



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

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

Por Joana Margarida Cunha Melo Quintela Alves

Sob Orientação de Prof. Doutora Isabel Quelhas

Porto, abril 2018

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

“Sozinha não posso mudar o mundo, mas posso lançar uma pedra sobre as águas e fazer muitas ondulações”.

Santa Madre Teresa de Calcutá

“O meu peso é o meu amor. Para qualquer parte que vá é ele que me leva”.

Santo Agostinho

“Aprender sem pensar é tempo perdido”.

Confúcio

A todos os que me viram nascer e aos que me acompanham em todos os momentos do meu crescimento, que deixam algo de si e que levam algo de mim;

Aos que fazem parte e aos que observam;

Aos que acompanham o meu caminho e me facilitam o pegar nas pedras que dele fazem parte, provocando pequenas ondulações por um bem maior;

À força do altíssimo que pelo meu “*peso*” se transforma em amor distribuído pelos outros;

A Deus por me permitir ser uma gota de um mar imenso;

A minha gratidão!

RESUMO

Este documento foi desenvolvido na Unidade Curricular Relatório e emerge para a análise e reflexão do processo de aprendizagem no Estágio que integra o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. O estágio integra três módulos desenvolvidos em diferentes contextos: Módulo I – Saúde Infantil; Módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia e o Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica e Neonatologia. Representa um total de 750 horas, das quais 540 horas de prestação direta de cuidados e 210 horas de trabalho individual, tendo como foco a assistência de enfermagem especializada ao recém-nascido, criança, adolescente e família incidindo na promoção do desenvolvimento infantil e adaptação a diferentes processos de saúde e doença em diferentes níveis de atuação (desde cuidados de enfermagem na comunidade a cuidados de enfermagem hospitalares).

Este documento pretende explicar os objetivos individuais definidos e as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, refletindo sobre as competências especializadas desenvolvidas que compreendem os quatro domínios de atuação de enfermagem: Prestação de Cuidados, Gestão, Formação e Investigação e está alicerçado numa metodologia descritiva, crítica e reflexiva fundamentada em referências bibliográficas.

Palavras-chave: Saúde Infantil e Pediátrica; Criança; Família; Cuidados de Enfermagem Especializados.

ABSTRACT

This document was elaborated in the Curricular Unit Report and comes up to analysis and reflection the learning process in the context of Internship that was included in the Master's Course in Nursing in the Child and Pediatric Health Specialization area of the Universidade Católica Portuguesa. This Internship integrate three modules developed in different contexts: First Module – Child Health; Second Module – Medical and Surgery Services and the Third Module – Emergency and Neonatology Services. This Curricular Unit integrated 750 work hours, of wich 540 hours where in the context of direct provision of nursing care and 210 hours where related to individual work, focusing on assistance of specializad nursing to the newborn, child, adolescent and family, direted to the promotion of the child development and the adaptation to the health and disease process (since comunity nursing care to hospitality nursing care).

This document has to describe and explain the personal objectives and the activities developed in to the curricular unit and reflect the four domains of nursing: Caregiving, Management, Training and Investigation grounded on a descriptive, critical and reflexive methodology substantiated bibliographic references.

Key-words: Pediatric and Child's Health; Child; Family; Specialized Nursing Care.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
APR	Atendimento Pediátrico Referenciado
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSM	Centro de Saúde de Matosinhos
DGS	Direção-Geral da Saúde
ESIP	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
EESIP	Estágio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ESPGHAN	European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition
HPH	Hospital Pedro Hispano
MDP	Modelo de Desenvolvimento Profissional
MESIP	Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
OE	Ordem dos Enfermeiros
PNSIJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Plano Nacional de Vacinação
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RN	Recém-nascido
SIP	Saúde Infantil e Pediátrica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPP	Sociedade Portuguesa de Pediatria
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA .	17
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	19
DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	20
DOMÍNIO DA GESTÃO.....	57
DOMÍNIO DA FORMAÇÃO	60
DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO	62
3. AVALIAÇÃO GLOBAL DO ESTÁGIO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL	65
CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES	79
APÊNDICE 1 - Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida: Revisão da literatura	81
APÊNDICE 2 - Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde	111
APÊNDICE 3 - Formulário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde ..	117
APÊNDICE 4 - Resultados da Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde .	121
APÊNDICE 5 - Identificação de necessidades formativas de Pares	125
APÊNDICE 6 - Planeamento da Formação a Pares	129
APÊNDICE 7 - PowerPoint " <i>Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida: dúvidas dos profissionais da UCSP</i> "	135
APÊNDICE 8 - Formulário de Avaliação da Formação realizada pelos Pares	145
APÊNDICE 9 - Resultados da Avaliação da Formação realizada pelos Pares	149
ANEXOS	153
ANEXO 1 - PowerPoint " <i>Alimentar a Criança no 1º Ano de Vida</i> ".....	155

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório de Estágio do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (SIP), da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Prof. Doutora Isabel Quelhas. O relatório integra 15 ECTS da componente curricular e reflete 540 horas de prestação direta de cuidados e 210 horas de trabalho individual, totalizando 750 horas de estágio em SIP, desenvolvido em diferentes serviços da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) e no Centro Hospitalar de S. João. O estágio integra 3 módulos que correspondem a diferentes contextos SIP (módulo I – Saúde Infantil; módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia e módulo III – Serviços de Urgência Pediátrica e Serviços de Neonatologia) e decorreu de 2 de maio a 29 de junho de 2016 (módulo III); de 18 de setembro a 3 de novembro de 2017 (módulo I) e 6 de novembro de 2017 a 11 de janeiro de 2018 (módulo II).

Este documento está alicerçado nos objetivos definidos pelo plano de estudo do curso, do qual surgem os quatro domínios articulados às competências da enfermagem e foram associadas aos objetivos específicos do estágio, às atividades desenvolvidas para os atingir, finalizando com as reflexões críticas da prática de enfermagem no estágio. O trabalho está, portanto, firmado numa metodologia descritiva, crítica e reflexiva, fundamentada em referências bibliográficas. Desta forma este documento é um instrumento de avaliação, onde correlaciono os referidos itens com as competências atingidas, referentes à assistência de enfermagem especializada, num desenvolvimento profissional crescente, fundamental na tomada de decisão e na promoção da implicação de crianças, adolescentes e pais nos processos de saúde, visando a melhoria da qualidade em saúde (OE, 2002) e reflete diferentes níveis de atuação.

Estruturalmente, este documento é constituído pela Introdução, Contextualização do Estágio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pelo Desenvolvimento de Competências no Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica,

integrando os domínios da Formação, Prestação de Cuidados, Gestão e Investigação (OE, 2002), pela Avaliação Global do Estágio e Implicações para a Prática Profissional, pela Conclusão, Referências Bibliográficas, Apêndices e Anexos.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O estágio de SIP foi desenvolvido em 3 módulos de acordo com a diferenciação dos cuidados a desenvolver, em diferentes serviços de contexto pediátrico, sob tutoria de enfermeiras especialistas e correspondeu a três módulos de 180 horas de prestação direta de cuidados por cada, assim como 70h de trabalho individual em cada módulo, isto é um total de 540 horas de contacto e 210 horas de trabalho individual, totalizando as 750 horas de estágio, o que corresponde a uma unidade curricular de 30 ECTS do curso de mestrado.

Por forma a proporcionar um maior número de experiências, conferindo a aprendizagem necessária para o desenvolvimento de competências, o estágio foi desenvolvido no Centro Hospitalar de S. João (contexto de Urgência Pediátrica) e na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), em contexto de Internamento, Neonatologia, Cuidados na Comunidade e Consulta de saúde infantil.

O Serviço de Urgência Pediátrica Integrada do Porto, inserido no Hospital de S. João consigna uma unidade polivalente e de referência no Norte, pelo que a sua missão é garantir qualidade de cuidados, em tempo útil de acordo com a prioridade individual de cada criança e encaminhamento para especialidades de colaboração, nomeadamente de Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Torácica, Ginecologia, Ortopedia, Dermatologia, Infeciologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS) incorpora o Hospital Pedro Hispano (HPH) em interligação com o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Matosinhos, constituído pelos Centros de Saúde da Senhora da Hora, S. Mamede de Infesta, Leça da Palmeira e de Matosinhos (onde funciona a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), duas Unidades de Saúde Familiar). Também no mesmo espaço físico do Centro

de Saúde de Matosinhos (CSM) funciona a Unidade de Saúde Pública de Matosinhos, o Centro de Diagnóstico Pneumológico e o Serviço de Atendimento a Situações Urgentes.

O internamento de pediatria do HPH recebe crianças referenciadas quer pelo ACES ou por hospitais privados, admitidas através do Atendimento Pediátrico Referenciado (APR), quer crianças provenientes do Serviço de Urgência Pediátrica Integrada do Porto, no Centro Hospitalar de S. João, cuja área de residência é Matosinhos. Também por motivos de lotação de internamentos de pediatria noutras unidades hospitalares, podem ser transferidos doentes para o internamento de pediatria do HPH.

O **módulo III** - Serviços de Urgência Pediátrica e Serviços de Neonatologia corresponde a um estágio dividido em dois sub-módulos e decorreu no serviço de Neonatologia do HPH no período de 2 de maio a 26 de maio de 2016 e no serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de S. Joao no período de 30 de maio de 2016 a 29 de junho de 2016. Seguiu-se uma interrupção do curso durante um ano, tendo reingressado o curso em 2017, iniciando pelo **módulo I** – Saúde Infantil, no contexto de Consulta de Saúde Infantil e Cuidados na Comunidade e foi realizado na UCC e na UCSP do Centro de Saúde de Matosinhos (CSM), integrado na ULSM e decorreu no período de 18 de setembro a 3 de novembro de 2017. O estágio em internamento de Medicina e Cirurgia corresponde ao **módulo II** e decorreu de 06 de novembro de 2017 a 11 de janeiro de 2018, no serviço de internamento pediátrico do HPH no contexto de doença aguda e crónica desde recém-nascidos até à idade da adolescência (17 anos e 364 dias de vida).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O estágio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica permitiu desenvolver competências nos quatro domínios de atuação da enfermagem: Prestação de Cuidados, Gestão, Formação e Investigação (OE, 2009). Para tal defini objetivos que permitiram responder às vinte e nove competências e por sua vez aos quatro domínios. Por forma a responder aos objetivos foram desenvolvidas atividades refletidas segundo a fundamentação da prática de enfermagem.

A concetualização do desenvolvimento das competências alicerçou-se pelos objetivos do curso para a atribuição de Grau de Mestre, designadamente:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão na área de especialização;
- Saber aplicar os conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares;
- Ter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Possuir competências para a aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado ou autónomo.

Destes objetivos e com vista a responder aos domínios de atuação da enfermagem, elaborei os meus objetivos específicos que foram acoplados às competências inerentes a cada domínio. Desenvolvi ao longo do estágio, atividades que responderam aos mesmos objetivos, no sentido de satisfazer as competências e subsequentemente os domínios. Neste documento estão

refletidas situações da prática que respondem à sequência anteriormente referida.

DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Ser enfermeiro requer a articulação de todos os domínios inerentes à profissão, podendo assim aplicar conhecimentos e competências na Prestação de Cuidados humanizados à Pessoa e desta forma maximizar o seu potencial de saúde, através do plano de cuidados: dos diagnósticos levantados, formulação e implementação de intervenções que estabelece autonomamente ou em equipa multidisciplinar. Desta forma o cuidar implica tomada de decisão, baseada nas necessidades detetadas, consignando os princípios éticos e deontológicos (OE, 2015b). O *cuidar* requer conhecimento sobre quem está diante de nós, adaptando os cuidados de forma individualizada, considerando o ritmo do crescimento e desenvolvimento do outro e desta forma respeitando o outro na sua condição de vulnerabilidade (VIEIRA, 2008).

Competência

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

Objetivo

- Conhecer e integrar a organização e funcionamento dos contextos.

Atividades

- Conhecer as instalações e a equipa multidisciplinar;
- Observar a dinâmica e método de trabalho da equipa multidisciplinar;
- Conhecer os mecanismos de articulação do serviço com os restantes serviços e instituições;
- Conhecer normas e protocolos do serviço.

Reflexão Crítica

Os serviços onde realizei o meu estágio integram recém-nascidos até adolescentes com 17 anos e 364 dias. Nos diferentes contextos, nomeadamente a nível hospitalar, verifiquei o cumprimento do artigo 7.º da Carta da Criança Hospitalizada (EUROPEAN ASSOCIATION FOR CHILDREN IN HOSPITAL, 2009) que refere que *“O hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponde às suas necessidades físicas, afetivas e educacionais, quer no aspeto dos equipamentos, quer no do pessoal e da segurança”*. Em todos os contextos a segurança da criança e adolescente no que respeita aos dispositivos e estrutura estavam adaptados às suas necessidades, assim como as equipas estavam despertas à prevenção de riscos potenciais, protegendo a criança (exemplo a colocação de grades e almofadas nas camas; instruir os pais como acompanhantes 24h do seu filho, à dinâmica e estrutura do serviço e incentivo à participação nos cuidados, tendo em conta as características e necessidades da criança em contexto de internamento). Também em contexto hospitalar estavam disponíveis pulseiras com dispositivo sonoro associadamente ao serviço fechado com controle de entradas e saídas, conferindo proteção anti-rapto à criança e adolescente no que respeita à sua vulnerabilidade como Pessoa em crescimento e desenvolvimento. O processo desenvolvimental requiere um ambiente enquadrado de acordo com a faixa etária da criança, havendo salas específicas para recém-nascidos, crianças e adolescentes, que neste último caso importa que as salas sejam separadas por género feminino e masculino, uma vez que há necessidades desenvolvimentais específicas a cada género, assim como a questão da privacidade. Respeitante à gestão da estrutura dos contextos, a etiologia que originou o internamento é importante, no sentido de proteger a criança e prestar os melhores cuidados (explanado no domínio da gestão), salientando a importância da necessidade de isolamento por risco de transmissão de infeções.

Referente ao método de trabalho dos diferentes contextos, incorporei equipas com o método individual de trabalho e o modelo de enfermeiro de referência, possibilitando a prestação de cuidados holísticos à criança e família ao longo do turno, com o acompanhamento contínuo da mesma, permitindo a exploração da história de saúde da criança e do contexto familiar, facilitando a tomada de

decisões no que respeita ao plano de cuidados personalizado. Esta proximidade estabelecida com a criança e os pais permite o estabelecimento relacional entre profissional e cliente, facilitando intervenções como potenciar os pais para o cuidar do seu filho no sentido de se tornarem cada vez mais autónomos.

Importa referir que a neonatologia está localizada contiguamente à sala de partos e compreende uma lotação de 6 vagas, pelo que o internamento de pediatria assume um grande número de recém-nascidos em situação de saúde estável, havendo uma sala com capacidade para receber estes doentes. No caso de intercorrências e agravamento de saúde destes bebés, o serviço de neonatologia apoia, podendo ter que transferir o doente para o serviço diferenciado de cuidados (é exemplo um agravamento de patologia respiratória com necessidade de ventilação invasiva).

O enfermeiro de família (que assiste também crianças) é apoiado pela enfermeira especialista em SIP que faz parte da equipa, e apoia as colegas nas questões de específicas que possam surgir, procedendo à intervenção mais adequada a cada situação. No contexto de estágio realço a participação no modelo de funcionamento interligado dos mesmos contextos, em que perante situações específicas, com necessidade de avaliação multidisciplinar, o enfermeiro de família, pela sua proximidade, procede ao encaminhamento quer para a unidade hospitalar, quer para outros profissionais como o psicólogo, assistente social ou para a enfermeira de referência dos Cuidados na Comunidade. A interligação entre diferentes modelos de trabalho nos diferentes contextos confere cuidados holísticos, pois é desenvolvido um trabalho de colaboração, como exemplo o enfermeiro de família e o enfermeiro de referência da unidade hospitalar, e desta forma transmitir a informação presencialmente minimizando que a mesma se perca. Nesta colaboração, participei na visitação domiciliária a recém-nascidos prematuros, onde foi estabelecida uma ponte entre a enfermeira de referência da neonatologia e a enfermeira de família, no sentido de levantar diagnósticos e intervir na criança e família, no domicílio, integrando o trabalho de vigilância de saúde e vacinação pela enfermeira de família. Para mim foi muito importante poder participar nestes cuidados em interligação e perceber as implicações positivas que as diferentes colaborações têm para a criança e família, que com as atuações quer do

enfermeiro de referência, quer com o enfermeiro de família, permitem planejar, por exemplo cuidados aos pais sobre a adaptação à parentalidade; intervir, avaliar e reformular o planeamento; identificar necessidades da criança e em qual momento é necessária a atuação do enfermeiro de família, como exemplo, o agendamento do dia da vacinação, o controle do peso; e a preocupação em que as primeiras consultas sejam em visitação domiciliária, promovendo a proteção do recém-nascido vulnerável a agentes externos.

