envolvendo cuidados individualizados consoante a resposta do RNPT aos mesmos (Guimarães, 2015). Ao longo do estágio procurei agrupar cuidados e respeitar os ciclos de sono do RN (Santos, 2011). O posicionamento do RNPT também é importante, e por isso ao posicionar o RN preferia colocá-lo lateralizado e contido, utilizando rolos que promovessem o alinhamento (Santos, 2011). Promovi o contacto pele a pele, isto é colocar o RN de fralda, no peito da mãe/pai, apenas coberto por um pano, que favorece o equilíbrio entre os sistemas tátil, proprioceptivo, visual e auditivo, o sono e a vinculação e, ainda, ajuda na regulação térmica e os parâmetros cardiorrespiratórios (Altimier & Phillips, 2013; Santos, 2011). O NIDCAP defende que a família deve ser envolvida nos cuidados e, por isso, o meu plano de cuidados era pensado para incluir momentos de interação entre RN e família (Santos, 2011).

Ao longo do estágio tive oportunidade de **observar e colaborar em procedimentos em cuidados intensivos neonatais, como:** avaliação do RN (avaliação antropométrica, parâmetros vitais, peso, postura, estado de alerta e a pele), aspiração de secreções, VI e VNI, colocação de CVC, colheita de análises e cuidados de higiene.

Os cuidados de higiene diferiam na UCIN e na UCEN. Na UCIN o banho era por partes, dentro da incubadora, para evitar o arrefecimento corporal, com água a 37°C e compressas suaves (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014a). Na UCEN, o banho era de imersão e, preferencialmente, dado com os pais para os poder instruir sobre os cuidados de higiene

(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014a). Os pais eram instruídos também sobre os cuidados ao cordão umbilical, com a desinfecção a ser realizada com álcool 70°, por serem RN mais suscetíveis a infecção (Organização Mundial de Saúde, 2012).

Outra área que pretendia aprofundar conhecimentos e habilidades referia-se à VI e VNI. Procurei primeiro observar e aprofundar conhecimentos sobre os ventiladores, modos ventilatório e cuidados ao RNPT ventilado. A prestação de cuidados a prematuros com VI é um desafio, uma vez que pelas características anatómicas do RNPT, o tubo endotraqueal não tem *cuff*, sendo a sua exteriorização acidental muito fácil de acontecer. Tive a oportunidade de prestar cuidados a 3 RNPT com VI, em que manipulei cuidadosamente o tubo endotraqueal, troquei os adesivos, com ajuda da enfermeira tutora e aspirei secreções em circuito fechado. Também presenciei uma entubação endotraqueal no BO, após uma cesariana de emergência. Além da VI, prestei cuidados a RN com VNI, nomeadamente com *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) e também com Cateter Nasal de Alto Fluxo (CNAF). Considero que **adquiri competências na assistência ao RN com ventilação mecânica invasiva e não invasiva**

No decorrer do meu estágio tive ainda a oportunidade de **colaborar na admissão, acolhimento e assistência do RN de alto risco na neonatologia**. Fui ao BO três vezes porque nasceram 3 RNPT por cesarianas de emergência. Colaborei nos cuidados imediatos a duas RNPT, de 28 e 30 semanas de IG, sendo consideradas extremas prematuras. A neonatologia é contactada previamente nos casos de cesarianas de emergência e todo o plano de cuidados é reorganizado, para uma EEESIP poder ir para o BO prestar os primeiros cuidados ao RNPT em parceria com o neonatologista. Pude adquirir **conhecimentos e habilidades na assistência imediata ao RNPT** e ainda adquiri conhecimentos em **emergência e reanimação neonatal** porque presenciei várias tentativas de reanimação, ao nascimento, de uma RNPT com 34 semanas, com síndrome polimalformativo. Esta situação foi bastante difícil de vivenciar uma vez que não foi possível reverter a situação.

Devido a imaturidade do sistema imunitário, os RNPT têm um maior risco de contrair infeções (Organização Mundial de Saúde, 2012) e desenvolver sépsis, principalmente nas primeiras 72 horas de vida (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014b). Muitos fazem antibiótico e há um cuidado acrescido na prevenção da contaminação, sendo a lavagem e desinfecção das mãos um procedimento importante. Como muitos RN tinham CVC, toda a medicação e nutrição parentérica era preparada e administrada com técnica assética. O CVC acarreta maior risco de infeção sendo que a este risco acresce a menor IG do RN (Costa, Paiva, Kimura, & Castro, 2016). A maioria dos RNPT tinha um cateter central de inserção

periférica, que é um cateter longo e flexível, inserido através de uma veia periférica do membro superior e que progride até o terço distal da veia cava superior ou veia cava inferior e que permite que terapia intravenosa (Prates, et al., 2014). Durante o estágio tive oportunidade de observar a sua colocação por enfermeiros, que são os profissionais de saúde tecnicamente mais competentes para a sua colocação (OE, 2009; Costa, Paiva, Kimura, & Castro, 2016).

Uma das maiores dificuldades nos RNPT é a alimentação oral, uma vez que exige que o RN esteja estável, sem suporte ventilatório e tenha coordenação entre a sucção, a respiração e a deglutição, sendo um grande desafio para os profissionais que trabalham na neonatologia (Neto, 2014). **Desenvolver competências na aquisição alimentar dos RN**, foi uma atividade que procurei desenvolver ao longo do estágio na neonatologia. Apesar da maioria dos RN na UCIN serem alimentados via parentérica alguns iam progredindo, passando a ser alimentados com pequenas quantidades de leite, que ia aumentando progressivamente conforme a tolerância, por sonda oro gástrica, através de gavagem. Para iniciar a alimentação entérica o LM era a opção ideal para os RNPT uma vez que é adaptado ao bebê a nível nutricional, melhorando a imunidade, o desenvolvimento e está associado a menores complicações da prematuridade, nomeadamente a enterocolite necrosante (Poulimeneas, et al., 2020) (Cheong, Burnett, Treyvaud , & Spittle , 2019). O EEESIP deve promover o aleitamento materno (Regulamento nº 422/2018, 2018), através de apoio adequado às mães. Neste sentido, informei as mães sobre os benefícios do LM, mostrei-lhes o cantinho da amamentação e disponibilizei material informativo que a unidade dispunha para promover o LM. No decorrer da prestação de cuidados também tentei proporcionar experiências orais positivas ao RNPT, que mais tarde facilitariam a aquisição de competências alimentares, nomeadamente cuidados à boca com LM, colocando algumas gotas na chupeta, aquando da alimentação por gavagem. A sucção não nutritiva ajudava a promover a autorregulação e com LM ajuda a estimular o desenvolvimento de deglutição e coordenação dos reflexos de sucção. A criança iniciava alimentação oral quando cumprisse alguns requisitos, nomeadamente: IG acima de 33 semanas, estabilidade fisiológica, coordenação na sucção, deglutição e respiração (Neto, 2014). Além da IG é importante valorizar o comportamento e sinais de prontidão do RN, nomeadamente estabilidade fisiológica, estado de alerta tranquilo, sucção não nutritiva presente e abertura da boca com protusão da língua (White & Parnell, 2013). Os cuidados de enfermagem em bebés que estavam a adquirir competências alimentares eram organizados de forma a preservar a energia do RN para a alimentação oral e, como tal, antes da refeição era de evitar procedimentos que possam cansar o bebê (banho,

aspiração de secreções) (Neto, 2014). Durante a refeição era importante vigiar sinais de instabilidade que o RN pudesse apresentar como alteração da coloração da pele, polipneia, sonolência, sendo que se apresentasse algum sinal era preciso parar e administrar o restante leite por gavagem (White & Parnell, 2013). Além destes cuidados, também fazia pausas a cada 3-5 sucções, para o bebê respirar e manter estabilidade fisiológica (Neto, 2014). Este processo era lento e envolvia conquistas e retrocessos da criança.

Em contexto de SUP também vivenciei experiências de especial complexidade que irei abordar de seguida.

Em Portugal, a triagem é da responsabilidade dos enfermeiros e como tal, no SUP procurei **participar e realizar triagem segundo triagem de Manchester**, que era o sistema de triagem preconizado no SUP onde estagiei. A triagem em pediatria é *um processo de avaliação rápida das crianças doentes aquando da sua chegada ao hospital* (Vaz & Trigo, 2020, p. 297) e é o primeiro contacto que a criança e família tem com o enfermeiro em contexto de urgência. Em poucos minutos o enfermeiro tem de avaliar o estado da criança e estabelecer, não um diagnóstico, mas o nível de prioridade, acarretando uma grande responsabilidade. Em Portugal, a triagem de *Manchester* é o sistema mais utilizado, sendo efetuado por enfermeiros com formação neste âmbito. A triagem de *Manchester* é realizada através de algoritmos de decisão, no *ALERT*, definindo o nível de prioridade, através de identificação de critérios de gravidade e que atribuem ao utente uma cor que determina a prioridade da situação e o tempo máximo de espera para observação médica (DGS, 2018). A triagem consiste em identificar a queixa inicial e seguir o fluxograma de decisão. Este sistema classifica o utente, de acordo com a gravidade, em 5 cores que definem o tempo alvo de observação inicial (emergente (vermelho) = 0 minutos; muito urgente (laranja) = 10 minutos; urgente (amarelo) = 60 minutos; menos urgente (verde) = 120 minutos; não urgente (azul) = 240 minutos) (DGS, 2018). O enfermeiro tem um papel preponderante nesta tomada de decisão e deve ser dotado de conhecimentos e experiência para que todo o encaminhamento da criança seja realizado de forma eficaz. Ao longo do estágio realizei algumas triagens, com supervisão da enfermeira tutora e, apesar de ter tido alguma dificuldade no início, considero que desenvolvi a capacidade de avaliar e interpretar sintomas e melhorar a tomada de decisão em situação de urgência. Depois da atribuição da pulseira, informava os pais onde poderiam aguardar observação médica e explicava que a ordem de atendimento seria pela gravidade dos sintomas e não pela ordem de chegada (Vaz & Trigo, 2020) e informando-os que se houvesse alguma alteração no estado da criança poderiam pedir nova avaliação.

Ao longo do estágio, em reflexão e discussão com os pares, questionei se a triagem de *Manchester* seria o sistema indicado para a triagem pediátrica, uma vez que os fluxogramas e discriminadores estão mais direcionados para os adultos. Efetivamente existe um sistema de triagem exclusivamente pediátrico, que é o sistema de triagem canadiano (*Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*). Esta triagem também é realizada por enfermeiros com formação neste âmbito. Esta escala tem 5 níveis que classificam o utente seguindo 3 passos: *impressão inicial da gravidade clínica avaliada pelo triângulo de avaliação pediátrica, avaliação da queixa e avaliação dos sinais vitais, tendo em conta a idade e os fatores de risco associados. A dor tem um papel determinante na classificação da urgência* (DGS, 2018, p. 10). Após esta avaliação, há 5 níveis de prioridade que definem os tempos de observação médica semelhantes aos da Triagem de *Manchester* (DGS, 2018).

Além da triagem, passei também pela sala de emergência, onde **aprofundei conhecimentos e competências para abordar a criança gravemente doente**. A sala de emergência é uma área onde se recebe, avalia e estabiliza utentes, em situações de risco de vida ou disfunção vital (Vaz & Trigo, 2020). Quando a criança/adolescente dá entrada no serviço de urgência em situação de trauma ou instabilidade hemodinâmica é importantes uma mobilização de conhecimentos e uma intervenção rápida de enfermagem, uma avaliação rápida da criança, reconhecendo sinais e sintomas de choque e seguindo os princípios ABCDE (A- via aérea; B – respiração; C – circulação; D – função neurológica; E – exposição) (Vaz & Trigo, 2020). **Colaborei na assistência à criança/adolescente na sala de emergência** em apenas 3 situações, mas todas elas distintas e que me permitiram aprofundar competências na abordagem à criança gravemente doente. O primeiro contacto que tive foi com uma criança de 4 anos que deu entrada pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) após uma queda do 2º andar. A criança vinha em plano duro, consciente e a ventilar espontaneamente. Foi preciso realizar exames complementares de diagnóstico para perceber se havia traumatismo crânio-encefálico e outras fraturas. A criança estava acompanhada da mãe, que foi um elemento fundamental para acalmar a criança e assim conseguir prestar os cuidados necessários. Felizmente a criança não teve TCE, apenas fratura no braço e uma laceração na cabeça, que foi suturada. Depois de estabilizada na sala de emergência e descartado situações de gravidade, a criança e a mãe foram encaminhadas para OBS onde ficaram em vigilância. A segunda situação na qual colaborei na sala de emergência foi com uma criança de 7 anos, trazida pela VMER, em estado de mal epilético, isto é, teve uma convulsão com duração superior a 30 minutos (Sociedade Portuguesa de Neuropediatria, 2007). À chegada a criança ainda vinha em crise convulsiva e foi necessário

monitorizar, posicionar e administrar medicação endovenosa, avaliando constantemente e assegurando a estabilidade respiratória e circulatória. Com medicação endovenosa a situação reverteu e foi possível estabilizar a criança. A terceira situação em que colaborei na sala de emergência, não foi uma emergência, mas era necessário realizar uma redução de fraturas nos dois braços de um adolescente que tinha caído de uma árvore. Como era um procedimento que envolviam sedação, foi utilizada a sala de emergência, uma vez que reúne todos os equipamentos necessários. Estas vivências na sala de emergência permitiram-me adquirir capacidade de abordar a criança em situação de emergência, definir prioridade, melhorar a minha capacidade de reação em situações imprevistas e complexas e compreender a dinâmica de atuação numa emergência em que é necessária competência técnica, científica e emocional para assistir a criança e família.

Na urgência, contactei com adolescentes admitidos por motivos relacionados com saúde mental, uma adolescente de 16 anos com ingestão medicamentosa e etílica e 2 adolescentes, de 14 e 16 anos, com comportamentos de automutilação. Parece-me pertinente refletir sobre este tema uma vez que a saúde mental é importante e muitos jovens apresentam sintomas de mau estar, tristeza extrema, desregulação emocional, preocupações intensas (Health Behaviour in School-Aged Children, 2018). Segundo a DGS (2013a) os comportamentos autolesivos envolvem atos sem intencionalidade suicida, nomeadamente: ingerir fármacos ou substâncias ilícitas ou psicoativas em doses excessivas, ingerir substâncias ou objetos não digeríveis ou comportamentos de lesão ao próprio corpo (DGS, 2013a). Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 13% dos adolescentes, entre os 10 e os 19 anos, sofrem com uma perturbação do foro mental, sendo que as mais comuns são ansiedade e depressão seguidas por défice de atenção e hiperatividade, distúrbios alimentares, autismo e esquizofrenia (UNICEF, 2021) e, além disso, o suicídio é a 5^o causa de morte entre os jovens entre os 10 e os 19 anos. A pandemia Covid19 obrigou muitos adolescentes e crianças a ficarem isolados em casa, privados do contacto social, o que fez despoletar uma preocupação com a saúde mental após COVID-19, uma vez que estudos indicam as crianças e adolescentes tem mais stress e ansiedade (UNICEF, 2021). Um estudo realizado em Portugal também revelou que 18% dos adolescentes mencionou ter tido comportamentos autolesivos (Reis, et al., 2019). O adolescente que se automutila tem problemas de autoestima, dificuldade ao nível das relações interpessoais, tendo sentimentos de solidão e angústia que os leva a utilizar a autoagressão como “analgésico emocional” (Reis, et al., 2019). Muitos destes adolescentes vem parar ao SUP, sendo importante que os profissionais de saúde saibam reconhecer, tratar e encaminhar estas situações para que estes adolescentes

continuem a ser acompanhados após a ida a urgência. É importante reconhecer e prevenir estes comportamentos a nível de CSP e saúde escolar através de campanhas de intervenção nas escolas, identificação de fatores de risco e aumento da cobertura de respostas de saúde mental da infância e adolescência (DGS, 2013a).

Outra situação complexa que considero importante abordar decorreu num turno que realizei na unidade de internamento de curta duração, em que tive aos meus cuidados um adolescente de 14 anos, com paralisia cerebral e um atraso grave do desenvolvimento psicomotor, internado com uma infeção respiratória. O estado do adolescente rapidamente deteriorou durante o turno, apresentado sinais de disfunção vital. Houve reunião da equipa multidisciplinar, na qual participei, em que se discutiu qual seria a abordagem relativamente ao utente: se seria transferido para os cuidados intensivos ou se faria uma abordagem de cuidados de conforto, onde nesse caso se optaria por transferir para o internamento pediátrico. Como já era um doente crónico, seguido naquele centro hospitalar, ficou decidido que seria para transferir para o internamento, onde poderia ter os cuidados de conforto e controlo de sintomas, e estar na companhia dos seus pais. O internamento pediátrico recusou-se a receber o utente, referindo que não tinha condições de monitorização e vigilância, e o adolescente ficou internado na OBS. Houve reunião com os pais do doente em que se explicou e se deu espaço aos pais para enfrentar esta situação e, excecionalmente, ambos puderam estar junto ao seu filho durante os 2 dias em que esta situação decorreu. A morte em crianças e jovens é uma situação difícil e angustiante, causadora de um grande sofrimento na família (Martins & Ramos, 2020). A criança em fim de vida tem direito a ser cuidado num contexto apropriado (Martins & Ramos, 2020), e no meu entender uma enfermaria na urgência não é o local apropriado para esta família passar os últimos dias com o seu filho. Apesar disso, foi importante preparar esta família para os sinais e sintomas que poderiam observar no seu filho e assegurá-los que o adolescente estaria medicado e não estaria a sofrer (Ethier, 2014). Durante o período que permaneci com esta família procurei **prestar suporte físico e emocional ao doente e família em situação de fim de vida**, prestando cuidados de higiene, proporcionando cuidados à boca, para prevenir secura e fissuras, encorajei os pais a irem até lá fora para saírem um bocadinho do ambiente hospitalar e permiti-lhes falarem sobre o seu filho e sobre as emoções que estavam a sentir (Ethier, 2014). O EEESIP deve demonstrar conhecimentos que facilitem os processos de luto e a dignificação da morte na sua prestação de cuidados à criança/jovem e família. (Regulamento nº 422/2018, 2018). Reconheço que esta é uma área em que preciso de investir para prestar cuidados e responder

eficazmente às necessidades em fim de vida em idade pediátrica, principalmente no apoio à família em processo de luto.

Na UCC tive oportunidade de **aprofundar conhecimentos sobre o funcionamento da ELI**, no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Todas as crianças com *deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e as suas famílias deverão beneficiar de programas de intervenção precoce, através do SNIPI, criado pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro* (DGS, 2013b, p. 33). O SNIPI é dirigido a crianças entre os 0 e os 6 anos e às suas famílias e tem como objetivo garantir a intervenção precoce na infância, isto é, *o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social* (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009, p. 7298). Para o SNIPI estão elegíveis as crianças e famílias que apresentem: risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo que limite o desenvolvimento normal da criança e a sua participação ou que tenham um risco grave de atraso de desenvolvimento por experienciar quatro ou mais *condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança* (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009, p. 7299). As ELI são equipas multidisciplinares com enfermeiros, educadores de infância de intervenção precoce, médico, assistente social, entre outros terapeutas. Estas equipas identificam as crianças e famílias elegíveis para o SNIPI, que são referenciadas por pelos profissionais de saúde, educadores de infância e até os próprios pais. Além disso asseguram a vigilância de crianças e famílias, que não estão elegíveis, mas que precisam de avaliação periódica; encaminham crianças e famílias não elegíveis para apoio social; elaboram e colocam em prática o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP); identificam as necessidades e recursos da comunidade; (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009). O PIIP é elaborado tendo em conta o diagnóstico da criança e identifica os recursos e necessidades da criança e da família, os apoios necessários, a periodicidade das avaliações, e os procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009).

Em qualquer contexto de prática o EEESIP pode deparar-se com casos de crianças e jovens em risco, pelo que lhe compete reconhecer, detetar precocemente e intervir em situações de risco, identificando e assistindo crianças vítimas de maus-tratos, incluindo negligência, abuso e comportamentos de risco (Regulamento nº 422/2018, 2018). Na UCC pude conhecer o **conhecer o processo de sinalização da criança em risco** uma vez que **participei na reunião do NACJR**. A equipa do NACJR é constituída por um EEESIP, uma

psicóloga, um médico e uma assistente social. Tem como objetivo *promover os direitos das crianças e jovens, em particular a saúde, através da prevenção da ocorrência de maus-tratos, da deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e ou encaminhamento dos casos identificados* (Despacho n.º 31292/2008, 2008, p. 49208). Os maus-tratos são um processo complexo e multidimensional, que pode começar de forma insidiosa e que tem afeta negativamente o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar, podendo causar sequelas físicas, cognitivas, afetivas e sociais, irreversíveis, e até levar à morte (Despacho n.º 31292/2008, 2008). Os maus-tratos podem ser classificados em: negligência, maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos, abuso sexual e síndrome de *Munchausen* por procuração (Despacho n.º 31292/2008, 2008). Durante a reunião percebi que a intervenção perante crianças e jovens vítimas de maus-tratos se processa por 3 níveis. No primeiro nível é dada legitimidade às entidades que trabalhem com crianças e jovens (serviços de saúde, segurança social, escolas, creches, jardins de infância), *para intervir na promoção dos direitos e na proteção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo* (Despacho n.º 31292/2008, 2008, p. 49210). No segundo nível intervém as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Por fim, no terceiro nível, intervém os tribunais, através da intervenção judicial. Na reunião que participei foi abordado um caso de uma criança com 8 anos com elevado absentismo escolar e que já estaria referenciada para a equipa de saúde escolar e, como ainda não havia alteração de comportamentos por parte da família, iria agora intervir a CPCJ. Este contacto com o NACJR fez-me compreender que este tem uma função de consultoria aos profissionais e equipas de saúde e está em contacto permanente com os recursos na intervenção de 1º nível.

Em suma considero que adquiri competências na abordagem às situações complexas com que me deparei ao longo do estágio, nos diversos contextos de assistência, adequando os métodos de análise de situações complexas e demonstrando capacidade de reagir perante situações novas, imprevistas e complexas, tomando decisões fundamentadas e demonstrando uma capacidade de análise crítico-reflexiva.

Objetivo específico:

- Desenvolver competências na gestão e controlo da dor do RN/criança/adolescente.

A dor é um fenómeno complexo, multidimensional e multissensorial (Williams & Lascelles, 2020) e caracteriza-se por ser uma experiência subjetiva e individual, sendo

importante compreendê-la geri-la de forma forma individualizada (OE, 2013) Segundo a DGS (2003), o controlo eficaz da dor é um direito da pessoa que sofre e dever do profissional de saúde que a assiste. Como futura EEESIP a minha preocupação é a promoção do bem-estar da criança e família, sendo imprescindível saber avaliar a dor no RN/criança/Adolescente, para conseguir minimizá-la, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas (OE, 2013).

A preocupação com a dor em pediatria advém do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam-na na memória e se não for tratada tem consequências a longo prazo (DGS, 2010). Efetivamente, a dor não tratada pode levar a uma ativação de processos físicos, bioquímicos e celulares que modificam a resposta futura à dor, fenómeno chamado de sensibilização ou sensibilização, evidenciado por hipersensibilidade física a estímulos, ausência de tratamento da dor e até sintomas de *stress* pós-traumático (DGS, 2012a). A experiência de dor em crianças é influenciada pela sua idade, nível de desenvolvimento, pela causa e natureza da dor e pela capacidade da criança em expressar-se (Jacob, 2014). Desta forma, é importante que o EEESIP seja competente na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança (Regulamento nº 422/2018, 2018).

Para fazer um controlo eficaz da dor é importante a sua avaliação e registo sistemático, independentemente do contexto de assistência (DGS, 2003). Por isso, nos diversos contextos procurei **avaliar a dor através da aplicação de escalas adequadas ao estágio de desenvolvimento, faixa etária e capacidade cognitiva do RN/criança/adolescente**, de acordo com os instrumentos recomendados pela DGS (2010)

A neonatologia é um serviço onde os RN estão expostos a diversos procedimentos dolorosos, sendo que em cuidados intensivos os RN experienciam uma média de 14 procedimentos dolorosos diariamente, desde punções venosas, inserção de CVC, remoção de adesivos, aspiração de secreções, entubação, entre outras (Williams & Lascelles, 2020). Atualmente, sabe-se que os bebés, mesmo prematuros, reagem a estímulos dolorosos e os RN são considerados hiperálgicos, uma vez que tem uma resposta motora mais prolongada a estímulos dolorosos (Fernandes A. , 2020). Além disso, estas experiências dolorosas ocorrem num período crítico de neurodesenvolvimento, em que o sistema nervoso do RN é mais vulnerável devido à imaturidade e neuroplasticidade. Esta exposição precoce à dor tem efeitos significativos a longo prazo nomeadamente a nível sensório-motor, no desenvolvimento cognitivo, no comportamento, uma hipersensibilidade ou dessensibilização à dor, que persistem na infância e até na idade adulta (Williams & Lascelles, 2020).

Na neonatologia, avaliei a dor no RN de forma regular, pelo menos a cada 6 horas, e através de instrumentos válidos como preconiza a DGS (2010). Os parametrizados no serviço onde estagiei eram: EDIN, NIPS e N-PASS, sendo que este último é utilizado em RN sedados. Como dito anteriormente, experiências dolorosas em RN tem repercussões importantes, por isso é importante minimizar e controlar a dor. No serviço onde estagiei, os profissionais são bastante sensíveis a este aspeto e aplicavam medidas de controlo da dor, farmacológicas e não farmacológicas de forma consistente e criteriosa. Na minha prática **apliquei medidas não farmacológicas no controlo da dor** do RN, tais como, redução de estímulos ambientais, manipulação mínima do RN, posicionamento, contenção, sucção não nutritiva e o uso de sacarose (DGS, 2012b; DGS, 2012a; OE, 2013). Utilizei estratégias baseadas no NIDCAP, uma vez que reduzem o stress e minimizam a dor de forma não farmacológica (Guimarães, 2015). Estas medidas podiam ser utilizadas de forma isolada ou em conjunto com medidas farmacológicas (OE, 2013). Quando o RN era submetido a procedimentos dolorosos, avaliava a dor antes, durante e após os procedimentos. Neste contexto, tive contacto com alguns RN sujeitos a intervenções cirúrgicas ou tratamentos intensivos e, nestes casos, os RN tinham perfusão endovenosa contínua de opióides, estando constantemente monitorizados. Efetivamente no pós-operatório, a analgesia preventiva e contínua é a base para um bom controlo da dor (Jacob, 2014). Nestas situações a dor era avaliada de 4/4 horas como preconizado pela DGS (2012b)

O SUP é um serviço onde as crianças são submetidas a procedimentos dolorosos, além de que só por si já é um sítio de ansiedade e tensão. Apesar da dor ter consequências negativas, a sua avaliação e gestão é subvalorizada nas urgências pediátricas (Abouzida, Bourgault, & Lafr, 2020). Pelo que experienciei, a dor era avaliada logo na triagem de *Manchester*. Os instrumentos para avaliação da dor parametrizadas no *ALERT* são a escala de faces e a escala visual analógica, ambas de autoavaliação, o que faz com que sejam utilizadas em faixas etárias para as quais não estão recomendadas. Se a escala de faces está preconizada entre os 4-6 anos e a EVA a partir dos 6 anos (DGS, 2010), todas as crianças com idade inferior ou crianças com incapacidade em se auto avaliar, não tem a sua dor avaliada corretamente, o que deve ser alvo de mudança neste contexto, parametrizando, no *ALERT*, escalas como a *FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)*, para crianças menores de 4 anos ou sem capacidade para verbalizar e a *FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised)* para crianças com multideficiência, para permitir a heteroavaliação da dor corretamente. Procurei **avaliar a dor utilizando escalas adaptadas à faixa etária e estado cognitivo do RN/criança/adolescente**, e preocupei-me também em

conhecer a história de dor da criança/adolescente. Num turno, tive aos meus cuidados uma adolescente, que tinha sido admitida com dor abdominal e vômitos, e era necessário colher análises e inserir um cateter venoso periférico. A adolescente encontrava-se muito ansiosa e com um medo exacerbado da punção venosa e, como tal, tentei compreender o porque deste medo, ao que ela me contou que tinha sido submetida ao mesmo procedimento noutra hospital há 3 meses e que tinha sido puncionada várias vezes, tendo sido bastante doloroso. Percebi que havia uma história que justificava o medo que a adolescente tinha e, por isso, apliquei algumas estratégias não farmacológicas, nomeadamente o uso de técnicas cognitivo-comportamentais em que lhe expliquei todo o procedimento, sendo honesta, descrevendo a sequência e as sensações que iria ter, depois foquei-me em técnicas de relaxamento, como respirar fundo e lentamente. Além disso, pedi à mãe para lhe dar a mão, sendo uma forma de suporte emocional (OE, 2013). Todas estas medidas contribuíram para o bem-estar da adolescente e conseqüentemente para prestar cuidados que ela precisava.

Ao longo da minha prestação de cuidados no SUP adotei e incentivei medidas de controlo e alívio da dor em função do estágio de desenvolvimento da criança nomeadamente: a distração, a modelação, a imaginação guiada e o reforço positivo (DGS, 2012b; OE, 2013). No RN e lactente priorizei o toque, a sucção não nutritiva, a contenção manual, a utilização de sacarose (24%) e, se a mãe estivesse disponível, a amamentação (DGS, 2012b; Jacob, 2014). Além disto, incentivei a presença dos pais que ajuda a minimizar o stress da criança porque estes compreendem o comportamento de dor da criança e ajudam-na a integrar as experiências de dor e a aplicar estratégias não farmacológicas na sua gestão (OE, 2013). A utilização de anestésico local é algo que aplico na minha prática diária, no entanto, neste contexto, não era um procedimento comum, uma vez requer um tempo de aplicação para a sua eficácia (pelo menos 45-60 minutos), o que pode atrasar o tratamento da criança (DGS, 2012b). O avaliação, gestão e controlo da dor é um assunto relevante em contexto de urgência pediátrica e que deve ser alvo de reflexão uma vez que a sua gestão podia ser otimizada (Abouzida, Bourgault, & Lafr, 2020).

Na USF a principal causa de dor nas crianças/adolescentes era a vacinação. A vacinação é um procedimento invasivo, que consiste, maioritariamente, numa injeção subcutânea ou intramuscular. A intensidade da dor neste procedimento depende do local da administração, a técnica de injeção ou mesmo o tipo de vacina (Organização Mundial de Saúde, 2015; OE, 2013). Também neste contexto procurei **utilizar estratégias não farmacológicas para alívio da dor.** Em (2021) a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) emitiu linhas orientadoras para o controlo da dor na vacinação pediátrica, sob

as quais me orientei neste estágio. Quando a criança/adolescente tinha várias vacinas no mesmo dia, administrava a vacina mais dolorosa em último lugar (APED, 2021) O posicionamento da criança também era algo que tinha em atenção, até aos 3 anos a criança era colocada no colo dos pais e as mais velhas eram vacinadas sentadas, uma vez que assim tem maior sensação de controlo (APED, 2021). Até aos 2 anos, se a criança amamentasse e a mãe estivesse disponível, era o método utilizado para alívio da dor, e a criança era colocada ao seio materno antes, durante e após o procedimento, (DGS, 2012b; DGS, 2012a). A amamentação combina a sucção, o contacto materno, a distração e a ingestão de algo doce, reduzindo o stress e ansiedade (APED, 2021; DGS, 2012a; DGS, 2012b). Outro método que utilizei com os lactentes foi a sucção não nutritiva, em que era oferecido a chupeta, se a criança já a utilizasse (DGS, 2012b). Na USF não dispunha de soluções açucarada, no entanto, caso a vacina oral contra o rotavírus fosse administrada, era a primeira, porque ela já é açucarada (APED, 2021). Utilizava também estratégias de relaxamento como o embalo, carícias, tom de voz baixo e calmo (OE, 2013). Em crianças mais velhas utilizava algumas técnicas preconizadas pela DGS (2012a), OE (2013) e APED (2021): técnicas comportamentais – ensinando comportamento que aliviem a dor, como a respiração profunda que promove o relaxamento do corpo; técnicas cognitivas – esclarecendo sobre a sensação da vacina; e ainda técnicas cognitivo comportamentais – como a distração, através de brinquedos, música, livros, vídeos, uma vez que reduz a ansiedade antecipatória e a dor. Utilizava também o reforço positivo, elogiando a criança e dando-lhe um autocolante no fim. (OE, 2013). Tal como preconizado nos outros contextos, incentivava a presença dos pais, priorizando os cuidados de saúde centrados na família, uma vez que é um direito das crianças e o enfermeiro deve negociar a presença dos pais e permitir que estejam presentes e participem na mitigação da dor na criança (APED, 2021; OE, 2013).

O controlo da dor é um indicador de qualidade e é importante que seja avaliada, prevenida e tratada em todos os contextos em que a criança se encontra (DGS, 2012b). O que pude observar em alguns momentos é que a dor continua a ser desvalorizada por alguns profissionais, não havendo monitorização, registo e vigilância de forma sistemática, aquando da realização de procedimentos, por exemplo. Durante o estágio, tentei sensibilizar para algumas estratégias não farmacológicas, uma vez que são importantes no controlo e alívio da dor na criança. O EEESIP deve promover o bem-estar físico da criança e sensibilizar para as terapias não farmacológicas para alívio da dor (Regulamento nº 422/2018, 2018).

Competências:

- **Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de ESIP;**
- **Tomar decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.**
- **Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;**
- **Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;**

Objetivos específicos:

- Promover a transição para a parentalidade;

A parentalidade é *assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade (...)* (International Council of Nurses, 2023). O papel parental envolve a satisfação das necessidades da criança, sejam elas biológicas, físicas, emocionais, desenvolvimentais ou saúde/doença (Sousa, 2012).

A parentalidade traduz-se numa das transições desenvolvimentais mais importantes para a nossa prática (Schumacher & Meleis, 1994). Meleis (2010) descreve as transições como processos multidimensionais e complexos que devem ser alvo dos cuidados de enfermagem, que atuam como facilitadores na transição. O EEESIP, tem o rigor técnico/científico para implementar as intervenções de enfermagem, que visem a avaliação do desenvolvimento da parentalidade (OE, 2017) e, como tal, a promoção da parentalidade foi um objetivo que delineeii para este estágio, nos diversos contextos.

A neonatologia foi um contexto desafiante na promoção da parentalidade. O nascimento de um bebé prematuro e a hospitalização imposta pelo estado clínico do RN é uma experiência desafiante para os pais (Cheong, Burnett, Treyvaud , & Spittle , 2019). Os pais experienciam sentimentos de frustração, angústia, raiva, culpa e incompetência por não terem sido capazes de gerar um filho saudável (Rebelo, 2013). Além disso, a separação dos pais e da criança, imediatamente após o parto, constitui-se como um constrangimento no

processo de vinculação e como os pais não tem um papel ativo na prestação de cuidados ao RN, a vinculação pode demorar a estabelecer-se (Rebelo, 2013). Numa neonatologia, os enfermeiros devem focar-se na promoção da parentalidade e reconhecer nos pais a capacidade de cuidar dos filhos (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). O enfermeiro deve facilitar o processo de vinculação, envolvendo os pais nos cuidados, proporcionado o contacto com o RN e dando informações adequadas sobre as competências do bebé (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). O EEESIP *promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais* (Regulamento nº 422/2018, 2018). Portanto neste contexto procurei **apoiar a transição para a parentalidade** através de algumas intervenções que **promovessem a ligação mãe/pai-filho, incentivando e promovendo o aleitamento materno, o contacto pele-a-pele e a participação dos pais nos cuidados**, uma vez que o envolvimento e o apoio familiar beneficiam a criança e a própria família (Naef, et al., 2019).