Na organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS), estabeleceram-se Redes de Referenciação Hospitalar (Portaria n.  147/2016 de 19 de maio), dando apoio a especialidades específicas e desta forma permite centralizar recursos humanos e materiais formando serviç os de excelência (SNS, 2016). Assim sendo, nas situações de oncologia, cirurgia pediátrica, torácica, cardíaca, trauma ou situações emergentes, os doentes são encaminhados para o Centro Hospitalar de S. João, onde se encontra esta resposta multidisciplinar. O Serviç o de Urgência de Pediatria, inserido no referido hospital consigna uma unidade polivalente e de referência no Norte, pelo que a sua missão é garantir qualidade de cuidados, em tempo útil de acordo com a prioridade individual de cada crianç a e para isso é realizada uma triagem na admissão, por um enfermeiro especialista que poderá encaminhar os doentes para especialidades de colaboração, nomeadamente de Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Vasculard, Cirurgia Torácica, Ginecologia, Ortopedia, Dermatologia, Infeciologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Neste percurso, participei ainda no modelo de trabalho em equipa coordenado por um chefe de equipa em cada turno. É um modelo que facilita a dinâmica muitas vezes desorganizada de uma urgência, em que há diferentes áreas de atuação para as quais estão destacados elementos em plano de trabalho (nas áreas de Triagem, Pequena Cirurgia, Sala de Observações e Sala de Emergência), e no qual pode ser necessária a colaboração de outro elemento, nomeadamente em situações de emergência ou de grande afluência. É importante haver um líder com capacidade de organização e de estabelecimento de prioridades que ao mesmo tempo supervisione e colabore na prestação de cuidados. Para mim foi fundamental esta experiência pois participei nas diferentes atividades, colaborando com as diferentes áreas de acordo com as

necessidades triadas por mim como prioritárias, o que permitiu tomar decisões, nomeadamente sobre gestão do espaço, colaboração com colegas na prestação de cuidados da sua área destacada no turno e no isolamento de crianças de acordo com a necessidade de vigilância ou a suspeita de doenças contagiosas, como exemplo a varicela. Também a experiência de triagem foi fundamental para o meu desenvolvimento de competências, no estabelecimento de prioridades, atuação e antecipação de necessidades da criança e no encaminhamento para as especialidades.

No meu percurso no estágio, integrei as diferentes equipas e métodos de trabalho, tendo sentido maior dificuldade no contexto do módulo I, por ser uma realidade distante da área em que exerço funções assistenciais na área da SIP. Foi, portanto um desafio que ao longo deste documento denota exploração.

Competências

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva académica avançada;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Formular e analisar questões / problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;

Objetivo

- Desenvolver competências na assistência especializada de enfermagem ao Recém-nascido, à Criança, Adolescente e Família em situação de especial complexidade.

Atividades

- Assistir a criança e família em situações de especial complexidade;
- Refletir sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica em situações de especial complexidade;

Reflexão Crítica

No contexto de urgência pediátrica, a criança é levada por alteração do seu estado geral, surgimento de sintomas de doença, acidentes e pela preocupação dos pais. É um momento de tensão do cuidador face à preocupação com o seu filho doente, com várias dúvidas e questões em que o enfermeiro especialista abarca a função de apoiar, dar suporte e facilitar quer a convalescença de uma situação aguda, quer como plataforma na adaptação desta família a uma situação de saúde prolongada, com necessidade de cuidados diferenciados (por exemplo cuidados intensivos).

No II Fórum das Especialidades de Enfermagem da Universidade Católica, que teve lugar no dia 22/02/2017, com o tema Assistência em Situação de Vulnerabilidade: Intervenções Complexas, foi abordada a temática da vacinação a grupos de risco. A vacinação confere proteção individual ou de grupo a doenças potencialmente letais e é um dos programas da DGS que desde a sua implementação nacional tem representado reduções da morbilidade e mortalidade. Atualmente surge a problemática de grupos anti-vacinação que problematiza a saúde nacional. Neste sentido, nas consultas de pediatria, o enfermeiro especialista representa um profissional por excelência com competências para responder a dúvidas dos pais sobre a pertinência de vacinar o seu filho. Importa explicar que os agentes patogénicos fazem parte do ambiente mas quando não existem casos de doença humana não significa que o agente desapareceu, mas que por efeito da vacinação ele não causa doença.

A DGS (2017) introduziu no PNV a vacina contra o tétano, difteria e tosse convulsa administrada à grávida, dado o aumento do número de casos em lactentes com 1 ou 2 meses em 2016. Esta vacina quando administrada a grávidas, idealmente na 32^a semana gestação inocula o lactente até aos seus 2 meses de vida. Esta foi uma medida fundamental para a redução do número de

casos de doença grave nos lactentes. No decorrer deste estágio surgiram na consulta de saúde Infantil mães que estavam grávidas e aproveitavam o momento de vacinar o seu filho para questionar acerca desta medida da DGS. Como enfermeira senti estes momentos como oportunidades promotoras para a saúde da criança.

No percurso de estágio diagnostiquei problemas referentes ao desempenho do *papel parental*, designadamente na prática de hábitos alimentares saudáveis, em contexto hospitalar. Os pais muitas vezes demonstravam desagrado face à refeição servida (por exemplo a sopa não tinha sal). Refiro-me a um caso de uma criança de 9 meses e pela evidência dos malefícios do sal, dando ênfase a esta idade, motivado pelas questões da hipertensão arterial, obesidade, disfunção renal (GUERRA et al, 2012), e o estudo EPACI 2012, que evidencia os problemas relacionados com os hábitos alimentares dos portugueses. De facto enquadrava-se no caso do meu doente e nesta fase seria difícil retirar o sal da sopa, contudo a alimentação estava a ser introduzida gradualmente e por isso a minha intervenção com esta mãe foi perceber que hábitos existiam na alimentação familiar e de que forma o lactente estaria a entrar no grande mundo da alimentação. Diagnostiquei que não havia qualquer noção dos perigos do sal, contudo de uma forma geral a mãe sabia como fazer uma alimentação saudável. Considerei importante abordar o tema do leite de vaca para um momento mais tardio (próximo dos 2 anos) e expliquei como fazer uma sopa equilibrada na escolha dos legumes e hortaliças e que talvez o alho, alho-francês ou a cebola fossem uma forma de intensificar o sabor e com isso tentar reduzir o sal até o suprir. Esclareci também que estaria num ótimo momento para oferecer um pratinho de açorda ou farinha de pau, no sentido de integrar a criança na diversidade de texturas e consistências dos alimentos. O armazenamento e conservação dos alimentos foram dúvidas apresentadas, uma vez que por motivos profissionais, a mãe teria que recorrer a congelamento de refeições para rapidamente servir uma refeição ao seu bebé. Perante esta dúvida prestei os esclarecimentos sobre as possibilidades de conservação no frigorífico e congelador. No dia seguinte senti que a mãe estava satisfeita e motivada e nas refeições seguintes já tentava oferecer o prato de açorda à sua criança, coisa

que até então não fazia, pois achava que aos 9 meses seria cedo para esta parte da refeição.

Atividades

- Participar em reunião do NACJR;
- Refletir sobre situações de potencial risco;
- Realizar visita domiciliária.

Reflexão Crítica

O Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco (NACJR) é um núcleo composto por uma equipa multidisciplinar que analisa a referenciação pelo enfermeiro de família e providencia a avaliação de famílias com crianças potencialmente em risco para a intervenção no sentido de garantir a proteção da criança (DGS, 2014). Nesta avaliação, são inquiridas também outras instituições nas quais a criança esteja integrada, como exemplo a escola. Tive a oportunidade de participar numa visita domiciliária a uma criança com atraso de desenvolvimento cognitivo, com 5 anos que ainda não frequentava o jardim de infância. Neste contacto, após avaliação das necessidades, quer por um especialista de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, por psicólogo e por assistente social, percepcionou-se o contexto e dinâmica familiar, com vários elementos residentes na mesma casa (habitação social) e todos eles com avaliação psicológica pela sua debilidade cognitiva, dificuldade no estabelecimento de prioridades domésticas, mas uma família afetuosa. Este caso confere necessidade de vigilância por parte dos profissionais e o compromisso parental na intervenção precoce ao seu filho.

Atividades

- Atender à manipulação mínima e ao ruído;
- Promover o método Canguru;

- Conhecer o programa individualizado de avaliação e cuidados centrados no desenvolvimento do Recém-Nascido (NIDCAP);
- Promover o aleitamento materno.

Reflexão Crítica

A prematuridade consigna vulnerabilidade e possível situação de saúde crítica, com famílias fragilizadas devido ao nascimento precoce do seu filho, diferente do idealizado pelos pais e como tal, os enfermeiros que são os profissionais em contacto direto com estes bebés e seus pais com competências para intervir por forma a tornar estes pais mais autónomos e competentes para poderem tomar decisões e cuidar do seu filho. Trata-se, portanto de uma fase crítica quer na vida dos recém-nascidos, quer na dinâmica familiar.

Os recém-nascidos em contexto de neonatologia, estão sob constante atenção por parte dos profissionais, família e equipamentos que interferem com ruídos e manipulação constante. O programa individualizado de avaliação e cuidados centrados no desenvolvimento do Recém-Nascido (NIDCAP), consigna intervenções atendendo à manipulação mínima, respeitando os momentos de sono/repouso da criança, diminuição de ruídos e estímulos, aos quais a criança nesta fase é muito sensível e desta forma fomentar o seu crescimento e desenvolvimento saudável, num contexto de vulnerabilidade e muitas das vezes de prematuridade (NIDCAP, 2012). A gestão dos cuidados prestados é de extrema importância para que se respeitem as indicações do programa.

A criança em situação de cuidados intermédios ou intensivos neonatais, habitualmente tem atitudes terapêuticas intensivas, pela sua imaturidade fisiológica: monitorização cardio-respiratória e eletrocardiográfica contínua, prescrições medicamentosas extensas, dieta com a especificação do tipo de leite (adaptado ou materno), que pode ser administrada por sonda ou oralmente de acordo com a situação clínica e/ou desenvolvimento de cada criança, ou nutrição parentérica. No caso de um recém-nascido de alto risco, com 26 semanas de gestação com 500g de peso, com grande instabilidade hemodinâmica, necessidade de ventilação mecânica (volume controlado), apenas o facto de abrir a porta da incubadora era o suficiente para a criança desaturar. Nestes

recém-nascidos como acesso vascular importante, é utilizada a via umbilical a nível venoso e arterial. Assim, a manipulação da incubadora deve ser realizada apenas quando necessário, assim como o descanso da criança deve ser respeitado e evitar acordar a criança ou desorganiza-la. No decorrer do estágio, desenvolvi competências na prestação de cuidados a estas crianças, com toda a delicadeza inerente ao cuidar de um prematuro e no sentido de manter a organização cerebral da criança, pois a manipulação intensiva destas crianças pode provocar, por exemplo bradicardias, nomeadamente no momento das aspirações, dos vômitos ou das mamadas, pelo que todos os procedimentos devem ser feitos lentamente no sentido de tentar manter a organização cerebral do recém-nascido assim como manter a estabilidade hemodinâmica nomeadamente do pulso e saturação de oxigénio. Ainda acerca do NIDCAP 2012, integrando a organização da criança, utilizei, frequentemente os ninhos dentro da incubadora, e sempre que possível facilitei a proximidade corpo-a-corpo com os progenitores para, promovendo a ligação dos pais ao(s) filho(s) e a vinculação da criança aos pais. Desse modo em algumas das circunstâncias e em crianças hemodinamicamente estáveis proporciona-se para além da amamentação ao seio da mãe (quando a criança já apresenta competências de maturidade fisiológica da sucção-deglutição-respiração), o estabelecimento de afetos e desenvolvimento da criança, pela implementação do Método Canguru (WHO, 2003). A WHO, 2003 defende que o método de Canguro praticado em crianças prematuras promove a vinculação-ligação, estabelecimento da amamentação, proteção de infeções, estimulação e afetos, acalma a dor, diminui a possibilidade de morbilidade e mortalidade, melhora a estabilidade hemodinâmica. Confere um método pele a pele muito importante, uma vez que a criança prematura se vê afastada dos pais pela incubadora e com este método facilitam-se os processos desenvolvimentais efetivos, conforme referido anteriormente. Por outro lado, os pais diminuem o seu stress e aumentam a capacitação para cuidar do seu filho. No decorrer do meu estágio confirmei esta fundamentação, utilizando frequentemente este método.

Objetivo

- Desenvolver competências no apoio dos pais e das mães na transição e no desempenho da parentalidade.

Atividades

- Apoiar a transição e o desempenho da parentalidade;

Reflexão Crítica

Cada bebê é especial e único e tem uma forma particular de se expressar ao mundo. Importa os pais estarem preparados e aceitarem estas particularidades para que se desenvolva um processo de **ligação**¹ e **vinculação**² entre os elementos da família para que o amor se expanda e permita uma melhor dinâmica familiar. Esta dinâmica proporciona excelentes implicações quer no desenvolvimento físico, quer cognitivo, emocional e espiritual dos elementos da família.

Na consulta de saúde infantil pude despistar problemas relacionados com a adaptação à parentalidade, pelo que procedi à referenciação destes casos para a intervenção da UCC, pois neste contexto há maior disponibilidade de tempo e por isso é possível uma maior envolvimento e proximidade entre o enfermeiro e os pais, como é o caso do cantinho da amamentação, que em regime de consultório não existe. Desta forma é possível implementar intervenções específicas às diferentes necessidades da criança e intervir no momento da execução dos cuidados, por exemplo, dificuldades amamentar, em mudar a fralda ou dar banho, que são executadas pelos pais na presença dos enfermeiros para intervenção e acompanhamento a cada momento. Após avaliação de cada necessidade, as intervenções são implementadas aos pais e mães que solicitam a intervenção especializada de enfermagem, perante as dificuldades na adaptação aos cuidados a desenvolver com o seu filho, na maioria das vezes

¹ **Ligação mãe/pai – filho** – “*Ligação prestador de cuidados - criança: estabelecimento de uma relação próxima entre mãe/pai e a criança*” (CIPE®, 2011).

² **Vinculação** – “*Parentalidade: ligação entre a criança e a mãe e/ou o pai; formação de laços afetivos*” (CIPE®, 2011).

recém-nascido; maioritariamente o diagnóstico de enfermagem que levantei foi a dificuldade na adaptação da amamentação ao seu filho. Estive presente no cantinho da amamentação, em que as mães amamentam o seu filho, acompanhei estas famílias em diferentes momentos; implementei intervenções planeadas e avaliei na vinda seguinte, reajustei intervenções no sentido de proporcionar a autonomia destas mães, facilitando o seu processo de transição para a parentalidade (CHICK & MELEIS, 1986).

Sobre a adaptação para a parentalidade, surgem, nos Cuidados na Comunidade a abordagem a temas como os cuidados ao recém-nascido, com a intervenção aos pais, dotando-os de conhecimentos, demonstrando o desempenho de atividades com o bebé, diagnosticar problemas e intervir de forma individual. Também em sessões de educação parental em grupo, são abordadas temáticas cujos temas se diagnosticaram como sendo necessidades de aprofundamento de conhecimentos dos pais, nomeadamente o “*transporte seguro*”, que integra o período pré-natal, capacitando os pais e a mães acerca das normas de segurança e no período pós-natal, sendo o recém-nascido o centro das atenções e promovendo a sua presença nas sessões, as mesmas abordam a massagem ao bebé (que é executada pelas mães que participam), e temas inerentes ao cuidado do bebé: a questão da amamentação e regresso ao trabalho; a temática do sono, estimulação do desenvolvimento através do “*brincar*”, da prevenção de acidentes e a introdução de novos alimentos, tema desenvolvi (apêndice 1) e participei na ação de educação para a saúde às mães (apêndice 2, 3 e 4 e anexo 1), explanado na reflexão referente ao tema, neste documento.