O EEESIP, na neonatologia, assume o papel de promotor do papel parental, através de estratégias que envolvem a comunicação eficaz e a educação para a saúde, para estabelecer relações de confiança com os pais (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). Ao longo do estágio procurei **facilitar o desempenho da parentalidade**, comunicando com os pais, mostrando disponibilidade e empatia para os fazer sentirem-se mais acolhidos. No primeiro contacto dos pais com o serviço é importante familiarizá-los com aquele ambiente, apresentando o serviço e explicadas as regras, nomeadamente os horários de visita e as regras de controlo de infeção. Era importante também explicar aos pais tudo aquilo que viam no seu filho, mostrando disponibilidade para responder às dúvidas que apresentavam.

Uma das atividades que desenvolvi foi **promover o método canguru**, colocando o RN em contacto pele a pele com o peito da mãe/pai, usando apenas uma fralda e estando coberto com um cobertor ou com a roupa dos pais (Organização Mundial de Saúde, 2003). É uma intervenção autónoma dos enfermeiros e que promove o aleitamento materno e o bem-estar no RN e dos pais (Organização Mundial de Saúde, 2003).

Ao longo do internamento na neonatologia, os pais vão sendo capacitados para a prestação de cuidados ao seu filho, nomeadamente os cuidados de alimentação, higiene, sono, prevenção de acidentes e vigilância de saúde, pelo que **identificar as necessidades de aprendizagem dos pais** e ir ao encontro das mesmas foi uma atividade que desenvolvi. O regresso a casa de uma criança nem sempre significa que o está curada, mas sim que a situação de doença estabilizou e que a prestação de cuidados poderá continuar no domicílio. Esta transição implica um desempenho eficaz do papel parental, adequando-o à situação da

criança, por isso deve-se dotar os pais de conhecimentos e capacidades que lhes permita assumir as responsabilidades necessárias para cuidar da criança (OE, 2011). Este processo de planear a alta deve começar com uma identificação dos desejos da família e da capacidade de assumir os cuidados (Sanders, 2014), o que pressupõe um conjunto de atividades e cuidados da equipa multidisciplinar e resulta na garantia que as dificuldades futuras da criança e da família serão minimizadas, melhorando o bem-estar da criança e família, a sua segurança e a autonomia e responsabilidade familiar (OE, 2011). A capacitação dos pais tem de ir ao encontro do papel parental que estes vão desempenhar, seja o **papel parental desenvolvimental** (cuidados parentais para satisfazer as necessidades desenvolvimentais), **papel parental especial** (ação parental para satisfazer as necessidades especiais de natureza transitória) e **papel parental complexo** para satisfazer as necessidades especiais de natureza crónica (Sousa, 2012). Uma parceria de cuidados facilita o desempenho do papel parental e os pais sentem-se mais seguros nos cuidados à criança no regresso a casa (Sousa, 2012).

Uma das dificuldades no apoio à parentalidade que encontrei na neonatologia e que, na minha perspetiva devia ser foco de mudança é o tempo de permanência dos pais. Na neonatologia os pais têm horário de visita, apesar de ser um horário alargado até as 22h considero que é um aspeto que devia ser alterado. A presença dos pais no internamento é importante na filosofia NIDCAP, falada anteriormente, uma vez que estes não são apenas visitas, mas sim parceiros nos cuidados ao RNPT (Carvalho, Batista, Vaz, & Santos, 2019). A filosofia NIDCAP defende que devemos colaborar com a família em todos os aspetos que ela necessitar, promover o aleitamento materno, o contacto pele com pele, a parceria de cuidados e a presença ilimitada dos pais nas unidades para que possam participar na tomada de decisão, nas visitas médicas e nos cuidados ao filho (Guimarães, 2015). Numa neonatologia deve-se proporcionar as melhores condições para que o bebé se desenvolva adequadamente, apoiando os processos psicológicos de ligação entre os pais e o seu RN, aspeto crucial para a saúde e desenvolvimento a longo prazo. (Westrup, 2015). A presença permanente dos pais junto ao RN tem efeitos positivos no seu desenvolvimento cerebral e deve haver um esforço para proporcionar isso uma vez que há benefícios tanto para os pais como para o bebé (Cheong, Burnett, Treyvaud, & Spittle, 2019). Apesar desta limitação, no processo de assistência de enfermagem procurei cuidar do RN em colaboração com a família, respondendo às questões colocadas, explicando as situações de modo a facilitar a gestão de emoções e de incerteza (Carvalho, Batista, Vaz, & Santos, 2019). As organizações devem fazer um esforço para implementar uma cultura organizacional que apoia as relações entre pais e filhos, isto é, as necessidades físicas e emocionais dos pais e dos bebés,

proporcionado um ambiente físico que facilite a proximidade entre os pais e o RN, facilitando o contacto pele a pele, precoce e prolongado, o aleitamento materno e a parceria de cuidados, promovendo assim cuidados centrados nas famílias ((Flacking , et al., 2012).

Relativamente aos CSP, a parentalidade assume-se como um foco da intervenção do EEESIP, tanto na UCC como na USF. Na USF as consultas de SIJ são momentos que visam a promoção da saúde e de prevenção da doença da criança e, também a promoção da parentalidade (DGS, 2013b). Realizei diversas consultas de vigilância de SIJ, em que me foquei em intervir ao nível da promoção da saúde e **apoio no desempenho do papel parental**. O nascimento de um filho é um momento de transição e exige mudanças no desempenho dos papéis e nas próprias relações familiares (Hockenberry, 2014). À medida que a criança vai crescendo e se desenvolvendo, surge a necessidade de aquisição de novos conhecimentos e competências da parentalidade, sendo que as consultas SIJ são um momento privilegiado para os adquirir. Ao longo das consultas procurei **apoiar a transição para a parentalidade**, através de educação para a saúde, *que é uma atividade vital na capacitação dos pais no seu papel parental, permitindo uma partilha de saberes, dúvidas, expectativas e medos* (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020, p. 132) Consoante a idade e etapa de desenvolvimento da criança promovi cuidados antecipatórios sobre diferentes áreas (alimentação, sono, higiene, segurança, entre outros), consoante a **identificação de necessidades de aprendizagem dos pais**, esclarecendo as dúvidas, explicando os cuidados a ter e elogiando os comportamentos positivos. Em muitas consultas foi possível também a **promoção do aleitamento materno**, que é o alimento preferencial para os bebés até aos 6 meses de idade, tendo inúmeros benefícios para a criança e para a mãe (Levy & Bértolo, 2012), além disso a amamentação proporciona momentos únicos de relacionamento entre a mãe e o bebé (Vilaça & Ramos, 2020) que favorecem a vinculação e a ligação mãe-filho.

Também na UCC a promoção da parentalidade é evidente. Na UCC onde estagiei as sessões de preparação para a parentalidade são realizadas pela enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, que também é a responsável pelas sessões de massagem infantil que tive de oportunidade de participar. As sessões de massagem infantil promovem o vínculo pais/bebés, a comunicação verbal e não verbal, sentimento de respeito, o amor, a tolerância, o toque nutritivo, contacto precoce com ambos os pais, empatia e imitação (Associação Portuguesa de Massagem Infantil , s.d.) Além disso, pude compreender que os pais trazem muitas dúvidas para estas sessões e que ao longo da sessão a enfermeira aborda várias temáticas importantes para capacitação dos pais.

Em suma, a promoção da parentalidade foi um foco e um objetivo importante que desenvolvi neste estágio final, sendo que o EEESIP deve também *estabelecer uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade* (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19193).

Objetivos específicos:

- Promover a parceria de cuidados nos diferentes contextos de assistência.

O enfermeiro que trabalha em pediatria ter presente que a criança não existe sozinha e que a família deve estar envolvida no seu plano de cuidados. Os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados são modelos de cuidados em ESIP que se complementam, enfatizando que os profissionais de saúde e as famílias são parceiros nos cuidados a prestar à criança (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A permanência dos pais durante a hospitalização do seu filho, tal como preconiza a Carta das Crianças Hospitalizadas (Instituto de Apoio à Criança, 1996) e a mudança na abordagem dos cuidados agora centrados na família permitiu que os enfermeiros percebessem que os pais têm as suas próprias necessidades físicas e emocionais e precisam de compreender o estado de saúde do seu filho, gerir incertezas e construir novos significados sobre as suas vidas e dos seus filhos (Sousa, 2012).

O EEESIP deve assistir o RN/criança/jovem em parceria com a família, implementando um plano de cuidados que promova a parentalidade (Regulamento nº 422/2018, 2018). Esta forma de prestar cuidados tem por base o modelo de *Anne Casey* que enfatiza o envolvimento dos pais nos cuidados à criança em todas as fases do processo e com base na *flexibilidade, no reconhecimento das perícias da família, no respeito pelos seus desejos e avaliação das suas necessidades, no apoio contínuo e na renegociação, no ensino, na supervisão e na avaliação dos cuidados, na reflexão e na comunicação* (OE, 2011, p. 72). Este modelo dá importância à criança, como dependente dos pais/família que são os principais responsáveis pelos cuidados que a criança precisa. Por sua vez, a criança precisa de se desenvolver num ambiente seguro e cuidado e temos de ter em conta que um défice de saúde pode comprometer o seu desenvolvimento e bem-estar. Os cuidados de enfermagem correspondem aos cuidados especializados dos enfermeiros quando os pais solicitam ou não tem capacidade para os prestar e o enfermeiro deve apoiar, substituir, ensinar e encaminhar os pais numa situação de saúde/doença (Farrel, 1992; Casey & Mobbs, 1988). Numa parceria de cuidados efetiva, os cuidados são planeados em função do envolvimento e capacidades

dos pais, com negociação e partilha de decisões entre estes e os profissionais de saúde (Casey, 1995; Casey & Mobbs, 1988; OE, 2017). A família é uma constante na vida da criança e os enfermeiros devem capacitá-las e empoderá-las para que estas se envolvam na prestação de cuidados à criança, mediante a sua vontade, perícia e disponibilidade (Monteiro & Cerqueira, 2020). Os pais são os melhores prestadores de cuidados das crianças, e o enfermeiro deve respeitar e valorizar esta experiência (OE, 2017) *Na parceria é enfatizada a importância dos pais para o desenvolvimento integral da criança, mas para o desenvolvimento do próprio cuidado também. É valorizada a parentalidade no processo de cuidar* (Mendes & Martins, 2012, p. 120). O EEESIP cuida da criança em parceria com a família, independentemente do contexto de assistência (Regulamento nº 422/2018, 2018), portanto ao longo do estágio **cuidei do RN/criança/adolescente em parceria com a família**, procurando **incentivar e envolver os pais nos cuidados prestados**, através do desenvolvimento de uma relação terapêutica e de uma comunicação onde predominasse a partilha de conhecimentos. Tendo em conta o contexto de prática, o nível de participação e envolvimento dos pais foi variando, mas procurei sempre **identificar as necessidades e preferências dos pais** para conseguir **negociar com os pais e criança a responsabilidade e participação nos cuidados** (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Na neonatologia, os pais experienciam momentos de ansiedade, tristeza, medo, preocupação, culpa e perda de controlo (Enke, et al., 2017; Rebelo, 2013; Naef, et al., 2019). A parceria de cuidados diminui estes sentimentos e facilita a transição para a parentalidade (Monteiro & Cerqueira, 2020). Por isso ao longo do estágio foi importante capacitar progressivamente os pais, incentivando-os a participar nos cuidados ao seu filho, respeitando a sua vontade e disponibilidade, uma vez que a literatura indica que os pais desejam envolver-se e participar nos cuidados ao seu RN através de relações colaborativas com os enfermeiros (Naef, et al., 2019). Inicialmente os pais eram incentivados a tocar, acariciar e falar para o RN. Procurei sempre esclarecer os pais sobre os dispositivos que a criança tinha e os procedimentos que íamos fazendo. Após algum tempo, os pais eram incentivados a fazer contenção quando fazíamos algum procedimento, como monitorizar sinais vitais, aspiração de secreções, troca de fralda. À medida que os pais se sentiam mais confiantes, iam participando nos cuidados, começando por trocar a fralda, alimentar por sonda e colaborar no posicionamento. O apoio dos enfermeiros aos pais deve ser consistente, baseado no incentivo e reforço positivo, para que estes entendam que o seu contributo na parceria de cuidados traz benefícios para a criança e para eles (Bry & Wigert, 2019; Monteiro & Cerqueira, 2020). Todos estes cuidados implicam a capacitação dos pais e um processo de

negociação para tentar ajustar os cuidados ao horário em que os pais estão presentes, para que estes possam observar, participar e realizar os cuidados ao ser filho.

A parceria de cuidados na neonatologia apresenta algumas barreiras que considero importante refletir. Na unidade onde estagiei, os pais tinham de se retirar sempre que havia uma admissão, na preparação da nutrição parentérica ou quando se realizavam procedimentos invasivos. Presenciei momentos em que o contacto pele a pele era adiado, uma vez que já se previa uma nova admissão no serviço, privando os pais e o RN deste momento tão importante. Estas imposições limitam o tempo de contacto dos pais com os pais e prejudicam a parceria de cuidados. É necessário que as organizações e políticas hospitalares sejam alteradas uma vez que estão a dificultar o cuidado centrado na família e, consequentemente, a parceria de cuidados (Flacking , et al., 2012; Naef, et al., 2019).

No SUP a parceria de cuidados tem naturalmente características específicas. Sendo um serviço em que se pretende rapidez e eficiência no atendimento pode comprometer o envolvimento dos pais. Além disso, tem diversos circuitos e a criança e família vão contactando com diferentes profissionais, o que pode dificultar o estabelecimento de relações de confiança e, consequentemente, a parceria de cuidados (Dudley, et al., 2015). A parceria de cuidados no SUP pode ser dificultada pela falta de relação anterior entre os profissionais e a família e porque os pais não sabem o seu papel como parceiros no cuidado (Dudley, et al., 2015).

Independentemente da gravidade da situação, uma ida à urgência acarreta uma elevada carga emocional para os pais (Vaz & Trigo, 2020). Ao longo do estágio procurei promover cuidados colaborativos com a família, sendo para isto importante compreender a dinâmica familiar e as necessidades da família em contexto de urgência. Demonstrei disponibilidade aos pais, esclarecendo-os sobre a dinâmica do serviço e permitindo que colocassem dúvidas e questões acerca dos cuidados prestados ao seu filho. Quando havia necessidade de realizar procedimentos, dava instruções aos pais de como poderiam colaborar no cuidado à criança, nomeadamente em punções venosas, administração de medicação, colheitas de sangue ou de secreções, inaloterapia, entre outros. A presença dos pais na sala de emergência ou em procedimentos invasivos nem sempre acontece, havendo aqui oportunidade de mudança (Dudley, et al., 2015). Uma prestação de cuidados centrada na família permite que as famílias escolham se querem estar presentes em procedimentos invasivos (Dudley, et al., 2015). A presença dos pais deve ser negociada e independentemente de estarem ou não presente, deve ser fornecida informação, explicados os procedimentos e oferecer apoio e suporte em todo o processo (Vaz, Alves, & Ramos, 2016; Dudley, et al., 2015).

Na UCC, a parceria de cuidados está bastante presente, nomeadamente na elaboração dos PSI, que é realizado em conjunto com os pais, havendo reuniões com estes e com a escola para atender às necessidades da criança e da família. Na maioria das AES realizadas nas escolas, a presença dos pais era incentivada e a sua participação era uma mais-valia. Apesar do EEESIP ser detentor de conhecimento científico os pais são os melhores conhecedores da sua criança, permitindo uma melhor adequação de cada intervenção.

A parceria de cuidados assenta numa negociação de cuidados, na confiança nos pais e promovendo a sua confiança nos profissionais e, para isto o enfermeiro deve prestar suporte, orientação, acolhendo-os no internamento e tentando proporcionar o maior conforto possível sem nunca esquecer as suas necessidades (Sousa, 2012). Durante a prestação de cuidados promovi a parceria de cuidados em todos os contextos, otimizando a comunicação com os pais e com a criança, mostrando disponibilidade para desenvolver relações de confiança.

Objetivo específico:

- Desenvolver conhecimentos e competências no âmbito da vigilância da SIJ

Uma das áreas de atuação do EEESIP é a avaliação e promoção do crescimento desenvolvimento infantil e juvenil, através de atividade que incluem a orientação antecipatória às famílias para potenciar o desenvolvimento infantil, a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam comprometer a qualidade de vida da criança e também a promoção da autoestima do adolescente e a responsabilização pela sua tomada de decisão (Regulamento nº 422/2018, 2018). Portanto, um dos meus objetivos era desenvolver conhecimentos e competências no âmbito da vigilância da SIJ.

Ao longo deste estágio, **participei na aplicação dos programas e projetos no âmbito da SIJ** em contexto de CSP. Na USF **planeei e realizei consultas de SIJ com base no PNSIJ e promovi a vacinação de acordo com o PNV**. As consultas de SIJ são um espaço privilegiado de avaliação da criança/adolescente e da sua família, que facilita o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para a melhoria da qualidade de vida do RN/criança/adolescente e da sua família (Fernandes & Andrade, 2020). As consultas de SIJ são programadas em idades-chave que correspondem a momentos importantes da vida do bebé, criança ou adolescente, em que é preciso avaliar o desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo, emocional bem como a socialização e a escolaridade (DGS, 2013b). As consultas

estão também em harmonia com o esquema cronológico do PNV, para minimizar as deslocamentos aos serviços de saúde (DGS, 2013b).

A criança é um ser em crescimento e desenvolvimento, pelo que o seu desenvolvimento psicomotor deve ser avaliado rigorosamente e nos momentos preconizados, não só para acompanhar o seu progresso, mas também para detetar precocemente alterações e sinais de alarme (Festas, Quelhas, & Braga, 2020). Os objetivos das consultas de SIJ são avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil, estimular comportamentos promotores de saúde e estimular a prevenção de comportamentos de risco, detetar precocemente, sinalizar, apoiar e encaminhar situações que afetem o bem-estar e a saúde da criança e ainda, apoiar e estimular o papel parental e o bem-estar familiar (DGS, 2013b). As consultas de SIJ são momentos privilegiados para uma visão completa da criança e família em que se facilita o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para a melhoria do papel parental e da qualidade de vida da criança (Fernandes & Andrade, 2020).

Em todas as consultas de SIJ que realizei foi efetuada a avaliação antropométrica da criança/adolescente, em que se monitoriza o peso, altura/comprimento, índice de massa corporal e, até aos 2 anos, o perímetro cefálico. Todos estes dados eram registados no *Scĺnico* e também no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, onde os dados antropométricos eram escritos numericamente e posicionados nas curvas de crescimento. Estas curvas resultaram do estudo *Multicenter Growth Reference Study* da Organização Mundial de Saúde e foram adotadas pela DGS, permitindo ter uma visão global e gráfica da evolução do crescimento da criança (DGS, 2013b). Para além da avaliação antropométrica da criança, até aos 5 anos de idade, também avaliei o desenvolvimento com recurso à *Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada*, estando atenta aos potenciais sinais de alarme que poderiam indicar atrasos no desenvolvimento (DGS, 2013b). Nas consultas dos 18 meses, tal como preconizado pelo PNSIJ, era aplicada a escala *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*, que consiste num questionário sobre o desenvolvimento e comportamento em crianças dos 16 aos 30 meses, com o objetivo de rastrear as perturbações do espectro do autismo. A partir dos 3 anos era monitorizada a tensão arterial às crianças, uma vez que a hipertensão arterial em idade pediátrica é um problema com uma dimensão crescente e, portanto, deve haver vigilância (DGS, 2013b).

Ao longo das consultas eram abordados temas relevantes para a saúde da criança, consoante a faixa etária da mesma, com os pais e também com a criança/jovem, de forma a incluí-lo na consulta. Um dos temas que era comum a todas as consultas era a alimentação. No caso de RN e lactentes, questionava os pais que tipo de aleitamento a criança fazia e as

quantidades oferecidas, respondendo às dúvidas que houvesse. No caso de a criança ser amamentada, oferecia apoio em relação às dificuldades que a mãe pudesse estar a sentir. Durante o estágio realizei a consulta de uma RN com 6 dias e a mãe tinha dificuldade na amamentação porque apresentava ingurgitamento mamário. Durante a consulta dei suporte à mãe sobre como prevenir e tratar este problema, explicando-lhe que deve dar a mama em horário livre e verificar a boa pega. Foi possível observar a mamada e percebi que era possível melhorar a pega do RN. Expliquei à mãe e ao pai quais os sinais de boa pega e estratégias de alívio do ingurgitamento mamário, nomeadamente expressão manual do leite com ajuda de água quente e com massagem (Levy & Bértolo, 2012). Como a criança tinha perdido peso e os pais tinham algumas dúvidas, foi marcada uma consulta semanal durante o primeiro mês de vida para ir reavaliando o peso do RN e dar suporte a amamentação. Ainda em relação à alimentação, por volta dos 6 meses, a diversificação alimentar é um tema central da consulta e a maioria dos pais já tinha iniciado a introdução alimentar dos seus filhos, com base em informação do pediatra particular e também com informação dada nas consultas anteriores. É importante explicar a sequência de alimentos a introduzir, a sua confeção e porções adequadas e que o leite ainda é a fonte nutricional principal (DGS, 2019). Relembrei os pais as que os alimentos devem ir progredindo na textura começando com *textura cremosa, transitando progressivamente para texturas menos homogéneas e mais granulosas à medida que o lactente demonstre um bom controlo da moagem/mastigação/deglutição, até à introdução do alimento sólido* (DGS, 2019, p. 61). Ainda realcei que alimentos estão desaconselhados no primeiro ano de vida nomeadamente: sal, açúcar, mel, bebidas açucaradas, chá e leite de vaca (DGS, 2019). Em todas as consultas era essencial recapitular as bases de uma alimentação saudável e os grupos alimentares a evitar para promover uma boa relação alimentar e prevenir problemas de saúde. Também sensibilizada a criança em idade escolar e o adolescente uma vez eles devem ser responsabilizados progressivamente na tomada de decisão em questões de saúde (DGS, 2013b).

Um dos princípios orientadores das consultas de SIJ é a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e prevenção da doença, proporcionando aos pais ou cuidadores conhecimentos e habilidades para o exercício da parentalidade (DGS, 2013b). Neste âmbito procurei **promover comportamentos saudáveis e prevenir comportamentos de risco** ao abordar cuidados antecipatórios de acordo com a idade da criança. Focava-me em temas como a alimentação, o sono, atividade física, higiene, segurança e prevenção de acidentes, vacinação, infantilário e escola, saúde oral, sexualidade, entre outros temas relevantes consoante a faixa etária da criança/adolescente. Abordava

também problemas comuns como o choro, as cólicas, a obstrução nasal, a diarreia, a obstipação e a febre (Fernandes & Andrade, 2020). Além disso, explicava aos pais como poderiam potencializar o desenvolvimento da criança com brinquedos e estimulação sensorial adequada à idade (DGS, 2013b). Ao longo das consultas foi possível **identificar necessidades de educação para a saúde de crianças e família no âmbito da SIJ** e responder a essas necessidades. Numa das consultas pude constatar que a criança de 5 anos só escovava os dentes de manhã, não realizando a escovagem noturna. Foi importante clarificar a mãe da importância da higiene oral e principalmente da escovagem dos dentes antes de dormir, e assim promover a saúde da criança.

O enfermeiro deve criar oportunidades de vacinação para as crianças e jovens, sendo responsável pela administração segura e eficaz das vacinas uma vez que a vacinação tem como objetivo a proteção dos *indivíduos e da população em geral contra doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual* (DGS, 2020, p. 17). Uma das atividades que desenvolvi na USF foi **aprofundar conhecimentos sobre o PNV e realizar a vacinação de acordo com o mesmo**. Participei no processo de vacinação em diferentes idades, promovi a adesão à vacinação, verifiquei o cumprimento do PNV e também convoquei crianças com PNV em atraso. Além de administrar as vacinas, vigiei possíveis reações adversas e informei os pais sobre quais as doenças que cada vacina conferia proteção e sobre os efeitos secundários possíveis. Ainda no âmbito da vacinação, na primeira consulta do RN era realizado um questionário aos pais para determinar se a criança era elegível para a vacina BCG de acordo com a Norma nº 001/2016 da DGS (2016). Tendo em conta esta norma, reuni a lista de crianças elegíveis para BCG e convoquei para vacinação.

Ao longo do estágio final consegui desenvolver conhecimentos e competências no âmbito da vigilância da SIJ, realizando educação para a saúde consoante as necessidades identificadas e promovendo o bem-estar e saúde da criança/adolescente e da sua família.

Objetivo específico:

- Desenvolver competências no âmbito da assistência à criança/adolescente em contexto de Saúde Escolar;

Em contexto de SIJ há diversos programas e projetos que se focam na promoção dos determinantes de saúde e da sua influência na criança e jovem, mas também na família e comunidade, nomeadamente contexto escolar (Fernandes & Andrade, 2020). A escola é um contexto prioritário onde há oportunidade de educação para a saúde uma vez que é onde as

crianças e jovens passam grande parte do tempo. O PNSE é um instrumento orientador das políticas nacionais na promoção da saúde em contexto escolar, sendo um dos eixos estratégicos a capacitação das crianças e da comunidade educativa, no sentido de promover estilos de vida saudáveis e elevar o nível de literacia em saúde e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos (DGS, 2015).

A promoção da saúde é *operacionalizada através de processos de educação para a saúde que, utilizando estratégias educacionais específicas, visam influenciar positivamente a saúde* (Festas, Quelhas, & Braga, 2020, pp. 186-187). A educação para a saúde deve organizar-se com programas estratégicos, adequados ao público-alvo com o objetivo de melhorar conhecimentos em saúde que conduzam à adoção de comportamentos mais saudáveis (Festas, Quelhas, & Braga, 2020). O EEESIP intervém em programas no âmbito da saúde escolar (Regulamento nº 422/2018, 2018) e dever utilizar técnicas de ensino adequadas as especificidades da população que assiste e ter formação consistente sobre as áreas que concorrem para a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (Festas, Quelhas, & Braga, 2020).

Na UCC procurei **conhecer e colaborar no plano de atividades da equipa de Saúde escolar**. A equipa de saúde escolar planeia e realiza AES, integradas em programas e projetos próprios e de acordo com as necessidades identificadas (DGS, 2015), estando encarregue de programas como PNSO, PASSE e PRESSE. O PNPSO engloba o projeto SOBE+ (Saúde Oral Bibliotecas Escolares), e pretende melhorar o conhecimento das crianças no âmbito da saúde oral para diminuir a incidência e prevalência das doenças orais nesta faixa etária. O PRESSE apoia a implementação da educação sexual nas escolas de forma organizada e holística, onde se aborda temas como as relações interpessoais, o desenvolvimento humano, os comportamentos sexuais e a saúde sexual e reprodutiva (PRESSE, 2016). O PASSE pretende promover comportamentos alimentares saudáveis e trabalha ainda outros determinantes como a saúde mental, atividade física, saúde oral, contribuindo para um ambiente promotor da saúde (PNPAS, 2023). Além disso, a equipa de saúde escolar da UCC onde estive tem dois projetos no âmbito da saúde mental e que são o “Mais contigo” e o “Primeira Ajuda à Saúde Mental (PASM)”, com a colaboração do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica da UCC. O Programa Mais Contigo tem registo de marca nacional e contribui para a investigação, identificação e prevenção de comportamentos suicidários em adolescentes. É um projeto de investigação longitudinal com intervenção a vários níveis no âmbito da promoção da saúde mental e bem-estar e da prevenção de suicídio. Tem como objetivos *promover a saúde mental e bem-estar em jovens*

do 3º ciclo e secundário; prevenir comportamentos da esfera suicidária; combater o estigma em saúde mental; criar uma rede de atendimento de saúde mental (Santos, et al., 2021, p. 60). A UCC iria implementar este projeto às turmas do 7º ano de algumas escolas em janeiro de 2023, pelo que não tive oportunidade de participar. No entanto, no âmbito do PASM, participei numa das sessões a uma turma do 12º ano. O PASM é uma ferramenta educacional utilizada no contexto da promoção da literacia em saúde mental e reduzir o estigma associado aos problemas de saúde mental (Loureiro, et al., 2020). O PASM dá estratégias aos jovens para prestar ajuda e apoio a um colega ou amigo que esteja a passar por um problema relacionado com a sua saúde mental, para favorecer a procura de ajuda (Loureiro & Sousa, 2019).

Durante o meu estágio tive a oportunidade de **participar em reuniões da equipa de saúde escolar com os professores coordenadores da equipa de PES** dos vários agrupamentos de escolas. Estas reuniões tinham como finalidade definir, mediante as necessidades e prioridades identificadas, quais seriam as temáticas trabalhadas para os diferentes anos letivos, mediante as necessidades de cada turma e consoante o plano curricular. A equipa de saúde escolar ao longo do ano letivo vai abordar o *bullying* no 1º ciclo, a higiene corporal e alterações pubertárias ao 2º ciclo, a sexualidade e comportamentos aditivos ao 3º ciclo e, ainda, o PASM e a sexualidade no secundário. Além destes temas foi solicitada à UCC que abordasse o tema da saúde oral a 2 escolas do 1º ciclo. Tive então oportunidade de **planear, executar e avaliar uma AES de acordo com as necessidades identificadas**. Procedi à elaboração do Planeamento da AES, sobre a saúde oral, que pode ser consultado no Apêndice I, onde efetuei a análise da situação e a escolha do tema, a formulação dos objetivos, a seleção e organização de conteúdos, a seleção e organização de estratégias de ensino e aprendizagem, a programação da atividade, a seleção e organização das estratégias de organização, a execução e a avaliação da ação. Uma vez que eram turmas em idade escolar, optei por um método interativo e participativo para captar a atenção e interesse das crianças, recorrendo a uma apresentação em *PowerPoint* apelativa à faixa etária. No final da sessão e, para avaliar os conhecimentos adquiridos, realizei um jogo. No final da sessão entreguei um diploma de participação às crianças para que pudessem recordar aquele momento de aprendizagem. O desenvolvimento desta AES permitiu-me **desenvolver competências no âmbito da aplicação do PNSE**, promover a saúde das crianças e a sua responsabilização nas decisões relacionadas com a saúde.

Ainda com a equipa de saúde escolar foi possível trabalhar no âmbito das NSE. Esta dimensão foi amplamente experienciada em contexto de estágio na UCC onde **colaborei na**

aplicação do PNSE no âmbito das NSE, com a equipa de saúde escolar **uma vez que o** EEESIP promove a inclusão de crianças/adolescentes com NSE (Regulamento nº 422/2018, 2018). As NSE *resultam de problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem* (Decreto-lei nº 54/2018 , 2018, p. 2920). De acordo com o PNSE (DGS, 2015), as crianças/adolescentes com NSE devem ter um PSI que dê resposta às suas necessidades de saúde, com o objetivo de melhorar o seu desempenho escolar. Durante o estágio tive a oportunidade de analisar diversas referências de crianças com NSE para a equipa de saúde escolar, participei em reuniões com os pais e os professores e colaborei na elaboração dos PSI de diversos alunos. O PSI é um plano realizado pela equipa de saúde escolar, para cada criança ou jovem com NSE, que *integra os resultados da avaliação das condições de saúde na funcionalidade e identifica as medidas de saúde a implementar, visando melhorar o processo de aprendizagem* (Decreto-lei nº 54/2018 , 2018, p. 2920). A equipa de saúde escolar perante a referência de crianças/jovens com NSE articula com o centro de saúde e outros serviços de saúde, a família e a escola e elabora um PSI, apoiando a sua implementação e revisão, se necessário (Decreto-lei nº 54/2018 , 2018). O PSI resulta de um compromisso e trabalho de equipa entre o serviço de saúde, a escola e os pais, que trabalham em conjunto para promover o bem-estar da criança/jovem. Um EEESIP em contexto escolar, além das competências científicas e técnicas para satisfazer as necessidades de saúde da criança/jovem, deve também ter competências de educador e capacidades interpessoais para incentivar os alunos, os docentes e não docentes e envolver-se nos cuidados à criança com NSE em contexto educativo (DGS, 2015). A referência da criança à equipa de saúde escolar pode ser feita pelos profissionais de saúde que acompanham a criança, pela escola ou pelos pais (DGS, 2015). No caso de crianças sinalizadas para o SNIPI, a ELI deve articular com a equipa de saúde escolar para haver acompanhamento adequado. Durante o estágio assisti a uma formação a docentes de um agrupamento de escolas onde foi abordado o tema da NSE, da inclusão escolar e como é que a escola pode referenciar alunos para a equipa de saúde escolar, o que foi útil para compreender esta temática.

No âmbito das NSE acompanhei uma sessão de educação para a saúde aos docentes e não docentes de um jardim de infância onde havia uma aluna de 4 anos com diabetes *mellitus tipo 1*, e foi realizado uma formação sobre a doença, administração de insulina, sinais e sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia, algoritmo de correção de hipoglicemia e administração de glucagon. No PSI constam instruções específicas sobre: contactos em caso

de emergência e as condições específicas da sua doença. Ainda neste âmbito, acompanhei uma sessão de formação a docentes e não docentes de um jardim de infância com uma criança asmática e com alergia as proteínas do leite de vaca, onde foram abordados os dois temas. Foi realizada primeiramente uma sessão sobre alergias, como detetar uma reação anafilática e como administrar a caneta de adrenalina (*epipen*®), que a criança tinha na mochila e também foi abordado o tema da asma, explicado os sinais e sintomas de uma crise e como administrar o inalador. Também neste PSI constava os contactos de emergência e condições específicas da doença da criança. Os PSI promovem a inclusão escolar, na medida em que todas as crianças e alunos tem direito ao acesso e participação, de forma efetiva, aos mesmos contextos educativos, e promovem também a equidade, garantindo que todas as crianças e alunos tem acesso aos apoios necessários para atingir o seu potencial de aprendizagem e desenvolvimento (Decreto-lei nº 54/2018 , 2018).

Durante o estágio acompanhei a tutora numa reunião com os pais e professores de uma criança autista, que frequentava o 1º ciclo e que há 2 anos que não tinha consulta de especialidade no âmbito da sua condição de saúde, uma vez que com a pandemia os pais faltavam as consultas e então deixaram de ser convocados. Pude perceber que a EEESIP fez a articulação com o médico e enfermeiro de família de forma a conseguir uma nova referenciação para consulta no hospital. De facto, o EEESIP *estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados* (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19193) e durante o estágio constatei que a enfermeira consultava processos, comunicava com os médicos assistentes da criança e disponibilizava contactos de recursos comunitários às famílias das crianças com NSE. Todas estas experiências permitiram-me aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados às crianças com NSE, conhecer os seus direitos legais e entidades de saúde e apoio social.

Ao longo do estágio compreendi que a equipa de saúde escolar e a escola tem uma relação de parceria de forma a alcançar os objetivos definidos pelo PNSE, nomeadamente a promoção de estilos de vida saudável, a elevação dos níveis de literacia em saúde, a melhoria da qualidade do ambiente escolar, a promoção da saúde, prevenção da doença e redução do impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos (DGS, 2015).

Objetivo específico:

- Analisar criticamente os focos das práticas de cuidados de enfermagem que decorrem das situações clínicas dos RN/Crianças/adolescentes em cada contexto de assistência.

Ao longo do estágio pude estar em contextos distintos de assistência à criança e família o que me permitiu analisar de forma crítica os principais focos de cuidados de enfermagem que decorrem das situações clínicas dos RN/crianças/adolescentes e das suas famílias em cada contexto. Por isso mesmo **identificar os principais focos e diagnósticos de enfermagem em cada contexto de assistência e estabelecer um plano de cuidados individualizado** foi uma atividade que realizei em cada contexto.

Na neonatologia a maior causa de internamento é a prematuridade, tornando os cuidados a uma RNPT complexos e específicos. A pele do RNPT é um foco importante, uma vez que as características estruturais e funcionais da pele são proporcionais ao grau de prematuridade, havendo maior perda de calor, de água transepidermica, de absorção percutânea e, conseqüentemente, maior risco de infecção e toxicidade sistémica (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014). Na minha prestação de cuidados tinha cuidado em hidratar frequentemente a pele e posicionar o RNPT para evitar úlceras de pressão. Também trocava os sensores de oximetria e temperatura frequentemente, vigiava a integridade da face e das narinas pela pressão da máscara e *prongs* do CPAP e tinha cuidado na remoção de adesivos. A ventilação do RNPT também era outro foco de atenção uma vez que a maioria dos RNPT internados tinham a ventilação comprometida sendo necessário VI e VNI, que já abordei anteriormente no relatório. A limpeza das vias aéreas é outro foco importante sendo a aspiração de secreções e a permeabilização das narinas com soro fisiológico uma intervenção realizada várias vezes. Pela instabilidade térmica dos RNPT e pela dificuldade na regulação da mesma, a temperatura é um aspeto que é constantemente monitorizado, havendo ajustes na temperatura da incubadora quando necessário. O conforto do RN é um foco dos cuidados, sendo que a UCIN presta cuidados centrados no desenvolvimento, havendo manipulação mínima, posicionamento adequado e proteção em relação ao ruído e à luminosidade. O papel parental é outro foco relevante na prática de cuidados, que na minha opinião poderia ser mais valorizado uma vez que a instituição não permite a presença constante dos pais e, mesmo em horário de visita, muitas vezes é necessário que saiam para procedimentos invasivos ou quando há admissão de algum RN. Por último, a dor é outro foco relevante, avaliado todos os turnos de 6/6 horas e que já abordei neste relatório. Ao longo do estágio em neonatologia discuti de forma crítica as situações clínicas dos RN internados com a tutora, o que me permitiu compreender as especificidades dos cuidados e a importância do EEESIP neste contexto, não só pelos cuidados diferenciados, mas também porque o EEESIP tem uma sensibilidade para os cuidados centrados na família e no desenvolvimento no RN.

Relativamente ao SUP os focos de enfermagem mais frequentes foram a febre, dispneia, limpeza das vias aéreas, dor e vômitos. A experiência na triagem permitiu-me conhecer os principais motivos de ida à urgência, nomeadamente: traumatismos/acidentes, febre, vômitos e sintomas respiratórios como tosse, dispneia e odinofagia, havendo muitas situações que não eram verdadeiras urgências. Ao longo do estágio houve muitas situações em que foi possível **discutir criticamente sobre as situações clínicas que recorrem ao serviço de urgência** com a tutora e com os pares. O uso excessivo das urgências é uma realidade que tem vindo a ser estudada há vários anos, havendo vários autores que afirmam que grande parte das crianças avaliadas no SUP não apresentam situações clínicas de carácter urgente (Caldeira, et al., 2006; Freitas, Moreira, Tomé, & Cardoso, 2016; Martins, et al., 2020; Rafael, 2013; Nunes, 2011; Vaz & Trigo, 2020). Ao longo do estágio tive diversos exemplos de situações não urgentes, nomeadamente, crianças levadas ao SU no primeiro pico febril, quadro de vômitos de início há poucas horas, odinofagia ou otalgias com início no próprio dia, sem sinais de alarme, RN que são levados por cólicas, entre outros casos. A Urgência Pediátrica inclui qualquer assistencial não programado, estando pensado para proporcionar assistência médica descontínua e concreta e o seguimento regular da criança é da responsabilidade dos CSP e do médico assistente que deve resolver, encaminhar e orientar as situações não urgentes (Caldeira, et al., 2006). No entanto, a realidade atual e acelerada que se vive na nossa sociedade leva a que as pessoas queiram soluções eficazes e rápidas para os problemas, que as faz recorrer ao SUP com situações sem critério de urgência (Vaz & Trigo, 2020). Esta afluência excessiva e inapropriada ao SUP consome recursos, prejudica a capacidade de resposta a situações verdadeiramente urgentes e leva a uma prestação de cuidados menos adequada, maior insatisfação dos utentes e dos profissionais (Caldeira, et al., 2006; Martins, et al., 2020; Freitas, Moreira, Tomé, & Cardoso, 2016). Muitas situações clínicas que vão à urgência poderiam ser observadas em CSP (Caldeira, et al., 2006; Martins, et al., 2020). Para evitar estas situações é importante haver maior literacia em saúde e para isso é necessária educação para a saúde, que deve ser uma preocupação e uma intervenção do EEESIP, nomeadamente em contextos de CSP. Inclusive um dos objetivos das consultas de SIJ é prevenir, identificar e saber abordar as doenças comuns nas várias idades, orientando os pais sobre os estes problemas típicos da infância e quando é que se justifica uma ida ao SUP (DGS, 2013b).

No processo de vigilância de SIJ, os focos de enfermagem mais frequentes são: desenvolvimento infantil, papel parental e vacinação. As intervenções de enfermagem são planeadas tendo em conta os diagnósticos identificados para estabelecer um plano de

cuidados individualizado. Já na UCC, na área de saúde escolar, os focos são a gestão do regime terapêutico e o conhecimento, que varia de acordo com o indivíduo/família e comunidade a intervir.

Em todos os contextos foi possível refletir de forma crítica sobre o plano de cuidados e os focos de enfermagem, as vigilâncias, as intervenções e os resultados. O plano de cuidados em enfermagem deve refletir a tomada de decisão e o pensamento crítico do EEESIP, sendo um plano dinâmico que varia com as necessidades da criança e da família.

Objetivo específico:

- Refletir de forma crítica sobre o papel e a assistência especializada do EEESIP nos diversos contextos de assistência.

Como já foi mencionado ao longo do relatório o estágio decorreu em 3 contextos distintos o que me permitiu **analisar de forma crítica sobre a prática de cuidados de enfermagem especializados do EEESIP diversos contextos de assistência**. Ao enfermeiro especialista é esperado que além de saber fazer seja capaz de refletir criticamente sobre a sua tomada de decisão no que diz respeito aos cuidados de enfermagem à criança, que devem ser individualizados, holísticos e que devem incluir sempre o contexto e a família da criança.

Ao longo deste relatório fui descrevendo de forma crítico-reflexiva as experiências vivenciadas ao longo do estágio que me permitiram desenvolver as competências especializadas que o EEESIP deve demonstrar.

Uma característica que o EEESIP deve ter é cuidar do RN/criança/adolescente em parceria com a sua família identificando as necessidades do binómio para estabelecer o seu plano de cuidados. Desde que entrei no mestrado em EESIP que esta visão da enfermagem e os cuidados centrados na família estão mais presentes na minha prática de cuidados. Sendo a parceria de cuidados uma prática essencial do enfermeiro em contexto pediátrico, na prática nem sempre acontece. Os enfermeiros consideram a parceria de cuidados necessária e pretendem o envolvimento dos pais, mas à prática fica aquém do ideal (Young, et al., 2006; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). Alguns obstáculos descritos na literatura como a atitude dos profissionais de saúde, falta de comunicação e negociação dos cuidados, desfasamento entre a crença dos enfermeiros e o sentimento dos pais sobre as suas competências e também uma falta de atendimento às próprias necessidades físicas e emocionais dos pais em ambiente hospitalar (Coyne, 2015; Young, et al., 2006; Naef, et al., 2019; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). Tanto na neonatologia e no SUP **refleti**

sobre a importância do papel do EEESIP na assistência ao RN/criança/adolescente e família em contexto hospitalar. O enfermeiro de pediatria deve ter uma sensibilidade acrescida no cuidado à criança e à sua família, lembrando-se que a criança não existe sozinha e que a família também precisa de ser cuidada. O envolvimento dos pais nos cuidados traz benefícios para a criança e para os pais, implica uma relação de confiança entre estes e os profissionais de saúde, bem como uma atitude de compreensão e aceitação das capacidades, limitações e vontade do binómio (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). O EEESIP deve encarar os pais como parceiros, garantindo uma comunicação eficaz para uma negociação dos cuidados benéfica para ambos. Os enfermeiros precisam de saber como envolver os pais nos cuidados, gerindo expectativas e as necessidades dos mesmos (Coyne, 2015; Young, et al., 2006) e o EEESIP deve impulsionar as mudanças que defendem os cuidados centrados na família, refutando práticas e normas que não estejam de acordo com esta abordagem. Deve sensibilizar os pares e os profissionais envolvidos nos cuidados à criança de forma a fazer a diferença nos serviços pediátricos e promover uma melhoria contínua da qualidade.

Além dos cuidados centrados na família, o EEESIP deve também promover cuidados atraumáticos, evitando o sofrimento do RN/criança/adolescente nos serviços de saúde. Em contexto de urgência, por ser um local onde se pretende um atendimento rápido nem sempre os procedimentos são realizados tendo em conta o controlo da dor ou a diminuição do medo e da perda de controlo da criança. As crianças e as famílias que recorrem ao SUP merecem um acolhimento adequado de forma a minimizar o stress e a ansiedade que aquele ambiente suscita. Em toda a minha prestação de cuidados procurei demonstrar sensibilidade e empatia com a situação, otimizando a comunicação e envolvendo os pais nos cuidados. O cuidar em pediatria, especialmente numa urgência, é um desafio para o EEESIP que o deve fazer de forma humanizada (Vaz & Trigo, 2020). Ao longo da minha prática, em todos os contextos, tive presente a filosofia dos cuidados atraumáticos em Pediatria e encorajava a presença dos pais nos cuidados, informando-os sobre a assistência e os procedimentos, tentava adequar o ambiente às necessidades da criança, permitindo-lhe que brincasse, interagisse e comunicasse com a criança de acordo com a faixa etária e procurava minimizar a dor e o desconforto (Fernandes A. , 2020).

Em contexto de CSP, o EEESIP tem um papel primordial na vigilância de SIJ e na promoção da saúde e da parentalidade, uma vez que pode estabelecer uma relação de proximidade com a família ao longo de todo o ciclo vital da criança. Na comunidade, o EEESIP tem também o papel de educador para a saúde, tanto em contexto escolar como na parentalidade. Além disso, contribui para a inclusão através do apoio contínuo a crianças

com NSE e às suas famílias, potenciando o seu crescimento, desenvolvimento e desempenho escolar. Este papel de promoção de saúde deve ser mais valorizado e a contratação de mais EEESIP para os CSP seria um contributo importante tanto para a vigilância de saúde e apoio continuado às crianças, mas também para promover a parentalidade através de AES pertinentes que fossem de encontro às necessidades dos pais e da criança, melhorando a literacia em saúde. Uma melhor literacia em saúde traria uma maior capacitação dos pais para cuidar dos seus filhos e criar hábitos saudáveis (Buhr & Tannen, 2020) e, naturalmente, traria ganhos em saúde.

Em suma, este estágio permitiu-me refletir na importância do papel do EEESIP em todos os contextos e permitiu-me **integrar conhecimentos e competências que contribuíram para a tomada de decisão no exercício profissional do EEESIP** o que irá, indubitavelmente, melhorar a minha prática profissional.

Domínio da Gestão

As organizações cada vez mais apresentam um elevado grau de complexidade e diversidade, quer a nível de recursos humanos, quer a nível de recursos físicos (Bernardino, 2017). O enfermeiro especialista, no decorrer do seu trabalho *gere os cuidados de enfermagem, otimizado a resposta da sua equipa e articulação na equipa de saúde* (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745), através da implementação de métodos de organização do trabalho adequados e da coordenação da equipa de prestação de cuidados. Além disso, compete também ao enfermeiro especialista gerir os recursos e adaptar a liderança, garantindo a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019)

De seguida, irei descrever de forma reflexiva os objetivos e atividades que realizei ao longo do estágio que me fizeram adquirir competências no âmbito da gestão.

Competências:

- **Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de ESIP;**
- **Colaborar no processo de integração de novos profissionais.**
- **Gerir os cuidados de enfermagem na área de ESIP;**
- **Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de ESIP;**
- **Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de ESIP;**

Objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos e habilidades no âmbito da gestão de cuidados e recursos nos diferentes contextos de assistência;
- Compreender o papel do EEESIP na gestão dos cuidados de enfermagem em cada contexto de assistência.

Ao longo do estágio pude observar diferentes formas de gestão em cada contexto e compreender que a gestão é importante na enfermagem, facilitando a resposta aos desafios que surgem na prática, como exemplo, a gestão de recursos humanos e materiais, a gestão de vagas, a articulação com outros serviços ou unidades de saúde, a gestão de conflitos, os ambientes de prática e a gestão de cuidados de enfermagem.

Nos diferentes contextos onde estagiei o serviço é gerido por um enfermeiro gestor. No SUP e na neonatologia, o enfermeiro que assumia este cargo realizava a gestão do serviço e da equipe de forma a melhorar as respostas às necessidades dos clientes, garantindo *uma prática profissional e ética* e o *desenvolvimento de competências dos profissionais que lidera* (Regulamento nº 101/2015, 2015, p. 5949). Além do enfermeiro gestor, na Neonatologia e no SUP, em cada turno, era nomeado um responsável de turno, que seria o EEESIP presente com mais experiência, a quem o enfermeiro-gestor confiava a gestão funcional do turno, gestão de vagas e de recursos materiais. Na UCC e na USF havia um enfermeiro coordenador de cuidados. Na UCC, pude observar o trabalho do enfermeiro coordenador, especialista em enfermagem comunitária e que tem o papel de representar a UCC, fazendo a articulação entre as necessidades levantadas na comunidade e pelos enfermeiros da UCC com o ACES, procurando dar resposta às mesmas. Todas as semanas havia reunião de equipe na UCC, e tive oportunidade de assistir a algumas e perceber que havia discussão e levantamento de ideias importantes para o melhor funcionamento da unidade, e que estas eram ouvidas e valorizadas pela enfermeira coordenadora.

Ao longo do estágio pude **observar a gestão de cuidados realizada pelo EEESIP** nos diversos contextos de assistência e procurei conhecer o seu **papel na gestão de cuidados, recursos humanos e materiais**, percebendo que é um papel que exige capacidade de planeamento e organização, liderança e supervisão, capacidade de análise crítica e tomada de decisão e, ainda, capacidade de comunicação (Barreto, et al., 2018). Na neonatologia pude **observar e participar na gestão de recursos humanos e materiais**, uma vez que em cada turno, o EEESIP verificava os recursos materiais, garantindo que o equipamento de emergência, nomeadamente ventiladores, incubadora de transporte, estariam funcionais e

prontos a utilizar caso fosse necessário, e ainda realizava a distribuição dos doentes, de acordo com a experiência dos elementos da equipa, as características dos doentes e privilegiando a continuidade de cuidados. No SUP, o EEESIP supervisionava o fluxo de doentes, garantindo o atendimento e a prestação de cuidados em tempo útil, repunha a medicação em todas as áreas do serviço e, ainda, verificava a sala de emergência, assegurando o funcionamento dos dispositivos médicos.

Procurei **conhecer as estratégias de liderança e a gestão de cuidados, recursos materiais e das equipas de saúde em cada contexto de assistência** de forma a conseguir **gerir eficazmente os cuidados a prestar ao RN/criança/adolescente e família**, prestando assim melhores cuidados e contribuindo para o bem-estar dos utentes. A estratégia adotada nos contextos era democrática, uma vez que toda a equipa participa na maioria das decisões para os serviços, o que traz um melhor ambiente de trabalho uma vez que todos são ouvidos. Este tipo de gestão é realizado por um líder transformacional que acredita na motivação e autonomia da sua equipa, partilhando com esta a responsabilidade na tomada de decisões, aumento a motivação em contexto de trabalho (Giltinane, 2013).

Ao longo do estágio pude também compreender de que forma ocorria a **articulação das diferentes unidades de saúde com outros serviços e recursos e com a comunidade**, de forma a identificar recursos e serviços importantes para a criança e família. Na neonatologia era necessário articular com outros hospitais, que não tinham condições para internar RN de alto risco, que eram então transferidos. Também era necessário articular com o BO quando os RN eram submetidos a intervenções cirúrgicas ou quando havia cesarianas de RN com necessidades complexas. A articulação com a assistente social era muitas vezes necessária, para dar apoio aos pais do RN internados. Nos CSP, foi também importante conhecer os vários recursos disponíveis na comunidade, como medidas de apoio social e legislativas, clínicas de fisioterapia, terapia da fala ou terapia ocupacional, entre outros, para conseguir orientar as crianças e as suas famílias, garantindo cuidados integrados e significativos para as pessoas. Efetivamente o enfermeiro especialista tem capacidade para reconhecer quando deve negociar cuidados ou referenciar para outros profissionais, garantindo assim as melhores oportunidades de cuidados ao seu utente (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Pude também **conhecer o papel do Enfermeiro EEESIP na liderança e supervisão de cuidados de enfermagem**, uma vez que no SUP e na neonatologia, o EEESIP era o elemento de referência para os colegas mais novos, orientando-os supervisionando os cuidados, criando um ambiente propício à partilha de dúvidas e reflexões sobre as práticas. O EEESIP,

na supervisão, transmite conhecimento, experiência e valores aos colegas que permite melhorar a prática clínica (Garrido, 2004) e promove a excelência dos cuidados.

O enfermeiro especialista é reconhecido como o profissional mais capacitado para exercer cargos de gestão, sendo requisitado para resolver situações, complexas ou não, que surgem durante o turno (Barreto, et al., 2018). Além disto, tem de lidar com situações exigentes e de elevada responsabilidade, que requerem experiência e conhecimento para serem resolvidas sem suscitar conflitos (Osugui, et al., 2020). O enfermeiro especialista deve reconhecer e antecipar estas situações, utilizando adequadamente técnicas de resolução de conflitos (Regulamento nº 140/2019, 2019). Ao longo do meu estágio, pude observar que em situações complexas e potenciadores de conflito, o EEESIP assumia um papel de liderança, participando nas decisões da equipa multidisciplinar, sendo responsável por garantir a continuidade e a qualidade do atendimento, gerindo conflitos e promovendo um ambiente de trabalho motivador para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem (Osugui, et al., 2020). O comportamento do enfermeiro, perante uma situação conflituosa, depende de seu conhecimento, habilidades e atitudes, das suas aptidões pessoais no processo de negociação e utilização da estratégia mais propícia para resolver ou diminuir os conflitos que ocorrem no trabalho (Osugui, et al., 2020). A liderança é importante na gestão, e o enfermeiro deve usar a comunicação como base para liderar (Mororó, et al., 2017) e em alguns momentos pude observar que o EEESIP, como detentor de conhecimentos científicos e técnicos, utilizava estratégias justas de liderança, negociação e comunicação face às situações com que se deparava para conseguir resolver da melhor forma, promovendo um bom ambiente de trabalho (Osugui, et al., 2020).

Tanto nos cuidados diferenciados como nos cuidados primários procurei **conhecer o processo de integração de novos profissionais e alunos**, através da consulta dos documentos para o efeito. O tempo de integração de novos profissionais varia de acordo com a complexidade dos cuidados. Na neonatologia e no SUP, esta integração é da responsabilidade do EEESIP havendo uma avaliação intercalar e uma avaliação no final do período de integração. Na UCC, pude acompanhar o processo de integração de uma colega nova na equipa de saúde escolar. Foi apresentada a unidade pela enfermeira coordenadora de UCC, mas a integração e apresentação dos projetos de saúde escolar foi responsabilidade da EEESIP da equipa.

Na neonatologia e nos CSP é utilizado o método de prestação de cuidados integrais, em que cada enfermeiro presta todos os cuidados da sua competência a um determinado número de utentes atribuído (Oro & Matos, 2013). No SUP, o enfermeiro adotava um método

funcional de distribuição de tarefas (Ventura-Silva, et al., 2021) uma vez que prestava cuidados aos doentes apenas na sua área, o que considero ser adequado tendo em conta a especificidade de um SUP em que se pretende um atendimento mais eficiente. Na USF, o enfermeiro de família assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem gerais e específicos a indivíduos e famílias, em todas as fases da vida, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (Decreto-Lei n.º 118/2014, 2014), garantindo uma continuidade de cuidados e uma proximidade e confiança com a família.

Na USF, a EEESIP tinha a responsabilidade de verificar e convocar as crianças elegíveis para a vacina BCG de acordo com a Norma nº 001/2016 da DGS (2016). Para isto, fazia um levantamento das crianças elegíveis e convocava para o mesmo dia. Desta forma, geria da melhor os recursos, não havendo desperdício, uma vez que a vacina reconstituída tem 10 doses e deve ser mantida entre 2°C e 8°C, no máximo 6 horas (DGS, 2020).

A UCC tem autonomia organizativa e técnica e trabalha em intercooperação com as outras unidades funcionais do ACES. A gestão de cuidados e de recursos era da responsabilidade dos enfermeiros, a maioria especialista, havendo autonomia nas intervenções dentro dos programas e projetos desenvolvidos na unidade. As 3 enfermeiras EEESIP estavam divididas pelos vários projetos que envolviam a população pediátrica, nomeadamente a saúde escolar, a ELI, projetos de apoio à parentalidade, o NACJR e ainda a CPCJ. Pude perceber ao longo do estágio, que a equipa de ECCI acompanhava uma criança, traqueostomizada e com necessidade de VNI e que recorreriam à EEESIP quando surgiam dúvidas e para ajudar na tomada de decisão relativamente ao utente e família. Efetivamente pude constatar que o enfermeiro especialista desempenha um papel de consultoria quando os cuidados a prestar são da sua área de especialidade (Regulamento nº 140/2019, 2019). Na saúde escolar, o EEESIP tinha um papel importante com as crianças com NSE, sendo o elemento intermediário entre a criança e a família, a comunidade escolar e os serviços de saúde.

Em suma, considero ter alcançado as competências no domínio da gestão, uma vez que analisei e refleti sobre as estratégias de gestão utilizadas nos diferentes contextos, tendo procurado participar nas mesmas. Fui realizando uma análise crítica sobre o papel do EEESIP na gestão de cuidados, confirmando que o enfermeiro especialista garante a qualidade dos cuidados, gere conflitos, adapta a liderança à sua equipa e realiza uma gestão de recursos humanos e materiais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Domínio da Investigação

A Investigação em Enfermagem contribui para os cuidados seguros e promove o desenvolvimento profissional (OE, 2006). No decorrer do percurso profissional e académico o enfermeiro especialista deve procurar novos conhecimentos através da pesquisa bibliográfica de forma a prestar cuidados tendo em conta a evidência científica mais atual. (Regulamento nº 140/2019, 2019)

O domínio da investigação esta intimamente ligado com todas as outras áreas de atividade em enfermagem: prestação de cuidados, gestão e formação (Vieira, 2015). Em 2006, a Ordem dos enfermeiros definiu os quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem e que vão ao encontro dos três domínios mencionados e que são: a adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão (prestação de cuidados), estratégias inovadoras de inovação/liderança (gestão); educação para a saúde na aprendizagem de capacidades e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências (formação) (OE, 2006).

O enfermeiro especialista deve ser um agente ativo no campo da investigação, sustentando a sua prática clínica em conhecimento científico (Regulamento nº 140/2019, 2019) uma vez que a prática baseada na evidência ajuda a obter melhores resultados, com menores custos e melhora a qualidade dos cuidados de enfermagem (Maughan & Yonkaitis, 2017). A prática baseada na evidência é uma forma importante de complementar os cuidados de enfermagem, através do pensamento critico para a tomada de decisões fundamentadas e com base no que está descrito e no conhecimento existente (Hockenberry & Barrera, 2014).

Competências:

- **Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;**
- **Participar e promover a investigação em serviço na área da ESIP.**

Objetivos específicos:

- Promover uma prática baseada na evidência;
- Compreender a importância da investigação para a disciplina e profissão de Enfermagem;
- Desenvolver competências na pesquisa e utilização do conhecimento científico.

A ciência da enfermagem percorreu um longo caminho para ter a notoriedade e a importância que tem atualmente e para isso houve um grande investimento na investigação e formação (Martins J. , 2008). Como disciplina, enfermagem precisa de produção e renovação contínua do seu corpo de conhecimentos, o que é assegurado pelo investimento em investigação (Vieira, 2015).

Este estágio final decorreu em CSP e cuidados de saúde diferenciados (neonatologia e SUP). Apesar de trabalhar num internamento pediátrico, os locais por onde passei exigiram de mim uma procura constante de conhecimentos através da pesquisa bibliográfica de forma a prestar cuidados tendo em conta a evidencia científica mais atual. Para isso, **efetuei pesquisa bibliográfica de forma sistemática**, utilizando diferentes bases de dados e literatura, de forma a ir ao encontro das necessidades de cada contexto clínico e, assim, exercer cuidados de enfermagem seguros e baseados na evidência. Encontrar a melhor evidência possível requer pesquisar utilizando tecnologias de informação e métodos de pesquisa apropriados (Regulamento nº 140/2019, 2019) e, ainda, consultar diversas fontes de informação de forma a obter os melhores resultados (Yonkaitis & Maughan, 2018).

Ao longo do estágio e em todos os contextos houve diversas situações e temáticas que me suscitaram curiosidade e interesse, que me levou a procurar mais informação para dar resposta aos problemas e necessidades da prática. Na neonatologia procurei mais sobre a prematuridade, NIDCAP, posicionamento no RN, método-canguru dor e métodos não farmacológicos de controlo da mesma. No SUP pesquisei sobre a triagem de *Manchester*, inaloterapia, entre outros temas. Nos CSP pesquisei sobre o desenvolvimento infantil, amamentação, introdução alimentar, vacinação e métodos de controlo da dor na mesma, anafilaxia e reações alérgicas, *diabetes mellitus* na infância, saúde oral, entre outras. Esta procura de conhecimentos trouxe-me mais confiança e segurança nos cuidados a prestar à criança e família. Procurei **mobilizar conhecimentos provenientes da investigação/evidência científica** de forma a tomar decisões fundamentadas e **partilhar os resultados com equipa de enfermagem** pois o enfermeiro especialista deve promover a investigação e descodificar, disseminar e incentivar a realização de trabalhos de investigação pertinentes e que melhorem a prática (Regulamento nº 140/2019, 2019). O conhecimento científico permite a tomada de decisões com segurança e fundamento, melhorando a comunicação intradisciplinar e interdisciplinar.

O enfermeiro especialista deverá identificar lacunas do conhecimento na prática, que serão oportunidades relevantes de investigação (Regulamento nº 140/2019, 2019) e por essa razão procurei **identificar áreas de interesse passíveis de ser investigadas** e que

contribuíssem para a prestação de cuidados no âmbito da saúde infantil e pediátrica. Ao longo dos contextos de estágio, principalmente na neonatologia e nos CSP, os EEESIP preocupavam-se em compreender temas e áreas que suscitavam dúvidas na equipa, propondo a realização de pesquisa e, mais tarde, formação sobre esse mesmo tema. No meu estágio, ao longo das consultas de SIJ na USF e também numa sessão de massagem infantil que assisti na UCC apercebi-me que muitas mães demonstram interesse e curiosidade em utilizar o *Baby-Led Weaning* (BLW) na introdução alimentar do bebé. Como tal, achei que seria um tema relevante para **realizar uma revisão integrativa da literatura** (Apêndice II) de forma a perceber em que pressupostos assenta o BLW e quais as vantagens relativamente à introdução alimentar tradicional. O BLW é uma alternativa de diversificação alimentar em que o lactente come sozinho e se oferece alimentos sólidos, partidos em forma de *finger food* (Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson, 2021). O que a DGS recomenda é que se inicie a diversificação alimentar aos 6 meses com *textura cremosa, transitando progressivamente para texturas menos homogêneas e mais granulosas à medida que o lactente demonstre um bom controlo da moagem/mastigação/deglutição, até à introdução do alimento sólido* (DGS, 2019, p. 61). A verdade é que com o aumento do nível de formação da sociedade e o acesso e contacto com outros pais em redes sociais, bem como a facilidade em pesquisar na internet, surgem pais cada vez mais interessados e com mais dúvidas e questões sobre a saúde e desenvolvimento dos seus filhos. Devemos demonstrar conhecimento consolidado, com base em evidência científica, o que contribui para a visibilidade da profissão ao demonstramos que os nossos processos de tomada de decisão e as intervenções são fundamentadas em conhecimento válido e atualizado (Regulamento nº 140/2019, 2019). A prática baseada em evidência implica pensamento crítico com o objetivo de fornecer melhores resultados a custos mais baixos e melhorando experiências do doente e do enfermeiro (Maughan & Yonkaitis, 2017) e através desta revisão aprofundei os meus conhecimentos sobre a temática o que permite orientar os pais sobre este tema. Além disso aprofundei conhecimentos na área de investigação, nomeadamente a formulação de uma questão de investigação, pesquisa em bases de dados, análise e tratamento e sistematização dos dados. Esta revisão será também comunicada no Fórum de Especialidades de Enfermagem da UCP de forma a partilhar os resultados obtidos.

Considero que este estágio permitiu-me **refletir sobre as implicações da investigação na prática baseada na evidência** e compreender a importância da investigação para disciplina e profissão de enfermagem. O EEESIP tem uma responsabilidade e competência acrescida neste domínio e deve promover uma prática baseada em evidência que *constitui*

um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados (OE, 2006, p. 2). Para o desenvolvimento contínuo da profissão de enfermagem e para uma tomada de decisão adequada de forma a prestar os melhores cuidados ao utente é imprescindível investir na Investigação, para alicerçar e consolidar a ciência de enfermagem e os fundamentos sobre os quais se estabelece a disciplina e profissão (Martins J. , 2008)

Domínio da Formação

O enfermeiro especialista é agente ativo no campo da investigação, facilitando os processos de aprendizagem através de um diagnóstico das necessidades formativas no seu contexto e atuando como formador oportuno nesse âmbito (Regulamento nº140/2019).

Para ter cuidados de enfermagem de qualidade é necessário haver uma política de formação contínua que promova o desenvolvimento profissional (Pereira et al., 2020) e o enfermeiro especialista deve assegurar a implementação de processos de formação e de desenvolvimento das práticas clínicas, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de competências e habilidades dos enfermeiros (Regulamento nº140/2019).

Competências:

- **Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;**
- **Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada**
- **Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;**

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências no âmbito da formação pessoal e profissional;

A aquisição de competências no âmbito da formação pessoal e profissional engloba também uma gestão adequada da informação obtida da minha formação inicial, da minha experiência pessoal e profissional e da minha formação neste mestrado, de forma a manter o meu processo de autodesenvolvimento pessoal, profissional e académico.

Para este estágio, trouxe conhecimentos e informação adquiridos na minha licenciatura em enfermagem, mas também da minha experiência pessoal e profissional ao

longo dos 4 anos de exercício de funções como enfermeira, 2 anos destes num serviço de internamento pediátrico. Além disto, os conteúdos estudados no decorrer do primeiro ano do curso de mestrado em enfermagem foram também importantes na medida em que contribuíram para a minha vivência neste estágio final, onde fui **mobilizando os conhecimentos adquiridos, a nível académico e profissional, para o desenvolvimento pessoal e profissional** o que me permitiu uma visão mais integrada da enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

A saúde exige que haja uma preocupação acrescida na qualidade dos serviços prestados pelos profissionais uma vez que se está a cuidar de vidas humanas (Pontes, 2017) e por isso os enfermeiros devem procurar constantemente uma atualização de conhecimentos face aos desafios que surjam. Segundo o nosso código deontológico, o enfermeiro assume o dever de atualizar continuamente os seus conhecimentos, através da utilização competente das tecnologias, *sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*, visando a excelência do exercício profissional (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8080). É imprescindível para a enfermagem que haja formação e atualização contínua de conhecimentos, para haver desenvolvimento e autonomia no exercício profissional e para uma contínua fundamentação da disciplina e profissão (Pinto, 2015).

Nos contextos de assistência onde estagiei foi importante para mim **refletir sobre o papel da formação dos enfermeiros no seu desenvolvimento pessoal e profissional**. Para isto, foi importante **compreender a organização da formação em serviço nos diferentes contextos de assistência**, uma vez que a formação é um meio de desenvolvimento de competências e de desenvolvimento pessoal que contribui para uma melhoria do desempenho e das práticas profissionais (Pontes, 2017).

A participação dos profissionais nas políticas formativas das instituições é importante na medida em que contribui para o desenvolvimento dos profissionais e das próprias organizações (Pontes, 2017). Aliás as próprias organizações devem promover a formação dos seus profissionais para *aprofundar e/ou melhorar conhecimentos, competências e práticas profissionais* (Pereira, Escola, & Almeida, 2020). Nos serviços onde estive, o plano de formação é elaborado anualmente, por um enfermeiro especialista tendo em conta as necessidades formativas das equipas. Num contexto tão particular como é a saúde infantil e pediátrica é importante haver formação contínua, que incorpore uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, para garantir e assegurar a melhor prestação de cuidados à criança/jovem e família (OE, 2017).

Na USF, a enfermeira tutora era a responsável pela formação em serviço. Uma etapa importante no planeamento da formação é o diagnóstico das necessidades formativas, que deve satisfazer as expectativas e necessidades de toda a equipa. Pode acompanhar este levantamento das necessidades na USF e observar e participar na seleção de temas para o plano de formação em serviço para o ano 2023 nesta unidade. Os resultados obtidos são depois apresentados em reunião de serviço, onde se definem os formadores e as estratégias para implementar as sessões formativas, sendo depois elaborado o cronograma da formação. Na USF foi também possível compreender de que forma era feita a avaliação das sessões formativas que iam ocorrendo e compreendi que a avaliação de cada ação formativa é indispensável para que o plano de formação seja benéfico para os serviços, para os profissionais e para os utentes.

Ao longo do meu percurso, adotei uma atitude crítica e reflexiva e questionava ou realizava pesquisa bibliográfica de forma sistemática, sempre que me surgiam dúvidas na prática assistencial. Foram vários os momentos em que **discuti e refleti sobre temas relevantes e complexos que surgiam nos contextos de estágio**, como por exemplo sobre a aquisição de competências alimentares em RN pré-termo, a hipotermia induzida, as medidas não farmacológicas para alívio da dor em procedimentos invasivos e, também, sobre as escalas da dor utilizadas na neonatologia, nomeadamente em RN ventilados.

No meu percurso de estágio procurei **aproveitar as oportunidades de aprendizagem nos diferentes contextos**, que contribuía para o meu autodesenvolvimento pessoal e profissional pelo que **particpei em formações do grupo de pares**. Na neonatologia pude assistir a uma formação sobre “*A patologia cirúrgica no Recém-Nascido*”, que foi muito interessante e pertinente uma vez que, como trabalho no internamento médico-cirúrgico, muitas vezes tenho ao meu cuidado bebés e crianças que foram sujeitas a intervenções cirúrgicas ao nascimento. Nesta formação foram abordados temas como a atresia do esófago, atresia jejunal, defeitos da parede abdominal, como gastrosquisis e onfalocelo, obstrução intestinal, enterocolite necrosante e patologia neurocirúrgica, como hidrocefalia. Já na UCC, assisti a uma formação em serviço sobre alergias e anafilaxia, onde foi abordado a diferença entre alergias e intolerâncias, sinais e sintomas de uma reação anafilática e como utilizar canetas de adrenalina, caso a pessoa tenha uma. Estas formações foram importantes e contribuía para expandir os meus conhecimentos, sendo uma mais-valia para o meu percurso académico e formativo.