O regresso das mães ao trabalho, confere um novo momento de transição, onde é necessário um reajuste das suas rotinas. Na maioria dos casos o bebé iria frequentar um berçário; prossegue na sua diversificação alimentar, o que requer dos pais e das mães um esforço acrescido na gestão dos horários, preparação das refeições, entre outras mudanças. Pode ser necessário a introdução de bomba extratora de leite materno, para as mães que pretendem continuar o aleitamento materno. Essas mães são elucidadas acerca dos benefícios de manter o aleitamento materno até aos 2 anos de idade (OMS citado por QUEENSLAND CLINICAL, 2016) e pretendem reunir esforços para extrair o leite para que o seu filho se alimente, utilizando o biberão nos momentos da sua

ausência. Nestes casos há uma intervenção de enfermagem no sentido de **adaptar**³ estas mães ao processo de extração de leite: existem vários tipos de bombas e funis, mais adequados a a cada mama (o que muitas mães desconhecem), portanto há aqui um papel importante do enfermeiro, no sentido de promover a continuação do aleitamento materno mas com estratégias adaptadas às atuais circunstâncias parentais. O processo apoiado e **facilitado**⁴ acresce motivação, confiança e segurança às mães para que elas se mantenham perseverantes tal como no momento em que aceitaram, decidiram e conseguiram amamentar o seu filho.

Perante uma hospitalização, nomeadamente quando se trata de recém-nascido, para além de toda a transição que o nascimento implica, ocorre uma outra transição que é a hospitalização. A criança tem dispositivos médicos que por vezes são aparatosos, os pais e a mães pouco descansam devido ao ruído dos monitores ou ao choro do seu filho e de outros bebés na sala. A proximidade do profissional de enfermagem confere uma possibilidade para facilitar na **adaptação à parentalidade**⁵. Fomentei o apoio na transição que uma hospitalização implica, e fui um agente facilitador do desempenho da parentalidade, potenciando o *saber cuidar* do seu filho com satisfação pessoal, maximizando a potencial evolução para parceria de cuidados, facilitando os cuidados prestados e o desempenho parental, uma vez que os pais se sentiam confiantes nos meus cuidados, por exemplo, confiavam-me a criança para se ausentar por curtos períodos.

Pude desenvolver intervenções que facilitam a ligação mãe-filho, seguindo-se a instrução à mãe e ao pai com conhecimentos e habilidades que permitem tornar os pais competentes, para que estes possam tomar decisões e cuidar autonomamente o seu filho, finalizando o processo com a satisfação no

³ **Adaptação** – “*Coping: gerir novas situações*” (CIPE®, 2011).

⁴ **Facilitar** – “*Assistir: tornar alguma coisa mais fácil para alguém*” (CIPE®, 2011).

⁵ Foco de enfermagem: **Adaptação à Parentalidade** – “*comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados*” (CIPE®, 2011).

desempenho do papel (MERCER, 2006). Terminando este percurso, o processo de transição está concluído, pois é um processo que implica mudança de um estado para outro estado e esta mudança origina possíveis riscos pela vulnerabilidade de uma crise inerente à mudança; a aceitação dela, as novas aprendizagens e a capacidade de estar nesse novo estado de forma saudável culmina com o final da transição (MELEIS, 2000); podem, todavia, ocorrer vários tipos de transição simultaneamente, dependendo das experiências individuais que fazem parte da vida humana.

Na admissão de uma criança até aos 3 anos de idade são levantados os diagnósticos *vinculação e ligação mãe-filho*, de acordo com as necessidades identificadas. No meu percurso de estágio tive oportunidade de assistir uma situação de comprometimento na *ligação mãe-filho* numa criança recém-nascida, prematura, com necessidade de cuidados hospitalares, e este problema estava relacionado com a exaustão da mãe. Esta exaustão desencadeou um novo diagnóstico de enfermagem: *amamentar comprometido*. Em relação a este diagnóstico não havia qualquer problema de técnica nem da mãe nem do bebé, mas a produção do leite estava a diminuir devido o nível de *ansiedade*, preocupação da mãe relacionada com o estado de saúde do seu filho e com o facto de não produzir leite, referindo-se sentir-se incapaz. A persistência em amamentar e depois extrair o restante leite mecanicamente, quantificando o leite agravava a situação. Conforme diagnosticado noutros contextos de estágio, este é um problema recorrente na transição da adaptação para a parentalidade e a nossa intervenção produz resultados graduais. A minha intervenção incidiu no suporte: a criança estava no lugar ideal para melhorar o seu estado de saúde e a cada dia isso ia acontecendo lentamente (tratava-se de uma bronquiolite com necessidade de aspiração de secreções, suplementação de oxigenoterapia e monitorização contínua). Também aconselhei esta mãe a não fazer extração mecânica do leite e a ir para casa descansar, sendo substituída por outro familiar no acompanhamento do seu filho. Aqui ela levantou uma questão, se o seu leite poderia secar, sobre o qual desmistifiquei (LEVY, 2008), aconselhando o descanso e uma boa alimentação e que o leite retomaria aumento de produção depois desta crise e com a estimulação da criança na mama (QUEENSLAND, 2016). Este trabalho foi mantido pela equipa de enfermagem. Uma semana

depois, voltei a estar com esta mãe, a saúde da criança estava muito melhor e a esse momento a sua alimentação era exclusivamente seio materno e tinha aumentado de peso. A mãe, por seu lado estava muito mais tranquila e satisfeita pela evolução favorável da criança.

A promoção da parentalidade, através da capacitação dos pais, evidenciam o seu potencial no seu desempenho (SAUDADE, et al., 2010). Ao longo do estágio em internamento era vulgar encontrar pais que já tinham estado internados com os seus filhos e era perceptível a sua confiança no desempenho de atividades transitórias no hospital (necessidades inerentes ao processo de doença aguda e por isso transitórias), por exemplo identificar a necessidade de aspiração de secreções e correlaciona a mesma intervenção com o adiamento de uma refeição, ou a hora da administração da medicação e a intervenção com medidas não farmacológicas para controlo da dor (exemplo sacarose, colo, sucção não nutritiva), diminuindo o impacto da dor causado pela administração endovenosa. É outro exemplo a gestão dos cuidados de higiene e a chamada do profissional de enfermagem para proteger o cateter para que não se danificasse. Este trabalho de parceria e *do tomar conta* do filho, conferindo os melhores cuidados, tendo o enfermeiro como um aliado e no estabelecimento de acordo nos cuidados prestados são exemplos daquilo que incidiu o meu trabalho, numa perspetiva avançada, aplicando o modelo de desenvolvimento profissional da enfermagem (OE, 2015c).

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

- Desenvolver competências de comunicação com a Criança, Adolescente e Família.

Atividades

- Acolher a criança, as mães e os pais;
- Estabelecer comunicação eficaz com a criança e pais de acordo com o desenvolvimento da criança;

Reflexão Crítica

A comunicação assertiva facilita o entendimento do receptor sobre a mensagem que se pretende transmitir. Pode ser o elo para mudar para comportamentos saudáveis e esclarecer dúvidas do recetor, assim como um facilitador para a tomada de decisão em saúde, nomeadamente pelos pais. A CIPE® (2011) descreve a comunicação como *“comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”*. No que concerne à pediatria, a comunicação integra uma imensidão de estratégias, pois abrange uma população desde os 0 aos 17 anos e 364 dias de vida. Por isso, o enfermeiro especialista necessita de integrar na sua atitude profissional a empatia quer com as crianças, adolescentes ou pais; a brincadeira poderá ser uma estratégia de comunicação; é importante a sinceridade e a verdade daquilo que se comunica para a criança não se sentir enganada. Caso este tipo de experiências ocorram, a criança terá dificuldade em confiar e poderá recusar ouvir o enfermeiro, nomeadamente em técnicas dolorosas e aqui a terapêutica farmacológica e não farmacológica deverá sempre estar presente (BATALHA, 2010), permitindo uma prática de enfermagem avançada e aumentar a satisfação da criança e dos pais, proporcionando ganhos em saúde pela qualidade dos cuidados prestados (WONG, 2011).

O enfermeiro deve também escutar a opinião da criança e por vezes pode necessitar de utilizar uma negociação. A comunicação poderá estabelecer-se através da linguagem *verbal* mas também de linguagem *não-verbal*, com ênfase nos lactentes, onde um toque pode ser reconfortante, assim como o facto de comunicar com a criança a uma altura aproximada à dela (WONG, 2011). A prática da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP) necessita de disponibilidade de tempo para que a criança acompanhe perceção, assim

como as palavras e a mensagem transmitida deverá ser adaptada ao seu nível de entendimento, ao seu contexto sócio-cultural e ao seu padrão de desenvolvimento (OE, 2011).

No decorrer do estágio com recém-nascidos e lactentes, a comunicação é mais dirigida aos pais e alicerça na empatia e confiança conquistada. No que respeita aos toddlers adaptei a comunicação utilizando brincadeiras, por vezes com apoio dos próprios brinquedos das crianças ou os dispositivos clínicos (como uma seringa ou um nebulizador), por vezes, alusiva a super-heróis ou desenhos animados que também fica doentes, e a comunicação à mesma altura corporal. Neste estágio deparei-me com 2 crianças com doença crónica (asma), em situação de crise. Uma vez que não se tratava de uma situação inaugural, fazer medicação em câmara expansora, bem como os dispositivos inerentes à situação, eram-lhes familiares (oxigénio por cânula nasal e saturímetro para monitorização continua). Nestes casos, uma vez que já havia historial de internamentos de curta duração a adaptação ao serviço foi fácil e a interação com equipa não apresentou dificuldades. No caso toddlers internados por motivos cirúrgicos houve 2 situações mais difíceis de estabelecer comunicação, provocado pelo medo e insegurança da criança que não estava preparada para o acontecimento, por outro lado a outra criança foi conquistada através do seu brinquedo preferido, entendendo que eu era uma aliada, que iria fazer parte de uma experiência.

Em relação aos adolescentes, contactei com situações de foro cirúrgico (ortopedia), na sequência de fraturas por desporto e com um período de internamento médio de 2 a 3 dias. Nestes doentes adaptei estratégias específicas ao adolescente, nomeadamente a escuta, perceber as suas angústias e notei que algumas das vezes não referiam a dor apesar de a ter (notada pelo facies franzido, palidez, inquietação, sudorese), que muitas vezes por fatores culturais, outras vezes por traços da personalidade, se impedem de os comunicar. Depois de uma conversa onde se estabelece a confiança e com a aplicação da escala numérica para avaliação da dor e esclarecer que ela pode ser reduzida e melhorar a bem-estar e conforto (BATALHA, 2010), o adolescente pareceu estabelecer uma ligação e relação de confiança que melhoraram toda a situação; nestes doentes foi importante mostrar disponibilidade e providenciar a

sua privacidade, assim como abordar os assuntos de forma simples e por forma a esclarecer dúvidas relacionadas com o contexto de internamento (OE, 2010).

De facto, os bloqueios na comunicação podem condicionar a gestão do regime terapêutico. O desenvolvimento de competências da comunicação é uma competência do especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, com reflexos cruciais no desempenho do exercício profissional pela relação de proximidade estabelecida entre profissionais, pais e criança/adolescente.

Competência

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo à evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;

Objetivo

- Refletir criticamente sobre a assistência especializada em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Atividades

- Observar a assistência especializada de enfermagem de saúde Infantil e Pediatria;
- Refletir sobre a prática de cuidados à criança / família, à luz do conhecimento científico atual.

Reflexão Crítica

Em situações de vulnerabilidade como é o regresso a casa do prematuro, o trabalho da equipa multidisciplinar de enfermagem nas diferentes áreas de atuação permite uma continuidade de cuidados personalizada. Este trabalho de

colaboração entre a equipa de referência da neonatologia e a equipa de cuidados continuados e da unidade de saúde familiar, tem como fase inicial a intervenção ao recém-nascido e família no domicílio, promovendo estratégias facilitadoras de a adaptação da criança à família e da família às necessidades da criança. Neste estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a uma lactente nas circunstâncias referidas, que após avaliação de enfermagem apenas necessitava de visitas domiciliárias semanais para avaliação do peso e do desenvolvimento da criança, assim como avaliação do desempenho do papel parental.

Relativamente ao desempenho do papel parental, pode apresentar dificuldades relacionadas com o facto de se iniciar mais cedo do que é expectável e que acresce um bebé com necessidades de cuidados diferenciados e por isso um internamento prolongado. O estado de saúde do recém-nascido (RN) prematuro, pode implicar uma alimentação por sonda gástrica, devido à sua imaturidade e subsequentes débeis reflexos de sucção e dificuldade de coordenação com a respiração e deglutição (SPP, 2004). Torna-se, portanto uma conquista quando o lactente consegue fazer mamadas no biberão ou pelo copo e parece distante a possibilidade de amamentação “à mama”, por se tratar de um processo ainda mais complexo. Esta reflexão surge de uma situação de assistência RN prematuro de 29 semanas de gestação, com um mês e meio de internamento, tendo passado pelas etapas anteriormente referidas. As condições favoráveis de saúde do bebé; a motivação, o empenho e a confiança da mãe, apoiada na avó materna da criança, proporcionou a tentativa de adaptação deste bebé à mama, que aconteceu praticamente sem dificuldades. Os sinais de eficácia na amamentação, facilidade do bebé na coordenação da sucção-respiração e deglutição, a sua hidratação, aumento de peso (mais que o expectável), indicou a clara vantagem para este bebé. Não obstante o benefício inquestionável do aleitamento materno (QUEENSLAND CLINICAL, 2016), em especial para um lactente prematuro, acrescentando os benefícios para a mãe que já mostrava alguns sinais de exaustão pelas 8 extrações diárias de leite materno à bomba, para contabilizar as mamadas do seu filho. Com a intervenção especializada que fiz, houve a descoberta das capacidades da mãe e do filho que surgiram de forma favorável. Ocorreram várias avaliações e reformulações de intervenções de

enfermagem e em pouco tempo foi possível a boa adaptação ao seio materno e a melhor coordenação com períodos de repouso, culminou com a satisfação da mãe e desta forma a eficácia do desempenho parental e a sua transição.

A preparação para a cirurgia é necessária e fundamental para que a criança tenha uma experiência positiva, minimizando o medo e a ansiedade da criança e família. A preparação deverá ser feita de acordo com a idade, nível de desenvolvimento cognitivo, tipo de cirurgia e experiências hospitalares anteriores (OE 2011a). A faixa etária da maioria das crianças operadas, no decorrer do estágio era entre 3 e 5 anos, sendo a prevalência a idade dos 4 anos, e habitualmente a alta hospitalar ocorria no dia seguinte à cirurgia. Nesta idade a criança entende que está num ambiente desconhecido e por vezes apresenta medos inesperados. A preparação deve ser dirigida aos pais, mas também às crianças, mas de forma simples, alusivo à brincadeira lúdica, mas num período de poucos minutos. Na idade dos 4 anos, deve ser explicado que a cirurgia serve para melhorar algo e esse procedimento é efetuado durante o sono. Que a mãe ou o pai estão com a criança até esta adormecer e quando acordar estará junto da sua mãe ou pai (a criança sente-se segura quando na presença de pessoas significativas). Estes aspetos têm que ser aferidos com os pais, de acordo com a ansiedade/medo que os seus filhos habitualmente apresentam, para que não haja um confronto entre os seus aspetos de personalidade e ambiente cirúrgico e com isso aumentar o medo/ansiedade, prejudicando a criança (OE, 2011). É importante a preparação cuidadosa dos pais para que a mesma ocorra em casa entre os pais (protetor da criança; pessoa de referência, em quem a criança mais confia) e a criança. Importa que o enfermeiro não seja visto como um “mau da fita”, mas como um colaborador deste processo, juntamente com a informação transmitida anteriormente pelos pais. É habitual as crianças fazerem perguntas e as mesmas devem ser respondidas com sinceridade e honestidade, nunca usando mentiras, pois a criança que se sente enganada não irá mais confiar numa próxima experiência. A literatura refere que antes dos 4 anos a preparação deve ser realizada 1 a 2 dias antes da cirurgia, pois o pensamento fantasioso da criança (característico desta fase de desenvolvimento) pode ser prejudicial caso haja muita antecedência (OE, 2011). Quanto maior a idade, mais cedo poderá

ser comunicado o dia do momento cirúrgico, pois a criança começa a ter capacidade de entendimento. As técnicas de comunicação são fundamentais para manter a criança calma e para que ela se sinta confiante e segura. O enfermeiro deve mostrar interesse, dialogar com perguntas e responder às questões da criança, transmitir calma e segurança, sem a comparar com outras crianças e esclarecer que a criança nunca estará sozinha (OE, 2011).

Na minha experiência de estágio reparei que, infelizmente esta preparação é escassa. O cirurgião informa aos pais o ato cirúrgico numa consulta pré-operatória, mas a preparação é muito limitada e a intervenção de enfermagem está circunscrita ao momento da admissão ao serviço no dia da cirurgia. Por vezes esta gestão fica difícil, pois a criança não se sente segura. Os pais fazem o melhor que sabem, muitas vezes sem preparação para tal. Observei que por vezes com tanta vontade de fazer o melhor, usam de expressões falsas: “não vai doer nada...”. Esta é uma frase que não podemos falar, pois não sabemos.