A atuação do enfermeiro deve ser a de um profissional atento, reflexivo e crítico, que invista na sua formação, de forma a produzir e renovar continuamente, o seu próprio corpo

de conhecimentos (Pinto, 2015). Um bom desempenho implica haver atualização permanente dos nossos conhecimentos através da formação contínua, que servirá para colmatar insuficiências decorrentes da formação inicial ou, renovar conhecimentos e adquirir novas competências (Pontes, 2017). Por isso mesmo, dei início à formação especializada em enfermagem pediátrica, com o objetivo de adquirir as competências e conhecimentos necessários de forma a prestar melhores cuidados na minha prática diária. A formação experiencial é um processo formativo em que há envolvimento da pessoa com ela mesma e com o meio que a rodeia, o que levará à ação e à reflexão sobre as suas experiências (França, 2013). O estágio foi um processo importante neste meu processo uma vez que me deu diversas oportunidades de aprendizagem, de partilha de experiências e de conhecimentos através do contacto com as crianças e as suas famílias em diferentes contextos e também pelo contacto com profissionais de saúde com experiência na área. A excelência na enfermagem é um processo que deve estar ancorado a uma atitude crítica e reflexiva (França, 2013), que orientou sempre o meu estágio final.

Competências:

- **Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;**
- **Promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros;**
- **Identificar as necessidades formativas na área de ESIP;**
- **Promover formação em serviço na área de ESIP.**

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências no âmbito da formação de pares.
- Aprofundar competências de comunicação de informação complexa.

É fundamental haver formação dos profissionais pois esta permite uma atualização constante de conhecimentos, competências e atitudes na prática profissional (Pontes, 2017).

No contexto de CSP foi possível dar resposta a estas competências e objetivos uma vez que foi o estágio com maior duração para realizar uma formação de pares. Na USF onde realizei o meu estágio há um plano de formação anual, que é feito de acordo com um levantamento de necessidades formativas no início no ano. Esta identificação de

necessidades formativas é da responsabilidade do enfermeiro especialista, tal como preconizado no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, em que este identifica necessidades formativas e gere programas formativos (Regulamento nº 140/2019, 2019). Este plano de formações é cumprido ao longo do ano com a colaboração dos enfermeiros, médicos e, por vezes, convidados externos à USF de acordo com os temas a abordar. Um dos temas do plano de formação era os sinais de alarme do desenvolvimento infantil. Uma vez que todos os profissionais que fazem a vigilância da SIJ devem saber o que é expectável e o que são sinais de alarme, distinguindo os desvios patológicos e fazer a correta sinalização, e os desvios fisiológicos que podem ser solucionados com o estímulo adequado (Pinto M. , 2009), achei esta temática pertinente para **realizar uma sessão de formação de pares na área de ESIP.**

Depois de **identificada a necessidade formativa na área de ESIP, efetuei uma pesquisa bibliográfica de forma sistemática e pertinente** sobre o tema a abordar de forma a aumentar o meu conhecimento nesta área e assim puder realizar uma formação atualizada.

Durante a minha pesquisa, achei pertinente também abordar a referenciação para o SNIPI, para as crianças entre os 0 e os 6 anos de idade, uma vez que um dos objetivos dos exames de saúde, segundo o PNSIJ é encaminhar situações que possam comprometer ou afetar a qualidade de vida da criança (DGS, 2013b) e para isso torna-se fundamental dotar a equipa de saúde de conhecimentos sobre os sinais de alarme no desenvolvimento infantil e como se pode encaminhar estas situações. Além disso, também achei relevante incluir na formação algumas atividades promotoras do desenvolvimento, para salientar a importância deste tema ser abordado nas consultas de SIJ e de que forma podemos ajudar os pais/cuidadores da criança a potenciar o seu desenvolvimento.

Para realizar esta AES realizei um planeamento (Apêndice III) que contempla a análise da situação, os objetivos da formação, os conteúdos abordados, as estratégias utilizadas, a organização e programação da atividade e a sua avaliação. A USF disponibilizou a sala de reuniões, o computador e o projetor para a realização da sessão, que teve a duração de 30 minutos. Estiveram presentes 12 enfermeiros e médicos da USF, o que corresponde a 75% de presenças. Foi apresentado em formato PowerPoint, através de um método expositivo. No final da apresentação, os colegas colocaram as suas dúvidas e partilharam situações reais da sua prática clínica. No final da sessão foi entregue um questionário de forma a avaliar a sessão e o formador, porque compete ao enfermeiro especialista avaliar o impacto da formação realizada (Regulamento nº 140/2019, 2019). A avaliação global da sessão foi positiva, relativamente à apresentação e aos conteúdos abordados. Esta experiência foi

enriquecedora na medida em que contribui para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e, também, foi um contributo importante para a equipa de saúde. Foi possível reunir e aumentar os meus conhecimentos nesta área o que me ajudou ao longo do estágio, nas consultas de SIJ e também na UCC. Foi um momento importante também para aprofundar conhecimentos e habilidades no planeamento de ações de formação e trabalhar competências comunicacionais.

Considero ter alcançado competências no domínio de formação, uma vez que identifiquei uma necessidade pertinente para a equipa de saúde, realizei uma formação em serviço que me permitiu abordar aspetos atuais e importantes na área de ESIP e ainda desenvolver competências e conhecimentos como formadora que é fundamental para a minha formação pessoal e profissional.

Conclusão

O percurso efetuado ao longo de todo o mestrado permitiu-me adquirir competências especializadas na área da ESIP. Ao longo do estágio pude articular a teoria com a prática clínica e experienciar diferentes contextos de prática clínica, no âmbito da área de especialização em ESIP o que me permitiu uma aprendizagem progressiva e contínua, com diversas oportunidades e também dificuldades, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Por sua vez, a elaboração deste relatório de estágio teve como propósito descrever o meu percurso formativo e analisar de forma crítico-reflexiva os objetivos a que me propus e as atividades que fui desempenhando para adquirir competências especializadas para obter o grau de Mestre em Enfermagem.

A ESIP tem como visão que todas as crianças e adolescentes e suas famílias tenham acesso a cuidados de enfermagem especializados na área de Saúde Infantil e Pediátrica de forma equitativa e com foco na promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, através de linhas orientadoras que respeitem os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível (OE, 2017) e este estágio trouxe-me uma diversidade de temática nesta área que me permitiram refletir sobre esta visão que o EEESIP deve ter presente.

Considero que consegui atingir os objetivos da unidade curricular na medida em que mobilizei e integrei os conhecimentos provenientes da minha formação inicial e da minha formação atual para responder aos desafios que surgiram ao longo do estágio. Desta forma foi possível lidar com questões de especial complexidade, procurar soluções para as situações de informação limitada ou incompleta, refletindo criticamente sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais inerentes.

Ao longo do meu percurso tive sempre presente as linhas orientadoras da ESIP, nomeadamente parceria de cuidados, a promoção da parentalidade, a gestão da dor, os cuidados atraumáticos e a promoção da saúde e bem-estar da criança e da família. O estágio final, desenvolvido em diferentes contextos, constituiu-se como uma mais-valia no meu crescimento profissional e pessoal uma vez que me permitiu compreender diferentes

realidades no âmbito da SIJ. Foi possível integrar e aplicar conhecimentos para lidar com situações novas nos diversos contextos de assistência onde estagiei, exigindo uma necessidade constante de pesquisa e investigação para conseguir dar resposta às necessidades do RN/criança/jovem e família.

Também compreendi o papel do EEESIP na gestão, na formação pessoal e profissional e na investigação. Procurei fomentar discussões e momentos de reflexão sobre os problemas da prática, promovendo a investigação para exercer uma prática baseada na evidência. Foi possível também desenvolver a capacidade de comunicar informação complexa, transmitindo as minhas conclusões e conhecimentos, de uma forma clara e fundamentada, através da AES e da formação de pares realizada.

Considero que este estágio e a elaboração do relatório foram processos que me permitiram desenvolver as minhas competências. Durante todo este percurso fui desenvolvendo a minha identidade profissional, num processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional que me ajuda a melhorar a minha prestação de cuidados diariamente, de um forma fundamentalmente auto-orientada e autónoma.

Referências Bibliográficas

- Abouzida, S., Bourgault, P., & Lafr, S. (2020). Observation of Emergency Room Nurses Managing Pediatric Pain: Care to Be Given... Care Given.... *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 21(6), 488-494. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.002>
- Alert. (2010-2023). Obtido de A new paradigm in healthcare it: <https://www.alert-online.com/pt/new-paradigm>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13. 9–22. [10.1053/j.nainr.2012.12.002](https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002), 13, 9-22. Obtido de [10.1053/j.nainr.2012.12.002](https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002)
- APED. (2021). Recomendações da associação portuguesa para o estudo da dor para o controlo da dor na vacinação pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica. pp. 1-18. Obtido de <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/recomendacoes-aped>
- Associação Portuguesa de Massagem Infantil . (s.d.). *Benefícios do Programa da IAIM*. Obtido de <http://apmi.org.pt/massage-o-seu-bebe/beneficios/>
- Barreto, R., Vasconcelos, M., Melo, E., Araújo, M., Lira, R., & Albuquerque, I. (2018). Dimensões gerenciais na formação acadêmica de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 20, 1-17. Obtido de <https://doi.org/10.5216/ree.v20.47945>
- Bry, A., & Wigert, H. (2019). Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: a qualitative interview study. *BMC psychology*, 7(1), 1-12. Obtido de <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0354-4>
- Buhr, E., & Tannen, A. (2020). Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey. *BMC public health*, 20(1), 1-9. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-020-08881-5>
- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., , & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), 1-4.
- Campeau, M., Philippe, S., Martini, R., & Fontaine-Bisson, B. (2021). The Baby-Led-Weaning method: a focus on mealtime, behaviour, food acceptance and fine motor skills. *Nutrition Bulletin*, 46(4), 476-485. doi:<https://doi.org/10.1111/nbu.12532>

- Carvalho, J., Batista, A., Vaz, J. F., & Santos, A. R. (2019). Promoção do sono seguro no recém-nascido pré-termo em unidades de neonatologia. *Pensar Enfermagem*, 32(2), 57-63.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of advanced nursing*, 22(6), 1058-1062. Obtido de <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Spotlight on children. Partnership in practice. *Nursing Times*, 84(44), 67-68.
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Cuidados Centrados na Família. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 28-31). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Cheong, J., Burnett, A., Treyvaud, K., & Spittle, A. (2019). Early environment and long-term outcomes of preterm infants. *Journal of Neural Transmission*, 127(1), 1-8. doi:<https://doi.org/10.1007/s00702-019-02121-w>
- Costa, P., Paiva, E., Kimura, A., & Castro, T. (2016). Fatores de risco para infecção de corrente sanguínea associada ao cateter central de inserção periférica em neonatos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(2), 161-168. doi:<https://doi.org/10.1590/1982-0194201600023>
- Coyne, I. (2015). Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 18(5), 796–808. doi:<https://doi.org/10.1111/hex.12104>
- Decreto-Lei n.º 281/2009 . (6 de outubro de 2009). *Diário da República: II série, n.º 193/2009*, pp. 7298-7301. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2009/10/06/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 118/2014 . (5 de agosto de 2014). *Diário da República: I série n.º 149/2014*, pp. 4069-4071. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 298/2007. (22 de agosto de 2007). *Diário da República: I série n.º 161/2007*, pp. 5587-5596. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Decreto-Lei n.º 161/96. (4 de setembro de 1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República: I série, n.º 205/1996*, pp. 2959 - 2962. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Decreto-lei n.º 54/2018 . (6 de julho de 2018). *Diário da República: I série n.º 129/2018*, pp. 2918-2928. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/54-2018-115652961>

- D'errico, S., Zanon, M., Radaelli, D., Padovano, M., Santurro, A., Scopetti, M., . . . Fineschi, V. (2022). Medication Errors in Pediatrics: Proposals to Improve the Quality and Safety of Care Through Clinical Risk Management. *Frontiers in medicine*, 8, 1-7. Obtido de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.814100>
- Desai, P., & Pandya, S. (2013). Communicating with children in healthcare settings. *Indian journal of pediatrics*, 80(12), 1028-1033. doi:<https://doi.org/10.1007/s12098-013-0969-z>
- Despacho n.º 10143/2009. (16 de abril de 2009). *Diário da República: II série n.º 74/2009*, pp. 15438 - 15440. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Despacho n.º 31292/2008. (5 de dezembro de 2008). *Diário da República: II série, n.º 236*, pp. 49207-49231. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/31292-2008-975648>
- Despacho n.º 13427/2015. (20 de novembro de 2015). *Diário da República: II n.º 228/2015*, pp. 33814 - 33816. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/13427-2015-71066231>
- Despacho n.º 10319/2014. (11 de agosto de 2014). *Diário da República: II série n.º 153/2014*, pp. 20673-20678. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- DGS. (2003). A Dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular-Normativa n.º 9/DGCG de 04/06/2003*, pp. 1-4. Obtido de https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- DGS. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Orientação n.º 014/2010 de 14/12/2010*, pp. 1-12. Obtido de https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- DGS. (2012a). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Orientação n.º 022/2012*, pp. 1-11.
- DGS. (2012b). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). *Orientação n.º 024/2012 de 18/12/2012*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- DGS. (2013a). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>
- DGS. (2013b). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

- DGS. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Obtido de <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>
- DGS. (2016). Norma nº 006/2016 de 29/06/2016. Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0062016-de-29062016-pdf.aspx>
- DGS. (2016). Vacinação de crianças (<6 anos de idade) pertencentes a grupos de risco para a tuberculose com a vacina BCG. *Norma 001/2016 de 12/02/2016*, pp. 1-8.
- DGS. (2018). *Norma nº 002/2018 da Direção Geral da Saúde. Sistemas de Triage dos serviços de urgência e referência interna imediata*, pp. 1-23. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- DGS. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2020). *Norma Nº 018/2020. Programa Nacional de Vacinação*. Obtido de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>.
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K., Snow, S., American Academy of Pediatrics Committee, o., American College of Emergency Physicians , P., & Emergency Nurses Association Pediatric Committee. (2015). Patient- and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, *135*(1), e255–e272. Obtido de <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3424>
- Enke, C., Hausmann, A. O., Miedaner, F., Roth, B., , , & Woopen, C. (2017). Communicating with parents in neonatal intensive care units: The impact on parental stress. *Patient Education and Counseling*, *100*(4), 710-719. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.017>.
- Ethier, A. M. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Fim de Vida. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 931-963). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Farrel, M. (1992). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, *1*(4), 175-176. Obtido de <https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>
- Fernades, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde: Uma revisão de níveis de abordagem. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*(19), 32-45. doi:<https://doi.org/10.17013/risti.19.32-45>
- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos em Pediatria. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 39-55). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Apreciação em Enfermagem da Criança e do Jovem - Nas consultas de Enfermagem em Contexto de Cuidados de Saúde Primários. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 86-94). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. C. (2020). A Criança em Idade Pré-escolar (3 aos 6 anos) e Escolar (6 aos 12 anos). Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 159-191). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Flacking , R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Hall Moran, V., . . . Dykes, F. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 101(10), 1032–1037. Obtido de <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x>
- França, M. I. (2013). *Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: Adversidades e estratégias* . [Dissertação de mestrado - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Coimbra: Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido de <http://repositorio.esenfc.pt/?url=xOkHEA8z>
- Freitas, A. C., Moreira, A. R., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, 15(3), 136-40. Obtido de https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1999/1/03_ArtigosOriginais-1_25-3.pdf
- Garrido, A. F. (2004). *A supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Aveiro: Ria - Repositório Institucional. Obtido de <http://hdl.handle.net/10773/1464>
- Giltinane, C. L. (2013). Leadership styles and theories. *Nursing Standard*, 27(41), 35-39. doi:10.7748/ns2013.06.27.41.35.e7565
- Gracanin, A. (2020). The Importance of the Nurse as Part of a Multidisciplinary Team in Care of Children With Disabilities. *Journal of Food Science, Environmental Science & Public Health*, 12(3/4), 47-57. , 18(1-2), 45-57. doi:<https://doi.org/10.7251/QOL2001047G>
- Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Nascer e Crescer*, 24(3), 99-102. doi:<https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v24.i3.8509>
- Health Behaviour in School-Aged Children. (2018). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão 2018*. Lisboa: Equipa Aventura Social e Faculdade de Motricidade Humana - Universidade de Lisboa. Obtido de https://aventurasocial.com/dt_portfolios/a-saude-dos-adolescentes-portugueses-em-tempos-de-recessao-2018/

- Hockenberry, M. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, (pp.49-71). Loures: Lusociência. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 49-71). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 122-187). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1-20). Loures: Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Instituto de Apoio à Criança. (1996). *Carta da Criança Hospitalizada*. Obtido de <https://iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada/>
- International Council of Nurses. (2023). *ICNP Browser*. Obtido de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 188-239). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Lei n.º 156/2015. (15 de 09 de 2015). *Diário da República: I série n.º 181/2015*, pp. 8059-8105. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento Materno*. Obtido de <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Loureiro, L., & Sousa, C. (2019). Programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental: Estudo piloto. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental E Social*, 5(1), 72-86. Obtido de <https://doi.org/10.31211/rpics.2019.5.1.108>
- Loureiro, L., Rosa, A., Pimentel, C., Cunha, S., Costa, L., Correia, S., . . . Albino, M. (2020). Primeira Ajuda em Saúde Mental: Contributo do programa para o incremento da literacia em saúde mental dos estudantes do ensino superior. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*(6), 24-38. Obtido de <https://doi.org/10.31211/rpics.2020.6.2.184>
- Martinez, E., Tocantins, F., & Souza, S. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Rev. Gaúcha Enferm.* 34 (1) • Mar 2013 • , 34(1), 37-44. doi:<https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100005>
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf

- Martins, L., & Ramos, S. (2020). A Criança e o Jovem em Fim de Vida. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 282- 292). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Martins, M., Marques, R., Sousa, M., Valério, A., Cabral, I., & Almeida, F. (2020). Frequent Users of the Pediatric Emergency Department: To Know, To Intervene and To Evaluate - A Pilot Study. *Acta Médica Portuguesa*, 33(5), 311-317. Obtido de <https://doi.org/10.20344/amp.12769>
- Maughan, E., & Yonkaitis, C. (2017). What Does Evidence-Based School Nursing Practice Even Mean? Get a CLUE. *NASN school nurse*, 32(5), 287-289. Obtido de <https://doi.org/10.1177/1942602X17724420>
- McElfresh, P., & Merck, T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 897-930). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company, LLC. Obtido de https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mendes, M. G., & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6), 113-121.
- Monteiro, A. J., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33-38). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A. L., Silva, C., , & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323-332. Obtido de <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Naef, R., Kläusler-Troxler, M., Ernst, J., Huber , S., Dinten-Schmid, B., Karen, T., & Petry, H. (2019). Translating family systems care into neonatology practice: A mixed method study of practitioners' attitudes, practice skills and implementation experience. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 1-13. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/336429622_Translating_family_systems_care_into_neonatology_practice_A_mixed_method_study_of_practitioners'_attitud_es_practice_skills_and_implementation_experience

- Neto, F. (2014). *A Transição para a alimentação oral no Recém-Nascido Prematuro*. [Dissertação de Mestrado - Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Porto: RCAAP. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/9733>
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar. *Revista de Enfermagem Referência*, III(8), 125-134. Obtido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239967014>
- Nunes, R. (2011). *Caracterização da utilização da urgência pediátrica num hospital da área metropolitana de Lisboa*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova. Obtido de <http://hdl.handle.net/10362/6843>
- OE. (2006). Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- OE. (2009). Inserção de Cateter Epicutâneo – Parecer nº 161/2009. pp. 1-3. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer161_CE_InsercaoCateterEpicutaneo.pdf
- OE. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Preparação do regresso a casa da criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Volume 3.
- OE. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*, I(6). Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicasc ontrolodorcrianca.pdf
- OE. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Kangaroo mother care: A practical guide*. Geneva: World Health Organization. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42587/9241590351.pdf;jsessionid=8688F674B066EBD80CF39E8AC83307FD?sequence=1>
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Born Too Soon: The Global action report on preterm Birth*. Geneva: World health organization. Obtido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44864>
- Organização Mundial de Saúde. (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper. *Weekly epidemiological record*, 39, 505-516. Obtido de <https://www.who.int/wer/2015/wer9039.pdf?ua=1>
- Oro, J., & Matos, E. (2013). Possibilidades e limites de organização do trabalho de enfermagem no modelo de cuidados integrais em instituição hospitalar. *Texto &*

Contexto – Enfermagem, 22, 500-508. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200028>

- Osugui, D., Henriques, S., Dázio, E., Resck, Z., Leal, L., & Sanches, R. (2020). Negociação de Conflitos como Competência do Enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, 1-12. Obtido de <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36035>
- Pereira, A., Escola, J., & Almeida, C. (2020). Educação Em Saúde Para A Criança/Jovem/Família: Necessidades Formativas Dos Enfermeiros. *Revista Baiana De Enfermagem*, 34, 1-9. doi:<https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35273>
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 25(6), 677-687. doi:<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>
- Pinto, P. (2015). Formação: Uma Narrativa Para A Prestação De Cuidados De Enfermagem. *Nursing Magazine Digital*, 1-7. Obtido de <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- PNPAS. (2023). *Programa PASSE*. Obtido de <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/projeto-ars-norte-programa-passe/>
- Pontes, J. (2017). *Uma Ação de Formação Contínua de Enfermeiros: da Conceção à Avaliação do Funcionamento de uma Ação de Formação Contínua feita pelos Participantes*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. RepositoriUM. Obtido de <https://hdl.handle.net/1822/54581>
- Portaria nº 212/2017. (19 de julho de 2017). *Diário da República: I série, n.º 138/2017*, pp. 3840-3847. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/212-2017-107709510>
- Poulimeneas, D., Bathrellou, E., Antonogeorgos, G., Mamalaki, E., Kouvari, M., Kuligowski, J., . . . NUTRISHIELD Consortium. (2020). Feeding the preterm infant: an overview of the evidence. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 72(1), 4-13. doi:<https://doi.org/10.1080/09637486.2020.1754352>
- Prates, F., Oliveira, P., Santos, T., Araújo, L., Oliveira, K., & Araújo, E. (2014). Vivência dos enfermeiros acerca do cateter central de inserção periférica em um serviço de neonatologia. *Enfermagem Brasil*, 13(4), 229-234. doi:<https://doi.org/10.33233/eb.v13i4.3698>
- PRESSE. (2016). *Programa PRESSE*. Obtido de <https://www.presse.com.pt/programa/>
- Rafael, M. S. (2013). *Caraterização de um ano de utilização de um serviço de urgência pediátrica de um hospital de nível II*. [Dissertação de mestrado, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. Obtido de <http://hdl.handle.net/10071/6975>

- Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 118-134). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Rebelo, B. S. (2013). *As estratégias da Equipa de Enfermagem na Programação da Vinculação Mãe/Prematuro, na UCIN, HSM, CHLN, EPE*. [Dissertação de Mestrado - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda]. Guarda: Biblioteca Digital do IPG. Obtido de <http://hdl.handle.net/10314/1486>
- Regulamento n.º 351/2015. (22 de junho de 2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, II Série n.º 11*, pp. 16660 - 16665. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/351-2015-67552235>
- Regulamento n.º 101/2015. (10 de março de 2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República: II Série, n.º 48/2015*, pp. 5948-5952. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>
- Regulamento n.º 140/2019. (6 de fevereiro de 2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II Série n.º 26/2019*, pp. 4744-4750. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 422/2018. (12 de julho de 2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República: II série, n.º 133/2018*, pp. 19192 - 19194. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Reis, M., Gaspar, S., Ramiro, L., Oliveira, M. L., , & Matos, M. (2019). Comportamentos autolesivos nos adolescentes: resultados do estudo HBSC 2018. *Revista De Psicologia Da Criança E Do Adolescente*, 10(1), 207-217. Obtido de <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2643>
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1025-1060). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma Filosofia de Cuidados... . *Nascer e Crescer Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 20(1), 26-31. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.16/705>
- Santos, J. C., Erse, M. P., Façanha, J. D., Marques, L. A., Simões, R., Matos, M. E., . . . Quaresma, M. H. (2021). *Mais Contigo 2021. promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*. Coimbra: ESEnfC.

- Schumacher, K. L., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *the journal of nursing scholarship*, 26(2), 119-127. Obtido de <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *BICSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014a). *Consenso Clínico -Cuidados cutâneos no Recém-Nascido*, pp. 1-8. Obtido de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Pele_RN.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014b). Consenso Clínico - Procedimento no recém-nascido com risco infeccioso. pp. 1-15. Obtido de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Risco_infeccioso.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. (2007). Tratamento do estado de mal epiléptico em idade pediátrica. 2007;38(4):163-8. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(4), 163-168. Obtido de http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/3/20080220121456_app_cons_384_01.pdf
- Sousa, P. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho : intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde]. Porto: Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/13972>
- UNICEF. (2021). The state of the world's children 2021. Obtido de <https://www.unicef.org/eu/media/2021/file/State%20of%20the%20World's%20Children%202021.pdf>
- Vaz, F., & Trigo, R. (2020). A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência . Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 293-309). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Vaz, J., Alves, R., & Ramos, V. (2016). Advantages of the presence of the family in pediatric resuscitation. *Enfermería Global*, 41, 399-409.
- Ventura-Silva, J., Martins, M. M., Trindade, L., Ribeiro, O., Cardoso, M., & , . (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. Obtido de <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Vieira, J. (2015). A Investigação em Enfermagem. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*, 3(1), 5-5. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.10/1496>

- Vilaça, S., & Ramos, M. (2020). O Recém-Nascido. Em A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 105-115). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Westrup, B. (2015). Family-centered developmentally supportive care: the Swedish example. *Archives de pediatrie : organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*, 22(10), 1086–1091. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.07.005>
- White, A., & Parnell, K. (2013). The transition from tube to full oral feeding (breast or bottle) – A cue-based developmental approach . *Journal of Neonatal Nursing*, 19(4), 189-197. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2013.03.006>
- Williams, M., & Lascelles, B. D. (2020). Early Neonatal Pain-A Review of Clinical and Experimental Implications on Painful Conditions Later in Life. *Frontiers in pediatrics*, 8(30), 1-18. doi: <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00030>
- Yonkaitis, C., & Maughan, E. (2018). Finding the Best Evidence to Support Care of Students With Chronic Conditions: CLUE #2: Acquire. *NASN School Nurse*, 33(1), 23-26. Obtido de doi:10.1177/1942602X17743985
- Young, J., McCann, D., Watson, K., Pitcher, A., Bundy, R., & Greathead, D. (2006). Negotiation of Care for a Hospitalised Child: Parental Perspectives. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 9(2), 4-13.

Apêndices

Apêndice I - Planejamento da Ação de Educação para a Saúde “A higiene dos nossos dentes”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Curso de Mestrado Em Enfermagem

Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Planeamento da Ação de Educação para a Saúde
“A higiene dos nossos dentes”

Porto, dezembro 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Curso de Mestrado Em Enfermagem

Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Planeamento da Ação de Educação para a Saúde
“A higiene dos nossos dentes”

Daniela Duarte Carvalho Gomes

Sob Orientação de:

Professora Doutora Constança Festas

Escola de Enfermagem (Porto), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Porto, dezembro 2022

Introdução

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do 3º semestre do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa, como forma de dar resposta aos objetivos propostos para o presente estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) a ser realizado entre 26 de outubro e 17 de dezembro de 2022, na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Este trabalho enquadra-se dentro do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (2015), programa esse que se dirige a todas os alunos e também à restante comunidade educativa como pais, encarregados de educação, pessoal docente e não docente. O PNSE tem como objetivos a promoção da saúde, a prevenção da doença e a minimização do impacto dos problemas de saúde ao nível do desempenho escolar dos alunos, contribuindo para um ambiente escolar mais saudável (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

Sendo um dos objetivos do Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral (PNPSO), o desenvolvimento de ações de promoção da saúde oral e prevenção das doenças da cavidade oral, nos vários contextos, a nível individual e comunitário (DGS, 2021) e após ter sido identificada esta necessidade por parte de uma escola, procedeu-se ao planeamento de ação de educação para a saúde (AES) intitulado de “A higiene dos nossos dentes”.

Este documento tem como finalidade o planeamento da AES, apresentando a análise da situação, os objetivos, a seleção dos conteúdos a abordar, as estratégias utilizadas, a organização e programação da sessão e a sua avaliação.

Planeamento

Análise da situação

A identificação das necessidades do parque escolar decorreu neste início de ano letivo, pela equipa de saúde escolar da UCC em reuniões com as respetivas escolas e foi pedido à equipa que realizasse uma sessão de educação para a saúde sobre saúde oral a 4 turmas do 1º ciclo de uma escola básica.

A saúde oral é um fator que influencia a saúde e qualidade de vida das populações. As doenças orais constituem um problema de saúde pública entre a população infantil e juvenil e podem interferir negativamente no crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens, tendo um impacto muito significativo na sua qualidade de vida (DGS, 2021).

A Direção-Geral da Saúde (DGS) (2021) a escola deve ser utilizada como uma forma para a promoção da saúde e da qualidade de vida, bem como prevenção das doenças nas crianças e jovens, envolvendo as famílias e a comunidade (DGS, 2021).

De acordo com o PNSE (2015), a promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais deve ser feita ao longo de todo o ciclo vital, valorizando os ambientes onde as crianças vivem e estudam. As Equipas de Saúde Escolar, em colaboração com as escolas, devem implementar atividades de promoção da saúde oral em ambiente escolar, devendo também promover e criar condições para melhorar a acessibilidade a cuidados dentários a crianças e jovens que necessitem (DGS, 2015).

Tendo isto em consideração, esta AES visa promover a saúde oral e hábitos de vida saudáveis em crianças do 1º ciclo, envolvendo a comunidade educativa de forma a obter ganhos em saúde.

Formulação dos objetivos

Os objetivos gerais propostos para AES são:

- Promover a saúde oral das crianças
- Promover estilos de vida saudáveis no âmbito da saúde oral, tais como a escovagem de dentes e alimentação saudável.

Os objetivos específicos propostos para a AES são que as crianças:

- Reconheçam a importância da saúde oral;
- Conheçam as estruturas da cavidade oral;
- Conheçam a existência de placa bacteriana e cárie dentária;
- Identifiquem o material a utilizar na escovagem dos dentes;
- Identifiquem a técnica correta de escovagem dos dentes;
- Saibam qual a frequência e os momentos essenciais da escovagem dos dentes;
- Saibam a quantidade de dentífrico a utilizar em cada escovagem dos dentes;
- Reconheçam a importância do flúor.
- Identifiquem os alimentos cariogênicos;
- Saibam a periodicidade com que devem visitar o dentista;

Seleção de conteúdos

Os conteúdos a abordar na sessão de educação para a saúde serão os seguintes: dentição, cárie dentária na infância, a alimentação cariogénica, cariostática e anticariogénica e a escovagem dentária.

Dentição

A cavidade oral é a primeira parte do tubo digestivo e é constituída pelos lábios, bochechas, palato e amígdalas palatinas, língua, dentes e glândulas salivares (Seeley et. al, 2003).

Existem duas dentições ao longo da vida, a dentição decídua, presente temporariamente nas crianças, e a dentição permanente. Os dentes decíduos, por norma, nascem entre os 6 e os 24 meses de vida. Por volta dos 5-6 anos, a dentição decídua começa a ser substituída pelos dentes permanentes, sendo que a substituição está completa por volta dos 11 anos, no entanto pode terminar apenas por volta dos 22 anos (Seeley et al., 2003).

O dente é constituído pela coroa, pelo colo e pela raiz, estando envolvido pelo osso e pela gengiva. A coroa do dente, a nível da superfície pode ser constituída por uma ou mais cúspides, o que define assim a função de cada dente (Seeley et. al, 2003). O esmalte sucede a coroa e é uma substância dura e resistente, acelular, cuja função é a proteção do dente da abrasão e dos ácidos gerados pelas bactérias da boca, no entanto também pode ser destruído por estes. No interior do dente, temos a cavidade pulpar, que é preenchida por vasos sanguíneos, o nervo dentário e tecido conjuntivo, constituindo assim a pulpa. Caso a destruição dentária atinja a pulpa, a dor torna-se insuportável (Seeley et al., 2003).

O dente tem várias faces: a vestibular, a face oclusal, as faces laterais e a face palatina/lingual. A face vestibular corresponde à face externa, ou seja, está em contacto com a bochecha; a face oclusal corresponde à superfície mastigatória; as faces laterais podem ser divididas em duas: a face mesial, próxima do arco dentário e a face distal, mais afastada do arco dentário; por último temos a face palatina ou lingual (Seeley et al., 2003).

A cárie dentária na infância

A cárie é uma doença oral e é um dos principais motivos de perda de peças dentárias, através de um processo patológico e infeccioso, de natureza externa e contagiosa, que se caracteriza pelo amolecimento da estrutura dura do doente, que pode originar a formação de cavidades (Areias et al,2008).

Como este problema de saúde oral começa a decorrer no esmalte dentário, que se apresenta como uma estrutura onde é inexistente a presença de vasos e nervos, estas lesões podem instalarem-se e desenvolverem-se sem provocar quaisquer tipos de sinais inflamatórios ou dor (Areias et al, 2008).

Segundo a American Academy of Pediatric Dentistry, 2008 cit. por Losso et al., 2009, a cárie precoce na infância é classificada como: “a presença de um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não), perdidos (devido à cárie) ou restaurados antes dos 71 meses de idade. Porém, qualquer sinal de superfície dentária lisa cariada, com ou sem cavidade, em crianças com menos de três anos de idade é considerada cárie severa na infância.” (American Academy of Pediatric Dentistry, 2008 cit. por Losso et al., 2009, p. 296).

Nesta faixa etária, um dos primeiros sinais clínicos que nos podem levar a inferir a existência de cárie dentária “é a presença de manchas brancas e opacas, que são áreas de desmineralizadas pela presença de biofilme dental.” (Losso et al, 2009, p. 297). A evolução da mesma pode levar ao aparecimento de cavidades com perda de estrutura dental que, caso não seja tratada a tempo, “pode levar a uma destruição de toda a coroa do dente e com processos infecciosos radiculares em decorrência da necrose pulpar.” (Losso et al, 2009, p. 297).

A criança com cárie passa a apresentar um quadro de infecção, dor, dificuldade de mastigação, trauma psicológico e prematura dos dentes (AAPD, 2008, Leal et al., 2003 e Nascimento et al., 2005 cit. por Losso et al, 2009). Todos os fatores supracitados podem interferir nas atividades quotidianas, como por exemplo, comer, dormir ou brincar, comprometendo a vida social, o rendimento escolar e levando a repercussões a nível cognitivo e desenvolvimental (Losso et al., 2009).

Segundo Areias et al., (2008) a ocorrência de cárie dentária pode ter múltiplas causas classificadas em primárias ou secundárias, as causas primárias apresentam-se como fatores preponderantes para a ocorrência de doença como:

- Fatores do hospedeiro como, por exemplo, a presença de tecidos dentários suscetíveis a dissolução ácida, fatores do agente que estão relacionados com a presença de bactérias orais que tem cariogénico.
- Fatores ambientais que estão relacionadas com a presença de substrato propenso ao desenvolvimento de bactérias cariogénicas como, por exemplo, o consumo exacerbado de alimentos ricos em hidratos de carbono refinados

Para prevenir esta situação é necessário atuar precocemente sobre estes fatores de forma a aumentar o controlo ao nível dos fatores etiológicos e promover fatores de proteção individual, dado que esta problemática tem consequências ao nível da função mastigatória, presença de infeções locais e gerais e prejudica o desenvolvimento da dentição e da linguagem (Areias et al, 2008).

Alimentação cariogénica, cariostática e anticariogénica

Segunda Silva (2007), a cárie dentária forma-se devido à desmineralização do esmalte e dentina provocada por ácidos orgânicos formados pelas bactérias *Streptococcus mutans* e *Streptococcus sorbrinus* na boca. Os ácidos orgânicos causam uma diminuição no pH salivar para valores inferiores a 5,5, criando o ambiente ideal para o desenvolvimento de cáries. A remineralização é possível quando há aumento do pH salivar por ação do cálcio e de fosfatos (Touger-Decker, 2005 cit. por Silva, 2007).