Na preparação pré-operatória no dia da cirurgia, seria importante que a colocação do cateter venoso periférico fosse efetuada na indução anestésica com gases anestésicos (neste momento é colocado no internamento, com EMLA®, mas a criança percebe e por vezes manifesta medo, mesmo não tendo dor) e que a criança se fizesse acompanhar de um objeto significativo. Penso que estas medidas poderiam ser adotadas, com uma melhoria de qualidade dos cuidados prestados e sem prejuízo da logística hospitalar. A utilização de um pijama próprio da criança e a atribuição de um diploma de bom comportamento são medidas adotadas, muito positivas.

Enquadrado na explanação das competências e do objetivo designados neste item, acresce-me a reflexão de outro tema, nas situações de recusa alimentar por motivos de comprometimento da *limpeza das vias respiratórias*, *tosse* ou *infecção*, como noutras, em que a prescrição de fluidoterapia endovenosa apenas existe para manter a hidratação, sem que haja diagnóstico médico de desequilíbrios hidroeletrólíticos, a enfermagem pode e deve autonomamente decidir a redução do débito de um soro. Na minha prática ao longo do estágio, tomei essas decisões de suspender soroterapia fundamentadas na evolução

favorável da criança, no que respeita à sua alimentação e hidratação habitual, ou, se por exemplo, perde o acesso venoso periférico, mantendo sempre a vigilância, caso fosse necessário voltar a reintroduzir. Esta decisão permite menos dispositivos em volta da criança, menor exposição à dor (no caso de perder o acesso venoso periférico) e fomenta a parceria de cuidados no que respeita à hidratação e alimentação oral. O mesmo acontece na gestão de oxigenoterapia administrada, quer pela hipoxemia, quer pela dispneia, no sentido de proporcionar conforto à criança.

Competência

- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;
- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área EESIP;

Objetivo

- Identificar os diagnósticos mais frequentes em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Atividades

- Identificar os focos da prática sensíveis aos cuidados de enfermagem de SIP;

Reflexão Crítica

Os focos sensíveis à prática de enfermagem associam-se ao sistema respiratório (tossir, dispneia, limpeza das vias aéreas), gastrointestinal (vômito, diarreia), urinário, febre, convulsões, ingestão de corpo estranho, intoxicações, quedas e traumatismos. Existe uma maior prevalência de doenças agudas, porém também

se verificam situações e agudização de doenças crônicas que requerem uma observação de caráter urgente e por vezes de hospitalização.

Em contexto hospitalar identifiquei focos sensíveis à prática de enfermagem para posterior elaboração de diagnósticos relacionados com as necessidades da criança e com o cuidado corporal, designadamente: *limpeza das vias aéreas, dispneia, tossir, vômito, infecção, febre, eritema de fraldas, dor, eliminação intestinal; eliminação urinária, conforto, queda* (risco de queda através da aplicação da escala de quedas “*sempre em pé*”), *papel parental, ingestão nutricional*. Nas crianças com idade inferior a 3 anos é levantado o foco *ligação mãe-filho e vinculação*, pois a abordagem de uma **parentalidade positiva**⁶ através da capacitação para o cuidados dos filhos nos primeiros três anos de vida, permite aumentar na criança, a sua auto-estima e auto-confiança, facilitando o seu desenvolvimento, pelo potencial de aprendizagens neste período e compreende um processo de afetividade estabelecida entre ambas as partes (SAUDADE, et al., 2010).

Atividade

- Identificar os critérios de admissão de um Recém-Nascido num serviço de neonatologia;

Reflexão Crítica

O feto nascido prematuramente tem uma oportunidade maior de sobrevivência a partir da 26^o e a 40^o semanas de gestação, no entanto depara-se com dificuldades de maturação inadequadas dos mecanismos enzimáticos, respiratórios, renais, metabólicos, hematológicos e imunológicos. Podendo provocar por isso várias alterações a nível do desenvolvimento físico e intelectual. O reconhecimento de doenças no recém-nascido depende do

⁶ **Parentalidade Positiva** – “*processo que usa competências construtivas e atitudes para ajudar, apoiar, encorajar e afirmar o desenvolvimento da criança. Para isso, a competência e gestão do comportamento das crianças e o desenvolvimento de competências para a tomada de decisão permitam que os pais construam confiança na sua própria parentalidade*” (SAUDADE, et al., 2010).

conhecimento sobre as mesmas e da avaliação de um numero limitado de sinais e sintomas relativamente inespecíficos em termos clínicos. Recém-nascido de alto risco é a criança que deve ser mantida sob meticulosa observação dos profissionais de saúde. Muitos destes recém-nascidos são prematuros (idade gestacional inferior a 35 semanas), apresentam baixo peso para a idade gestacional (inferior a 2000g), significativa asfixia perinatal (instabilidade respiratória ou hemodinâmica), ou nascem com anomalias congênitas que podem ser fatais, sem apresentar previamente fatores de risco.

A admissão de um recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais pode ser uma situação geradora de grande stress. A natureza e a gravidade da doença são os principais fatores assim como a própria unidade composta por todos os equipamentos de cuidados intensivos neonatais. A prioridade nesta situação é a estabilização do recém-nascido e a avaliação do seu estado geral, através da monitorização cardio-respiratória, avaliação do perímetro abdominal, glicemia capilar, avaliação de tensão arterial, estabelecimento de um equilíbrio térmico, com a colocação do mesmo numa incubadora, a colocação de um cateter venoso periférico e realização de rastreio sético com a colheita de sangue e colheita de secreções com zaragatoa, caso necessário.

Objetivo

- Desenvolver competências na triagem canadiana aplicada à criança / adolescente que recorre ao Serviço de Urgência Pediátrica.

Atividades

- Aperfeiçoar capacidades de identificação de situações de Urgência e Emergência;

Reflexão Crítica

Na triagem de crianças, o enfermeiro especialista é o profissional competente para avaliar o estado geral da criança, aspeto e comportamento da mesma,

avaliação dos seus sintomas e parâmetros vitais e antropométricos, vista à atribuição diferenciada de um grau de urgência à criança e assim a observação médica da mesma respeitar a necessidade mais breve de avaliação.

A Triagem Canadiana remete para uma avaliação rápida e criteriosa do estado do doente através da observação, avaliação e breve entrevista (2 a 3 minutos) e integra três etapas sequenciais: a primeira impressão da gravidade da doença, a avaliação da queixa principal, a avaliação da relação entre a idade e o comportamento da criança. É aqui fundamental a apreciação do estado de consciência da criança e a sua aparência geral, seguindo-se o triângulo da avaliação pediátrica que se rege pela aparência (atividade e reatividade), à circulação/perfusão (coloração da pele) e à respiração (sons, frequência e esforço respiratório). Consoante o número de lados do triângulo alterados temos uma rápida noção do estado da criança e da gravidade da doença. O Triângulo de Avaliação da Triagem integra três parâmetros que quando alterados assumem estados de urgência: 1 parâmetro alterado cor amarela; 2 parâmetros alterados cor laranja; 3 parâmetros alterados cor vermelha.

O enfermeiro especialista pode encaminhar diretamente da triagem para pediatria, cirurgia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia, estomatologia, imunohemoterapia, dermatologia e sala de observações.

No meu estágio realizei 40 triagens, após esta avaliação, levantei diagnósticos e implementei intervenções autónomas e interdependentes. É exemplo a administração de antipirético se a criança com febre, segundo protocolo da instituição. Na triagem tem influência avaliativa a idade da criança (o mesmo sintoma pode atribuir prioridade diferente, exemplo a febre em lactente atribui necessidade de atendimento com maior brevidade).

Este sistema de triagem está classificado em 5 níveis de gravidade, que variam de uma situação “sem urgência a uma situação “emergente”, que estão relacionados com os tempos de espera para a assistência médica: Cor vermelha (nível de gravidade I), atendimento médico imediato na sala de emergência; cor de laranja (nível de gravidade II), atendimento médico em 15 minutos; cor amarela (nível de gravidade III), atendimento médico em 30 minutos; cor verde (nível de gravidade IV), atendimento médico em 60 minutos; cor azul (nível de

gravidade V), atendimento médico em 120 minutos. Caso este tempo supere, no nome da criança surge sombra cor-de-rosa, o que significa que a criança tem que ser retriada. A retriagem é um processo importante pois pode haver agravamento do estado de saúde da doença. Cor Amarelo deve ser retriada a cada 30 minutos; Cor Verde deve ser retriada a cada 1h. A febre estabelece maior prioridade em crianças mais pequenas, quer pela sua etiologia, pelo seu agravamento mais rápido e por muitas das vezes não apresentar mais nenhum foco associado (SANTOS, et al.; 2005).

A utilização da parceria de cuidados é também fundamental para avaliação da necessidade de retriagem; pode não ser o tempo previsto, mas antes ou após. Os pais são os nossos colaboradores na avaliação do estado geral da criança e dão o “*alerta*”. Se o filho está mais quente, se refere mais dor; se vomita ou se iniciou prostração. Os tempos para retriar são apenas uma referência, pois a criança tem que ser vigiada continuamente pelos enfermeiros e pode ser realizada sempre que o enfermeiro especialista considere relevante, de acordo com o tipo de necessidade detetadas em cada doente.

A DGS, 2018 refere-se à triagem como um momento que permite um melhor funcionamento e adequação dos cuidados urgentes de saúde às necessidades do doente. Desta forma, a triagem confere o primeiro contacto hospitalar de avaliação clínica e em frente à sala de emergência, o que confere ao enfermeiro especialista (que tria), as competências de avaliação e atuação em situação de agravamento da doença em caráter de suporte imediato de vida.

A dor é avaliada em escala apropriada à idade, conforme designado na atividade anterior deste relatório, e poderá indicar protocolo de administração de analgésico (exemplo na otalgia pode implementar medidas farmacológicas de controlo da dor, ao abrigo do protocolo de atuação).

As intervenções interdependentes consistiram na administração de antipiréticos; na administração de soro de re-hidratação oral; na administração de analgésicos de primeira linha em utente com dor por patologia *minor* (designadamente a otalgia); na administração de oxigênio a doente com dificuldade respiratória severa; na monitorização cardiorrespiratória e na introdução e manutenção de acesso venoso periférico em doente grave. Estas intervenções remetem para a

enfermagem avançada e por isso este é um procedimento de elevado nível de competência profissional que é atribuído ao enfermeiro especialista.

Objetivo

- Desenvolver competências relativas à promoção da adaptação da Criança, Adolescente e Família ao processo de hospitalização.

Atividades

- Desenvolver estratégias que minimizem o impacto da hospitalização na criança e família;
- Desenvolver estratégias que promovam a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança;

Reflexão Crítica

O contexto de hospitalização, mesmo por um curto período, representa um momento de transição quer na criança, quer na dinâmica familiar, uma vez que implica um acontecimento de vulnerabilidade na saúde da mesma e integra dispositivos que a criança desconhece e ocorre num ambiente também desconhecido, ou seja, as crianças vão ser afetadas por qualquer modificação que possa ocorrer no seu meio ambiente e nas suas rotinas habituais. Também a família sofre com esta situação, logo o processo de doença, constitui um fator de angústia e insegurança nos pais / família em que os enfermeiros têm um papel fulcral de atuação, atenuando os referidos efeitos, estabelecendo relação de confiança e proporcionando conforto. Importa que a integração no meio hospitalar ocorra de forma saudável, sustendo naquele ambiente as melhores ferramentas possíveis para o favorecimento da adaptação e desta forma a conquista das crianças e sua família. Quando essa conquista e confiança se formam, fundamentadas na comunicação eficaz, todo o processo de enfermagem decorre de forma mais favorável, possibilitando ganhos em saúde, satisfação e motivação profissional e excelência nos cuidados de enfermagem.

A família é o alicerce da vida da criança e como tal torna-se imperativo fomentar a presença dos pais durante 24 horas no período de estadia hospitalar da

criança, que constitui um direito da mesma (o acompanhamento pelo adulto de referência, cuidador), assim como a participação nos cuidados.

A hospitalização poderá ser um momento de maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança e minimização dos efeitos negativos da mesma. Para facilitar este processo utilizei o brincar e estimei, sempre que possível a saída da enfermaria para salas de brinquedos. Com a utilização da brincadeira, consegui que uma criança em aprendizagem da fala desenvolvesse vocabulário, conseguindo dizer duas novas palavras.

Como estratégias para minimizar o impacto do processo de hospitalização na criança e sua família é importante fomentar a presença de pessoas e objetos significativos; incentivar a parceria de cuidados; manter hábitos da criança, sempre que possível; proporcionar conforto e alívio da dor, caso esta esteja presente. Promover um ambiente afetivo e seguro, facilita a adaptação da criança, assim como promover atividades lúdicas. Desta forma a criança afasta o sofrimento e obtém momentos prazerosos, potenciando o seu processo de desenvolvimento e capacidade de resiliência (OE 2010). No decorrer do estágio, apliquei estas intervenções e considero que foi muito positivo, pois notei que apesar de estarem em situação de internamento estas crianças estavam felizes.

Objetivo

- Desenvolver competências na assistência especializada de enfermagem ao Recém-nascido, à Criança, Adolescente e Família, segundo a metodologia do processo de enfermagem.

Atividades

- Prestar cuidados de enfermagem: avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, intervenções e avaliação de resultados de acordo com as necessidades identificadas;

Reflexão Crítica

Conforme refletido noutros âmbitos deste documento, sobre o *papel parental* diagnostiquei o potencial para melhorar o papel parental (isto é, o que é

espectável que os pais façam aos seus filhos numa situação de hospitalização, é um exemplo, uma mãe compreender que para aspirar a sua bebé, a última refeição necessita de um intervalo que garanta a digestão dos alimentos); o conhecimento e a capacidade da mãe e do pai para tomar conta (referindo as necessidades especiais que a hospitalização implica) e a potencial parceria/negociação de cuidados. As necessidades desenvolvimentais da criança são avaliadas para uma previsão de internamento mínima de 3 dias, com a intervenção da enfermagem através de ensinamentos (de acordo com as necessidades) e a reavaliação e reintervenção contínua até haver o conhecimento e a competência parental.

Em relação ao potencial risco para desenvolver úlceras de pressão, em pediatria este risco está associado à utilização de dispositivos médicos, é exemplo, as cânulas nasais e saturímetro, pelo que a intervenção de enfermagem passa pela regular manipulação dos mesmos e substituição do local anatómico onde se encontra ou posicionamento, evitando desta forma a pressão do dispositivo na pele.

No meu estágio tive oportunidade de assistir doentes por etiologia e idade (aplicando um questionário de avaliação inicial dos conhecimentos e competências dos pais por idade, recém-nascido, lactentes, toddlers, pré-escolar, escolar e adolescentes): doentes de foro cirúrgico (otorrinolaringologia) com idades compreendidas entre os 2 anos e os 5 anos; doentes de foro médico, maioritariamente por bronquiolite com idades compreendidas entre os 28 dias e os 6 anos de idade; recém-nascidos prematuros e também lactentes com bronquiolite. Adolescentes com idade superior a 13 anos de etiologia ortopédica por fratura. Em relação à doença crónica, tive contacto com crianças com asma agudizada; destaco a presença do vírus sincicial respiratório em cerca de metade dos doentes de etiologia respiratória, o que implica a instituição de isolamento de contacto à luz das medidas de proteção individual (DGS, 2013a), também tive lactentes com diagnóstico de infeção do trato urinário, que implicam o mesmo tipo de isolamento; um doente com recusa alimentar, na qual desenvolvi várias intervenções, nomeadamente no que respeita às diversas possibilidades para oferecer leite; vigiar a desidratação através da observação das mucosas, número e características das micções e vigilância do peso.

Nas 37 consultas de saúde infantil que realizei pude avaliar a criança no que respeita ao seu crescimento e desenvolvimento, a aplicando a escala de Mary Sheridan que integra o PNSIJ (DGS, 2012) implementado no Sistema de informação SClínico. Nestas consultas é possível diagnosticar necessidades em saúde e fazer encaminhamento e agendamento da próxima consulta para continuidade da vigilância de saúde. Importa consignar na intervenção da enfermagem todas as possibilidades de contacto para consultas “*oportunistas*” (PNSIJ, 2012) e assim abranger o maior numero possível de crianças e com isto obter ganhos em saúde. No decorrer do estágio, todas as consultas foram vigilâncias de saúde ou momentos de vacinação e esclarecimento de dúvidas e não surgiu nenhuma situação de necessidade de encaminhar para equipas diferenciadas de atuação (exemplo o NACJR). Neste momento de aprendizagem, senti o crescente desenvolvimento de competências quer de conhecimentos, quer comunicacionais e relacionais.

Na UCC surgiu uma mãe com o seu 2º filho com 15 dias de vida, chorosa, referindo-se “sem forças”, pois este processo estaria a ser mais difícil do que a sua primeira experiência de maternidade [cada nascimento corresponde a uma nova transição (MERCER, 2004)]. O RN necessitou de fototerapia por icterícia neonatal e por isso, seguiu-se a vigilância pós-fototerapia no que respeita ao controle de mamadas, micções e dejeções pelos pais. Tal levou a uma exaustão por parte da mãe, com vontade de amamentar, monitorizando as mamadas do seu filho e por isso durante os 15 dias extraia o seu leite com bomba e oferecia-o a biberão. O bebé com bons reflexos de sucção e deglutição mas desorganizado no que respeita à pega da mama, estava nesta fase bem adaptado à mama esquerda, mas com dificuldade na pega à mama direita e por isso esta mama já apresentava gretas e ingurgitamento. Foi prestado apoio a esta mãe, que tinha sentimento de culpa face à situação que se apresentava. Explicou-se que amamentar não poderia ser uma obrigação e que transitoriamente se assim o desejasse poderia introduzir um leite de fórmula para facilitar o processo (já que também na extração à bomba não havia muito sucesso), neste momento de stress.

Aqui diagnosticou-se a problemática no desempenho do papel parental que dificultava o processo de ligação da mãe à criança. Sugeriu-se o descanso da

mãe e nessas mamadas o bebê ia ingerir ou fórmula ou leite materno no biberão. Fez-se uma reavaliação poucos dias após e a mãe estava mais motivada, com melhor aspeto e mais sorridente, já mais confiante e adaptada para o cuidado ao seu bebê. A mama direita em processo de cicatrização e com esta avaliação de intervenções implementadas positiva, reuniam-se condições para se estabelecer de forma eficaz processo de transição para a parentalidade.

Atividades

- Avaliar a dor através da aplicação escalas adequadas;
- Implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor;

Reflexão Crítica

O recém-nascido é mais sensível e vulnerável à dor, devido seu rápido desenvolvimento do sistema nervoso. A profilaxia da dor é fundamental para que este desconforto se minimize e desta forma se proporcionem cuidados de qualidade (BATALHA, 2007). Na minha pratica, a prevenção da dor foi uma constante, nomeadamente através da implementação de medidas não farmacológicas como a sacarose, a sucção não nutritiva, o colo, a contenção, a aplicação de anestésico tópico no local da punção venosa (EMLA®). Considero que estas medidas foram fundamentais quer para manter o conforto da criança, quer para conquistar a confiança das mesmas e dos pais, que desta forma se mostravam mais disponíveis para colaborar nos cuidados aos seus filhos.

Quando é levantado o diagnóstico de *dor*, é tido em conta a história de dor e é monitorizada de 8/8h de acordo com a aplicação de escalas, que utilizei, designadamente [NIPS, EDIN, FLACC, FLACC-R, EVA, Faces, numérica (DGS, 2010; 2012a e 2012b)]. Se Dor presente, é monitorizado o grau, é efetuada a intervenção através de medidas farmacológicas e não farmacológicas e a é levantado o diagnóstico *vigiar dor*, com um horário de vigilância a cada 4h. Ao proporcionar o conforto da criança através do alívio da dor, estamos a cumprir o artigo 4º das Anotações da Carta da Criança Hospitalizada (2004) que refere que *“agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo(...)”*,

podendo assim a dor que não se trata, um tipo de agressão. Também no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, do colégio da especialidade, consigna a gestão da dor como uma intervenção de enfermagem, com a aplicação de terapias não farmacológicas, no que refere ao desenvolvimento autónomo da profissão (OE, 2011b). Desta forma, o enfermeiro, é por excelência um profissional apto a maximizar o bem-estar da criança.

A sacarose e a sucção não nutritiva surgem como medidas não farmacológicas prioritárias que utilizei antes da realização de procedimentos dolorosos, como é o caso das punções por cateter venoso periférico. A implementação de medidas não farmacológicas para controlo da dor e promoção de conforto do recém-nascido (através do posicionamento adequado e da redução de estímulos ambientais), são intervenções autónomas, do exercício profissional da enfermagem que lhe confere competência no domínio da prestação dos cuidados, associando o conhecimento científico atual.

Objetivo

- Desenvolver competências no âmbito da parceria de cuidados com os pais das crianças e adolescentes hospitalizados.

Atividades

- Identificar conhecimentos e habilidades dos pais acerca dos cuidados a prestar ao seu filho;
- Promover a participação dos pais nos cuidados prestados.

Reflexão Crítica

A hospitalização associada ao episódio de doença, remete para a vulnerabilidade quer da criança doente, quer dos pais que se deparam com um processo de transição, que, pela fragilidade provocada pela dor e sofrimento, poderá causar dificuldades no desempenho da parentalidade. Pode ocorrer uma crise por parte dos pais, face aos cuidados que são necessários para os seus

filhos e um possível sentimento de incapacidade. Os enfermeiros especialistas em ESIP, são profissionais privilegiados na instilação de confiança aos pais, potenciando a adaptação parental à nova situação, pois os pais são sempre os melhores cuidadores dos seus filhos, pelos laços de afetos, intimidade e amor que cresce desde a gestação. Neste sentido, os enfermeiros serão facilitadores do processo, através do apoio, instrução, acompanhamento, dotando-os de conhecimentos e competências no sentido de promover autonomia no desempenho quer das suas funções parentais, quer na parceria de cuidados através da gestão do regime terapêutico dos seus filhos, nomeadamente na preparação para a alta clínica (OE, 2015c).

Os pais (e criança dentro da sua capacidade de entendimento) têm que ser informados sobre o tratamento a realizar aos seus filhos e envolvidos na tomada de decisão. Desta forma o processo do cuidado numa interação enfermeiro-pais-criança torna-se excelente, facilitando e proporcionando os melhores cuidados à criança. Através da negociação o enfermeiro deve ser aliado dos pais, ouvinte, apoio, facilitador, orientador e os pais por sua vez, procederão de forma autêntica e excelente no cuidado dos seus filhos. De novo, a confiança e a empatia são palavras-chave no estabelecimento da relação. Em conjunto, ambas as partes poderão implementar processos de cuidados excelentes (CASEY, 1995). Para esta parceria eficaz, o processo de vinculação parental necessita de estar muito consolidado, com o desenvolvimento de afetos e laços que promovem este cuidar com amor. A parceria torna-se um modelo transformador desde o momento em que os pais possam estar presentes junto aos seus filhos 24h por dia. No Ponto 1 do Artigo 2.º - acompanhamento familiar da criança internada, da Lei nº 106/2009 refere que *“a criança, com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde, tem direito ao acompanhamento do pai e da mãe ou de pessoa que a substitua”*. O Ponto 1 do Artigo 4.º- condições de acompanhamento, reforça o artigo 2.º no que respeita ao tempo de permanência *“o acompanhamento familiar permanente é exercido tanto no período diurno como noturno (...)”*. Mercer (2002), citado por OE (2015c) refere que o processo de transição para a parentalidade deve ser uma experiência positiva, nomeadamente durante a hospitalização. Para que tal ocorra, os enfermeiros devem aumentar a autoestima parental, respeitar as crianças, promover a

interação com a criança, promovendo a motivação para aprendizagens e percebendo a dinâmica familiar (OE, 2015c).

Um exemplo da parceria de cuidados na minha prática foi uma criança com 3,5 anos com atraso global de desenvolvimento. Baseando-me na sua história de saúde, avaliei a dor através da aplicação da escala FLACC-R (escala adaptada a crianças com multideficiência) e diagnostiquei dor intensa e como tal as medidas não farmacológicas seriam insuficientes. Tratava-se de um menino com historial de infeção do trato urinário recorrente, dependente de fralda e ao momento a recusar alimentação oral, com história recente de vômito. Na prescrição da analgesia estava Paracetamol SOS, via oral. Perante o facies franzido, gemido, adopção da posição fetal, inquietação e localização dos membros superiores na região abdominal (OE, 2008), conversei com a mãe, com conhecimentos e desempenho do papel parental perante uma situação complexa no domicílio (doença crónica), e juntamente com ela tomei a decisão de administrar a terapêutica prescrita, pedindo ao médico para alterar a via de administração para via retal e uma vez que era o momento de mudar a fralda, seria uma oportunidade para fazer as duas intervenções no sentido de proporcionar uma manipulação mínima, mantendo o melhor estado de conforto possível à criança. Pouco tempo depois a criança tranquilizou, a mãe reconheceu a competência de atuação perante esta situação específica e pouco tempo depois a criança brincava e aceitou alimentar-se.

Competência

-Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
--

Objetivo

- Desenvolver competências no âmbito da educação para a saúde em contexto de Saúde Infantil e Pediátrica.

Atividades

- Identificar necessidades de educação para a saúde;
- Planejar sessão de educação para a saúde;
- Realizar sessão de educação para a saúde, no apoio do desempenho para a parentalidade a mães, sobre o tema “*Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida*”.

Reflexão Crítica

Pelo contacto com pais de recém-nascidos, quer em contexto de consulta, quer no cantinho da amamentação, percebi que o tema da alimentação à criança é um assunto sobre o qual as mães e pais tem dúvidas e algumas inseguranças, nomeadamente o período da introdução de novos alimentos, o tipo de alimentos, a reação da criança e a confeção dos mesmos. Partindo desta constatação e na necessidade formativa aos pares sobre a mesma temática, fiz uma revisão de literatura, intitulada “*Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida*”, tema que então incorporei na sessão de educação para a saúde que fiz, no decorrer da intervenção assistencial da promoção para a a parentalidade da UCC.

SIMÕES, et al, 2011, refere que educar para a saúde é criar condições para que as pessoas adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e implica um planeamento adequado, integrando recursos e metodologias apropriadas ao público-alvo. Partindo do apêndice 1 e do anexo 1 (PowerPoint que é utilizado nas sessões de promoção à parentalidade aos pais, integrado no projeto da UCC), planeei a sessão (apêndice 2) e realizei a sessão de educação para a saúde onde estiveram presentes 9 mães acompanhadas pelos seus bebés em idades de início da introdução alimentar (depois dos 4 meses). Para algumas destas mães o tema não foi novo, contudo durante a sessão elas participaram, partilharam experiências e colocaram questões às quais respondi. No final da sessão foi pedido para os formandos responderem ao formulário de avaliação do formador e da sessão (apêndice 3), cujos resultados se encontram no apêndice 4 e remetem para uma avaliação positiva tanto do formador como do tema.

Objetivo

- Aprofundar conhecimentos e competências na utilização dos sistemas de informação utilizados na unidade de saúde, utilizando a linguagem CIPE.

Atividades

- Efetuar registos de enfermagem no sistema de informação dos contextos, promovendo a continuidade de cuidados;

Reflexão Crítica

O SNS incorpora o SClínico, sistema de comunicação em enfermagem baseado na linguagem CIPE®, sendo um caminho com vários anos para que todos os profissionais de enfermagem estabeleçam a comunicação com a mesma linguagem na uniformização de diagnósticos e de todo o processo de enfermagem, admissão e alta. Este sistema de informação permite aceder ao processo clínico do doente, historial de internamentos na unidade hospitalar e em outras unidades do SNS, assim como visualizar alertas em saúde e referência de risco, caso exista; colaboração de outras especialidades e vigilância de saúde no ACES, com esquema vacinal documentado. Portanto esta plataforma permite obter a informação detalhada sobre os doentes, tendo um futuro promissor em ganhos de saúde, pois, na minha experiência profissional em hospital privado identifico, constantemente recorrências a diferentes unidades hospitalares (privadas ou públicas) e isso transparece falta de confiança nos profissionais ou mesmo insegurança. É importante haver um registo histórico dos acontecimentos em saúde e desta forma as decisões poderão ser mais eficazes e mais eficientes, representando menores custos.

Ao longo do estágio, documentei todo o processo de enfermagem: diagnósticos, intervenções e resultados.

O sistema permite que num contacto com um doente se faça o agendamento para a próxima consulta (no caso dos cuidados de saúde primários), estabelecendo um compromisso entre cliente em manter uma vigilância de saúde com o enfermeiro, o que confere uma mais-valia no cumprimento das

mesmas. No meu percurso, aproveitei momentos como a vacinação do para uma oportunidade de consulta ou de agendamento. O caminho do SClínico já permite o registo do mapa individual vacinal mas no momento do estágio, o sistema ainda não permitia obter uma percepção da vacinação do grupo etário para detetar por exemplo atrasos de vacinação para se estabelecer a convocatória desses utentes. Este novo circuito pretende eliminar a utilização de dois sistemas de informação em simultâneo, o SClínico e o SINUS, sendo que este último foi descontinuado recentemente.

Numa perspetiva de melhoria, o futuro do sistema é permitir uma visibilidade nacional do doente (no SNS), independentemente da instituição onde se encontre atualmente.

Atualmente, o e-Boletim ainda não avançou e por isso os pais continuam a manter o boletim de saúde infantil e juvenil e boletim de vacinas, onde são também efetuados registos, que devem sempre acompanhar a criança.

Noutra realidade em contexto método de trabalho em equipa, o sistema JOne permite aos enfermeiros visualizar em cada doente a sua localização, pedidos de análises, medicação, MCDT's, alimentação, outras atitudes, apoio interno (especialidades), intervenções de enfermagem e altas. Este sistema está adaptado às necessidades específicas de uma Urgência Pediátrica pois em cada parâmetro surgem os diferentes pedidos médicos que quando não realizados surgem a vermelho para fácil deteção dos enfermeiros que necessitam de proceder à sua realização e subsequente validação. Se por algum motivo algo foi adiado (por exemplo uma colheita de sangue adiada porque o doente se encontra ausente do serviço a realizar ecografia), o enfermeiro regista o adiamento, passando o quadrado a amarelo, para chamar à atenção que algo está por concluir.

A nível das intervenções de enfermagem o sistema permite associar aos diagnósticos e a validação é associada à identificação do enfermeiro que fez. Relativamente à terapêutica prescrita surgem associadas as indicações para a segurança da medicação administrada: medicamento, dose, via de administração, hora, forma farmacológica e a periodicidade da toma. Acrescenta ainda algo muito importante, o motivo da administração do medicamento e ainda

a reconstituição de medicamento, compatibilidade com outros medicamentos, estabilidade após reconstituição, diluição e observações. Esta forma de registar confere uma linguagem única para aquela equipa em que o enfermeiro disponível no momento avança nos cuidados ao doente e simultaneamente a validação das intervenções efetuadas diminui a possibilidade de erro e riscos que este tipo de trabalho implica pela dificuldade de organização, apesar de haver um enfermeiro responsável.

DOMÍNIO DA GESTÃO

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados da Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2002), *“na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem de forma a aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde”*. Tendo por base o referido documento, segue o desenvolvimento do domínio da gestão.

Competências

- Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
- Realizar a gestão dos cuidados na área EESIP;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área EESIP;
- Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;
- Colaborar na integração de novos profissionais.

Objetivo

- Desenvolver competências no âmbito da gestão.

Atividades

- Observar a gestão de recursos materiais e humanos;

- Adaptar a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Utilizar os recursos de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados;
- Identificar o modelo de gestão de recursos humanos e materiais.

Reflexão Crítica

A gestão dos cuidados é um dos quatro domínios das competências que visam a melhoria dos cuidados prestados, pois um adequado estabelecimento de prioridades, de recursos materiais e humanos, assim como uma integração correta no serviço, fomenta a reflexão sobre os mesmos, facilita a exposição das situações que podem ser melhoradas e, por conseguinte melhora a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos profissionais (OE, 2002).

Em internamento constatei a presença de uma enfermeira de referência com horário fixo e executa-se o método individual de trabalho por turno. A enfermeira de referência conta como rácio, habitualmente a cargo dos doentes cirúrgicos, acompanha a evolução do estado de saúde de todos os doentes, coordena o seu trabalho com a enfermeira chefe na organização do serviço e promove a discussão de casos entre os profissionais de saúde, no sentido de proporcionar tomadas de decisão, gestão de prioridades e fazendo cumprir os protocolos de prestação cuidados existentes no serviço, por todos os profissionais de enfermagem.