De acordo com a ação que exercem no desenvolvimento da cárie dentária, os alimentos podem ser classificados em três tipos: alimentos cariogénicos, alimentos cariostáticos e alimentos anticariogénicos. Os alimentos cariogénicos contêm hidratos de carbono fermentáveis que levam a uma descida do pH salivar, abaixo de 5,5, e causam desmineralização em contacto com os microrganismos presentes na cavidade oral. Os alimentos cariostáticos não são metabolizados por microrganismos na boca, não interferindo no pH da saliva. Os alimentos anticariogénicos, aumentam a produção salivar e funcionam como barreiras para a placa bacteriana, impedindo o desenvolvimento da cárie dentária, além

disso, estes alimentos ainda promovem a remineralização dentária (Touger-Decker, 2005 cit por Silva, 2007).

Os açúcares, principalmente a sacarose, são as substâncias que mais potenciam o desenvolvimento das cáries dentárias, uma vez que provocam uma diminuição do pH salivar e uma maior adesão das bactérias à superfície dos dentes (Sheiham, 2001 cit por Silva 2007).

Contudo, a alimentação pode também ter um efeito protetor contra a cárie dentária. O leite e outros produtos lácteos, têm sido descritos como alimentos anti-cariogénicos pois, para além de reduzirem os efeitos dos ácidos da boca, têm efeito protetor sobre a dentina. Estes alimentos estimulam a salivagem, inibem a placa bacteriana e impedem a descida do pH salivar” (Touger-Decker, 2005 cit por Silva 2007).

O grau de cariogenicidade de um alimento é influenciado por alguns fatores como: “a forma do alimento, a frequência do consumo de hidratos de carbono fermentáveis, o tempo de retenção do alimento na boca, a composição nutricional, o potencial do alimento em estimular a saliva e a combinação dos alimentos” (Touger-Decker, 2003, 2005 cit por Silva, 2007, p. 2)

A escovagem dentária

Escovar os dentes é essencial para a saúde pois tal previne o aparecimento de cáries dentárias e de doenças das gengivas. Aquando da erupção do primeiro dente a higiene oral deve ser feita com recurso a uma escova macia ou gaze (Areias et al., 2008).

A higiene oral deve ser feita durante, pelo menos, três minutos e deve-se escovar todas as superfícies do dente (a superfície externa superior e inferior, a superfície interna superior e inferior, a superfície de mastigação) e a língua. Recomendam-se duas escovagens por dia, sendo uma delas antes de deitar. (Areias et al., 2008)

A escova dos dentes deve ser macia e o tamanho deve ser adequado à cavidade oral da pessoa que irá utilizar. Deve ser substituída a cada 3 meses ou quando os filamentos começam a ficar deformados (DGS, 2005).

Relativamente à pasta dentífrica, até aos 6 anos recomenda-se que a quantidade de pasta utilizada seja uma porção semelhante ao tamanho da unha do dedo mindinho do bebé ou da criança. Por sua vez, a partir dos 6 anos, é suficiente usar cerca de 1 cm de dentífrico, por

cada escovagem dos dentes. É importante que as pastas dentífricas respeitem a quantidade de fluoretos recomendada, entre 1000 e 1500 ppm (DGS, 2005).

Devem ser os adultos a colocarem a pasta dentífrica, enquanto as crianças são pequenas e desaconselha-se as pastas dentífricas com sabor, pois as crianças podem ter a tendência/risco de as engolir (DGS, 2005).

O fio dentário deve ser utilizado, uma vez por dia, preferencialmente antes de dormir, a partir dos 8 anos, pois a partir desta idade começa a ter destreza manual para realizar esta tarefa (DGS, 2005).

O objetivo maior da escovagem dos dentes e da utilização do fio dentário é eliminar a placa bacteriana que se forma constantemente na superfície dos dentes. Idealmente a escovagem deve ser feita depois de cada refeição, de preferência nos trinta minutos seguintes, pois este é o período necessário para que as bactérias comecem a elaborar as secreções ácidas (Areias et al., 2008).

Pelas orientações do PNPSO (2021, p.7), devem ser realizados sequencialmente os seguintes passos na escovagem dentária:

- Inclinam a escova em direção à gengiva (cerca de 45°) e realizar movimentos vibratórios horizontais ou circulares, de modo que os pelos da escova limpem o sulco gengival; se for difícil realizar desta forma, pode-se “colocar os filamentos da escova perpendicularmente à gengiva e à superfície do dente”;
- Escovar 2 dentes de cada vez, realizando 10 movimentos circulares (ou 5 em crianças até aos 6 anos) em todas as superfícies dentárias;
- Iniciar a escovagem pela “superfície externa do dente mais posterior de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente da extremidade oposta desse maxilar”. Repetir a sequência na superfície interna do dente;
- Repetir a escovagem com a mesma sequência no outro maxilar;
- As superfícies mastigatórias devem ser escovadas com movimentos de vaivém;
- A língua deve ser escovada “com movimentos de trás para a frente”;
- No fim, cuspir o excesso de saliva e dentífrico, “evitando bochechar com água, de forma a potenciar a ação de remineralização do flúor.”

"A escovagem deve ser supervisionada pelos pais, até ao momento em que a criança adquire o controlo dos movimentos finos, o que coincide com o domínio da escrita." (Areias et al., 2008).

Metodologia/Seleção de estratégias

A metodologia adotada para a AES foi:

- Expositiva, com explicação dos conteúdos através de uma apresentação em PowerPoint;
- Demonstrativa através da demonstração da escovagem dos dentes num modelo de cavidade oral;
- Interativa em que os alunos demonstraram a aprendizagem através de um jogo que foi realizado no fim da apresentação.

Os recursos humanos são constituídos pela Enfermeira Especialista Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) C.S. e pela Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira Daniela Gomes, sendo os participantes alunos do 1º ciclo.

Os recursos materiais a que se recorreu foram: computador, quadro interativo, modelo de cavidade oral e escova de dentes e um dado para a realização do jogo.

A estratégia de implementação foram diapositivos, encontrando-se no Apêndice I. O mesmo foi apresentado de forma expositiva e interativa, através de questões para incentivar a participação dos alunos.

Para avaliar a sessão foi realizado um jogo (apêndice II) com questões sobre saúde oral.

No fim da sessão os alunos receberam um diploma (Apêndice V) e o seu kit de higiene oral disponibilizado pelo programa SOBE da direção-geral da saúde.

Organização e Programação da atividade

Tema	“A higiene dos nossos dentes”		
Formadores	Aluna do Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde infantil e pediátrica e Enf ^a Especialista em EESIP C.S.		
Grupo-Alvo	Alunos do 1 ^o ciclo do ensino básico de uma Escola		
Data e hora	De acordo com o quadro 1 - Resumo (data e hora) das AES.	Tempo estimado	60 min
Local	Escola Básica X		
Recursos didáticos	Computador, quadro interativo, modelo da cavidade oral e escova, dado para o jogo	Método	Expositivo, Demonstrativo e Interativo e Interrogativo

Objetivos da Sessão		
Os objetivos específicos para a AES são que as crianças:		
<ul style="list-style-type: none"> • Reconheçam a importância da saúde oral; • Conheçam as estruturas da cavidade oral; • Conheçam a existência de placa bacteriana e cárie dentária; • Identifiquem o material a utilizar na escovagem dos dentes; • Identifiquem a técnica correta de escovagem dos dentes; • Saibam qual a frequência e os momentos essenciais da escovagem dos dentes; • Saibam a quantidade de dentífrico a utilizar em cada escovagem dos dentes; • Reconheçam a importância do flúor. • Identifiquem os alimentos cariogénicos; • Saibam a periodicidade com que devem visitar o dentista; 		
Fases da sessão	Método	Conteúdo
Introdução (5 minutos)	Expositivo	Apresentação pessoal; Enquadramento da sessão e comunicação dos objetivos da sessão.

Desenvolvimento (20 minutos)	Expositivo Demonstrativo Interativo	Esclarecimento sobre o tema de saúde oral: Estruturas da cavidade oral; Existência da placa bacteriana e cáries dentárias e forma de as prevenir; Material a utilizar na escovagem dos dentes; Passos da escovagem dos dentes; Frequência e momentos adequados à escovagem dos dentes; Quantidade de dentífrico a utilizar na escovagem dos dentes; Alimentos cariogênicos, carioestáticos e anti cariogênicos; quando ir ao dentista.
Conclusão (10 minutos)	Expositivo Interativo	Pontos-chave da apresentação; Esclarecimento de dúvidas;
Avaliação (25 min)	Interativo Interrogativo	Jogo de Tabuleiro usando Guião de Questões que permitem avaliar os conhecimentos existentes e complementá-los. Oferta dos Kits Saúde Oral (SOBE) e dos diplomas de participação.

Quadro 1 – Resumo (data e hora) das Ações de Educação para a Saúde

Sessão	Grupo-Alvo	Data	Hora
Sessão 1	3º ano	5 de dezembro	9h
Sessão 2	4º ano	5 de dezembro	10h
Sessão 3	2º ano	6 de dezembro	9h
Sessão 4	1º ano	6 de dezembro	10h

Avaliação

Relativamente à avaliação da AES será feita com recurso ao jogo projetado no quadro interativo e ao guião de questões (apêndice II) que permite avançar no jogo, contabilizando as respostas corretas.

Os indicadores de resultado serão avaliados durante a apresentação, com colocação de questões e através de um jogo de perguntas, tendo em conta o número de respostas corretas.

Indicadores de Processo

- % de crianças presentes na sessão de Educação para a Saúde

$$\frac{\text{N.º crianças presentes na Sessão Educação para Saúde}}{\text{N.º crianças da turma}} \times 100$$

Indicadores de Resultado

- % de respostas corretas sobre a importância de Higiene Oral

$$\frac{\text{N.º respostas corretas sobre Higiene Oral}}{\text{N.º perguntas realizadas sobre Higiene Oral}} \times 100$$

Conclusão

O PNSE preconiza uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais ao longo de todo o ciclo de vida, em particular nos ambientes onde as crianças passam muito tempo (DGS, 2015).

Através das AES o enfermeiro pode demonstrar a sua importância do seu papel na comunidade e obter ganhos em saúde importantes.

Apesar de ser uma área bastante trabalhada ao longo dos anos pelo PNSE, o investimento na Promoção da Saúde Oral será sempre um tema importante a abordar, especialmente às crianças.

Ao longo das sessões pude perceber que nem todas as crianças tinham bons cuidados de higiene oral e algumas ainda não tinham ido ao dentista este ano. Foi possível sensibilizar a importância que a higiene oral tem e como se deve proceder para manter os dentes saudáveis e promover também bons hábitos alimentares.

Após a realização deste trabalho, conclui-se que as estratégias adotadas foram importantes para a promoção da saúde oral nas crianças e que as sessões de educação para a saúde nas escolas são uma forma importante e significativa de promoção de hábitos de vida saudáveis.

Referencias bibliográficas

Areias, C., Macho, V., Bulhosa, J., Guimarães, H., Andrade, C. (2008) Saúde oral em Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 39 n°4, pp.163-170. <https://hdl.handle.net/10216/61722>

Direção-Geral da Saúde. (2005) Programa Nacional de Promoção Da Saúde Oral. Circular. Normativa nº 01/DSE de 18/01/2005.

Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar.

Direção-Geral da Saúde (2021). Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral 2021-2025.

Direção-Geral da Saúde. (2021) Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025 – Ano letivo 2021/2022. Informação nº 005/2021 de 21/10/2021

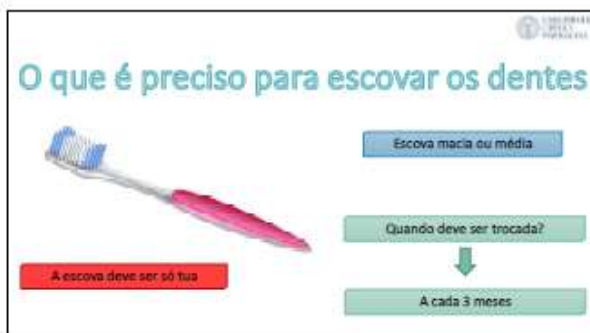
Losso, E. M., Tavares, M. C., Silva, J. Y., & Urban, C.deA. (2009). Severe early childhood caries: an integral approach. *Jornal de pediatria*, 85(4), 295–300. <https://doi.org/10.2223/JPED.1908>

Seeley, R., Philip, T., Stephens, T., Leal, M., Durao, M., Abecassis, L., & Pais, D. (2003). Anatomia e Fisiologia (Vol. 6ª Edição). Loures: Lusociência.

Silva, J. F. (2007). Avaliação da frequência do consumo de alimentos cariogénicos e sua relação com a cárie dentária numa amostra de crianças. [Trabalho académico]. Universidade do Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. <http://hdl.handle.net/10216/54450>

Apêndices

Apêndice I: Dispositivos da sessão



Quando devo ir ao dentista?



- 2 vezes por ano
- Se tiver alguma cárie.



13

Porque se estragam os dentes?



Falta de higiene oral + Má alimentação → Cárie



14

Como posso evitar a cárie dentária

- Escovar os dentes após as principais refeições.
- Ingerir alimentos / bebidas protetores dos dentes.
- Usar uma pasta de dentes com Flúor.
- Ir ao Dentista de 6 em 6 meses.



15

Vamos fazer um jogo ?



16

Que alimentos fazem mal aos dentes?



ACUCAR

11



Devo dar preferência...



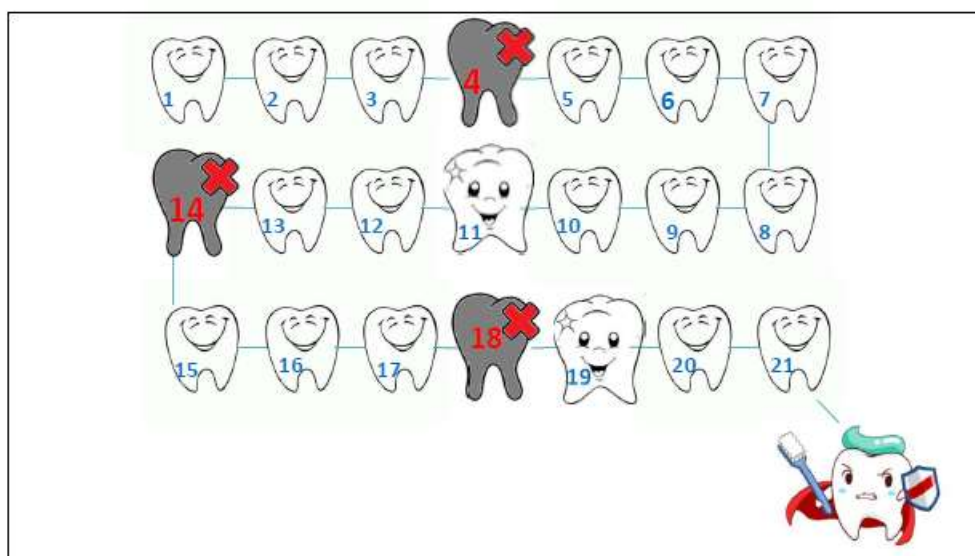
12

Apêndice II – Jogo e as questões

Regras:

1. Lançar o dado e avançar o número de casas que sair.
2. Responder a uma pergunta após avançar o número de casas. Se responder acertadamente, avança uma casa. Se errar, fica na casa onde está.
3. Se caíres na casa  ficas sem jogar uma vez
4. Se caíres na casa  avança duas casas

17



18

Questões para o jogo:

1. Por que motivo é importante escovar os dentes?

É muito importante escovar corretamente os dentes e a língua para manter os dentes saudáveis e uma boa higiene oral.

2. Trata dos nossos dentes e devemos lá ir, pelo menos 2 vez por ano. Quem é?

Dentista.

3. Quantas vezes por dia, no mínimo, devemos escovar os nossos dentes?

Pelo menos duas vezes.

4. De que material necessitam para escovar os dentes?

Para escovar os dentes precisam de escova de dentes e pasta dentífrica. Uma escova adequada ao tamanho da vossa boca, pequena e macia para não magoar as gengivas durante a escovagem.

5. Em que momentos do dia devemos escovar os dentes?

Devemos escovar os dentes sempre após as refeições. Existem dois momentos do dia em que não se devem esquecer de escovar os dentes: depois do pequeno-almoço e antes de dormir. Não esquecer que sempre que comerem doces também o devem fazer.

6. O que faz o flúor?

O fluor protege os dentes da placa bacteriana.

7. Quando é que se deve trocar de escova de dentes?

As escovas devem ser trocadas, pelo menos, de 3 em 3 meses ou quando estão estragadas.

8. Que parte da boca não podemos esquecer de escovar, depois de escovar os dentes?

A língua.

9. Quanto tempo demora a escovagem dos dentes?

A técnica correta deve demorar 2 a 3 minutos para conseguir escovar corretamente todos os vossos dentes.

10. Para que serve o fio dentário?

Para retirar os resíduos alimentares que ficam entre os dentes.

11. Que quantidade de pasta dentífrica devemos colocar na escova de dentes?

Devem utilizar aproximadamente 1 cm de pasta, ou devem olhar para a vossa unha do dedo mindinho, o seu tamanho corresponde à quantidade correta de pasta que devem utilizar.

12. Qual a quantidade de fluor que a pasta dos dentes deve ter?

Entre 1000-1500 ppm de flúor.

13. Podes partilhar a tua escova de dentes com o teu melhor amigo?

Não podemos, a escova de dentes é um objeto pessoal que não se pode partilhar, para não transmitir bactérias da nossa boca para outra pessoa.

14. Como se chama a substância pegajosa que fica nos nossos dentes depois de comer?

Placa Bacteriana.

15. Três armas que temos para combater a placa bacteriana?

Escovar os dentes depois das refeições, utilizar fio dentário 1 vez por dia e utilizar pasta de dentes com flúor.

16. Como podemos evitar as cáries?

Para evitar as cáries devem escovar muito bem os dentes e usar pasta dentífrica com flúor, que protege os dentes e evitar alimentos com açúcar.

17. Que alimentos são melhores para os nossos dentes?

A fruta, legumes, lacticínios e água.

18. Devemos lavar os dentes, depois de jantar, ou antes de dormir?

Antes de dormir.

19. Quando como alimentos que são maus para os dentes, o que posso fazer para diminuir o efeito?

Escovar os dentes.

20. Diz três alimentos que prejudicam os teus dentes?

Alimentos com açúcar como: bolos, bolachas, gelados, chocolate, gomas, refrigerantes, cereais de pequeno-almoço, ...

21. Os sumos/refrigerantes prejudicam os dentes?

Sim. Estas bebidas, mesmo que não tenham açúcar, têm ácidos que destroem os dentes. Beber água às refeições e ao longo do dia faz bem e ajuda a manter os dentes mais limpos.

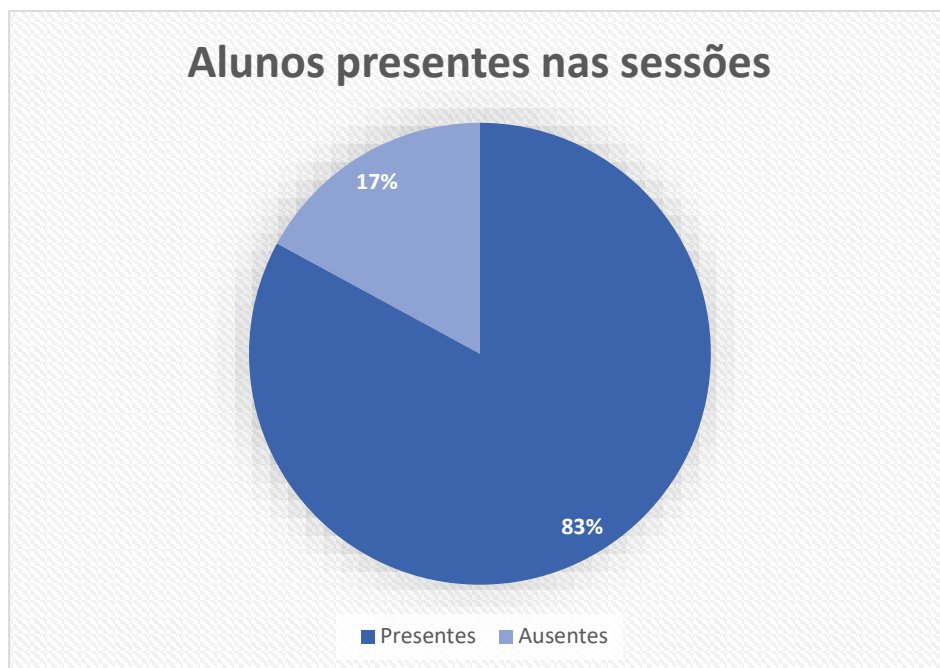
Apêndice III – Grelha de respostas corretas

Sessão n.º _____

Responde corretamente	Responde incorretamente

Apêndice IV – Avaliação da Sessão

Ao longo das 4 sessões o número de alunos presentes foi de 68 alunos, num total de 82 alunos das 4 turmas.



Relativamente ao jogo, podemos verificar que houve aquisição de conhecimento uma vez que as crianças responderam corretamente a 95% das questões.



Certificamos que o (a) aluno(a)

participou na sessão sobre a “Higiene dos nossos dentes” e aprendeu sobre como sempre os dentes limpos e saudáveis.



Apêndice II – Revisão Integrativa Da Literatura

Baby-Led Weaning como método de alimentação complementar - Revisão de literatura

Baby-Led Weaning as a complementary feeding method - Literature review

Daniela Gomes¹, Constança Festas².

¹Enfermeira no serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário do Porto; Mestranda da Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem (Porto), Porto, Portugal

²Professora Associada, Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem (Porto); Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Universidade Católica Portuguesa, Portugal

Resumo

Enquadramento: As experiências nutricionais durante a infância e os primeiros anos de vida podem influenciar o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis. O *Baby-Led Weaning* (BLW) é um método alternativo de alimentação complementar em que as crianças comem sozinhas, com as mãos, alimentos moídos, picados ou em forma de *finger foods*. Surgiu como uma alternativa ao método tradicional de alimentação complementar em que o bebé é alimentado à colher pelo seu cuidador.

Objetivos: O objetivo desta revisão integrativa é mostrar os resultados da evidência científica sobre as diferenças entre o BLW e o método tradicional de alimentação complementar em relação ao crescimento e desenvolvimento da criança, status nutricional, risco de engasgamento e comportamento alimentar.

Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura através da pesquisa em bases de dados: “Wiley Online Library”, “MedLine”, “PubMed”, “Taylor & Francis Online”; “LILACS”; “ScienceDirect” com recurso à plataforma de pesquisa “B-On”, com os descritores selecionados, identificando artigos com data de publicação entre 2018 e 2022, em inglês e português, com texto integral disponível e revisto pelos pares.

Resultados: Após o processo de seleção foram analisados 7 artigos que comparavam o método de introdução alimentar tradicional e o método BLW. Na análise dos 3 estudos que avaliaram esta componente, foi possível perceber que não havia atrasos no crescimento das crianças do grupo BLW e as alimentadas tradicionalmente. Quanto ao desenvolvimento apenas houve um estudo a avaliar esta componente que concluiu que as crianças do grupo BLW apresentavam mais habilidades de motricidade fina. Relativamente ao *status* nutricional, nos estudos que analisaram a ingestão nutricional, dois estudos demonstraram não haver diferença estatisticamente significativa na ingestão de ferro entre os dois grupos, e um dos estudos, contrariamente, mostrou haver menor ingestão de ferro no grupo BLW. A nível analíticos, não houve diferença entre os dois grupos em dois dos estudos que analisaram esta componente. Um dos estudos avaliou as crianças aos 6-8 meses e depois 9-12 meses, havendo menor ingestão de ferro, vitamina B12, Zinco, Vitamina D e Iodo no grupo BLW aos 6-8 meses, mas aos 9-12 meses sem diferenças estatisticamente significativas. Quanto ao risco de engasgamento, 3 estudos que avaliaram esta situação e não houve diferenças significativas relativamente ao método de alimentação e o risco de engasgamento. O comportamento alimentar foi avaliado em 5 estudos, em que 2 deles não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Um dos estudos demonstrou que as crianças do grupo BLW alimentam-se mais devagar e tem maior resposta de saciedade e outro revelou um nível significativamente mais baixo de seletividade e maior prazer alimentar para as crianças do BLW.

Conclusões: Perante a análise destes artigos é possível compreender que o BLW não afeta o crescimento e desenvolvimento infantil face ao método de diversificação alimentar tradicional. Além disso, também não aumentou o risco de engasgamento. O BLW está relacionado com uma introdução alimentar mais tardia e também com maior duração da amamentação. Relativamente ao status nutricional e aos parâmetros hematológicos das crianças, nos estudos analisados, o BLW não demonstrou aumentar o risco de deficiência de ferro e outros nutrientes, no entanto, também é importante referir a importância de oferecer apoio educativo sobre alimentos ricos em ferro e bases de uma alimentação saudável aos pais. Quanto ao comportamento da criança, dois artigos obtiveram resultados positivos associando o BLW a uma maior resposta à saciedade, maior

prazer ao alimentar-se e menor seletividade. No entanto, é necessária maior investigação e estudos longitudinais randomizados para perceber essa relação.

Palavras-chave: *Baby-Led Weaning; Alimentação complementar; Desenvolvimento; Nutrição; ingestão alimentar.*

Abstract

Background: Nutritional experiences during childhood and early life can influence the development of healthy eating habits. Baby-Led Weaning (BLW) is an alternative method of complementary feeding in which children feed themselves ground, chopped or finger foods, with their hands. It emerged as an alternative to the traditional method of complementary feeding in which the baby is spoon-fed by his caregiver.

Objectives: The aim of this integrative review is to bring the results of the scientific evidence on the differences between BLW and the traditional method of complementary feeding in relation to the child's growth and development, nutritional status and eating behavior.

Methodology: An integrative literature review was carried out by searching online databases, with the selected descriptors, identifying articles with a publication date between 2018 and 2022, in English and Portuguese, with full text available and peer-reviewed, which were subjected to a selection process.

Results: After the selection process, 7 articles were analyzed that compared the traditional complementary feeding method and BLW. In the analysis of the 3 articles that evaluated this component, it was possible to notice that there was no delay in the growth of the children in the BLW group and the traditionally fed ones. As for development, there was only one study evaluating this component, which concluded that children in the BLW group had more fine motor skills. Regarding the nutritional status, the articles that analyze nutritional intake, two studies conclude that there is no statistically significant difference in iron intake between the two groups, and one of the studies, on the contrary, showed a lower iron intake in the BLW group. At an analytical level, there were no difference between the two groups in two of the articles that analyzed this component. One of the studies evaluated children at 6-8 months and after 9-12 months, with lower intake of iron, B12, Zinc, Vitamin D and Iodine in the BLW group at 6-8 months, but at 9-12 months there were no statistically significant difference. As for the risk of choking, 3 studies evaluated this situation and there were no significant differences regarding the method of feeding and the risk of choking. Eating behavior was evaluated in 5 studies, in which 2 of them showed no statistically significant difference between the two groups. One of the studies proved that children in the BLW group eat more slowly and have a greater satiety response and another revealed a significantly lower level of food fussiness and greater food pleasure for children in the BLW group.

Conclusions: In this literature review, it is possible to understand that BLW does not affect child growth and development compared to the traditional spoon-feeding method. In addition, it also did not increase the risk of choking. BLW is related to later food introduction and a prolonged breastfeeding. Regarding the nutritional status and hematological parameters of children, in these studies, BLW did not increase the risk of iron deficiency, however, it is also important to mention the importance of offering educational support on iron rich foods and healthy diet to parents. As for the child's behavior, two articles obtained positive results associating BLW with a better satiety responsiveness, enjoyment of food and less food fussiness. However, further investigation and longitudinal randomized studies are needed to understand this relationship.

Keywords: *Baby-Led Weaning; Complementary Feeding; Development; Nutrition; Food Intake*

Introdução:

A introdução alimentar da criança é uma fase importante no crescimento e desenvolvimento da criança e da família. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a recomendação é manter o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, iniciando nesta altura a diversificação alimentar de forma a assegurar os nutrientes e a energia para um crescimento e desenvolvimento adequados (World Health Organization, 2009). A

introdução de outros alimentos na dieta do lactente é indiferente do tipo de aleitamento do bebé (leite materno ou leite adaptado) e deve ser iniciada até aos 6 meses 1 semana, uma vez que a partir dos 6 meses o leite por si só não suprime as necessidades energéticas e de micronutrientes (DGS, 2019).

Nos últimos anos, o Baby-Led Weaning (BLW) surgiu como método de introdução alimentar, guiada pela própria criança, como alternativa ao método de diversificação alimentar tradicional. A criança autoalimenta-se, com pedaços de alimentos moídos, picados ou em forma de *finger food* em vez de ser alimentado pelo seu cuidador, à colher (Cameron, Heath, & Taylor, 2012). O BLW preconiza que a criança faça leite materno (apesar de haver crianças que poderão fazer leite adaptado) exclusivamente até aos 6 meses, e deverá ser mantido mesmo após a diversificação alimentar, o bebé autoalimenta-se desde o início da introdução alimentar e os alimentos que a família ingere poderão ser os mesmos que são oferecidos ao bebé desde que sejam cortados de forma a que o bebé consiga pegar e comer (Cameron, Heath, & Taylor, 2012)

Algumas das vantagens descritas na literatura sobre o BLW referem que diminui o risco de obesidade, melhora a resposta à saciedade, promove uma alimentação mais saudável e melhores habilidades motoras. Como desvantagens surge o risco de deficiência de ferro e aumento do risco de engasgamento (Cameron, Heath, & Taylor, 2012; Brown & Lee, 2011; Brown & Lee, 2015; Addessi, et al., 2021). Uma revisão realizada em 2018, levanta algumas questões relacionadas com a qualidade nutricional e também o risco de engasgamento, enfatizando ainda que a opção BLW leva a um maior aporte de leite e menor oferta de outros alimentos (D'Auria, et al., 2018). Alguns estudos indicam ainda que as mães que adotam BLW eram mais propensas a amamentar exclusivamente seus bebés e continuaram a fazê-lo por um período mais longo (Brown & Lee, 2011). O uso correspondente do BLW juntamente com a amamentação também foi explicado pela natureza semelhante do BLW à amamentação, uma vez que na amamentação, o bebé controla e regula sua ingestão de leite, o que significa que, para os pais, o BLW pode parecer uma escolha acertada, uma vez que o bebé irá controlar o seu aporte de alimentos (Brown & Lee, 2011).

A DGS defende que a diversificação alimentar deve iniciar-se oferecendo os alimentos com uma textura cremosa, à colher, transitando progressivamente para texturas mais heterogéneas e granuladas até a introdução do alimento sólido (DGS, 2019). A oferta alimentar deve ser variada e de qualidade, sem adição de alimentos açucarados, processados ou com sal durante o 1º ano de vida (DGS, 2019). Como primeiros alimentos a DGS recomenda iniciar com hortofrutícolas ou cereais (creme de legumes, papa ou papa de fruta), respeitando um intervalo de 2-3 dias entre cada grupo de alimentos. A partir dos 6 meses é importante introduzir a proteína animal, uma vez que é uma importante fonte de ferro (DGS, 2019). Segundo a DGS (2019), a introdução alimentar inicia-se com alimentos cremosos, e progressivamente os alimentos devem ser menos moídos, de forma que a partir dos 7 meses ocorra o treino da báscula e aos 8 meses o treino de mastigação de alimentos moles. Esta textura deve ser progressiva de forma a aproveitar a janela motora do lactente e a aceitação de todos os alimentos (DGS, 2019). Relativamente ao BLW, a DGS (2019) refere que não deverá ocorrer antes dos 6 meses e apenas deve ser permitida se houver segurança (neuromotora e nutricional) e sob vigilância médica e controlo do cuidador.

Considerando a crescente popularidade do BLW é importante compreender efetivamente as suas vantagens e riscos face ao método de introdução alimentar tradicional para conseguir responder aos pais com base em evidência científica, nomeadamente o seu efeito a nível de crescimento e desenvolvimento infantil, *status* nutricional da criança, o seu comportamento alimentar e se há maior risco de engasgamento face ao método de alimentação tradicional. Por isso mesmo, o objetivo desta revisão integrativa é mostrar os resultados da evidência científica sobre as diferenças entre o BLW e o método tradicional de alimentação complementar em relação ao crescimento e desenvolvimento da criança, *status* nutricional, risco de engasgamento e comportamento alimentar.

Metodologia:

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura a partir da questão: “Qual é o efeito do método de alimentação complementar BLW em comparação com o método de introdução alimentar tradicional no crescimento e desenvolvimento infantil, *status* nutricional, risco de engasgamento e comportamento alimentar das crianças?”

A construção desta questão seguiu a metodologia PICO, que representa o acrónimo Patients Intervention Comparison e Outcome. Na questão, o P corresponde a População (crianças), I intervenção (utilização do método BLW), C comparação (método BLW e Método de introdução alimentar tradicional) e O outcomes (influência no crescimento e desenvolvimento infantil, status nutricional, risco de engasgamento e comportamento alimentar) (Santos, Pimenta, & Nobre, 2007).

A pesquisa foi realizada nas bases de dados: “Wiley Online Library”, “MedLine”, “PubMed”, “Taylor & Francis Online”; “LILACS”; “ScienceDirect” com recurso à plataforma de pesquisa “B-On”. Foi usada a frase Boleana: AB “Baby Led Weaning” AND AB “Complementary Feeding” AND “Development” AND “(nutrition or nourishment or food intake)”.

A pesquisa permitiu identificar 89 artigos, que foram submetidos a um processo de seleção que é demonstrado no diagrama de prima (figura 1). Como critérios de inclusão foram definidos: artigos redigidos em idioma português ou inglês, com data de publicação entre 2018 e 2022, com texto completo disponível e revisto por pares. Aplicados estes critérios de inclusão, ficaram 28 artigos, dos quais foram eliminados 6 por estarem duplicados. Posteriormente foram excluídos 8 com base na leitura do título, 6 com base na leitura do resumo. Após a leitura dos 9 artigos, foi excluído mais 1 por apresentar um estudo ainda a decorrer. Na revisão foram analisados 7 artigos que dão resposta à pergunta de investigação, sendo que são todos estudos primários.