Neste modelo, o plano de trabalho de enfermagem é realizado tendo em conta o tipo de doentes (é importante a separação de doentes médicos e cirúrgicos por enfermeiro). Os doentes de foro médico apresentam uma flora microbiana específica, muitas vezes patogénica e com necessidade de instituir isolamento de contacto, de partícula de gotícula (DGS, 2013a). Pelo risco de transmissão de agentes através dos profissionais, torna-se fundamental que os enfermeiros que têm a seu cargo estes doentes, não tenham doentes de foro cirúrgico ou com saúde vulnerável (neutropénicos). Mesmo com todos os cuidados de higienização e de aplicação de medidas de prevenção de infeção, o enfermeiro pode ser portador de agentes patogénicos (ICN, 2017). Outro critério na

distribuição de doentes é a sala onde estão internados (tentando que o enfermeiro não tenha doentes dispersos em várias salas e com isto poder observar atentamente todos os seus doentes a cada vez que se dirige à mesma). Também no sentido de manter a continuidade dos cuidados prestados e os melhores ganhos em saúde, outro aspeto consignado na elaboração do plano da distribuição dos doentes por enfermeiro, é atribuir a cada enfermeiro os mesmos doentes com quem esteve no último turno. Desta forma e pela minha prática profissional, considero que este método de trabalho aplicado na distribuição dos doentes por enfermeiro é excelente. Elaboram esta distribuição a enfermeira chefe, a enfermeira de referência ou enfermeiras responsáveis de turno, caso as anteriormente referidas se encontrem ausentes, num rácio médio de 4 a 5 doentes por enfermeiro em turno diurno. Esta planificação parece-me muito adequada em termos de tempo disponível para a prestação dos melhores cuidados (OE, 2007).

Em contexto de urgência, surge o modelo de trabalho em equipa, apesar de haver uma planificação dos enfermeiros por áreas (conforme designado no objetivo referente à integração do serviço).

Relativamente ao serviço de neonatologia, o trabalho compreende o mesmo critério do internamento mas com um rácio aplicado ao tipo de doentes: 2 a 3 bebés por enfermeiro no caso de Cuidados Intensivos e de 3 a 4 bebés em Cuidados Intermédios Neonatais, permitindo deste modo uma prestação de cuidados mais individualizados, organizada e sistematizada. Também integra na equipa uma enfermeira de referência tal como acima mencionado.

Em contexto de cuidados de saúde primários, respeitante à UCSP surge o modelo de enfermeiro de família, que organiza o agendamento do seu trabalho em módulos de consultas de saúde infantil, evitando juntar na mesma sala de espera crianças e adultos e assim tornar os cuidados mais especializados e desta forma fomentar cuidados de qualidade. Todavia, se por motivos pessoais dos clientes não for possível estar presente no dia instituído, os profissionais de saúde proporcionam um momento agendado noutra contexto, adaptado às necessidades do cliente (OE, 2002). Assim há vantagens quer para os

profissionais que mantêm o atendimento ao maior numero possível de clientes, quer para as crianças e pais que articulam melhor a sua disponibilidade.

Como enfermeira em melhoria contínua das competências, estou desperta a perceber as prioridades da criança e pais, nomeadamente na UCC (também com o modelo de enfermeiro de referência), onde muitas atividades decorriam em simultâneo, com as 3 enfermeiras do serviço, estabelecer prioridades requer engenho e arte, contudo ao longo do estágio, todas as situações foram tratadas no momento devido, possibilitando o conforto dos bebés e de seus pais (refiro o exemplo do bebé que chora para mamar e eu ter a necessidade de agilizar um cantinho disponível para possibilitar a amamentação da criança).

Quanto à reposição dos stocks (material clínico e farmácia) é efetuada por níveis. A reparação de equipamentos e dispositivos médicos e estruturais do serviço é feita mediante um pedido de manutenção efetuado pela chefe do serviço, com uma resposta breve para que todas as condições sejam garantidas.

DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

A Ordem dos Enfermeiros (OE), no enunciado dos Padrões de Qualidade dos Cuidados da Enfermagem (2002), descreve que *“o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros”*. Através da formação contínua aliada à experiência profissional, os enfermeiros desenvolvem competências que permitem o desenvolvimento de uma prática profissional complexa e personalizada (FONSECA, 2015). A excelência do exercício profissional necessita da integração de novas competências, através do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, tornando os enfermeiros mais autónomos e competentes, conferindo uma prática profissional contínua do percurso profissional individual (VIEIRA, 2008). E exercer cuidados de excelência é uma forma de altruísmo e de respeito pela dignidade humana.

Competências

- Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
- Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Promover a formação em serviço na área de EESIP;

Objetivo

- Desenvolver competências no âmbito da formação de pares.

Atividades

- Diagnosticar necessidades formativas dos enfermeiros na UCSP;
- Realizar formação à equipa de enfermagem sobre o tema “*Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida: dúvidas dos profissionais da UCSP*”;

Reflexão Crítica

Durante a minha colaboração em consultas de SIP e após diálogo com as enfermeiras da UCSP, percebi que havia necessidade de esclarecimento sobre o tema “*Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida*”, pela dificuldade das enfermeiras em responder a algumas questões específicas dos pais. Por esse motivo, no meu percurso de estágio trabalhei o tema mencionado. Na unidade referida é prática semanal um período de formação com duração de 30 minutos entre mudanças de turno da manhã para a tarde, dirigida às enfermeiras da UCSP. Foi num desses contextos desenvolvi o tema diagnosticado. Devido ao facto do tema ser extenso e o tempo restrito, foi elaborado um formulário de avaliação diagnóstica para que as enfermeiras escrevessem as suas dúvidas para que dentro do amplo tema incidissem as suas necessidades formativas (apêndice 5) e posteriormente planeada a sessão (apêndice 6). Das 9 enfermeiras da UCSP, 4 responderam ao formulário. Na formação realizada no dia 31/10/2017 estiveram presentes 6 enfermeiras. O tema foi trabalhado com

base no apêndice 1 deste documento fundamentou-se no conhecimento científico atual, com base no Guia sobre Diversificação Alimentar no Primeiro ano de Vida da ULSM (2014), nas diretrizes da DGS (2015), da European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN, 2017) e na Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, 2012), e a partir do documento de revisão de literatura que realizei sobre o tema, elaborei o PowerPoint (apêndice 7) que responde às questões e relaciona temas implícitos, nomeadamente a referência à suplementação vitamínica e alimentação vegetariana, que surge no seguimento do esclarecimento acerca das bebidas de soja, arroz, baunilha, coco, amêndoa para crianças. Foi abordado o valor nutricional das mesmas, não sendo aconselháveis antes dos 2 anos de idade e não sendo um substituto do leite (GUERRA et al., 2012). Também nesta formação foi abordado o momento em que podem ser iniciadas frutas tropicais e explicada a importância de a fruta ser uma sobremesa. Nesta contextualização considerei pertinente abordar o iogurte, justificando o motivo pelo qual não deve ser dado como sobremesa.

No final da sessão foi pedido para os formandos responderem ao formulário de avaliação do formador e da sessão (apêndice 8), cujos resultados se encontram no apêndice 9 e remetem para uma avaliação positiva tanto do formador como do tema.

DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

A OE (2002) consigna nos seus Padrões de Qualidade que *“Para que o enfermeiro tome decisões e implemente intervenções, é necessária a incorporação dos resultados de **investigação** na sua prática. Desta forma estão a ser aplicados os últimos conhecimentos científicos, baseados na evidência e assim poder assumir uma prestação de cuidados de qualidade”*. O EESIP é um momento de desenvolvimento de competências, nos quais é fundamental incorporar o resultado da investigação, prestando assim cuidados de excelência, conforme veiculado em OE, 2006. Também VIEIRA (2008), refere que é pela

investigação que se fundamentam cada vez mais as práticas de enfermagem para assim obter melhores resultados para os clientes, o que implica uma aprendizagem contínua ao longo da vida profissional.

Competências

- Manter, de forma contínua e autônoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;

Objetivo

- Integrar o conhecimento científico atual nos cuidados de enfermagem ao Recém-nascido, à Criança, Adolescente e Família.

Atividades

- Realizar pesquisa bibliográfica;

Reflexão Crítica

Para prestar cuidados de enfermagem, intervir de forma autônoma, conforme consignado pela OE respeitante ao Regulamento do Exercício Profissional, executando uma prática avançada da profissão de enfermagem, tomando as melhores decisões é necessário um elevado nível de competência profissional que é atribuído ao enfermeiro especialista e para que tal ocorra é fundamental incorporar na prática clínica o conhecimento científico atual. As necessidades que tive de aprofundar temas que foram abordados ao longo deste relatório, parti de bases de dados científicas para apoiar o meu desenvolvimento, nomeadamente o Repositório da UCP, Repositório Comum, a PubMed,

UpToDate, EBSCO, CINAHL®, Nursing & Allied Health collection e MEDLINE ®. Estas bases são as plataformas que sustentam a maioria das referências bibliográficas deste documento, assim como a OE, a DGS, onde integra documentos que fundamentam a prática profissional. Ao longo do estágio ocorreram partilhas com as enfermeiras do resultado da investigação mais recente, nomeadamente sobre prematuridade, triagem canadiana, área da alimentação, do Plano Nacional de Vacinação, do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), designadamente sobre o desenvolvimento infantil, questões relacionadas com a preparação cirúrgica da criança e família (OE, 2011a) e também a parentalidade (autores MERCER, 2006 e CARDOSO, 2011).

3. AVALIAÇÃO GLOBAL DO ESTÁGIO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

Os cuidados especializados de enfermagem emergem da necessidade crescente de cuidados diferenciados de saúde, com desenvolvimento dos domínios da investigação, formação, gestão e prestação de cuidados e nesse sentido estes enfermeiros assumem papel de consultor e perito. O EESIP, nos diferentes contextos da prática, proporcionou o aprofundamento de competências, fundamentada nos princípios do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e no Código Deontológico da profissão, com uma interiorização do modelo de desenvolvimento profissional que refere as especialidades em enfermagem.

A ordem dos enfermeiros com a conceptualização de padrões de qualidade consigna um extenso caminho vista à melhoria de cuidados prestados e desafia os enfermeiros a refletir sobre o exercício profissional, vista à excelência de cuidados, fundamentada no desenvolvimento profissional que firma as especialidades em enfermagem. O exercício profissional de enfermagem dos cuidados especializados requer, portanto, um elevado grau de conhecimentos teórico-práticos e técnico-científicos dos profissionais, assim como a dedicação e humanização dos cuidados, diferencia a tomada de decisão e os cuidados prestados, nomeadamente nas situações mais complexas e incorporando os quatro domínios da profissão: Prestação de cuidados, Gestão, Formação e Investigação, vislumbra-se a excelência dos cuidados prestados. O meu percurso profissional integra o internamento pediátrico, nomeadamente no contexto cirúrgico, incorporando a cirurgia pediátrica, otorrinolaringologia e ortopedia. No sentido de ter outras experiências para desenvolver diferentes competências, o estágio no referido contexto, incidiu na assistência de enfermagem a doentes de etiologia médica: recém-nascidos, lactentes e toddlers (idades com maior taxa de internamento) e nas questões da parentalidade e parceria de cuidados, o que confere uma perspectiva mais avançada na intervenção de enfermagem, além dos cuidados prestados no exercício

profissional interdependente. A minha intervenção alicerçou-se nas situações parentais ou na criança, na qual eu pude tomar decisões para intervir autonomamente (REPE), assim como a conquista dos pais e das crianças, através da interação e comunicação estabelecida.

Ainda sobre o meu exercício profissional, num atendimento permanente pediátrico, tenho vindo a implementar este conhecimento que tenho desenvolvido ao longo do MESIP e desta forma consigo uma maior proximidade com a criança e pais, maior integração de dados relevantes para a prática, com a certeza que a gestão dos cuidados, a tomada de decisão e os cuidados prestados, são ao nível da excelência, considerando a mais recente evidência científica.

O aprofundamento de competências no âmbito da formação a pares e na sessão de educação para a saúde, compreendeu um momento de desenvolvimento com implicações positivas no desempenho profissional na área de SIP.

No decorrer do meu estagio constatei a importância do especialista em pediatria nos serviços como agente de mudança, visionário e protetor da criança e como antecipador das situações, articulando-as com a equipa multidisciplinar de acordo com as necessidades, é exemplo a consulta de saúde infantil (que confere uma oportunidade de contacto de enfermeiros com crianças, permitindo a sua vigilância de saúde contínua desde o começo da sua vida e nesse contexto está integrada a abrangência de cuidados holísticos à criança e sua família e por isso é um excelente momento para a promoção da saúde e prevenção da doença, através da implementação do PNSIJ, do PNV e diretrizes da DGS); o processo da triagem em serviço de urgência que é executado por enfermeiros especialistas; a educação para a saúde alicerçada no mais atual conhecimento científico. Esse facto assenta nas características referidas, assim como no desenvolvimento de autonomia para tomada de decisão em prol do princípio da beneficência para o doente, considerando a gestão dos recursos disponíveis (é exemplo a orientação das crianças para salas específicas de acordo com faixa etária e estratégias para melhor vigilância, monitorização e conforto).

Também a comunicação com os pais e crianças é fundamental para que ambos estabeleçam uma relação de confiança no profissional e por isso se sintam

seguros. É extremamente importante o cliente sentir o enfermeiro como um aliado no seu processo de saúde e de doença. Dessa forma, os enfermeiros proporcionam bem-estar físico e psíquico na medida em que tranquilizam o cliente; escutam as suas angústias e medos e orientam os processos. No meu exercício profissional, num atendimento permanente pediátrico, implemento este conhecimento que tenho desenvolvido e desta forma consigo uma maior proximidade com a criança e pais, maior integração de dados relevantes para a prática clínica, assim como tomar as melhores decisões baseadas em evidência científica.

Todo o trabalho desempenhado ao longo do estágio visou o desenvolvimento de competências estabelecidas pela universidade, que satisfaçam os referidos domínios e que por sua vez fomentam o desenvolvimento de cuidados de excelência.

Com esta reflexão, senti o meu evoluir como enfermeira, entrando no mundo do “ser especialista” e perito, confinando aos cuidados que presto aumento significativo de qualidade o que é uma mais-valia quer para mim como pessoa e profissional, quer para a instituição onde exerço funções mas acima de tudo para as crianças e suas famílias.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório, integrando os contextos de estágio de Neonatologia, Urgência Pediátrica, Saúde Infantil, designadamente a Consulta de Saúde Infantil e os Cuidados na Comunidade e o contexto de hospitalização (médica e cirúrgica) por doença aguda ou crónica, reflete todo o desenvolvimento formativo que explorei no estágio, onde pude desenvolver competências de especialista, o que promove o melhor desempenho da profissão, facilitando a confiança dos clientes, a minha satisfação pessoal e consequentemente a qualidade em enfermagem. Nesse propósito o enfermeiro especialista torna-se um dinamizador da qualidade em cuidados com vista ao Ser Perito, com uma visão holística quer da criança, quer da família que está a cada momento implicada no exercício profissional.

Tendo esta ideia como ponto de partida na minha carreira e melhorando competências no meu desempenho profissional, estabeleci objetivos e implementei-os no estágio através de atividades desenvolvidas e explanadas nas reflexões, fazendo-se cumprir o percurso da especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, através da interligação dos mesmos objetivos às competências definidas pela universidade, por sua vez integrados nos domínios de atuação da Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - **Donor Human Milk for de High -Risk Infant: Preparation, Safety, and Usage Options in the United States**. American Academy of Pediatrics. January 2017. V. 139; 1.
- AMIL, J. - **Perspetiva a Propósito do Risco de Doença Celíaca**. Acta Pediátrica Portuguesa. 2015; 46: 39-40.
- BATALHA, L.; et al. – **Dor em cuidados intensivos neonatais**. Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2007: 38 (4): 144-51
- BATALHA, L. – **Dor em Pediatria: Compreender para mudar**. Lisboa: Lidel. 2010. ISBN: 978-972-757-593-0.
- BRAEGGER, C.; CAMPOY, C.; COLOMB, V.; et al. - **Vitamin D in the Healthy European Paediatric Population**. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Junho. 2013. V. 53; 6: 692-701. Disponível em <http://espghan.org/>
- BRITISH DIETETIC ASSOCIATION. - The Association of UK Dietetians - **Complementary Feeding: Introduction of Solid Foods to an Infant Diet**. British Dietetic Association. Abril 2016. [consultado em 29/09/2017]. Disponível em UpToDate.
- CANADIAN PAEDIATRIC TRIAGE AND ACUITY SCALE: **Implementation Guidelines for Emergency Departments**. 2008.
- CARDOSO, A. – **Tornar-se Mãe, Tornar-se Pai: Estudo sobre a Avaliação de Competências Parentais**. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. Outubro. 2011.
- CARNIER, L.; PADOVANI, F.; et al. – **Estratégias de Enfrentamento em Crianças em Situação Pré-cirúrgica: Relação com Idade, Sexo, Experiência com Cirurgia e Estresse**. Estudos de Psicologia. Campinas 32(2) 319-330. Abril-junho.2015.
- CASEY, A. – **Partnership nursing: influences on involvement of informal cares**. England. Journal of Advanced Nursing. 1995.