Figura 1 - Diagrama de Prima

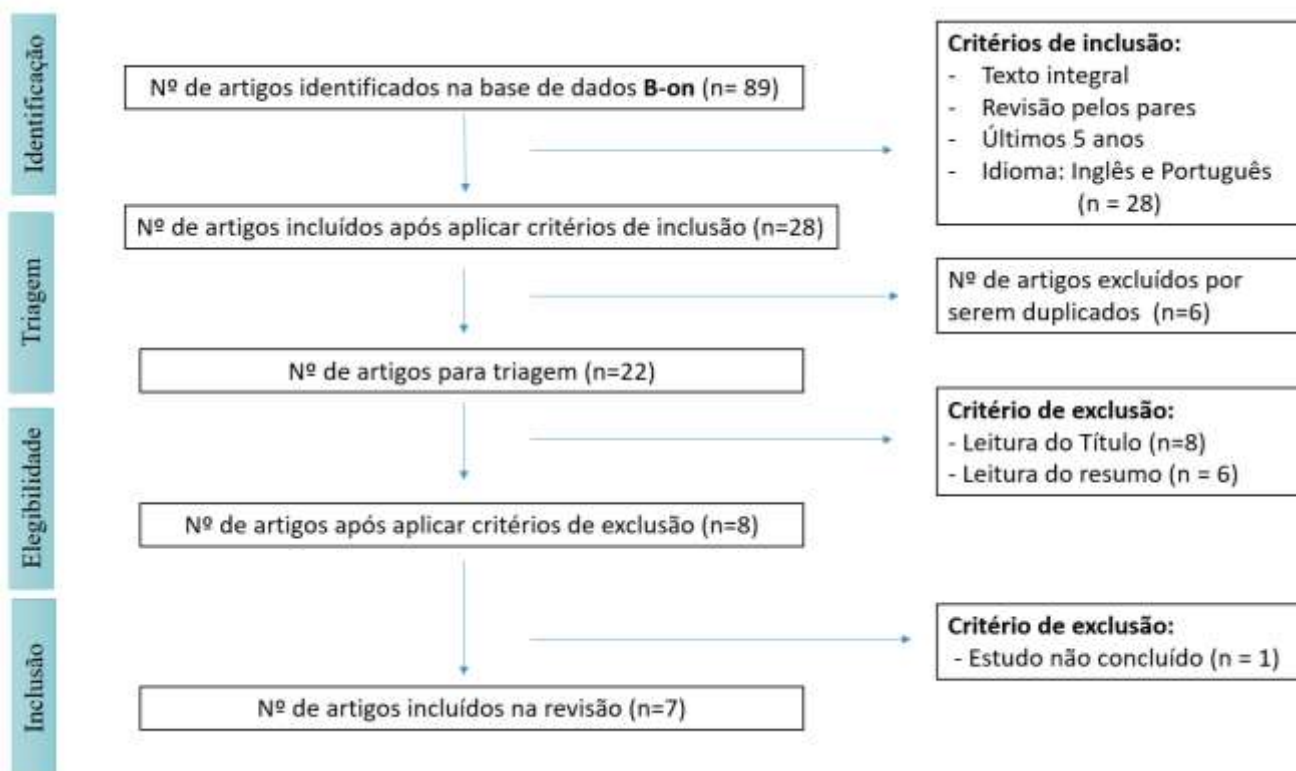
Resultados:

Os artigos analisados foram publicados entre 2018 e 2022, sendo dois de 2018 (Daniels, et al., 2018; Dogan, et al., 2018), um de 2019 (Komninou, Halford, & Harrold, 2019), dois de 2020 (Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal, 2020; Watson, Costantini, & Clegg, 2020), um de 2021 (Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson, 2021) e um de 2022 (Pearce & Langley-Evans, 2022).

Quanto ao tipo de artigo, 2 são estudos transversais (Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson, 2021; Pearce & Langley-Evans, 2022), 3 dizem respeito a estudos descritivos (Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal, 2020; Komninou, Halford, & Harrold, 2019; Watson, Costantini, & Clegg, 2020) e 2 são estudos de controlo randomizado (Daniels, et al., 2018), sendo um deles prospetivo (Dogan, et al., 2018). Os artigos demonstram a popularidade crescente do BLW em todo o mundo, uma vez que os artigos estudaram esta prática em países desenvolvidos nomeadamente Reino Unido, Turquia, Nova Zelândia, Canadá.

Na tabela 1 é apresentada a tabela de evidências, apresentando a referência completa; o objetivo do estudo, o tipo de estudo e metodologia utilizada, a amostra e os principais resultados.

Todos os artigos avaliam as características sociodemográficas da amostra e a sua



possível influência no método de alimentação complementar (BLW ou método de alimentação complementar tradicional). Na maioria dos estudos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas a nível sociodemográfico (Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson, 2021; Dogan, et al., 2018; Watson, Costantini, & Clegg, 2020; Pearce & Langley-Evans, 2022; Daniels, et al., 2018). No entanto, no estudo realizado por

Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal (2020), na Turquia, verificou-se que 28,2% das mães preferiram o BLW, 21,1% tradicional e 50,7% tradicional + BLW e as mães com maior nível de escolaridade optam por tradicional + BLW.

Um dos estudos avaliou as mudanças ao longo do tempo no método de alimentação complementar concluindo que no início da alimentação complementar, 26% das mães seguiam o método BLW, enquanto 25% das mães seguiam o método SF, 49% foram classificadas como usando uma abordagem mista. No entanto, quando as crianças tinham 1 ano de idade, algumas das mães mudaram seu método alimentação complementar, 2% das mães mantinham a alimentação com colher, 65% das mães adotavam uma abordagem mista e 33% seguiam o método BLW (Watson, Costantini, & Clegg, 2020).

estudos houve diferenças no aleitamento, na duração da amamentação e no início da diversificação alimentar. As crianças que iniciaram alimentação com o método BLW, iniciavam mais tarde que as crianças alimentadas de forma tradicional. Os pais do grupo BLW tendem a introduzir alimentos sólidos mais tarde (Komninou, Halford, & Harrold, 2019) que vai encontro do estudo do *Dogan et al.* (2018) que constatou que as crianças do grupo BLW era amamentadas exclusivamente mais tempo e iniciavam a diversificação alimentar em média uma semana mais tarde (Dogan, et al., 2018). Também no estudo realizado por *Campeau* (2021), as crianças do grupo BLW era mais provável que fossem amamentadas exclusivamente e a introdução alimentar destas era aos 6 meses, enquanto os grupos TSF iniciavam em média um mês mais cedo (Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson, 2021). No estudo realizado por Watson, Costantini, & Clegg (2020), todas as mães do grupo BLW amamentaram exclusivamente durante 6 meses, sendo estatisticamente significativo comparado com o grupo de alimentação mista e o grupo de alimentação tradicional. Além disto, no mesmo estudo os autores constataram que os bebês alimentados tradicionalmente à colher iniciavam a diversificação alimentar mais cedo que os restantes grupos (Watson, Costantini, & Clegg, 2020). Já *Pearce e Langley-Evans* (2022), tiveram diferenças significativas entre os grupos tradicional e BLW nos bebês que ainda eram amamentados (41,7% e 77,8%, respetivamente, $p=0,002$), duração da amamentação (73,3% tradicional e 86,1% no grupo BLW aos 6 meses de idade, $p=0,026$). Estes dados vão ao encontro dos pré-requisitos do BLW mencionadas por *Cameron, Heath, & Taylor* (2012), que referem que a criança seja amamentada exclusivamente até aos 6 meses, tal como também preconiza a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2009).

Face ao **risco de engasgamento/aspiração** ser uma das preocupações do BLW, os estudos que avaliaram este risco não relataram diferenças significativas relativamente ao método de alimentação e o risco de engasgamento (Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal, 2020; Pearce & Langley-Evans, 2022; Dogan, et al., 2018).

Uma das dimensões avaliadas em alguns dos estudos foi a **influência do comportamento dos pais** face à alimentação do seu filho. Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal (2020), ao aplicar o *Child Feeding Questionnaire*, constataram que, em comparação com as mães que aplicaram BLW e TW + BLW, as que preferiram o método tradicional tiveram scores médios mais altos de “responsabilidade percebida”, “preocupação com o peso da criança” e exerceram mais pressão à criança para comer, o que vai ao encontro do estudo de Campeau, Martini e Fontaine-Bisson (2021), que também constatou que os pais que que seguiam o método BLW apresentavam menos níveis de restrição e pressão em

relação à ingestão alimentar da criança. (Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson, 2021). Kahraman (2020) também concluiu que as mães que usavam o método de alimentação tradicional usavam meios de distração enquanto alimentava a criança (televisão, brinquedos, por exemplo). No estudo realizado por Komninou, Halford, & Harrold (2019), a análise do questionário Parental Feeding Styles Questionnaire (questionário que avalia 4 dimensões que são alimentação emocional, alimentação instrumental, ou seja, uso do alimento como recompensa, estímulo/encorajamento para comer e controlo sobre a alimentação), demonstrou que os pais que seguiam o BLW restrito e predominante usavam menos técnicas de alimentação instrumental e os pais que seguiam o BLW restrito exerceram significativamente menos controlo sobre a alimentação de seus filhos e usaram significativamente menos incentivo para aumentar o consumo de alimentos do que os outros três grupos (Komninou, Halford, & Harrold, 2019).

Também a pressão parental influenciou o comportamento alimentar das crianças, relacionando-se positivamente com a “resposta à saciedade” e a “seletividade” e negativamente com o prazer alimentar e com a aceitação alimentar (Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson, 2021). Ainda, na dimensão do **comportamento alimentar da criança**, alguns estudos avaliaram este comportamento através do “Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ)”. Este questionário foi utilizado em 3 dos estudos e avalia o comportamento alimentar das crianças, isto é, as atitudes e fatores psicossociais implícitos durante a ingestão alimentar. Apresenta 35 questões que avaliam 8 dimensões psicológicas, nomeadamente “Resposta à saciedade”, “Ingestão lenta”, “Seletividade” e “Sub ingestão emocional”; “Resposta à comida”, “Prazer em comer”, “sobre ingestão emocional” e “desejo de beber”. Watson et al., (2020) não encontrou diferença significativa nos três grupos de alimentação nas pontuações das subescalas do questionário CEBQ e na pontuação final da neofobia alimentar (Watson, Costantini, & Clegg, 2020). No entanto, *Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson* (2021), concluíram que as crianças do grupo BLW tem uma ingestão de alimentos mais lenta e uma maior resposta à saciedade. Também os autores *Komninou, Halford, & Harrold* (2019) concluíram que as crianças que seguem o BLW têm menor seletividade alimentar e maior prazer a comer do que as crianças que seguem o método de alimentação tradicional. O estudo realizado por *Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal* (2020), demonstrou que 97,1% dos bebés alimentados por BLW tem maior prazer às refeições ($p < 0,001$).

Relativamente ao **crescimento das crianças**, a análise dos estudos indicou que não havia atrasos no crescimento das crianças do grupo BLW e as alimentadas tradicionalmente (Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal, 2020; Dogan, et al., 2018). No estudo realizado por *Dogan et al.* (2018) no grupo BLW, 98% das crianças tinham peso normal e 2% estavam abaixo do peso de acordo com os padrões de crescimento infantil da OMS. No mesmo estudo indica que as crianças que seguiam o método de alimentação complementar tradicional tendem a ser mais pesados, sendo que 17% estavam acima do peso. Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal (2020) relataram uma diferença significativa entre os grupos em relação ao IMC das crianças, sendo que 14,7% das crianças cujas mães preferiram o método tradicional estavam acima do peso (Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal, 2020). Quanto ao **desenvolvimento** apenas houve um estudo a avaliar esta componente que concluiu que

as crianças do grupo BLW apresentavam mais habilidades de motricidade fina. (Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson, 2021).

Por último, relativamente ao **status nutricional e ingestão alimentar**, houve estudos a focar-se neste aspeto. *Daniels, et al.* (2018) analisou o *status* nutricional e a ingestão de ferro em crianças que seguiam o método BLW e o método tradicional e não encontrou diferença estatística na ingestão de ferro aos 7 meses (BLISS com ingestão média de 3 mg/dia e grupo de controlo 2,7mg/dia) nem aos 12 meses (o grupo BLISS com ingestão média de 4,7mg/dia e o grupo controlo com 5,3 mg/dia). Não houve diferenças significativas no leite materno estimado ou na ingestão de leite adaptado entre os grupos e, portanto, sem diferenças entre os grupos na contribuição do leite para a ingestão de ferro (Daniels, et al., 2018). No estudo também concluiu que a prevalência de ingestão inadequada de ferro foi alta (74%) para ambos os grupos aos 7 meses de idade, mas consideravelmente menor aos 12 meses (23% controlo, 26% BLISS), no entanto, a nível analítico a maioria dos lactentes nos 2 grupos apresentava ferro suficiente (83%controlo, 83% BLISS) (Daniels, et al., 2018). Ainda neste estudo, houve diferenças estatísticas na ingestão de vitamina C aos 7 meses, havendo uma ingestão significativamente menor de vitamina C no grupo BLISS (49,2 mg/dia) em comparação com o grupo de controlo (59,2 mg/dia) ($p < 0,032$) (Daniels, et al., 2018). A diferença entre os grupos BLISS e controlo para ferritina plasmática foi de $-2,6 \mu\text{g/L}$, e não foi estatisticamente significativa (Daniels, et al., 2018). As diferenças entre os grupos para os outros indicadores bioquímicos de status de ferro foram pequenas e não estatisticamente significativas (todos $p > 0,55$) (Daniels, et al., 2018). O estudo realizado na Turquia, mostrou uma deficiência de ferro menor no grupo de crianças alimentadas pelo método tradicional ($p < 0,05$) (Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal, 2020). Também *Pearce e Langley-Evans* (2022), avaliaram a ingestão deste micronutriente concluindo que a sua ingestão total foi maior em bebés do grupo tradicional de 6 a 8 meses, tal como aconteceu com a vitamina B12, Zinco, vitamina D, Iodo. No entanto, entre os 9-12 meses estas diferenças não são estatisticamente significativas (Pearce & Langley-Evans, 2022). No estudo realizado por Dogan et al. (2018), a ingestão de ferro aos 12 meses de idade foi semelhante no grupo BLW e no grupo controlo. (Dogan, et al., 2018). Quanto à ingestão calórica *Pearce e Langley-Evans* (2022) concluíram que não havia diferenças significativas na ingestão energética entre os grupos, embora os bebés do grupo método tradicional consumissem mais calorias dos alimentos e os bebés BLW consumissem mais calorias do leite aos 6-8 meses. A nível analítico, não foram observadas diferenças nos bebés do grupo BLW e método tradicional nos estudos de *Dogan, et al.* (2018) e de *Daniels et al.* (2018).

Relativamente ao tipo de alimentos expostos às crianças nos estudos analisados, o estudo realizado por *Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson* (2021) demonstrou que as crianças alimentadas à colher eram mais expostas a “comidas de bebé” e o grupo BLW era exposto a 9% mais frutas e vegetais e 16% mais grupos cereais. Komninou, Halford, & Harrold (2019) demonstraram que os pais que seguiram o BLW restrito foram significativamente menos propensos a oferecer cereais ao bebé e mais propensos a oferecer vegetais ou uma refeição mista como primeiro alimento do que os pais nos restantes grupos de alimentação (Komninou, Halford, & Harrold, 2019). No estudo realizado por *Pearce e Langley-Evans* (2022), poucas diferenças foram observadas entre os grupos nas exposições a grupos específicos de alimentos e a exposição a peixes oleosos, carnes processadas,

alimentos açucarados e produtos processados foram baixos em todos os grupos. No entanto, bebês dos 6–8 meses do método tradicional foram mais expostos a peixes oleosos ($p = 0.037$), cereais infantis fortificados ($p = 0.035$), leite ou produtos à base de leite ($p = 0.036$) e refeições infantis produzidas comercialmente ($p = 0.005$) e os bebês mais velhos (9 a 12 meses) do grupo BLW foram expostos a mais alimentos contendo proteínas ($p = 0.042$) e produtos lácteos ($p = 0.022$) (Pearce & Langley-Evans, 2022).

No que diz respeito à partilha de refeições com a família, os estudos referem que o grupo BLW consumiu maior percentagem de alimentos também consumidos pela mãe aos 6–8 meses (Pearce & Langley-Evans, 2022) e que os pais que seguem um estilo restrito de BLW compartilham suas refeições e fazem as mesmas refeições com seus filhos significativamente mais vezes do que todos os outros grupos (Komninou, Halford, & Harrold, 2019)

Tabela 1 - Tabela de Evidências

Referência	Objetivo	Metodologia	Amostra	Resultados
Campeau, M., Philippe, S., Martini, R., & Fontaine-Bisson, B. (2021). The Baby-Led-Weaning method: a focus on mealtime, behaviour, food acceptance and fine motor skills. <i>Nutrition Bulletin</i> , 46(4), 476-485. https://doi.org/10.1111/nbu.12532	Comparar o comportamento alimentar, a aceitação dos alimentos e a motricidade fina de crianças entre os 10-14 meses alimentadas de forma tradicional à colher (TSF) ou por BLW.	<p>Estudo transversal</p> <p>Os pais completaram 3 questionários online que abrangiam dados sociodemográficos, as práticas e comportamentos alimentares e o consumo e aceitação dos alimentos.</p> <p>Os questionários foram os seguintes:</p> <p>1º <i>Sociodemographic and early feeding practices</i>.</p> <p>2º <i>Child-Feeding Questionnaire</i> – avaliar a pressão e restrição que os pais exercem na criança à refeição.</p> <p>3º <i>Children eating behaviour questionnaire</i> – Este questionário avalia o comportamento alimentar das crianças, isto é, as atitudes e fatores psicossociais implícitos durante a ingestão alimentar.</p> <p>4º Frequência de consumo e aceitação de 70 tipos de alimentos agrupados em 8 categorias (Comida para bebês, frutas, vegetais, cereais, laticínios, carne e derivados, doces e comida processada).</p> <p>A motricidade fina era avaliada pessoalmente através do “<i>Peabody developmental motor scale</i>” com um terapeuta ocupacional que visitava a criança aos 15 meses.</p> <p>Análise estatística através do SAS 9.4.</p>	<p>O recrutamento decorreu entre julho e dezembro de 2017, através de cartazes e redes sociais.</p> <p>Para caracterizar o método os pais eram questionados se a criança comia 75% de alimentação à colher (TSF) ou se 75% dos alimentos eram sólidos e a criança se autoalimentava (BLW).</p> <p>Critérios de elegibilidade: crianças de termo, peso acima de 2500g ao nascimento e sem alterações psicomotoras.</p> <p>n (inicial) = 82 crianças 41 em cada grupo (BLW e TSF).</p> <p>n (final) = 79 (BLW – n =41; TSF – n = 38)</p>	<p>Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas a nível sociodemográfico.</p> <p>Os pais que seguiam o método BLW apresentavam menos níveis de restrição e pressão em relação à ingestão alimentar da criança.</p> <p>As crianças do grupo BLW era mais provável que fossem amamentadas exclusivamente e a introdução alimentar destas era aos 6 meses, enquanto os grupos TSF iniciavam em média um mês mais cedo.</p> <p>As crianças do grupo BLW iniciam a exposição alimentar com alimentos sólidos e as crianças TSF só iniciavam alimentos sólidos 2 meses mais tarde.</p> <p>TSF eram expostos a mais “Comida de bebês” enquanto o grupo BLW eram expostos a 9% mais frutas e vegetais e 16% mais grupos cereais.</p> <p>Comportamento</p> <p>As crianças do grupo BLW alimentam-se mais devagar e tem maior resposta de saciedade.</p> <p>A pressão parental relaciona-se positivamente com a saciedade e “seletividade” e negativamente com o “prazer alimentar” e com a “aceitação alimentar”.</p> <p>Não houve diferença estatística no questionário sobre a frequência e aceitação dos alimentos.</p> <p>Motricidade fina</p> <p>As crianças do grupo BLW apresentavam mais habilidades de motricidade fina.</p>
Daniels, L., Taylor, R. W., Williams, S. M., Gibson, R. S., Fleming, E. A., Wheeler, B. J., . . . Heath, A.-L. M. (2018). Impact of a modified version of baby-led	Determinar a ingestão de ferro e o status hematológico dos bebês alimentados através do BLW (versão modificada para prevenir a deficiência de ferro) em comparação	<p>Estudo de controlo randomizado</p> <p>Os participantes do grupo de controlo tinham apoio do programa nacional “<i>Well Child Tamariki Ora</i>” que dá suporte e apoio educativo a famílias com crianças até aos 5 anos.</p> <p>O grupo BLISS tinham apoio educativos sobre BLW desde as 35 semanas de gestação até aos 9 meses da criança, utilizando os 3 princípios do BLW (amamentação exclusiva até aos 6 meses,</p>	Foram selecionadas mulheres no 3º trimestre de gravidez internadas no <i>Queen Mary Maternity Hospital, Dunedin, Nova Zelândia</i> . Critérios de elegibilidade: mulheres que falassem inglês ou Te Reo	<p>Não houve diferença no número de bebês alimentados com leite materno, adaptado ou misto entre os grupos aos 7 ou 12 meses.</p> <p>Não houve diferenças significativas no leite materno estimado ou na ingestão de leite adaptado entre os grupos e, portanto, sem diferenças entre os grupos na contribuição dos leites para a ingestão de ferro (p>0,17).</p> <p>Ingestão de ferro</p>

<p>weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial. <i>BMJ open</i>, 8(6), 1-10. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019036</p>	<p>com os bebês alimentados de forma tradicional (grupo controlo)</p>	<p>autoalimentação infantil desde o início da alimentação complementar e oferta de alimentos que a família esteja a comer em forma de <i>finger food</i>) Os dados demográficos foram recolhidos no início do estudo por questionário. A equipa de pesquisa que realizava visitas e aplicava questionários desconhecia a alocação dos grupos.</p> <p>Avaliação dieta Aos 2, 4, 6, 7, 8, 9 e 12 meses de idade, a equipa questionava sobre a alimentação. Aos 7 e 12 meses foi realizado um registo rigoroso em 3 dias. Os pais pesavam e registavam tudo o que seu filho ingeriu nos 3 dias (não consecutivos e aleatórios durante 3 semanas).</p> <p>Avaliação bioquímica Foi colhida uma amostra de sangue venoso a 119 bebês aos 12 meses (58% do total de participantes). Houve 26 colheitas de sangue não tiveram sucesso, 22 desistiram do estudo aos 12 meses de idade, 13 não puderam ser contactados ou moravam fora da cidade e 26 pais não forneceram consentimento para a colheita. Todas as análises foram realizadas com o software estatístico Stata V.13.</p>	<p>Maori (a língua indígena da Nova Zelândia); planeavam viver em Dunedin até à criança ter 2 anos, mulheres com mais de 16 anos; bebês de termo e sem problemas de saúde que pudessem afetar o crescimento e desenvolvimento. Os participantes foram randomizados para grupo de controlo (n=101) ou BLISS (n=105).</p> <p>Avaliação dieta aos 7 meses BLISS (n=85) e controlo (n=77)</p> <p>Aos 12 meses (dieta e controlo analítico) BLISS (n=82) e controlo (n=73)</p>	<p>Aos 7 meses: BLISS com ingestão média de 3 mg/dia e grupo de controlo 2,7mg/dia. Aos 12 meses o grupo BLISS com ingestão média de 4,7mg/dia e o grupo controlo com 5,3 mg/dia. Sem diferença estatística. A prevalência de ingestão inadequada de ferro foi alta (74%) para ambos os grupos aos 7 meses de idade, mas consideravelmente menor aos 12 meses (23% controlo, 26% BLISS). Há relevância estatística (p<0,05) na ingestão de vitamina C aos 7 meses, havendo uma ingestão significativamente menor de vitamina C em BLISS (49,2 mg/dia) em comparação com o grupo de controlo (59,2 mg/dia).</p> <p>Controlo analítico A diferença entre os grupos BLISS e controlo para ferritina plasmática foi de -2,6 µg/L, e não foi estatisticamente significativa. As diferenças entre os grupos para os outros indicadores bioquímicos de status de ferro foram pequenas e não estatisticamente significativas (todos p>0,55). A maioria dos lactentes nos 2 grupos apresentava ferro suficiente (83% controlo, 83% BLISS).</p>
<p>Dogan, E., Yilmaz, G., Caylan, N., Turgut, M., Gokcay, G., & Oguz, M. M. (2018). Baby-led complementary feeding: Randomized Controlled study. <i>Pediatrics international: official journal of the Japan Pediatric Society</i>, 60(12), 1073-1080. https://doi.org/10.1111/ped.13671</p>	<p>Avaliar o crescimento, os parâmetros hematológicos e a ingestão de ferro em lactentes dos 6 aos 12 meses que seguem o método BLW ou o método de alimentação tradicional.</p>	<p>Estudo prospetivo de controlo randomizado Todas as famílias receberam visitas ao nascimento, 2 semanas e 2, 4, 6, 9, 12 meses. Todas as mães foram aconselhadas a manter a amamentação. Houve suporte educacional sobre alimentação.</p> <p>Grupo BLW Os participantes do grupo BLW tiveram mais 4 encontros em grupo e mais 6 visitas domiciliárias para apoio e educação sobre BLW aos 5,5, 6,5, 7, 8, 9 e 11 meses de idade. Uma equipa de pesquisa forneceu livros de receitas e listas de alimentos aos participantes do BLW, explicando como seguir o BLW, receitas adequadas à idade, listas de alimentos e informações de segurança. Os alimentos considerados de risco de engasgamento foram identificados e excluídos. Os participantes tinham uma entrevista telefónica todas as semanas entre 6-12 meses da criança. Os dados colhidos na entrevista determinavam: 1) adesão a uma abordagem de alimentação BLW;</p>	<p>A equipa de pesquisa designou as mães, com um envelope opaco e pré-lacrado, para cada grupo, e informou ao participante a qual grupo foram designadas. 280 bebês entre 5 e 6 meses de idade de <i>Karabuk University Well Child Clinic</i> foram inscritos e concluíram o estudo entre janeiro de 2014 e abril de 2016. n = 280 bebês saudáveis alocados em 2 grupos:</p>	<p>Não houve diferenças significativas entre os grupos para variáveis demográficas das famílias. Houve diferença significativa na amamentação exclusiva entre os dois grupos (p <0,001). As mães do grupo BLW amamentaram exclusivamente e introduziram alimentos sólidos aproximadamente 1 semana depois do que as do grupo controlo (p <0,001). No início do estudo, não houve diferenças significativas no peso ao nascimento ou na antropometria entre os grupos. O peso atual da criança foi examinado e comparado para os dois grupos aos 12 meses de idade. Os bebês do grupo controlo eram mais pesados do que os do grupo BLW (p<0,001). No grupo BLW, 98% tinham peso normal e 2% estavam abaixo do peso de acordo com os padrões de crescimento infantil da OMS. Em comparação, 83% dos bebês no grupo controlo tinham peso normal e 17% estavam acima do peso.</p>

		<p>2) a variedade de alimentos com ferro, alimentos altamente energéticos e alimentos com risco de engasgamento oferecidos;</p> <p>3) se ocorreu “gagging” ou engasgamento e quais alimentos responsáveis.</p> <p>Os dados sobre o teor de ferro dos alimentos complementares oferecidos foram colhidos de duas formas: todos os participantes preencheram a entrevista semanal; e os pais cuja criança tinha 12 meses preencheram um questionário sobre ingestão de ferro em 3 dias não consecutivos (“questionário de ferro de 3 dias”).</p> <p>Os bebés foram pesados na mesma balança aos 6 e 12 meses.</p> <p>A análise estatística foi feita recorrendo ao SPSS 16.0.</p>	<p>controlo (alimentação tradicional n= 138)</p> <p>grupo de intervenção (BLW n=142).</p>	<p>Não foram observadas diferenças significativas no estudo analítico entre os grupos BLW e controlo no início do estudo e após 6 meses de intervenção</p> <p>De acordo com os registos da dieta, a ingestão dietética de ferro aos 12 meses de idade foi semelhante no grupo BLW e no grupo controlo.</p> <p>A incidência de engasgamento relatada nas entrevistas semanais não foi diferente entre os grupos,</p>
<p>Kahraman, A., Gümüş, M., Binay, Ş. Y., & Başbakkal, Z. (2020). Baby-led weaning versus traditional weaning: the assessment of nutritional status in early childhood and maternal feeding practices in Turkey. <i>Early Child Development and Care</i>, 190(5), 615-624. https://doi.org/10.1080/03004430.2020.1726902</p>	<p>Avaliar o estado nutricional na primeira infância e as experiências das mães cujos filhos iniciaram a introdução alimentar através do BLW ou do método tradicional.</p>	<p>Estudo descritivo</p> <p>As mães responderam aos seguintes instrumentos de avaliação através das redes sociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionário sociodemográfico e antropométrico (onde também constavam questões sobre aleitamento e duração da amamentação. - Formulário sobre a diversificação alimentar (questões sobre as experiências de transição alimentar com o BLW (quando iniciou, primeiros alimentos, número de refeições, problemas ocorridos, risco de desenvolver deficiência de ferro e aspiração/engasgamento, etc.) - Questionário de alimentação infantil - A escala é composta por 31 itens e avalia as crenças, atitudes e práticas das mães relativamente à alimentação das crianças. As subescalas são as seguintes: “Responsabilidade Percebida”, “Peso Percebido dos Pais”, “Peso Percebido da Criança”, “Preocupação com o Peso da Criança”, “Restrição”, “Pressão para Comer”, “Monitorização”. <p>A análise estatística foi feita através do SPSS 22.0.</p> <p>Na Turquia os bebés fazem uma análise de hemoglobina e hematócrito aos 9 meses e se houver deficiência de ferro, fazem suplemento até aos 12 meses.</p>	<p>Os dados foram colhidos entre outubro de 2017 e fevereiro de 2018.</p> <p>n = 485 (mães que usavam redes sociais, com filhos de 6 a 24 meses)</p>	<p>Dados sociodemográficos</p> <p>Verificou-se que 28,2% das mães preferiram o BLW, 21,1% tradicional e 50,7% tradicional + BLW. As mães com maior nível de escolaridade optam por tradicional + BLW.</p> <p>Práticas de alimentação complementar das mães</p> <p>As mães que optavam por método tradicional iniciavam a alimentação complementar mais cedo e ofereciam menos vegetais. As mães que preferiram o método tradicional não conheciam a abordagem de primeiros socorros em caso de aspiração (p=0,003), utilizavam mais meios de distração na hora da refeição (p=0,000) e achavam que a criança tinha um problema de alimentação (p<0,001)</p> <p>Independentemente do método de alimentação, a maioria das mães sentiu ansiedade na transição para a alimentação complementar, as mães que aplicaram BLW foram as que mais se preocuparam com a aspiração/engasgamento, enquanto as que aplicaram o método tradicional + BLW foram as que mais se preocuparam com a diminuição do peso ganho (p= 0,033). Tipo de alimentação complementar e controlo parental</p> <p>Em comparação com as mães que aplicaram BLW e TW + BLW, as que preferiram o método tradicional tiveram scores médios mais altos de responsabilidade percebida, (p: < .001), preocupação com o peso da criança (p < .001) e pressão para comer (p:< ,001).</p> <p>Comportamento infantil</p> <p>Face ao comportamento infantil, 97,1% dos bebés alimentados por BLW tem prazer em comer (p<0,001).</p> <p>Status Nutricional</p>

				<p>A deficiência de ferro foi menor no grupo de crianças alimentadas pelo método tradicional (p= 0,004).</p> <p>Aspiração/Engasgamento Não houve diferença significativa entre os grupos quanto à situação de aspiração/engasgamento.</p> <p>Crescimento infantil Houve diferença significativa entre os grupos em relação ao IMC das crianças (p: 007), sendo que 14,7% das crianças cujas mães preferiram o método tradicional estavam acima do peso.</p>
<p>Kominou, S., Halford, J. C., & Harrold, J. A. (2019). Differences in parental feeding styles and practices and toddler eating behaviours across complementary feeding methods: Managing expectations through consideration of effect size. <i>Appetite</i>, 137, 198-206. doi: https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.001</p>	<p>Compreender e determinar a diferença entre os grupos dos métodos de introdução alimentar (BLW e Parent-Led Weaning (PLW)) relativamente ao desenvolvimento de preferências e comportamentos alimentares saudáveis.</p>	<p>Estudo descritivo Para dividir os grupos foi questionado aos pais que numa escala de 0% a 100%, a percentagem que o seu filho se alimentava sozinho 1 mês após a introdução alimentar. Os participantes foram agrupados em quatro categorias; BLW restrito (bebê alimenta-se sozinho mais de 90% das vezes); BLW predominante (bebê alimenta-se sozinho entre 51% e 90% das vezes); PLW predominante (bebê alimenta-se sozinho entre 10% e 50% do tempo) e PLW restrito (menos que 10%). Os pais foram questionados sobre os dados sociodemográficos e antropométricos; Tipo de aleitamento e duração da amamentação, Ambiente alimentar familiar e padrões de refeições; Estilo de alimentação dos pais através do “Questionário de Estilos de Alimentação dos Pais (PFSQ)”; Comportamento alimentar da criança através do “Questionário de Comportamento Alimentar Infantil (CEBQ)”; Fontes de informação sobre alimentação e o primeiro alimento oferecido à criança. A análise estatística foi feita através do IBM SPSS.</p>	<p>n =565 pais com crianças entre 12 e 36 meses de idade do Reino Unido, que nasceram de termo e sem problemas de desenvolvimento diagnosticados, foram recrutados através das redes sociais e também em listas dos centros infantis locais ou por mães que com filhos mais novos em estudos experimentais sobre alimentação infantil.</p> <p>BLW restrito – 33,3% BLW predominante – 17,3% PLW predominante – 26,2% PLW restrito – 23,2%</p>	<p>Introdução alimentar e os primeiros alimentos oferecidos Houve diferença estatisticamente significativa na idade de introdução alimentar. Os pais do grupo BLW tendem a iniciar a alimentação complementar mais tarde. Os pais nos grupos PLW restritos e predominantes introduziram “<i>finger foods</i>” mais tarde do que os pais que do grupo BLW restrito ou predominante. Também houve diferenças entre os grupos quanto à natureza dos primeiros alimentos oferecidos. Os pais nos grupos PLW restrito e predominantes ofereciam mais cereais e ofereciam menos vegetais ou uma refeição mista. Por outro lado, os pais que seguiram o BLW restrito foram significativamente menos propensos a oferecer cereais ao bebê e mais propensos a oferecer vegetais ou uma refeição mista como primeiro alimento. Características do comportamento alimentar de crianças Houve diferença significativa entre o comportamento alimentar das crianças entre os quatro grupos de alimentação complementar. A análise das subescalas significativas do CEBQ revelou um nível significativamente mais baixo de “seletividade” e maior “prazer alimentar” para as crianças do grupo BLW.</p>
<p>Pearce, J., & Langley-Evans, S. C. (2022). Comparison of food and nutrient intake in infants aged 6-12 months, following baby-led or traditional weaning: A cross-sectional study. <i>Journal of human</i></p>	<p>Explorar a adesão às características do BLW e as diferenças na exposição a grupos de alimentos e na ingestão nutricional entre bebês alimentados pelo método tradicional (TW) e o método BLW.</p>	<p>Estudo transversal Os pais responderam a um questionário sociodemográfico; um questionário sobre aleitamento do bebê e foi realizado um questionário retrospectivo sobre comportamento alimentar infantil. Os participantes respondiam a um questionário via telefónica onde se inquiria sobre a alimentação da criança, se o cuidador comia o mesmo alimento, se algum membro da família estava a comer ao mesmo tempo, se a criança comia sozinha ou era alimentada e se alimento era puré ou <i>finger food</i>.</p>	<p>Foram recrutados pais de bebês entre os 6-12 meses através de anúncios na internet em três momentos: 4 de outubro a 30 de novembro de 2019, 22 de junho a 7 de julho de 2020 e 1 de novembro a 1 de dezembro de 2020. Alguns</p>	<p>A maioria dos lactentes do estudo foi amamentado (96,9%) e 55,2% ainda era amamentado exclusivamente. Houve diferenças significativas entre os grupos tradicional e BLW nos bebês que ainda eram amamentados (41,7% e 77,8%, respectivamente, p =0,002), duração da amamentação (73,3% tradicional e 86,1% no grupo BLW aos 6 meses de idade, p =0,026). Cinco categorias de comportamento alimentar infantil foram incluídas (apetite geral, responsividade alimentar, prazer da comida, saciedade, lentidão na alimentação), embora não houvesse</p>