- CHICK, N; MELEIS, A: **Transitions: A Nursing Concern**. School of Nursing Departmental Paper. University of Pennsylvania. 1986.
- COELHO, C.; AFONSO, L.; OLIVEIRA, A.; - **Práticas Parentais de controlo alimentar: Relação com o Peso da Criança**. Acta Portuguesa de Nutrição. Associação Portuguesa de Nutrição. 01.2017. p 6-11. ISSN: 2183-5985.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (**CIPE®**, 2011). Ordem dos Enfermeiros. Março. 2014. ISBN: 978-92-95099-18-0.
- CORDEIRO, M. - **O Grande Livro do Bebê: O Primeiro Ano de Vida**. 13ª edição. Lisboa: A Esfera dos Livros. 2016. ISBN 978-989-626-331-7.
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro – **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)**.
- DIOGO, P.; VILELAS, J.; et al. – **Enfermeiros com Competência Emocional na Gestão dos Medos de Crianças em Contexto de Urgência**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Nº 13. Janeiro. 2015.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS, 2010) – **Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. DGS. Lisboa. Dezembro. 2010.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS, 2012a) – **Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)**. DGS. Lisboa. Dezembro. 2012.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS, 2012b) – **Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)**. DGS. Lisboa. Dezembro. 2012.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS, 2013a) – **Precauções Básicas do Controlo da Infecção**. [Norma n.º 029/2012 de 28/12/2012, atualizada a 31/10/2013].
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS, 2013b) – **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. DGS. Lisboa. Junho. 2013.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS, 2014) – **Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco e Ação de Saúde sobre o Género, Violência e Ciclo de Vida no contexto de Cuidados de Saúde Primários**. DGS. 2014.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS, 2017a) – **Programa Nacional de Vacinação**. DGS. 2017.

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DSG, 2017b) – **Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares / Cuidadores**. DGS. Setembro. 2017.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DSG, 2017c) – **Febre na Criança e no Adolescente – Cuidados e Registos de Enfermagem: Avaliação Inicial, Diagnósticos, Intervenções**. DGS. Setembro. 2017.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DSG, 2018) – **Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata**. DGS. Norma n.º 002/2018 de 09/01/2018.
- DRSP – **Comer com saber no primeiro ano de vida**. Região Autónoma da Madeira. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. Direção Regional de Planeamento e Saúde Pública. Funchal. DRSP. 2006. 52p. ISBN 972-8901-04-6.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR CHILDREN IN HOSPITAL - **Anotações Carta da Criança Hospitalizada**. European Association for Children in Hospital. Instituto de Apoio à Criança. 2009.
- EPACI - **Alimentação e Crescimento nos Primeiros Anos de Vida: a propósito do EPACI Portugal 2012**. Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil. Lisboa. Novembro. 2013.
- Federación Internacional NIDCAP – **Programa de Evaluación y Cuidado del Desarrollo Individualizado del Recién Nacido (NIDCAP)**. Atualizado em 15 de junho. 2012.
- FONSECA, E. – **Formação: uma Narrativa Para a Prestação de Cuidados de Enfermagem**. Revisão Bibliográfica. Revista Nursing. 2015.
- FEWTRELL, M.; BRONSKY, J.; CAMPOY, C.; et al. - **Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition**. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Janeiro. 2017. 64 (1): 119-132. Disponível em <http://espghan.org/>
- GUERRA, A.; et al. - **Alimentação e Nutrição do Lactente**. Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2012. 43 (2): S17-S40. ISSN 0873-9781.

- HOCKENBERRY, M.; WILSON, D. WONG: **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8ª edição. Rio de Janeiro. Elsevier Editora. 2011. ISBN 9788535234473.
- INEM - **Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrica**. INEM. Versão 3.0. 1ª edição. 2017.
- INFANT FEEDING JOINT WORKING GROUP - **Nutrition for Healthy Term Infants: Recommendations from Six to 24 Months**. Infant Feeding Joint Working Group. [consultado em 29/09/2017]. Disponível em UpToDate.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN, 2017) – **Position Statement: Antimicrobial Resistance**. ICN. Switzerland. 2017.
- Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro – **acompanhamento familiar em internamento hospitalar**.
- Lei n.º 120/2015, de 1 de setembro, [procede à nona alteração ao **Código de Trabalho**, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, reforçando os **direitos de maternidade e paternidade**, à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de abril e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 89/2009, de 9 de abril].
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, [segunda alteração ao **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais].
- LEVY, L.; BÉRTOLO, H. – **Manual de Aleitamento Materno**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF. 2008.
- MELEIS, A.; et al – **Experiencing Transitions: An Emerging Middle – Range Theory**. 2000.
- MELEIS, A. – **Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories en Nursing Research and Practice**. Springer Publishing Company. New York. 2010.
- MERCER, R. – **Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment**. Journal of Nursing Scholarship. 36:3, 226-232. 2004.
- MERCER, R. – **Nursing Support of the Process of Becoming a Mother**. Jognn Clinical Issues. October. 2006.

- MOTTA, A.; PEDROSA, G.; et al.- **Comportamentos de coping no Contexto de Hospitalização Infantil**. Estudos de Psicologia. Campinas 32(2) 331-341. Abril-junho.2015.
- NUNES, M.; BARROS, R.; MOREIRA P., et al - **Alergia Alimentar**. Direção-Geral da Educação e Direção-Geral de Saúde. 2012. ISBN: 978-972-742-356-9.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2002) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2006) – **Tomada de Posição: Investigação em Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros. 2006.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2007) – **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. outubro, 2007.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2008) – **Dor: Guia Orientador de Boa Prática**. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série I. número 1. 2008.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2009) – Cadernos Temáticos – **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades clínicas em Enfermagem. Individualização e Reconhecimento de Especialidades clínicas em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Conselho de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, dezembro 2009.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2010) – **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Promover o desenvolvimento infantil na criança**. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Volume 1. Série I. número 3. 2010.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2011a) – **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Volume 2. Série I. número 3. 2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2011b) – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. Ordem dos Enfermeiros. Outubro. 2011.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2013) – **Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.** Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série I. número 6. 2013.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2015a) – **Deontologia Profissional de Enfermagem.** Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional – Mandato 2008-2011. Ordem dos Enfermeiros, agosto 2015.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2015b) – **Estatuto da Ordem Dos Enfermeiros e REPE.** Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional. Ordem dos Enfermeiros. Outubro. 2015.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2015c) – **Adaptação à Parentalidade durante a hospitalização.** Guia Orientador de boa Prática. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série 3. número 8. 2015.
- PEREIRA-DA-SILVA, L.; GOMES, A.; MACEDO, I.; et al: **Nutrição Entérica na criança nascida Pré-Termo, Revisão do Consenso Nacional.** Acta Pediátrica Portuguesa. 45: 326-339, 2014.
- PINHO, J.; SILVA, S.; BORGES, C.; et al. - **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Alimentação Vegetariana em Idade Escolar.** Direção-Geral de Saúde. Abril 2016. ISBN: 978-972-675-240-0.
- Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio.
- QUEENSLAND CLINICAL GUIDELINES. Translating evidence into best clinical practice. **Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Establishing breastfeeding.** Queensland Clinical Guidelines. July 2016.
- RÊGO, C.; NAZARETH, M; LOPES, C.; et al. - **Suplementação Vitamínica e Mineral em Portugal Durante o Primeiro Ano de Vida. Resultados do EPACI Portugal 2012.** Acta Pediátrica Portuguesa. 2016. 47: 211-20.
- RITO, A.; CRUZ DE SOUSA, R.; et al – **Childhood Obesity Surveillance Initiative. COSI Portugal.** INSA. Lisboa. Dezembro. 2017. www.insa.min-saude.pt
- SANTOS, E.; BASTOS, V.; FONSECA, J. – **Febre em Pequenos Lactentes – A Realidade de um Serviço.** Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Nº 4, vol 36. 180-186. 2005.

- SAUDADE, O.; LOPES, C.; et al – **Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão sistemática da literatura**. Rev. Referência. Série III. Número 1. Julho, 2010 p. 109-118.
- SCAGLIONI, S.; ARRIZZA, C.; VECCHI, F.; et al. - **Determinants of Children's eating behavior**. Am J clin Nutr. American Society of Nutrition. 2011; 94 (suppl): 2006 S-11S.
- SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. www.sns.gov.pt [consultado em 19/01/2018].
- SILVA, Ana I.; AGUIAR, Helder G. - **Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida**. Acta Médica Portuguesa. 24 (54). 2011. p: 1035-1040.
- SILVA, S.; PINHO, J.; BORGES, C.; et al. - **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Linhas de Orientação para uma Alimentação Vegetariana Saudável**. Direção-Geral de Saúde. Julho. 2015. ISBN: 978-972-675-228-8.
- SIMÕES, C.; et al. – **Educação para a Saúde, Um Aliado para a Mudança de Comportamentos**. Ordem dos Enfermeiros. 2011.
- SINAIS VITAIS. **Educar para a Saúde: Uma Estratégia De Promoção da Saúde**. Revista Sinais Vitais. 122. 2016.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – **Consensos Nacionais em Neonatologia**. Secção de Neonatologia. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Coimbra. 2004.
- TOMADA, I.; MORAIS-FERREIRA, R.; RÉGO, C.; - **Diminuição do Apetite de causa não orgânica na Primeira Infância**. Acta Portuguesa de Nutrição. Associação Portuguesa de Nutrição. 01. 2015.p. 10-14. ISSN: 2183-5985.
- UNICEF – **A Convenção sobre os Direitos da Criança**. [Adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de setembro de 1990].
- UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS. www.ulsm.pt .[consultado em 12/01/2018].
- UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS - **Alimentação Infantil no 1º ano de Vida: Guia de Aconselhamento**. ULSM. Março 2014.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. – **Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e**

Pediátrica: Guia de Estágio. Universidade Católica Portuguesa. Porto. Março, 2017.

- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. – **Curso de Mestrado em Enfermagem (Natureza Profissional). Relatório: Guia da Unidade Curricular.** Universidade Católica Portuguesa. Porto. Setembro, 2016.
- VIEIRA, M. Ser Enfermeiro. **Da Compaixão à Proficiência.** 2ª edição. Lisboa: Universidade Católica Editora. 2008. ISBN: 9789725401958.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. – **Kangaroo Mother Care. A practical guide.** Department of Reproductive Health and Research. WHO. Geneva. 2003.
- YOUNG, J.; et al – **Negotiation of Care for a Hospitalised Child: Parental Perspectives.** Neonatal Paediatric and Child Health Nursing. July. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida: Revisão da literatura



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida

Módulo I – Saúde Infantil

Autor: Joana Margarida Cunha Melo Quintela Alves nº 360505523

Sob Orientação de: Prof. Doutora Isabel Quelhas

Sob Tutoria de: Enfermeira Especialista Fiana Marques

Porto, outubro 2017

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular *Estágio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Módulo I – Saúde Infantil*, na Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de Matosinhos, no decorrer do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Doutora Isabel Quelhas e sob tutoria no contexto da prática da Enfermeira Especialista Fiamma Marques, no período de 18 de setembro de 2017 a 03 de novembro de 2017.

O projeto Bem-me-Quer integrado na Unidade de Cuidados na Comunidade, integra o contributo da área especializada da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, nomeadamente na abordagem das questões da promoção para a parentalidade, no sentido de estimular o processo de vinculação / ligação e empoderar os pais no seu processo de transição parental. Os cuidados de enfermagem focam-se no diagnóstico, no fornecimento de conhecimento e habilidades, maximizando as competências parentais, com a finalidade dos pais e mães conseguirem melhor cuidar do seu filho e se sentirem satisfeitos no seu papel parental. As estratégias implementadas vão sendo avaliadas e a enfermagem suporta estas famílias até que se sintam autónomas.

A assistência de enfermagem proporciona o desenvolvimento de várias temáticas no âmbito da promoção para a parentalidade, nomeadamente *alimentar a criança no primeiro ano de vida*. Como tema a trabalhar neste estágio, surge como necessária a sua atualização, tendo como base o Guia de aconselhamento elaborado pela ULS Matosinhos, *Alimentação infantil no 1º ano de vida*, complementado com a mais recente atualização científica, obtida através de revisão bibliográfica.

A diversificação alimentar no primeiro ano de vida representa uma imensidão de possibilidades e de experiências quer para a criança quer para os pais; confere um momento de aprendizagens potenciadas pelo seu desenvolvimento psicomotor, sensitivo, comportamental e também pelas necessidades nutricionais aumentadas. O período entre o 4º e o 6º mês de vida é um importante momento para se iniciar o

processo educativo e integração da criança na sociedade. A introdução alimentar é um processo subjetivo de interação da criança com o mundo e como tal não cumpre sequencias rígidas, podendo ser adaptado a cada criança e às preferencias dos pais.

Este documento tem como objetivos a apresentação da referida sessão de educação para a saúde aos pais, no âmbito da formação; atingir os objetivos de estágio formulados e servir como um instrumento de avaliação do estágio.

Estruturalmente, este documento é constituído por esta introdução e por seis capítulos que versam os motivos para a diversificação alimentar; uma possível sequência alimentar, os paradigmas da atualidade neste âmbito, as estratégias para a aceitação da introdução de novos alimentos, a preparação dos alimentos e os possíveis problemas decorrentes da diversificação alimentar.

A norma de referenciação bibliográfica que foi incorporada neste documento é a Norma Portuguesa 405.

1. MOTIVOS PARA A DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

A introdução de novos alimentos é indicada entre os 4 e os 6 meses de vida. Aos 4 meses para os lactentes que se alimentam de fórmula e aos 6 meses para os lactentes em aleitamento materno exclusivo.

Este processo inicia neste período, devido a necessidades nutricionais aumentadas da criança, ao seu desenvolvimento anatomofisiológico e a fatores educacionais e sociais.

Pelos 4 a 6 meses, os **nutrientes** constituintes do leite tornam-se insuficientes para que a criança cresça e se desenvolva de forma saudável. Assim, uma alimentação diversificada oferece maior teor energético com uma pequena quantidade de alimento.

O seu sistema digestivo e renal está em desenvolvimento, contudo já apto a receber nutrientes provenientes de alimentos diversificados. O volume gástrico evolui, com uma capacidade de cerca de 20 ml nas primeiras semanas até cerca de 250 ml aos 12 meses (SILVA, 2011).

Entre os 4 e os 6 meses surge o controlo muscular dos lábios e mobilidade antero-posterior da língua, que se associam ao reflexo de sucção. O surgimento dos primeiros dentes iniciará a partir do 6º mês, o que permite a criança morder e iniciar uma correta aprendizagem de mastigação (entre os 6 e os 9 meses). Desaparece o reflexo de extrusão da língua; a deglutição é mais coordenada, o que permite a progressão na complexidade das texturas e formatos de alimentos com uma consistência inicialmente homogênea, depois granulosa até passar para partículas mais grosseiras e posteriormente aos fragmentos de alimento.

Depois dos 6 meses o lactente terá melhores condições para o seu **desenvolvimento** psicomotor, comportamental, sensorial e cognitivo. Inicia a explanação dos seus sentidos (paladar, olfato, a visão e tato). Sente prazer e aprende a mexer com as mãos na comida, sente as texturas e a consistência.

O controlo da cabeça e o sentar-se inicialmente com apoio permite aumentar o campo de visão e o rodar da cabeça indica a aceitação de novos alimentos oferecidos. Os alimentos serão objeto também de brincadeira, que vai estimular o desenvolvimento da criança; por sua vez a criança vai manifestar preferências por alimentos. Vai progressivamente segurando os alimentos e aos 9 meses consegue fazer movimentos de oposição com o polegar, conseguindo segurar melhor os alimentos e leva-los à boca, segurar a colher e o copo, tornando-se progressivamente autónomo (através da coordenação mão, boca, sugar, mastigar e deglutir).

A alimentação constitui também um momento para o processo **educativo**, pois com os alimentos a criança apreende regras familiares, aprende a ter calma e a respeitar os outros. São os pais que escolhem os alimentos (o tipo, o seu tamanho e forma), o local da refeição, o momento da refeição e o ritmo. Mas é a criança quem deve controlar a sua saciedade, mantendo um papel ativo no seu processo.

A partir dos 4 meses a criança expande o seu processo de interação com as pessoas, comunica, emite sons e sorri. A alimentação permite à criança **socializar** com a família, desenvolver afetos e o comportamento alimentar familiar, que deverá ser equilibrado e saudável, favorecendo o melhor crescimento e desenvolvimento da criança.

2. DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

A amamentação exclusiva está indicada até aos 6 meses, podendo e devendo continuando até aos 2 anos de idade de forma complementar ou até quando a mãe e a criança tiverem vontade. Previne a longo prazo, infeções respiratórias baixas, nomeadamente pneumonia e otite média recorrente, gastroenterites, protege da doença celíaca e alergias (GUERRA et al, 2012).