<p><i>nutrition and dietetics: the official journal of the British Dietetic Association, 35(2), 310-324.</i> https://doi.org/10.1111/jh.n.12947</p>		<p>Os dados foram analisados para SPSS, versão 24.0.</p>	<p>país foram incluídos num segundo estudo, recrutados em junho de 2019 com dados nutricionais coletados entre 4 de outubro a 30 de novembro de 2019, quando seus bebês tinham 6 a 12 meses de idade. No total, 319 responderam à pesquisa on-line sobre alimentação infantil e alimentação complementar. Dos 189 entrevistados que deixaram um contacto, 102 completaram o diário alimentar e são o foco desta análise. Seis ficaram excluídos.</p> <p>n = 96 BLW – 36 Método tradicional (TW) – 60.</p>	<p>diferenças significativas entre os grupos para qualquer comportamento antes do início da introdução alimentar. Nenhuma outra diferença foi observada, incluindo incidência de engasgamentos.</p> <p>Características do tipo de introdução alimentar O grupo BLW consumiu maior percentagem de alimentos também consumidos pela mãe aos 6–8 meses apenas (p =0,008) e eram significativamente menos propensos a serem alimentados com colher (p <0,001 em todos os grupos), ou alimentados com purês (p <0,001 aos 6-8 meses).</p> <p>Ingestão de alimentos e leite Não houve diferenças significativas na ingestão de energia entre os grupos, embora os bebês do grupo método tradicional consumissem mais energia dos alimentos e os bebês BLW consumissem mais energia do leite aos 6-8 meses.</p> <p>A ingestão total de ferro e a ingestão total de zinco foi maior em bebês do grupo tradicional de 6 a 8 meses.</p> <p>Todos os bebês do método tradicional tiveram maior ingestão total de vitamina B12 do que os BLW.</p> <p>A ingestão de vitamina D estimada apenas do leite foi maior entre todos os bebês TW (p =0,034) e da ingestão total (p =0,042) e somente da alimentação (p =0,035) em bebês de 6 a 8 meses de idade.</p> <p>Os bebês em ambos os grupos excederam a DDR em calorias e nos seguintes nutrientes: proteínas, sódio, vitamina A, vitamina B12 e vitamina C. Bebês em todos os grupos consumiram abaixo da DDR para ferro.</p> <p>Poucas diferenças foram observadas nos grupos na exposição a grupos específicos de alimentos e a exposição a peixes oleosos, carnes processadas, alimentos açucarados, alimentos processados foram baixos em todos os grupos.</p> <p>Bebês (6–8 meses) após TW tiveram um número significativamente maior de exposições a peixes oleosos (p =0,037), cereais infantis fortificados (p =0,035), leite ou sobremesas à base de leite (p =0,036) e refeições infantis produzidas comercialmente; (p =0,005). Bebês mais velhos (de 9 a 12 meses) após o BLW foram expostos a mais alimentos contendo proteínas (p=0,042) e sobremesas lácteas (p =0,022).</p>
---	--	--	---	--

<p>Watson, S., Costantini, C., & Clegg, M. E. (2020). The Role of Complementary Feeding Methods on Early Eating Behaviors and Food Neophobia in Toddlers. <i>Child Care in Practice</i>, 26(1), 94-106. doi:10.1080/13575279.2018.1516625</p>	<p>Comparar os comportamentos alimentares e a neofobia alimentar em crianças entre três grupos diferentes de alimentação complementar; alimentação com colher (SF), baby-led Weaning (BLW) e método misto (MM). Investigar mudanças nas práticas alimentares precoces e fatores sociodemográficos em relação aos comportamentos alimentares. Verificar se as práticas dos pais mudam ao longo do tempo em relação ao método de alimentação complementar no início da mesma e ao ano de idade da criança</p>	<p>Estudo descritivo Os pais foram questionados sobre dados sociodemográficos e antropométricos da criança. Também foram questionadas sobre a duração e exclusividade da amamentação, o início da alimentação complementar e o método utilizado, questionando a percentagem de vezes que a criança foi alimentada à colher e a percentagem de <i>finger foods</i> (no início e quando a criança completou 1 ano). Os pais foram classificados como: - Seguindo o BLW no início da alimentação complementar se relataram usar colher 10% do tempo ou menos e também relataram que seus filhos comiam <i>finger foods</i> 90% das vezes. - Seguindo SF no início da alimentação complementar se relataram usar colher 90% do tempo ou mais e também <i>finger foods</i> 10% das vezes ou menos. Todas as outras respostas foram classificadas em um grupo CF de método misto (MM). Os pais também foram questionados sobre a percentagem de vezes que a criança era alimentada à colher ou sozinha quando seus filhos tinham um ano de idade. Tiveram de preencher também um questionário sobre os comportamentos alimentares dos seus filhos, usando o Questionário de Comportamento Alimentar Infantil (CEBQ) e a Escala de Neofobia Alimentar Infantil (CFNS).</p>	<p>Os pais com uma criança com idade entre 12 e 48 meses foram convidados a preencher um questionário sobre métodos de alimentação complementar, variáveis sociodemográficas e comportamentos alimentares em crianças. Os critérios de exclusão incluíram pais menores de 18 anos e crianças com dificuldades de desenvolvimento. n = 162</p>	<p>Método de alimentação complementar: mudanças ao longo do tempo No início da alimentação complementar, 26% das mães seguiam o método BLW, enquanto 25% das mães seguiam o método SF, 49% foram classificadas como usando uma abordagem mista. No entanto, com 1 ano de idade, algumas das mães mudaram seu método CF, 2% das mães mantinham a alimentação com colher, 65% das mães adotavam uma abordagem MM e 33% seguiam o método BLW. Amamentação, características maternas e infantis Em relação à amamentação exclusiva e duração da amamentação, verificou-se que houve diferenças entre os três grupos, com todas as mães BLW a amamentar exclusivamente o filho durante 6 meses. Na duração da amamentação, os bebês BLW foram amamentados exclusivamente por mais tempo em comparação com bebês MM ($p < .001$) e bebês SF ($p < .001$). Não houve diferenças relativamente aos dados sociodemográficos e antropométricos da mãe. Os bebês do grupo SF iniciaram alimentação complementar mais cedo que os restantes grupos. Comportamentos alimentares infantis e neofobia Nenhuma diferença significativa foi encontrada entre os três grupos de alimentação nas pontuações das subescalas do questionário CEBQ e na pontuação final da neofobia alimentar CFNS.</p>
---	---	--	--	--

Discussão:

Os artigos retratam que o BLW é uma forma de introdução alimentar crescente em todo o mundo. Em todos os artigos foi avaliado as características sociodemográficas dos participantes e se haveria influência no método de alimentação complementar escolhido. Na maioria dos estudos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas a nível sociodemográfico (Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson, 2021; Dogan, et al., 2018; Watson, Costantini, & Clegg, 2020; Pearce & Langley-Evans, 2022; Daniels, et al., 2018). Já no estudo realizado por Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal (2020), na Turquia, os resultados indicam que o método BLW+TW foi escolhido pelos pais com maior nível de escolaridade.

Os estudos analisados variam em relação aos parâmetros avaliados e a tabela 2 apresenta um resumo dos resultados encontrados e se houve diferença significativa na comparação entre o BLW e o método de alimentação tradicional nos vários estudos.

Tabela 2 - Resumo dos resultados de cada estudo

Estudo	Crescimento e desenvolvimento infantil	Status nutricional,	Risco de engasgamento	Comportamento alimentar das crianças
(Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson, 2021)	Crianças do grupo BLW apresentavam maior desenvolvimento da motricidade fina.	BLW – 9% maior exposição a frutas e vegetais e 16% mais exposição a “grupos de cereais”. Tradicional - mais “comida de bebês” enquanto o grupo BLW		As crianças do grupo BLW alimentam-se mais devagar e tem maior resposta de saciedade. Não houve diferença estatística no questionário sobre a frequência e aceitação dos alimentos.
(Daniels, et al., 2018)		Sem diferença estatística na ingestão de ferro entre os 2 grupos. Há relevância estatística na ingestão de vitamina C aos 7 meses: BLW – menor ingestão que o grupo de controlo. Sem diferença estatística nos valores analíticos das crianças aos 12 meses.		
(Dogan, et al., 2018)	Os bebês do grupo do método tradicional eram mais pesados do que os do grupo BLW. BLW - 98% com peso normal e 2% abaixo do peso. Método tradicional - 83% com peso normal e 17% acima do peso.	Sem diferenças significativa no estudo analítico entre os grupos BLW e grupo método tradicional. Sem diferença significativa na ingestão de ferro aos 12 meses de idade.	Sem diferença significativa	
(Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal, 2020)	Sem risco de atraso de crescimento nas crianças do grupo BLW. Houve diferença significativa entre os grupos em relação ao IMC das crianças:	A deficiência de ferro foi menor no grupo de crianças alimentadas pelo método tradicional .	Sem diferença significativa	BLW - 97,1% dos bebês alimentados por BLW tem maior prazer em comer

	14,7% das crianças do grupo do método tradicional estavam acima do peso.			
(Komninou, Halford, & Harrold, 2019)		Houve diferenças entre os grupos quanto aos primeiros alimentos oferecidos. BLW – Ofereciam menos cereais e mais vegetais ou uma refeição mista. Método tradicional - PLW restrito e predominantes ofereciam mais cereais e PLW restrito oferecia menos vegetais ou uma refeição mista.		Houve diferença significativa entre o comportamento alimentar das crianças entre os quatro grupos de alimentação complementar. BLW – menor “seletividade alimentar” e maior prazer às refeições.
(Pearce & Langley-Evans, 2022)		Sem diferença significativa a nível de ingestão calórica entre os dois grupos. A ingestão de ferro, zinco, vitamina B12, vitamina D foi maior no grupo método tradicional aos 6-8 meses, mas sem diferença significativa aos 9-12 meses.	Sem diferença significativa	Sem diferença significativa
(Watson, Costantini, & Clegg, 2020)				Sem diferença significativa

Crescimento e desenvolvimento

Na análise dos estudos, foi possível perceber que não havia atrasos no crescimento das crianças do grupo BLW e as alimentadas tradicionalmente (Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal, 2020; Dogan, et al., 2018).

No estudo realizado por *Dogan et al.* (2018) no grupo BLW, 98% das crianças tinham peso normal e 2% estavam abaixo do peso de acordo com os padrões de crescimento infantil da OMS. As crianças que seguiam o método de alimentação complementar tradicional tendem a ser mais pesados, sendo que 17% estavam acima do peso. Também no estudo realizado na Turquia, houve diferença significativa entre os grupos em relação ao IMC das crianças, sendo que 14,7% das crianças cujas mães preferiram o método tradicional estavam acima do peso (Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal, 2020). Efetivamente, um estudo realizado por *Brown e Lee* (2015), não encontrou diferenças significativas no crescimento das crianças do grupo BLW e do grupo tradicional (alimentadas à colher) e também demonstrou que as crianças do grupo BLW tinham maior resposta à saciedade e eram menos propensos a ter peso a mais,

Quanto ao desenvolvimento apenas houve um estudo a avaliar esta componente que concluiu que as crianças do grupo BLW apresentavam mais habilidades de motricidade fina (Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson, 2021), não sendo suficiente para afirmar que o BLW tem influência positiva no desenvolvimento de habilidades motoras. Um estudo realizado em Itália, em 2021, com uma amostra de 1245 mães com crianças entre os 6-12 meses, demonstrou que os bebés que iniciaram a diversificação alimentar sentavam-se sem

apoio mais precocemente, mas também concluem que é necessário estudos longitudinais para estudar esta relação entre o BLW e o desenvolvimento da criança (Addessi, et al., 2021).

***Status* nutricional e ingestão alimentar**

Daniels, et al. (2018) analisou o *status* nutricional e a ingestão de ferro em crianças que seguiam o método BLW e o método tradicional. É importante referir que neste estudo, o BLW teve uma abordagem diferente, designada por BLISS, em que os pais tinham suporte educacional sobre alimentos nutricionalmente ricos, principalmente em ferro. Posto isto, os resultados sugeriram que a ingestão média diária de ferro não tinha diferença estatisticamente significativa nos dois grupos. Não houve diferenças significativas no leite materno estimado ou na ingestão de leite adaptado entre os grupos e, portanto, sem diferenças entre os grupos na contribuição do leite para a ingestão de ferro (Daniels, et al., 2018). Houve diferenças estatísticas na ingestão de vitamina C aos 7 meses, havendo uma ingestão significativamente menor de vitamina C no grupo BLISS em comparação com o grupo de controlo (Daniels, et al., 2018). No estudo também se concluiu que a prevalência de ingestão inadequada de ferro foi alta nos dois grupos aos 7 meses de idade, mas consideravelmente menor aos 12 meses (Daniels, et al., 2018), no entanto, a nível analítico a maioria dos lactentes nos 2 grupos apresentava ferro suficiente. (Daniels, et al., 2018). Não houve diferença nos restantes níveis analíticos nos dois grupos (Daniels, et al., 2018). Contrariamente, o estudo realizado na Turquia, mostra uma deficiência de ferro menor no grupo de crianças alimentadas pelo método tradicional (Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal, 2020). Este facto pode dever-se à falta de suporte educativo aos pais sobre alimentos ricos em ferro. Na revisão de literatura realizada por *Cameron, Heath, e Taylor* (2012), os autores sugerem que os pais devem ser orientados sobre alimentos ricos em ferro se fizerem uma abordagem BLW na introdução alimentar e *D'Auria et al.* (2018) também refere que, para evitar riscos de deficiência nutricional, os pais devem ter suporte educacional.

Também *Pearce e Langley-Evans* (2022), avaliaram a ingestão de ferro, concluindo que a sua ingestão total foi maior em bebés do grupo tradicional de 6 a 8 meses, tal como aconteceu com a vitamina B12, Zinco, vitamina D, Iodo. No entanto, entre os 9-12 meses estas diferenças não são estatisticamente significativas. (Pearce & Langley-Evans, 2022). Também no estudo realizado por *Dogan et al.* (2018), a ingestão de ferro aos 12 meses de idade foi semelhante no grupo BLW e no grupo controlo (Dogan, et al., 2018).

Quanto à ingestão calórica *Pearce e Langley-Evans* (2022) concluíram que não havia diferenças significativas na ingestão energética entre os grupos, embora os bebés do grupo método tradicional consumissem mais calorias dos alimentos e os bebés BLW consumissem mais calorias do leite aos 6-8 meses, o que vai ao encontro do estudo realizado em Itália em 2018, em que *D'Auria* concluir que a opção BLW leva a um maior aporte de leite e menor oferta de outros alimentos (D'Auria, et al., 2018). A nível analítico, não foram observadas diferenças nos bebés do grupo BLW e Método tradicional nos estudos de *Dogan, et al.* (2018) e do *Daniels et al.* (2018).

Além do status nutricional é importante também referir o tipo de alimentos a que as crianças estão expostas consoante o tipo de alimentação complementar.

Nos estudos analisados, foi possível concluir que as crianças alimentadas pelo método BLW eram mais expostas a vegetais (Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal, 2020; Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson, 2021), fruta e cereais (Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson, 2021). Também no estudo realizado na Turquia por Dogan, et al. (2018), demonstrou que os pais que seguiram o BLW restrito foram significativamente menos propensos a oferecer cereais ao bebé e mais propensos a oferecer vegetais ou uma refeição mista como primeiro alimento do que os pais nos restantes grupos de alimentação (Komninou, Halford, & Harrold, 2019). A DGS (2019) propõe iniciar a alimentação com hortofrutícolas ou cereais, isto é, o creme de legumes ou a papa de fruta, o que vai de encontro aos primeiros alimentos oferecidos pelos pais nos estudos acima citados. No entanto o BLW propõe oferecer legumes em *finger foods* a partir dos 6 meses, enquanto a DGS apenas propões essa textura entre os 7-8 meses para explorar a janela motora dos bebés (DGS, 2019).

No estudo realizado por Pearce e Langley-Evans (2022), no Reino Unido, poucas diferenças foram observadas entre os grupos nas exposições a grupos específicos de alimentos e a exposição a peixes oleosos, carnes processadas, alimentos açucarados e produtos processados foram baixos em todos os grupos. No entanto, bebés dos 6–8 meses do método tradicional foram mais expostos a peixes oleosos, cereais infantis fortificados, leite ou sobremesas lácteas e refeições infantis produzidas comercialmente e os bebés mais velhos (9 a 12 meses) do grupo BLW foram expostos a mais alimentos contendo proteínas e sobremesas lácteas (Pearce & Langley-Evans, 2022).

No que diz respeito à partilha de refeições com a família, os estudos referem que o grupo BLW consumiu maior percentagem de alimentos também consumidos pela mãe aos 6–8 meses (Pearce & Langley-Evans, 2022) e que os pais que seguem um estilo restrito de BLW compartilham suas refeições e fazem as mesmas refeições com seus filhos significativamente mais vezes do que todos os outros grupos (Komninou, Halford, & Harrold, 2019), tal como preconiza o BLW (Cameron, Heath, & Taylor, 2012). Também o estudo realizado em Itália e outro no Reino Unido referem que as crianças que seguem o método BLW tem maior participação e partilha de refeições em família (Addessi, et al., 2021; Brown & Lee, 2011)

Risco de engasgamento/aspiração

Uma das preocupações do BLW é o aumento do risco de engasgamento, o que foi uma das preocupações emergentes nas mães que aplicaram o método BLW no estudo realizado por Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal (2020). Nos estudos que avaliaram situações de engasgamento ou aspiração, não houve diferenças significativas relativamente ao método de alimentação e o risco de engasgamento (Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal, 2020; Pearce & Langley-Evans, 2022; Dogan, et al., 2018). Estes dados também vão ao encontro de um estudo realizado em 2017 por Brown (2018) que explorou a frequência de ocorrência de engasgamento entre bebés que eram alimentados por BLW ou

de forma tradicional, concluindo que o BLW não aumentava o risco de asfixia e nem aumentava a frequência deste tipo de situações (Brown, 2018). É importante compreender que nem todos os alimentos são adequados para o BLW e os pais devem ser aconselhados a oferecer alimentos moles e fáceis de esmagar e estejam sempre presentes enquanto a criança se alimenta (Cameron, Heath, & Taylor, 2012).

Comportamento alimentar da criança

O CEBQ foi utilizado em 3 estudos analisados. Este questionário avalia o comportamento alimentar das crianças, isto é, as atitudes e fatores psicossociais implícitos durante a ingestão alimentar. Watson et al., (2020) não encontrou diferença significativa nos três grupos de alimentação nas pontuações das subescalas do questionário CEBQ, não havendo diferença entre as crianças do BLW e as do método tradicional nem em comportamento alimentar nem na neofobia alimentar (Watson, Costantini, & Clegg, 2020). No entanto, Campeau, Philippe, Martini, & Fontaine-Bisson (2021), concluíram que as crianças do grupo BLW alimentam-se mais devagar e tem maior resposta de saciedade, o que vai ao encontro do estudo efetuado por *Brown e Lee* (2015), no Reino Unido, no que diz respeito à maior resposta à saciedade em crianças que se autoalimentam. Também o estudo realizado por *Dogan, et al.* (2018) revelou um nível significativamente mais baixo de seletividade e maior prazer alimentar para as crianças que se autoalimentam em comparação com crianças alimentadas à colher pelo seu cuidador (Komninou, Halford, & Harrold, 2019), que vai ao encontro dos resultados de um estudo realizado no Reino Unido, que analisou 298 mães com crianças entre os 18-24 meses através de um questionário longitudinal e concluiu que as crianças do grupo BLW apresentavam scores mais baixos de “seletividade”. Ainda neste âmbito do comportamento alimentar das crianças, no estudo realizado na Turquia, 97,1% dos bebés alimentados por BLW apresentavam maiores scores de “prazer a comer” (Kahraman, Gümüş, Binay, & Başbakkal, 2020).

Conclusão:

Perante a análise destes artigos é possível compreender que o BLW não afeta o crescimento e desenvolvimento infantil face ao método de diversificação alimentar tradicional. Além disso, também não aumentou o risco de engasgamento, que era uma das desvantagens associadas ao BLW.

Relativamente ao *status* nutricional e aos parâmetros hematológicos das crianças, nos estudos analisados, o BLW não demonstrou aumentar o risco de deficiência de ferro, no entanto, também é importante referir a importância de oferecer apoio educativo sobre alimentos ricos em ferro e bases de uma alimentação saudável aos pais.

O comportamento alimentar das crianças também foi alvo de análise e, apesar de um estudo não demonstrar relação entre o método de alimentação e o comportamento alimentar, outros dois artigos obtiveram resultados positivos associando o BLW a uma maior resposta à saciedade, maior prazer ao alimentar-se e menor seletividade. Apesar de alguma literatura afirmar que o BLW pode promover comportamentos alimentares saudáveis, é também necessária maior investigação e estudos longitudinais para perceber essa relação.

Apesar de não ser uma das dimensões que se pretendia avaliar com esta revisão da literatura, o BLW está positivamente relacionado com a amamentação. A OMS preconiza o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses e, efetivamente, os estudos analisados demonstram que o BLW está relacionado com uma introdução alimentar mais tardia e também com maior duração da amamentação.

Esta revisão de literatura enfatiza a importância dos comportamentos dos pais relativamente à alimentação dos filhos, no entanto é necessária maior investigação nesta área.

O BLW não é a opção para todas as crianças e famílias, no entanto tem ganho popularidade e é importante e necessário que seja investigado para poder ser aconselhado aos pais. Os próprios profissionais de saúde que lidam com crianças em fase de diversificação alimentar precisam de atualizar os seus conhecimentos para poder informar os pais que pretendem utilizar o BLW como método de introdução alimentar. Esta formação é importante para prevenir o risco de engasgamento e possíveis deficiências nutricionais na criança.

Referências Bibliográficas

- Addessi, E., Galloway, A. T., Wingrove, T., Brochu, H., Pierantozzi, A., Bellagamba, F., & Farrow, C. V. (2021). Baby-led weaning in Italy and potential implications for infant development. *Appetite*, *164*, 1-9. doi:<https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105286>
- Brown, A. (2018). No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*, *31*(4), 496–504. doi:<https://doi.org/10.1111/jhn.12528>
- Brown, A., & Lee, M. D. (2011). A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Maternal & child nutrition*, *7*(1), 34–47. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2010.00243.x>
- Brown, A., & Lee, M. D. (2015). Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatric obesity*, *10*(1), 57-66. doi:<https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x>
- Cameron, S., Heath, A.-L. M., & Taylor, R. W. (2012). How feasible is Baby-led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients*, *4*(11), 1575-1609. doi:<https://doi.org/10.3390/nu4111575>
- Campeau, M., Philippe, S., Martini, R., & Fontaine-Bisson, B. (2021). The Baby-Led-Weaning method: a focus on mealtime, behaviour, food acceptance and fine motor skills. *Nutrition Bulletin*, *46*(4), 476-485. doi:<https://doi.org/10.1111/nbu.12532>

- Daniels, L., Taylor, R. W., Williams, S. M., Gibson, R. S., Fleming, E. A., Wheeler, B. J., . . . Heath, A.-L. M. (2018). Impact of a modified version of baby-led weaning on iron intake and status: a randomised controlled trial. *BMJ open*, *8*(6), 1-10. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019036>
- D'Auria, E., Bergamini, M., Staiano, A., Banderali, G., Pendezza, E., Penagini, F., . . . Peroni, D. G. (2018). Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on. *Italian journal of pediatrics*, *44*(1), 1-11. doi:<https://doi.org/10.1186/s13052-018-0487-8>
- DGS. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
- Dogan, E., Yilmaz, G., Caylan, N., Turgut, M., Gokcay, G., & Oguz, M. M. (2018). Baby-led complementary feeding: Randomized Controlled study. *Pediatrics international: official journal of the Japan Pediatric Society*, *60*(12), 1073-1080. doi:<https://doi.org/10.1111/ped.13671>
- Kahraman, A., Gümüş, M., Binay, Ş. Y., & Başbakkal, Z. (2020). Baby-led weaning versus traditional weaning: the assessment of nutritional status in early childhood and maternal feeding practices in Turkey. *Early Child Development and Care*, *190*(5), 615-624. doi:<https://doi.org/10.1080/03004430.2020.1726902>
- Komninou, S., Halford, J. C., & Harrold, J. A. (2019). Differences in parental feeding styles and practices and toddler eating behaviours across complementary feeding methods: Managing expectations through consideration of effect size. *Appetite*, *137*, 198-206. doi:<https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.001>
- Pearce, J., & Langley-Evans, S. C. (2022). Comparison of food and nutrient intake in infants aged 6-12 months, following baby-led or traditional weaning: A cross-sectional study. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*, *35*(2), 310-324. doi:<https://doi.org/10.1111/jhn.12947>
- Santos, C. N., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista latino-americana de enfermagem*, 508–511. doi:<https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023>
- Watson, S., Costantini, C., & Clegg, M. E. (2020). The Role of Complementary Feeding Methods on Early Eating Behaviors and Food Neophobia in Toddlers. *Child Care in Practice*, *26*(1), 94-106. doi:[10.1080/13575279.2018.1516625](https://doi.org/10.1080/13575279.2018.1516625)
- World Health Organization. (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: World Health Organization. Obtido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>

Apêndice III - Planejamento da Ação de Educação para a Saúde “Sinais de alarme no desenvolvimento infantil”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Curso de Mestrado Em Enfermagem

Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Planeamento da Ação de Educação para a Saúde
“Sinais de alarme no desenvolvimento Infantil”

Porto, dezembro 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Curso de Mestrado Em Enfermagem

Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Planeamento da Ação de Educação para a Saúde
“Sinais de alarme no desenvolvimento Infantil”

Daniela Duarte Carvalho Gomes

Sob Orientação de:

Professora Doutora Constança Festas

Escola de Enfermagem (Porto), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Porto, dezembro 2022

Introdução

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do 3º semestre do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa, como forma de dar resposta aos objetivos propostos para o presente estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) a ser realizado entre 26 de outubro e 17 de dezembro de 2022, na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Na Unidade de Saúde Familiar (USF) onde realizei o meu estágio há um plano de formação anual, que é feito de acordo com um levantamento de necessidades formativas no início no ano. Este plano é depois cumprido ao longo do ano com a colaboração dos enfermeiros, médicos e, por vezes, convidados externos à USF de acordo com os temas a abordar. Um dos temas do plano de formação era os sinais de alarme do desenvolvimento infantil e, como é da minha área de especialização foi-me proposto realizar esta ação de educação para a saúde (AES).

A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil é realizada em idades-chave e torna-se fundamental conhecer os sinais de alarme do desenvolvimento infantil para poder adequar as intervenções necessárias (DGS, 2013). É também importante orientar os pais/cuidadores a realizarem atividades com a criança que sejam promotoras do desenvolvimento e, para isso, a equipa de saúde que acompanha a criança deve saber abordar este tema na consulta infantil.

Este documento tem como finalidade o planeamento da AES, apresentando a análise da situação, os objetivos, a seleção dos conteúdos a abordar, as estratégias utilizadas, a organização e programação da sessão e a sua avaliação.

Planeamento

Análise da situação

O desenvolvimento infantil é um processo multidimensional que engloba o desenvolvimento físico, motor, cognitivo e psicossocial nos primeiros anos de vida (Papalia, 2001). É um processo dinâmico, contínuo e a ordem de aparecimento das diferentes funções é constante, no entanto, as crianças não são todas iguais e a idade de aparecimento de novas aquisições varia (Direção-Geral da Saúde, 2013).

A Direção Geral da Saúde (DGS) (2013) dá ênfase na importância de identificar precocemente situações em que há atraso ou perturbações psicomotoras, nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, tendo em consideração o desenvolvimento normal da criança.

Um dos objetivos dos exames de saúde, segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (2013), é “detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente (...)” (DGS, 2013, p. 9) e para isso torna-se fundamental dotar a equipa de saúde de conhecimentos sobre os sinais de alarme no desenvolvimento infantil e como se pode encaminhar estas situações, seja para consultas do desenvolvimento ou para as Equipas Locais de Intervenção (ELI) do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), para as crianças entre os 0 e os 6 anos de idade.

Os pais/cuidadores da criança devem também ser promotores do desenvolvimento da criança e serem dotados de conhecimentos sobre como estimular o desenvolvimento infantil através de atividades adequadas. Torna-se fundamental que os profissionais de saúde saibam abordar este tema na consulta de vigilância de saúde infantil de forma a ajudar os pais e cuidadores a potenciar o desenvolvimento da criança.

Formulação dos objetivos

Os objetivos gerais propostos para a AES são:

- Abordar a importância da avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de vigilância de saúde infantil.
- Promover o reconhecimento de sinais de alarme nas diversas idades segundo a escala de *Mary-Sheridan*.
- Aprofundar conhecimentos sobre atividades lúdicas e promotoras do desenvolvimento infantil nas diversas idades.
- Aprofundar conhecimentos sobre o Sistema Nacional de Intervenção precoce na Infância.
- Aprofundar conhecimentos sobre a escala M-CHAT e promover a sua aplicação em consulta de saúde infantil.

Os objetivos específicos propostos para a AES são que a equipa de saúde:

- Reconheça a importância da avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas.
- Utilize a escala de *Mary-Sheridan* modificada para avaliar o desenvolvimento infantil nas consultas.
- Reconheça os sinais de alarme do desenvolvimento infantil nas diversas idades segundo a escala de *Mary-Sheridan* Modificada.
- Aplique a escala M-CHAT na consulta dos 18 meses.
- Conheça os critérios de referência para a Equipa Local de Intervenção e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.
- Conheça atividades lúdicas e promotoras do desenvolvimento infantil nas diversas idades para informar os pais/cuidadores da criança.

Seleção de conteúdos

Os conteúdos que serão abordados na sessão serão os seguintes: o desenvolvimento infantil; Objetivos e recomendações do PNSIJ; o SNIPI e como referenciar a criança com alteração da funcionalidade; Avaliação do desenvolvimento infantil através da escala de *Mary-Sheridan* Modificada; Sinais de alarme nas diversas idades; Atividades promotoras do desenvolvimento nas diversas idades; Aplicação do M-Chat na consulta dos 18 meses;

Desenvolvimento Infantil

O desenvolvimento infantil é um processo multidimensional que engloba o desenvolvimento físico, motor, cognitivo e psicossocial nos primeiros anos de vida (Papalia, 2001). Envolve a motricidade global, a motricidade fina, comportamento e adaptação social, os sentidos, a linguagem, o raciocínio prático e a cognição não verbal (Pinto, 2009).

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social e avaliação do desenvolvimento e “a detecção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários” (DGS, 2013, p. 57)

Na avaliação do desenvolvimento da criança é importante reconhecer que nem todas as crianças chegam à mesma idade no mesmo estadió de desenvolvimento (Pinto, 2009). Na consulta de saúde infantil os profissionais devem ter conhecimento das diferentes etapas de desenvolvimento e sinais de alarme de forma a antecipar e o aconselhar os pais a promover a aquisição de competências. Além disso é importante saber detetar os desvios patológicos, que devem ser referenciados para iniciar intervenção precoce e aproveitar a plasticidade cerebral da criança, e os desvios fisiológicos, que poderão ser corrigidos através da estimulação adequada (DGS, 2013).

A avaliação do desenvolvimento deve ser realizada através da observação do comportamento da criança, desde o momento em que ela entra no consultório e também através da entrevista dirigida aos pais/cuidadores (DGS, 2013).

Objetivos dos exames de saúde e recomendações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

O PNSIJ preconiza consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil em idades-chave, com o intuito de obter ganhos em saúde e para isso alguns desses objetivos são (DGS, 2013, p. 9):

- “Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente (...)”
- “Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças”.

Para avaliar o desenvolvimento infantil, o PNSIJ também apresenta recomendações aos profissionais de saúde e que são as seguintes (DGS, 2013, p. 60-61):

- “Adquirir conhecimentos sólidos acerca dos parâmetros do desenvolvimento normal. Considerar que os limites do normal são extraordinariamente amplos.”
- “Ter presentes as situações etiopatogénicas mais comuns (...)”
- “Identificar, para cada criança, os seus fatores de risco.”
- “Saber se a criança já está a ser seguida em alguma consulta de especialidade, ou se já o foi.”
- “Proporcionar aos pais/cuidadores a oportunidade de expressar as suas suspeitas” e valorizá-las.
- “Durante a anamnese, fazer um interrogatório dirigido, procurando investigar se existem perturbações relativamente a algum dos parâmetros de desenvolvimento.”
- “Observar o comportamento da criança desde que entra até que sai da consulta (...)”
- “Se subsistirem dúvidas acerca de algum parâmetro, utilizar meios mais sofisticados, como outros testes de desenvolvimento, mas apenas se se estiver familiarizado com eles e se se dispuser de condições e de tempo adequado para o fazer.”
- “Em caso de dúvida, confrontar os elementos da avaliação com os de outros profissionais de saúde envolvidos. Dialogar com os pais/cuidadores e inseri-los em todo este processo.”

- “Se surgirem dúvidas, programar outra observação da criança a curto prazo e motivar e orientar os pais para uma observação em casa. “
- “Se se considerar que a criança tem um problema, referenciá-la, ou para um atendimento de referência para avaliação do desenvolvimento nos serviços de CSP, ou para uma consulta nos serviços de cuidados diferenciados na matéria (...)”.
- “(...) a abordagem da criança com deficiência, principalmente a abordagem terapêutica, deverá ser sempre feita por uma equipa multidisciplinar. Importa, igualmente, a nível local/regional, coordenar as várias informações terapêuticas necessárias, de acordo com pareceres ou recomendações de consultas mais especializadas, responsabilizando, a nível regional, os vários organismos vocacionados para o atendimento da criança com deficiência.”
- “No caso das crianças, entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, deve fazer-se a sinalização para as Equipas Locais de Intervenção do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância de acordo com os critérios.”

A criança com alteração da funcionalidade

As perturbações do desenvolvimento psicomotor são diagnosticadas habitualmente ao nascimento, no decorrer das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, por pesquisa desencadeada por fatores de risco ou quando há uma suspeita por parte dos pais, cuidadores ou professores (DGS, 2013)

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

“As crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e as suas famílias deverão beneficiar de programas de intervenção precoce, através do SNIPI, criado pelo Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro.” (DGS, 2013, p. 33).

O SNIPI é dirigido a crianças entre os 0 e os 6 anos e às suas famílias e tem como objetivo garantir a intervenção precoce na infância, isto é, “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social” (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro, p. 7298).

A intervenção precoce na infância pretende melhorar as oportunidades de aprendizagem da criança, promover os recursos das famílias e das comunidades e promover as competências dos cuidadores (DGE, 2022).

Estão elegíveis as crianças e famílias que apresentem critérios dos seguintes grupos (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro, p. 7299):

1. “Risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo - qualquer risco de alteração, ou alteração, que limite o normal desenvolvimento da criança e a sua participação, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, consoante a idade e o contexto social.”.
2. “Risco grave de atraso de desenvolvimento» a verificação de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança”.

Todas as crianças com um critério do primeiro grupo ou do segundo grupo que tenham quatro ou mais critérios biológicos e/ou ambientais estão elegíveis para o SNIPI.

A avaliação do desenvolvimento infantil (Escala de Mary-Sheridan Modificada)

É importante que haja uma uniformização nos critérios de avaliação do desenvolvimento psicomotor nos cuidados de saúde primários de forma a evitar referências desnecessárias, rentabilizando recursos. A escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan*, é utilizada há várias décadas e permite reconhecer os parâmetros normais e os sinais de alarme (DGS, 2013).

Segundo Pinto (2009) e a DGS (2013), os sinais de alarme nas diversas idades são os seguintes:

- Recém-Nascido
 - Hipertonia ou hipotonia;
 - Irritabilidade;
 - Espasticidade global ou localizada;
 - Reflexos osteotendinosos aumentados ou diminuídos;
 - Fracos reflexos primitivos;
 - Dificuldade na regulação do sono.
- 1º mês
 - Ausência de tentativa de controlo cefálico.

- Hipertonia ou Hipotonia.
 - Não segue a face humana ou apresenta movimentos erráticos dos olhos
 - Não vira os olhos para o som, parecendo não reagir ao mesmo.
 - Dificuldade em se manter alerta, transições abruptas entre o estádios.
- 3 meses
 - Não fixa nem segue objetos (nem a face humana).
 - Não vira os olhos para o som (sobretudo com a voz humana).
 - Não sorri.
 - Não tem controlo cefálico.
 - Mãos sempre fechadas.
 - Membros rígidos em repouso, espático.
 - Sobressalto ao menor ruído.
 - Chora e grita ao toque.
 - Pobreza de movimentos.
- 6 meses
 - Ausência de controlo cefálico.
 - Membros inferiores rígidos, com passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar (espasticidade).
 - Não olha nem pega em objetos.
 - Assimetrias.
 - Não reage aos sons por surdez ou desinteresse.
 - Não vocaliza, silencioso ou monocórdico.
 - Desinteresse do ambiente, não estabelece contacto, apático.
 - Irritabilidade.
 - Estrabismo manifesto e constante.
 - Persistência de reflexos primitivos.
- 9 meses
 - Não se senta.
 - Permanece imóvel e não tenta mudar de posição.
 - Assimetrias posturais ou de movimentos.
 - Estrabismo, mesmo que inconstante.
 - Sem preensão palmar e não explora objetos oralmente.
 - Não reage aos sons.
 - Vocaliza monotonamente ou deixa de vocalizar.
 - Apático e sem reação aos familiares.
 - Engasgamento com facilidade.
- 12 meses

- Não suporta o peso nas pernas ou não se senta.
 - Permanece imóvel e não tenta mudar de posição.
 - Assimetrias.
 - Estrabismo.
 - Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão.
 - Não faz pinça fina.
 - Não responde à voz, não emite polissílabos, fica silencioso.
 - Não brinca, não estabelece contacto, não reage ao nome, não segue o apontar dos pais.
 - Não mastiga.
- 18 meses
 - Não se põe de pé, anda em pontas ou não anda.
 - Assimetrias.
 - Não faz pinça fina.
 - Atira objetos ou leva-os constantemente à boca.
 - Ausência de resposta à voz, não vocaliza espontaneamente e não tem palavras perceptíveis.
 - Falta de interesse pelo que o rodeia, não estabelece contacto e não tem intencionalidade comunicativa.
 - Não cumpre ordens.
 - Estrabismo
- 2 anos
 - Não anda ou anda em pontas.
 - Deita objetos fora e não constrói nada.
 - Não parece compreender o que lhe dizem.
 - Não tem palavras inteligíveis.
 - Não imita, falta de interesse pelo meio e não interage.
 - Não aponta, não pede e não mostra.
 - Birras desajustadas (frequentes ou intensas) sem motivos
- 3 anos
 - Anda sistematicamente em pontas.
 - *Flapping* dos braços quando excitado.
 - Não junta 2 palavras e parece não compreender o que lhe é dito.
 - Não usa os objetos de forma funcional.
 - Não constrói nem tenta fazer algo criativo.
 - Não interage com os outros, não mostra, não pede.
 - Não usa o gesto como suporte de comunicação.
- 4 – 6 anos
 - Hiperativo e agitado. Distraído e com dificuldades de concentração.
 - Comportamento difícil, desafiante e opositivo.

- Problemas de interação social, comportamentos repetitivos e estereotipados e dificuldades na comunicação e empatia.
- Linguagem incompreensível aos 4 anos.
- Substituições fonéticas ou erros de articulação aos 5-6 anos.
- Dificuldade na aprendizagem de letras ou que aos 7 não aprende a ler.
- Suspeita de défices auditivos e visuais ligeiros

Aplicação da escala M-CHAT

A escala M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*) foi criada em 1999 por Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton e consiste num questionário referente ao desenvolvimento e comportamento infantil para ser aplicado entre os 16 e os 30 meses (DGS, 2013).

O objetivo deste instrumento é rastrear as perturbações do espectro do autismo e pode ser utilizado nas consultas de vigilância nos cuidados de saúde primários. Como é um teste de rastreio pode existir falsos positivos, mas devem ser encaminhados para consultas de especialidade na área (DGS, 2013).

Atividades promotoras do desenvolvimento infantil

Na consulta de vigilância de saúde infantil torna-se relevante orientar os pais e cuidadores da criança sobre atividades promotoras do desenvolvimento infantil, de forma a potenciar as capacidades e aquisições da criança. A estimulação adequada é importante para o crescimento psicossocial (Wilson, 2014).

No quadro I e II constam algumas atividades lúdicas apropriadas ao desenvolvimento da criança em termos de aquisições motoras, linguísticas e sociais segundo a DGS (2013) e Wilson (2014).

Quadro I – Atividades promotoras do desenvolvimento infantil até aos 12 meses

IDADE	Estimulação visual	Estimulação auditiva	Estimulação tátil	Estimulação cinética
0-1 mês	<ul style="list-style-type: none"> - Olhar de perto, comunicando olhando-o nos olhos; - Pendurar objetos claros e brilhantes a 20-25 cm do rosto; - Móviles ou imagens a preto e branco; - Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e baixo, para a esquerda e direita, estando o(a) bebé alerta; - Sorrir ao bebé e mostrar as expressões faciais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falar e cantar suavemente; - Chamar pelo nome; - Canções de embalar, música instrumental; - Sons suaves com caixa de música, roca; 	<ul style="list-style-type: none"> - Segurar, acariciar, embalar; - Colocar o(a) bebé sobre os joelhos, deixar que ela(e) agarre o indicador com as mãos; - Fazer uma massagem corporal, observando o bebé; 	<ul style="list-style-type: none"> - Embalar o bebé; - Passear em carrinho ou <i>babywearing</i>.
2-3 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer objetos brilhantes; - Quarto claro com imagens e espelhos; - Levar o bebé a vários espaços enquanto se realiza as tarefas em casa; - Mimica facial, interagir através da fala olhando para o bebé; - Oferecer objetos para segurar, colocar objetos pendentes para que possa segui-los; 	<ul style="list-style-type: none"> - Falar com o bebé, dizer o que estamos a fazer; - Expor o bebé a ruídos diferentes (sem ser apenas em casa); - Usar chocalhos; - Ouvir música, cantar e dançar com o bebé ao colo; - Interagir através da fala, imitar o som dos objetos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Acariciar e massajar o bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar o bebé, evitando estar muito tempo deitado; - Procurar levantá-lo pelas mãos devagar.
4-6 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar o bebé em frente ao espelho e deixá-lo observar; - Oferecer brinquedos coloridos e brilhantes com o tamanho adequado para ele agarrar; - Mostrar objetos na linha média para o bebé tentar agarrar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Falar com o bebé, repetir os sons que ele faz; - Rir quando o bebé ri; - Chamá-lo pelo nome; - Oferecer-lhe chocalhos ou sinos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer brinquedos macios mas com diversas texturas; - Permitir-lhe chapinhar no banho; - Colocá-lo num tapete para que possa movimentar as extremidades; 	<ul style="list-style-type: none"> - Baloçar; - Apoiar o lactente na posição sentado; - Colocá-lo num tapete em movimento livre.
6-9 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer brinquedos de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-lo a passar o objeto de uma mão para a outra; - Jogo do “cu-cu”; - Fazer caretas para o bebé imitar; - Oferecer bola de lã ou corda para o bebé desfazer; 	<ul style="list-style-type: none"> - Chamar o bebé pelo nome; - Repetir palavras simples como “mamã, papá,...”; - Falar sobre o que está a fazer, com clareza; - Dar ordens simples; - Conversar com o bebé; 	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer-lhe brinquedos e tecidos de várias texturas e temperaturas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Segurá-lo direito para que possa suportar o peso e equilibrar-se; - Apanhar e dizer dá; - Largar e dizer larga; - Colocar brinquedos fora do alcance; - Jogo do bate-palmas.

9-12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Brincar ao esconde; - Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...); 	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar como bater palmas; - Ler rimas simples; - Apontar para partes do corpo e nomear; - Imitar sons de animais; - Chamar aos objetos pelos nomes; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a colocar os objetos fora e dentro da caixa; - Oferecer papel para amassar e rasgar; - Dar a experimentar diferentes texturas; - Oferecer dois objetos e depois um terceiro para que ele “resolva”; 	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer objetos e brinquedos diferentes e afastados para que possa alcançar.
-------------------	--	--	--	---

Quadro II - Atividades promotoras do desenvolvimento infantil dos 12 meses até aos 6 anos

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
12 – 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer vários objetos para as mãos e incluir cubos para empilhar. • Estimular a criança a realizar tarefas/ordens simples e após a sua conclusão dar estímulo positivo. • Reagir calmamente e com firmeza às birras. • Promover a aquisição de capacidades motoras – através do movimento livre e permitindo a criança caminhar e explorar. • Deixar a criança ter iniciativa e tomar algumas decisões, com supervisão e segurança. • Incentivar que a criança fale e peça o que quer, verbalizando o pedido. • Manter os rituais noturnos de sono. • Incluir a criança nas refeições em família.
18 meses – 2 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a criança a guardar os brinquedos num local apropriado, para que aprenda sentido de organização. • Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo (seu ou do boneco) • Ensinar a criança a «rabiscar», para estimular a destreza manual e a área sensorial. • Demonstrar os perigos para a criança. • Elogiar a criança quando conseguir fazer alguma tarefa sozinha (reforço positivo). • Incentivar convívio. • Realizar atividades que incentivem a dança e o canto, com músicas apelativas à criança. • Ter regras e limites para ajudar a criança a organizar-se.
2 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar brincadeiras como: pular num só pé, correr, saltar uma corda (estimular a coordenação motora). • Estimular a arrumação, imitação. • Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar. • Ajudar a criança a pronunciar palavras, mas pelo estímulo positivo. • Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais. • Contar histórias e dar puzzles. • Facilitar oportunidade de jogo simbólico. • Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias. • Dar oportunidade para a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo os limites. • Controlo esfinteriano se a criança tiver desenvolvido competência da fala.
3 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc. • Falar com a criança e incentivar que conte histórias ou momentos do dia. Incentivar a criança a fantasiar. • Atribuir responsabilidades e tarefas à criança. • Manter os rituais de sono, não desvalorizar medos, associados ao pensamento mágico. • Fase dos «porquês» - responder à criança de forma paciente. • Não ridicularizar comportamentos ou medos. • Ajudar a criança a partilhar os brinquedos.

4 – 6 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover as construções com legos e com puzzles. • Incentivar o desenho da figura humana. • Utilizar brincadeiras que envolvam a distinção de cores. • Estimular a criança a cantar versos e rimas. • Atribuir tarefas e responsabilidades em atividades domésticas. • Permitir à criança verbalizar os seus desejos e vontades. • Mostrar as sequências das atividades. • Promover brincadeiras com movimentos físicos como andar de bicicleta, correr, jogar à bola. • Ajudar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana). • Permitir que a criança transmita uma mensagem a outra pessoa. • Impor limites na utilização de ecrãs. • Não ridicularizar ou desvalorizar medos /pesadelos /fobias, ajudar a lidar com as situações. • Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras. • Impor limites e inculcar regras. • Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).
------------	---

Metodologia/Seleção de estratégias

A metodologia adotada foi:

- Expositiva, com explicação dos conteúdos através de uma apresentação em PowerPoint.;

Os recursos humanos são constituídos pela enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) D.B. e pela Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira Daniela Gomes, sendo os participantes os enfermeiros e médicos da USF.

Os recursos materiais a que se recorreu foram: computador e projetor.

A estratégia de implementação foram diapositivos em apresentação PowerPoint, encontrando-se no Apêndice I. O mesmo foi apresentado de forma expositiva.

A avaliação da sessão foi feita através de um questionário entregue aos presentes na sessão (apêndice II).

Organização e Programação da atividade

Tema	“Sinais de alarme no desenvolvimento Infantil”		
Formadores	Aluna do Mestrado em EESIP e En ^{fa} EESIP D.B.		
Grupo-Alvo	Enfermeiros e Médicos da USF		
Data e hora	2 de dezembro às 13h	Tempo estimado	30 min
Local	USF		
Recursos didáticos	Computador e projetor.	Método	Expositivo

Objetivos da Sessão		
<p>Os objetivos específicos propostos para a AES são que a equipa de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconheça a importância da avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas. • Utilize a escala de <i>Mary-sheridan</i> modificada para avaliar o desenvolvimento infantil nas consultas. • Reconheça os sinais de alarme do desenvolvimento infantil nas diversas idades segundo a escala de <i>Mary-Sheridan</i> Modificada. • Aplique a escala M-CHAT na consulta dos 18 meses. • Conheça os critérios de referenciação para a Equipa Local de Intervenção e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. • Conheça atividades lúdicas e promotoras do desenvolvimento infantil nas diversas idades para informar os pais/cuidadores da criança. 		
Fases da sessão	Método	Conteúdo
Introdução (5 minutos)	Expositivo	Apresentação pessoal; Enquadramento da sessão e comunicação dos objetivos da AES.
Desenvolvimento (20 minutos)	Expositivo	Abordagem do tema: desenvolvimento infantil; Objetivos e recomendações do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; SNIPI e como referenciar a criança com alteração da funcionalidade; Avaliação do desenvolvimento infantil através da escala de <i>Mary-Sheridan</i> Modificada; Sinais de alarme nas diversas idades; Atividades promotoras do desenvolvimento nas diversas idades; Aplicação do M-Chat na consulta dos 18 meses;
Conclusão (5 minutos)	Expositivo Interativo	Pontos-chave da apresentação; Esclarecimento de dúvidas;

Avaliação

Relativamente à avaliação da AES será feita com recurso a um breve questionário sobre a pertinência da formação.

Indicadores de Processo

- % de enfermeiros e médicos presentes na sessão de Educação para a Saúde

$$\frac{\text{N.º enfermeiros e médicos presentes na AES}}{\text{N.º enfermeiros e médicos da USF}} \times 100$$

Indicadores de Resultado

- % de respostas positivas na avaliação da sessão

$$\frac{\text{N.º respostas positivas na avaliação da sessão}}{\text{N.º perguntas do questionário}} \times 100$$

Conclusão

A elaboração do planeamento de uma AES Permite a organização e o estabelecimento de métodos e estratégias formativas, com o objetivo de cumprir com os objetivos estabelecidos inicialmente.

Esta ação teve como finalidade sensibilizar a equipa de saúde da USF relativamente aos sinais de alarme do desenvolvimento infantil, os recursos existentes para crianças com alterações da funcionalidade e de que forma poderemos orientar os pais e os cuidados a potenciarem o desenvolvimento infantil através de atividades lúdicas adequados ao estadio de desenvolvimento.

Através dos métodos e estratégias selecionados foi possível atingir os objetivos propostos o que contribuiu para adquirir competências no planeamento e avaliação de uma AES, sendo também possível responder a uma necessidade formativa do serviço onde estagiei.

Referencias bibliográficas

Decreto-Lei n. °281/2009. (6 de outubro de 2009). Diário da República: II série, n.º 193/2009, pp. 7298-7301. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2009/10/06/p/dre/pt/html>

DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção Geral da Educação (2022). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. <https://snipi.gov.pt/#no-back>

Papalia, Diane E., Olds, Sally W., Feldman, Ruth D. (2001). *O mundo da criança* (8ª edição). Lisboa. McGraw Hill.

Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 25(6), 677-687. doi: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>

Wilson, D. (2014). Promoção da saúde do lactente e da família. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição, pp. 491-552). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Wilson, D. (2014). Promoção da saúde da criança em idade Toddler e da família. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição, pp. 587-644). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda

Apêndices

Apêndice I: Dispositivos da sessão

Desenvolvimento infantil
SINAIS DE ALARME

Enff Daniela Gomes
Orientado por:.

1

Desenvolvimento infantil

O desenvolvimento infantil é um processo multidimensional que engloba o desenvolvimento físico, motor, cognitivo e psico-social nos primeiros anos de vida. (Papalia, 2001)

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social.

A avaliação desse processo, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários. (DGS, 2013)

Motricidade global, Motricidade fina, Sentidos, Linguagem, Relações pessoais, Comportamento e competências sociais, Cognição não verbal

Ferreira, 2009

2

A Criança com alterações da Funcionalidade e Incapacidade

As perturbações do desenvolvimento psicomotor são diagnosticadas habitualmente por:

Algumas perturbações — Ao nascimento

Outras perturbações — No processo de vigilância de Saúde de Criança e do Idoso;

— Pesquisa desenvolvida por entidades de fatores de risco;

— Suspeita de qualquer problema por parte dos pais, familiares ou professores;

DGS, 2013

3

Nem todas as crianças chegam à mesma idade no mesmo estado de desenvolvimento.

- O conhecimento das diferentes etapas do desenvolvimento e sinais de alarme, a antecipação e o aconselhamento dos pais ajudam a promover a aquisição de competências.
- É importante detetar os desvios patológicos e os desvios fisiológicos.

Observação
Ao lado dos pais, enquanto brincam e a forma como interagem.

Entrevista

DGS, 2013

4

Objetivos da vigilância Saúde Infantil

1.1

4. **Detetar precocemente e encaminhar** situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente, tais como: malformações congénitas – doença falciforme da anemia, cardiopatias congénitas, testículo(s) não descendido(s), perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estatura-ponderal e psicomotor, problemas dentários, alterações neurológicas, alterações do comportamento e do tom emocional e relacional.

1.2

5. **Sinalizar e proporcionar apoio** continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças.

DGS, 2013

5

Recomendações práticas na vigilância de Saúde Infantil

1. Adquirir conhecimentos úteis acerca dos parâmetros do desenvolvimento normal.

2. Ser proativo em situações atípicas/muito comuns.

3. Identificar, para cada criança, os seus fatores de risco.

4.1

5. Proporcionar aos pais/cuidadores a oportunidade de expor as suas dúvidas.

6. Ouvir e analisar, com um comportamento digno, procurando investigar as várias perturbações nos parâmetros de desenvolvimento.

7. Observar o comportamento da criança desde que entre até que sai da consulta, incluindo a fase do sono/sono.

8.1

9. Se sublinhar dúvidas acerca de algum parâmetro, utilizar outros testes de desenvolvimento.

10.1

11. Se surgirem dúvidas, programar outra observação da criança a curto prazo e motivar e apoiar os pais para uma observação em casa.

12. Se se considerar que a criança tem um problema, referenciá-la.

13.1


14. A abordagem da criança com deficiência, principalmente a atetosepsia hiperplásica, deverá ser sempre feita por uma equipa multidisciplinar.

15. No caso das crianças, entre os 7 e os 8 anos (N), com alterações nas funções ou estrutura do corpo ou com alterações do estado de desenvolvimento, deve fazer-se a triagem para os Estudos Longos de Intervenção do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIP) de acordo com os critérios de elegibilidade.

DGS, 2013

6

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância



Critérios de elegibilidade


Os critérios para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIP) são estabelecidos pelo Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro.

1 - **Alterações nas funções da estrutura do cérebro que resultem em atraso do desenvolvimento e a participação em atividades típicas, desde que exista um diagnóstico de desenvolvimento precoce, desde que seja infante e criança com idade:**

2 - **Alterar grave de ordem de desenvolvimento, desde que existam as condições biológicas, psicológicas ou ambientais, que motivem uma alta probabilidade de atraso futuro no desenvolvimento da criança.**

Não se aplica para crianças do SNIP, desde que tenham de 0 a 3 anos e de 3 a 6 anos, que não tenham sido diagnosticadas com alterações de nível de desenvolvimento intelectual, nem com funcionamento intelectual limitado, desde que tenham concluído o período de diagnóstico para os serviços de educação de infância ou ensino pré-escolar de acordo com o Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro.

7



8

Escala de Mary-Sheridan Modificada



Postura e motricidade global

Visão e motricidade fina

Comportamento e adaptação social

Audição e linguagem

DGS, 2013

9

Material sugerido para aplicação da escala


- Bola pendente
- Roca
- Cubos
- Boneca – semelhante ao humano
- Livro com figuras
- Bola pequena
- Painel com 10 cores
- Copo, colher e garfo

10

Sinais de alarme

O primeiro exame do recém-nascido

- RN com hipertonia ou hipotonia.
- RN irritável
- RN com espasticidade global ou localizada
- RN com reflexos osteotendinosos aumentados ou diminuídos.
- Fracos reflexos primitivos.
- Dificuldade na regulação do sono.




DGS, 2013

11

Sinais de alarme

1 mês

- Ausência de tentativa de controlo cefálico.
- Hiper ou Hipotonia.
- Não segue a face humana ou apresenta movimentos erráticos dos olhos
- Não vira os olhos para o som, parecendo não reagir ao mesmo.
- Dificuldade em se manter alerta, transições abruptas entre o estados.



DGS, 2013

12

Atividades promotoras do desenvolvimento (recém-nascido – 1 mês)

Estimulação visual	Estimulação auditiva	Estimulação tátil	Estimulação cinética
<ul style="list-style-type: none"> • Olhar de perto, comunicando olhando-o no olhos • Pendurar objetos claros e brilhantes a 20-25 cm do rosto • Móveis ou imagens a preto e branco • Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e baixo, para a esquerda e direita, estando o(a) bebé em estado de alerta. • Sorrir ao bebé e mostrar as expressões faciais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falar e cantar suavemente • Chamar pelo nome • Canções de embalar, música instrumental • Sons suaves com caixa de música, roca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Segurar, acariciar, embalar. • Colocar o(a) bebé sobre os joelhos, deixar que ela(e) agarre o indicador com as mãos. • Fazer uma massagem corporal, observando o bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Embalar o bebé. • Passear em carrinho ou babywearing

Wilson, 2014 e DGS, 2013

13

Sinais de alarme

3 meses

- Não fixa nem segue objetos (nem a face humana).
- Não vira os olhos para o som (sobretudo com a voz humana).
- Não sorri.
- Não tem controlo cefálico.
- Mãos sempre fechadas.
- Membros rígidos em repouso, espático.
- Sobressalto ao menor ruído.
- Chora e grita ao toque.
- Pobreza de movimentos.

DGS, 2013

14

Atividades promotoras do desenvolvimento (2-3 meses)

Estimulação visual	Estimulação auditiva	Estimulação tátil	Estimulação cinética
<ul style="list-style-type: none"> Oferecer objetos brilhantes. Quarto claro com imagens e espelhos. Levar o bebê a vários espaços enquanto se realiza as tarefas em casa. Mímica facial, interagir através da fala olhando para o bebê. Oferecer objetos para segurar, colocar objetos pendentes para que possa segurá-los. 	<ul style="list-style-type: none"> Falar com o bebê, dizer o que estamos a fazer. Expor o bebê a ruídos diferentes (sem ser apenas em casa) Usar chocalhos. Ouvir música, cantar e dançar com o bebê ao colo. Interagir através da fala, imitar o som dos objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> Acariciar e massajar o bebê. 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilizar o bebê, evitando estar muito tempo deitado. Procurar levanta-lo pelas mãos devagar.

Wilson, 2014 e DGS, 2013

15

Atividades promotoras do desenvolvimento (4-6 meses)

Estimulação visual	Estimulação auditiva	Estimulação tátil	Estimulação cinética
<ul style="list-style-type: none"> Colocar o bebê em frente ao espelho e deixá-lo observar. Oferecer brinquedos coloridos e brilhantes com o tamanho adequado para ele agarrar. 	<ul style="list-style-type: none"> Falar com o bebê, repetir os sons que ele faz. Rir quando o bebê ri. Chamá-lo pelo nome. Oferecer-lhe chocalhos ou sinos. 	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer brinquedos macios mas com diversas texturas. Permitir-lhe chapinhar no banho. Colocá-lo num tapete para que possa movimentar as extremidades. 	<ul style="list-style-type: none"> Baloiçar. Apoiar o lactente na posição sentado Colocá-lo num tapete em movimento livre

Wilson, 2014 e DGS, 2013

16

Sinais de alarme
6 meses

- Ausência de controlo cefálico.
- Membros inferiores rígidos, com passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar (espasticidade).
- Não olha nem pega em objetos.
- Assimetrias.
- Não reage aos sons por surdez ou desinteresse.
- Não vocaliza, silencioso ou monocórdico.
- Desinteresse do ambiente, não estabelece contacto, apático.
- Irritabilidade.
- Estrabismo manifesto e constante.
- Persistência de reflexos primitivos.

DGS, 2013

17

Atividades promotoras do desenvolvimento (6-9 meses)

Estimulação visual	Estimulação auditiva	Estimulação tátil	Estimulação cinética
<ul style="list-style-type: none"> Oferecer brinquedos de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas arredondadas, de modo a estimulá-lo a passar o objeto de uma mão para a outra. Jogo do "cu-cu". Fazer canetas para o bebê imitar. Oferecer bola de lã ou corda para o bebê desfazer. 	<ul style="list-style-type: none"> Chamar o bebê pelo nome. Repetir palavras simples como "mamã, papá..." Falar sobre o que está a fazer, com clareza. Dar ordens simples. Conversar com o bebê. 	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer-lhe brinquedos e tecidos de várias texturas e temperaturas. 	<ul style="list-style-type: none"> Segura-o direito para que possa suportar o peso e equilibrar-se. Apanhar e dizer dá. Linger e dizer larga Colocar brinquedos fora do alcance. Jogo do bate-palmas.

Wilson, 2014 e DGS, 2013

18

Sinais de alarme
9 meses

- Não se senta.
- Permanece imóvel e não tenta mudar de posição.
- Assimetrias posturais ou de movimentos.
- Estrabismo, mesmo que inconstante.
- Sem prensão palmar e não explora objetos oralmente.
- Não reage aos sons.
- Vocaliza monotonamente ou deixa de vocalizar.
- Apático e sem reação aos familiares.
- Engasgamento com facilidade.

DGS, 2013

19

Atividades promotoras do desenvolvimento (9-12 meses)

Estimulação visual	Estimulação auditiva	Estimulação tátil	Estimulação cinética
<ul style="list-style-type: none"> Brincar ao esconde. Utilizar bricadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...). 	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar como bater palmas. Ler rimas simples Apontar para partes do corpo e nomear. Imitar sons de animais. Chamar aos objetos pelos nomes. 	<ul style="list-style-type: none"> Ensinar a colocar os objetos fora e dentro da caixa. Oferecer papel para amassar e rasgar. Dar a experimentar diferentes texturas. Oferecer dois objetos e depois um terceiro para que ele "resolva" 	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer objetos e brinquedos diferentes e afastados para que possa alcançar.

Wilson, 2014 e DGS, 2013

20

Sinais de alarme
12 meses

- Não suporta o peso nas pernas ou não se senta.
- Permanece imóvel e não tenta mudar de posição.
- Assimetrias.
- Estrabismo.
- Não pega nos brinquedos ou faz-o só com uma mão.
- Não faz pinça fina.
- Não responde à voz, não emite palavras, fica silencioso.
- Não brinca, não estabelece contacto, não reage ao nome, não segue o apontar dos pais.
- Não mastiga.

DGS, 2013

21

Atividades promotoras do desenvolvimento (12-18 meses)

- Oferecer cubos, dar vários objetos para os mãos.
- Estimular as tarefas/ordens simples; dar estímulos positivos após a realização destes.
- Reagir calmamente e com firmeza às birras.
- Promover a aquisição de capacidades motoras.
- Deixar a criança tomar algumas decisões visando a independência.
- Incentivar para que a criança pegue quando quer algo, verbalizá-lo e pedirlo, mesmo que se saiba o que ela deseja.
- Manter os rituais do sono.
- Incluir a criança nas refeições em família.



Wilson, 2014 e DGS, 2013

22

Sinais de alarme

18 meses

- Não se põe de pé, anda em pontas ou não anda.
- Assimetrias.
- Não faz pinça fina.
- Atira objetos ou leva-os constantemente à boca.
- Ausência de resposta à voz, não vocaliza espontaneamente e não tem palavras perceptíveis.
- Falta de interesse pelo que o rodeia, não estabelece contacto e não tem intencionalidade comunicativa.
- Não cumpre ordens.
- Estrabismo

DGS, 2013

23

M-chat

(Modified Check-list for Autism in Toddlers)

O M-CHAT é um breve questionário referente ao desenvolvimento e comportamento utilizado em crianças dos 16 aos 30 M.

Tem como objetivo de rastrear as perturbações do espectro do autismo e pode ser aplicado numa consulta de avaliação periódica.

Como na maioria dos testes de rastreio poderá existir um grande número de falsos positivos – no entanto as crianças deverão ser referenciadas para uma avaliação profissional nesta área.

DGS, 2013

24

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

How many times did you notice this behavior in the last 6 months?

0 = Not at all
1 = A few times
2 = Often

3 = Always

4 = Not sure

5 = Never

6 = Don't know

7 = Other

8 = Not applicable

9 = Not observed

10 = Not observed

11 = Not observed

12 = Not observed

13 = Not observed

14 = Not observed

15 = Not observed

16 = Not observed

17 = Not observed

18 = Not observed

19 = Not observed

20 = Not observed

21 = Not observed

22 = Not observed

23 = Not observed

24 = Not observed

25 = Not observed

26 = Not observed

27 = Not observed

28 = Not observed

29 = Not observed

30 = Not observed

El cuadro, con las reglas, reglas de puntuación y puntuación total, para cada uno de los ítems del M-CHAT, de los cuales se registran los resultados en el ítem 30.

Item	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Resultados superiores a 3 (falha de 3 itens no total) ou em 2 itens considerados críticos (2, 7, 9, 13, 14, 15), após confirmação, justificam uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento

DGS, 2013

25

Sinais de alarme

2 anos

- Não anda ou anda em pontas.
- Deita objetos fora e não constrói nada.
- Não parece compreender o que lhe dizem.
- Não tem palavras inteligíveis.
- Não imita, falta de interesse pelo meio e não interage.
- Não aponta, não pede e não mostra.
- Birras desajustadas (frequentes ou intensas) sem motivos.

DGS, 2013

27

Sinais de alarme

3 anos

- Anda sistematicamente em pontas.
- Flapping dos braços quando excitado.
- Não junta 2 palavras e parece não compreender o que lhe é dito.
- Não usa os objetos de forma funcional.
- Não constrói nem tenta fazer algo criativo.
- Não interage com os outros, não partilha, não mostra, não pede.
- Não usa o gesto como suporte de comunicação.

DGS, 2013

29

Atividades promotoras do desenvolvimento (18 meses-2 anos)

- Ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco, para que aprenda a organizar-se.
- Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo do boneco.
- Ensinar a criança a «rabiscar» na areia, na terra ou num papel, de modo a estimular a destreza manual e a área sensorial.
- Demonstrar o que é, e o que não é perigoso para ela.
- Elogiar a criança quando for capaz de realizar algo sozinha.
- Continuar a incentivar o convívio.
- Realizar atividades com música, incentivando a criança a dançar e a cantar.
- Ter regras e limites para ajudar a criança a organizar-se.



Wilson, 2014 e DGS, 2013

26

Atividades promotoras do desenvolvimento (2 anos)

- Proporcionar brincadeiras como: pular num só pé, correr, saltar uma corda (estimular a coordenação motora).
- Estimular a arrumação, imitação.
- Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar.
- Ajudar a criança a pronunciar palavras, mas pelo estímulo positivo.
- Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais.
- Contar histórias e dar puzzles.
- Facilitar oportunidade de jogo simbólico.
- Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias.
- Dar oportunidade para a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo os limites.
- Controlar esfinterianos se a criança tiver desenvolvido competência da fala.



Wilson, 2014 e DGS, 2013

28

Atividades promotoras do desenvolvimento (3 anos)

- Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc.
- Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação pensada). Incentivar a criança a partilhar as suas responsabilidades.
- Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário.
- Conduzir os rituais de sono de forma regular (beddo, associado ao pensamento mágico).
- Fazer das refeições.
- Não ridicularizar comportamentos.
- Ajudar a criança a partilhar os brinquedos.



Wilson, 2014 e DGS, 2013

30

Sinais de alarme

44 anos

- Hiperativo e agitado, distraído e com dificuldades de concentração.
- Comportamento difícil, desafiante e opositivo.
- Problemas de interação social, comportamentos repetitivos e estereotipados e dificuldades na comunicação e empatia.
- Linguagem incompreensível aos 4 anos.
- Substituições fonéticas ou erros de articulação aos 5-6 anos.
- Dificuldade na aprendizagem de letras ou que aos 7 não aprende a ler.
- Suspeita de défices auditivos e visuais ligeiros.

DSM, 2013

31

Atividades promotoras do desenvolvimento (4-6 anos)

- Promover as condições com liga e com puzzle.
- Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana.
- Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos.
- Dar-lhe responsabilidades em atividades domésticas.
- Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades.
- Mostrar as sequências das atividades.
- Promover brincadeiras com movimentos físicos como andar de bicicleta, correr, jogar à bola.
- Apoiar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/vulnerabilidade humana).
- Proporcionar a oportunidade da criança experimentar uma mensagem a outra pessoa.
- Selecionar e imprimir livros ao tempo de acord.
- Não ridicularizar os pressunhos mágicos / pesadelos, fobias, apurando a realidade.
- Encorajar-lhe a recortar o papel triângulo, quadrado e círculo de vários tamanhos e formar figuras.
- Incutir regras, impor limites, ajudar a lidar com os impasses (ruído, mentiras).
- Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (jogar falar com a família, submissão, verdade, tolerância, etc.).

DSM, 2013

32

Conclusão

Os profissionais que seguem a criança devem ter atenção ao desenvolvimento infantil e saber que pode haver variações dentro da normalidade.

Ter em conta que há situações que requerem vigilância e em que se deve recomendar a estimulação da criança com atividades físicas e adequadas ao desenvolvimento.

É fundamental valorizar as queixas dos pais, que são normalmente fundamentadas.

33

Referências Bibliográficas

Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 4.ª edição, rev. e atual. (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2002.

Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5.ª edição (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5.ª edição (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5.ª edição (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5.ª edição (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5.ª edição (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5.ª edição (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

34

Apêndice II – Questionário de avaliação da sessão

Foi entregue um questionário aos enfermeiros e médicos presentes para avaliarem a sessão de educação para a saúde.

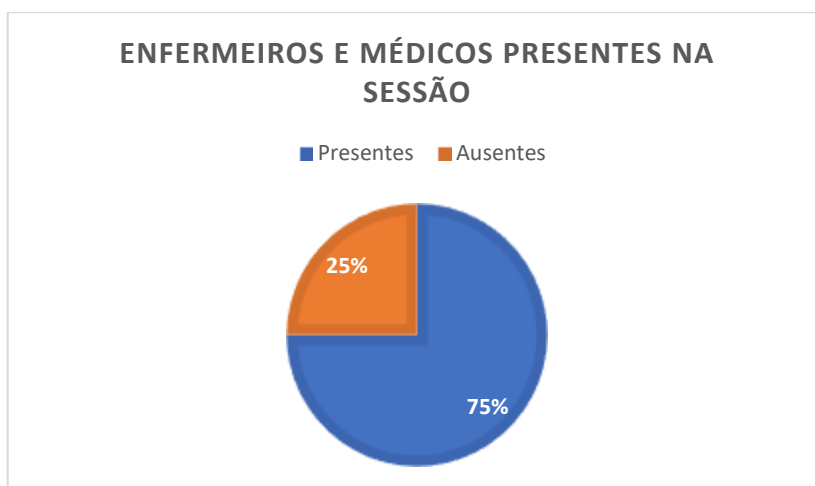
Perante as afirmações que se seguem, assinale por favor a opção que considera mais adequada, de acordo com a seguinte escala:

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo
- 3 – Não concordo Nem discordo
- 4 - Concordo
- 5 – Concordo totalmente

- 1 - A temática da sessão foi pertinente
- 2 - A duração da sessão foi adequada aos objetivos
- 3 – Os conteúdos estavam organizados de forma clara e coerente
- 4 – Os conteúdos da formação contribuem para a minha prática profissional
- 5 – O formador conseguiu transmitir a informação de forma clara

Apêndice III – Avaliação da Sessão

Relativamente às presenças na sessão de educação: estavam presentes 12 enfermeiros e médicos da USF, que tem um total de 16 enfermeiros e médicos.



Avaliação da sessão