A introdução alimentar deve ser iniciada entre os 4 e os 6 meses, de forma gradual e quando a criança está no seu estado de saúde.

Não há uma ordem sequencial determinada mas varias possibilidades. Importa que os alimentos sejam adequados e diversificados e que a alimentação seja saudável, promovendo a saúde da criança.

A diversificação alimentar pode ser iniciada pela sopa de legumes ou pela papa (de farinha láctea ou não láctea). Segundo um estudo realizado em Portugal, cerca de 53% das crianças iniciaram a sua diversificação alimentar pela sopa e 43% pela papa (EPACI, 2012). As duas formas são viáveis, devendo os pais seguir as orientações do seu profissional de saúde.

Cada refeição nova introduzida, substituirá uma refeição de leite.

2.1. Sopa de legumes

Os legumes são uma fonte de vitaminas, minerais e fibras, que facilitam o peristaltismo intestinal. Devemos iniciar a sopa com legumes simples: cenoura e/ou abóbora, uma rodela de cebola e /ou um dente de alho e arroz. Ao fim de 2 semanas intercalar a batata com o arroz. Deve ser bem cozida e por fim adicionar 1,5 colheres de chá de azeite cru (gordura importante na maturação do sistema nervoso central e sistema imunológico), ao servir da refeição (GUERRA et al, 2012).

O sal não é recomendado no primeiro ano de vida (GUERRA et al, 2012).

Introduzir novos vegetais sucessivamente, 1 de cada vez, de acordo com o período janela (de 3 a 7 dias), para despiste de intolerâncias ou alergias e para a adaptação gradual do lactente ao novo sabor. Adicionar inicialmente vegetais mais simples como alface, couve branca, alho francês, vagem, penca. A sopa deve ser variada, com um máximo de 5 legumes diferentes de cada vez, para que a adaptação aos diferentes sabores ocorra mais facilmente. A sua consistência deve ser inicialmente aveludada e em forma de creme até passar a grumosa, ao encontro das capacidades de mastigação da criança.

Para depois dos 12 meses devem ficar o espinafre, nabo, nabiça, beterraba e o aipo que para além de apresentarem sabores intensos, possuem constituintes que interferem na absorção de nutrientes.

2.2. Papa

Inicialmente a papa deverá ter um sabor neutro e uma consistência fina, aumentando gradualmente a sua textura, de acordo com o gosto do bebé e instruções para confecção da mesma (o não cumprimento das recomendações pode provocar alterações gastrointestinais). Nunca devem ter adição de açúcar e devem ser oferecidas à colher.

As farinhas podem ser lácteas ou não lácteas. A farinha láctea é preparada com água e a farinha não láctea é preparada com o leite que a criança habitualmente toma (pode ser o leite materno).

As papas de cereais são fundamentais (até aos 18-24 meses), pois devido ao seu tratamento por hidrólise térmica e enzimática, facilitam a absorção e são uma fonte de energia, importante nesta fase em que há uma atividade motora progressiva com um gasto energético elevado. Nas papas caseiras não está garantido este rigor e controlo nutricional (SILVA, 2011).

Uma refeição deve conter entre 35g a 50g de farinha (2 a 5 colheres de sopa rasas) para cerca de 150 a 180 ml de solvente.

Utilizar papas inicialmente sem glúten, mas gradualmente o glúten deve ser introduzido até aos 7 meses. Esta introdução progressiva do glúten entre os 4 e os 7 meses, evita alergias e intolerâncias, possibilidade de doença celíaca e diabetes mellitus tipo 1 (GUERRA, 2012).

2.3. Fruta

Importante fonte de vitaminas. Devem ser privilegiadas as frutas frescas, da época, maduras, cruas. Oferecer a fruta bem lavada e descascada no momento a ser servida. Deve ser inicialmente esmagada em puré passando a texturas mais consistentes à medida que a criança se desenvolve na mastigação.

A papa de fruta é a sobremesa da criança e deve ser introduzida com um fruto de cada vez por forma a treinar o paladar. Começar por furtos simples como a maçã, pêra ou banana.

Os citrinos (laranja, tangerina) e os frutos tropicais (manga, pêra-abacate, papaia), assim como o pêssego, uva, meloa, melão e ameixa, podem ser iniciados após o 6º mês. Alimentos com vitamina C colaboram na absorção da carne e do peixe, pelo que é importante oferecer como sobremesa (GUERRA, 2012).

Para depois dos 12 meses ficam os frutos potencialmente alergênicos, nomeadamente Kiwi, morango, frutos vermelhos, maracujá.

Em situações pontuais podem ser oferecidos boiões, mas devem ser evitados, pois não representam a fruta com as características acima referidas, além de conterem teor de açúcar (CORDEIRO, 2016).

Os boiões de fruta caseiros congelados podem ser uma opção mais saudável.

2.4. Carne

Fonte de ferro, vitamina B6, B12 e zinco a iniciar entre os 6 e 7 meses, com carnes magras como frango, peru e coelho, sem gordura e sem peles visíveis. Primeiramente introduzir na água de cozedura da sopa e depois a carne triturada com os legumes.

Iniciar por 10g de carne ingerida até atingir os 25-30gr/dia aos 12 meses (tamanho de 1 noz). A dose pode ser oferecida numa só sopa ou dividida pela refeição do almoço ou jantar (GUERRA et al, 2012).

2.5. Peixe

Iniciar a partir dos 7 meses, pelos peixes magros (pescada, linguado, dourada, solha ou faneca). Pode ser fresco ou congelado. Tal como na carne, iniciar pela água de cozedura da sopa e depois como cozido e misturado na sopa, sem espinhas nem pele.

Os peixes gordos como salmão, sardinha, cavala e arenque só depois dos 10 meses.

A água de cozedura do peixe pode ser utilizada para a sopa mas também para farinha de pau, açorda, arroz de peixe.

Deverá idealmente oferecer peixe em 3 dias da semana e carne nos restantes 4 dias.

Iniciar por 10g até atingir os 25-30gr/dia aos 12 meses (tamanho de 1 noz).

O peixe introduzido na diversificação alimentar representa uma fonte de desenvolvimento cognitivo da criança e diminui o risco de doenças alérgicas aos 4 anos (asma, eczema, rinite alérgica), devido aos efeitos anti-inflamatórios dos ácidos gordos polinsaturados ômega 3 (SILVA et al, 2011).

Nesta fase, pode ser alternada a refeição de carne com a de peixe.

2.6. Pão, bolachas e cereais

Fontes de hidratos de carbono. O pão representa o produto de eleição. Não devem ser integrais pelo elevado teor de fibras (e ser agressivo para o sistema digestivo).

Por vezes pode ser substituída uma papa por uma papa de fruta com bolacha Maria (1 bolacha para 1 peça de fruta).

2.7. Ovo

Oferecer entre os 8 a 9 meses. A gema é rica em vitaminas lipossolúveis e gordura e a clara é uma fonte de vitaminas hidrossolúveis. Fonte de aminoácidos essenciais e por isso deve ser utilizada numa refeição sem a adição de carne ou de peixe.

O ovo deve ser oferecido bem cozido, misturado na sopa ou no prato. Iniciar por $\frac{1}{4}$ de gema, progredindo a cada semana para $\frac{1}{2}$, depois $\frac{3}{4}$ e depois a gema completa. O ovo inteiro pode ser oferecido após os 12 meses, num máximo de 2 a 3 vezes por semana (SILVA et al, 2011).

2.8. Iogurte e queijo

O iogurte tem propriedades prebióticas e probióticas sendo protetor de infeções intestinais (GUERRA et al, 2012).

Tem menor quantidade de lactose que o leite de vaca, pelo processo de hidrólise parcial das proteínas e é bem tolerado (SILVA et al, 2011). Pode ser iniciado entre os 8 e 9 meses.

Está desaconselhado queijo fresco e aromatizado.

Há iogurtes com uma composição mais adequada ao lactente para iniciar a transição para o consumo de leite de vaca. Oferecer o iogurte natural, evitar aromatizados e açucarados. É recomendado um por dia e pode ser adicionada fruta fresca e triturada ao iogurte (CORDEIRO, 2016). Representa uma refeição, não uma sobremesa, pois os lácteos inibem a absorção de ferro fornecido nos alimentos do prato (GUERRA et al, 2012).

2.9. Leguminosas

Este grupo de alimentos é muito nutritivo e deve ser iniciado entre os 9-11 meses, em pequenas quantidades (1 colher de chá) e cozinhados sem casca, inicialmente na sopa. Começar pelo feijão frade, branco ou preto, a lentilha e depois o grão e as ervilhas.

2.10. Estrutura das refeições da criança

Aos 4 ou aos 6 meses faz um puré de legumes e as restantes refeições de leite. Aos 5 meses a criança pode fazer 5 a 6 refeições por dia quando já iniciou a diversificação alimentar (faz a sopa de legumes e uma papa). Aos 6 meses faz um puré de legumes com carne, uma papa (com glúten) e as restantes refeições de leite. Aos 7 meses faz um puré de legumes com carne ou peixe (alternar) e sobremesa de fruta; uma papa com glúten e as restantes refeições de leite.

Aos 8/9 meses faz 1 puré só de legumes + 1 prato de carne ou peixe ou ovo + fruta; 1 papa ou 1 iogurte com fruta; 1 sopa só de legumes + fruta. As restantes refeições são de leite.

A partir dos 8 meses a criança já pode fazer uma refeição completa com sopa, prato e sobremesa. Os pratos podem ser confeccionados com batata cozida esmagada,

farinha de pau, arroz ou massa e acompanhados de carne moída ou peixe desfiado numa fase posterior. Os cozidos e estufados são os pratos que mais preservam os nutrientes dos alimentos. Os estufados têm um paladar mais atrativo (devem ser à base de água e legumes). A alimentação saudável é excelente na aprendizagem das crianças.

Aos 9/10 meses faz 1 puré de legumes (pode conter leguminosas) + 1 prato de carne ou peixe ou ovo + fruta; 1 papa ou 1 iogurte com fruta; 1 sopa só de legumes + fruta. As refeições de leite são agora apenas duas.

Aos 11 meses a criança deve alimentar-se com 2 refeições de sopa de legumes (pode conter leguminosas) + prato + fruta; uma papa ou um iogurte com fruta. Acresce 2 refeições de leite.

Aos 12 meses a criança integra a alimentação familiar.

2.11. Leite de vaca

O leite de vaca pode ser oferecido após os 12 meses, preferencialmente entre os 24-36 meses (GUERRA et al, 2012).

Representa uma fonte de proteínas, eletrólitos, gorduras saturadas. O leite oferecido tem que ser ultrapasteurizado, num volume máximo diário de 500 mL/dia. O leite magro não é recomendado, pois não é o leite equilibrado nos seus constituintes e não satisfaz as necessidades nutricionais da criança.

2.12. Sumos de fruta e bebidas açucaradas

Não são aconselháveis, pois estas bebidas potenciam o desenvolvimento de carie dentária, diarreias (pelo excesso de frutose) e apresentam menores níveis de fibras que

a fruta em bruto. Como não tem valor nutricional, não ha vantagens em relação à fruta em natureza.

Evitar todas as bebidas açucaradas, artificiais e gaseificadas. Não oferecer chá à criança pela sua composição de teínas com características excitantes e por conter toxinas (ESPGHAN, 2017).

2.13. Açúcar e sal

Mesmo após o 1º ano de vida o sal e açúcar devem ser evitados pois na alimentação variada estão presentes os níveis necessários de sal e açúcar e é importante a criança experimentar e preferir o sabor inerente aos alimentos.

O sal não deve ser adicionado, pois devido à imaturidade renal, o funcionamento do rim poderá ficar comprometido, podendo surgir hipertensão arterial precoce (SILVA et al, 2011).

3. DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: PARADIGMAS DA ATUALIDADE

Com a evolução da indústria alimentar e dos novos estilos de vida, surgem tendências na alimentação que divergem nas opções humanas como seres omnívoros, passando a crescer o número de adeptos a uma alimentação sem aporte animal ou com a inclusão de alguns produtos de origem animal como ovos e o leite.

Desde 2015 que a Direção-Geral de Saúde dispõe de documentos que referem os aspetos mencionados, dos quais saliento as questões que se seguem.

3.1. Bebidas

A água é a bebida de eleição e deve ser oferecida ao longo do dia em pequenas quantidades.

Bebidas de soja, arroz não são recomendadas a crianças até aos 2 anos de idade. Tem baixo teor de energia, gordura, vitaminas e sais minerais e elevado teor de proteínas, pelo que não substituem o leite (o leite de vaca tem proteínas, vitamina D, ácido fólico). O leite de arroz, amêndoa, coco, não tem a mesma capacidade nutricional que o leite de vaca; tem outros constituintes e não são alternativas ao leite de vaca (GUERRA et al, 2012).

3.2. Vegetarianos ou veganos

É possível uma introdução alimentar vegetariana ou vegana, mas terá que ser de forma adequada no que respeita a quantidades de vitaminas, minerais, gordura e proteínas. Este tipo de alimentação necessita de suplementação, pois são dietas com restrições em variedade e no teor nutricional (ESPGHAN, 2017).

A alimentação vegetariana implica um planeamento adequado e individualizado da ingestão alimentar e monitorização clínica. Uma alimentação equilibrada diminui o risco de doenças crônicas na vida adulta.

Nos vegetarianos o aleitamento materno deve ser prolongado até aos 2 anos de vida para garantir aporte proteico e mais nutrientes importantes nesta fase de grande crescimento e desenvolvimento (DGS, 2015).

3.3. Vitamina D e Ferro

No primeiro ano de vida da criança vão surgindo modificações nas vitaminas e minerais disponíveis quer pela alimentação, quer pela sintetização do organismo. Destaca-se a vitamina D, cuja recomendação da suplementação é inquestionável pelos diferentes autores. No que respeita ao ferro, há diferentes opiniões.

A vitamina D é importante para auxiliar o organismo a fixar o cálcio e o fósforo, importantes minerais para a construção e fixação dos ossos e dos dentes. Uma vez que as crianças necessitam de cuidados especiais com o sol devido à imaturidade dos tegumentos, torna-se importante a sua suplementação até aos 12 meses, mas idealmente a sua utilização está recomendada até aos 24 meses (IFJWG).

A suplementação em vitamina D está indicada para todos (independentemente da opção alimentar vegetariana ou não vegetariana), desde o nascimento, pelo menos até à diversificação alimentar completa, podendo ser continuada após numa dosagem estabelecida entre 5 a 10 mcg/dia (DGS, 2015).

Entre os 6 e os 12 meses há risco de déficit do ferro devido ao rápido crescimento e necessidades da criança. A alimentação diversificada é a chave para manter as necessidades de ferro da criança. Também os alimentos ricos em vitamina C auxiliam na absorção do ferro.

4. ESTRATÉGIAS PARA A ACEITAÇÃO DA INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS

É imperativo oferecer uma variedade de alimentos com diferentes combinações, pois a janela de oportunidades e treino de aceitação de alimentos progressivamente mais sólidos, paladares e texturas é entre os 8 e os 10 meses, começando a fechar-se pelos 2 anos (GUERRA et al, 2012). A sua ausência pode aumentar o risco de dificuldades na alimentação quer no presente, quer no futuro da criança.

A criança imita e é curiosa; desenvolve-se pelo “fazer” e por isso pode e deve ser integrada no processo de preparação dos alimentos, nomeadamente no esmagar a fruta crua, misturar. Desta forma ela aprende, mas também pode ser uma estratégia para aceitar a refeição na qual colaborou na preparação.

Os pais devem incluir a criança no momento da refeição da família, à mesa. As refeições devem cumprir um horário estabelecido e não devem ser demasiado prolongadas. Devem ser momentos relaxados, prazerosos e experiências positivas quer para a criança, quer para os pais. É um importante momento para estabelecer hábitos alimentares saudáveis.

Não deve comer deitada, a andar ou até mesmo comer com distrações. Podem ocorrer acidentes, nomeadamente na cavidade oral, com os acessórios da alimentação quando a criança anda e come, por exemplo, traumatismos provocados pela colher, biberão, copo.

A criança decide a quantidade do alimento que deseja comer e se deseja comer. Os pais não devem forçar a ingerir um alimento ou a totalidade do volume da refeição.

Podem surgir comportamentos diversificados perante o alimento, sob influencia do cansaço ou por desinteresse, mas noutras alturas o bebé pode aceitar esse mesmo alimento, pelo que é importante os pais não desistirem e manterem a calma. O reflexo da extrusão da língua muitas vezes confundido com uma rejeição alimentar. A criança exposta a um alimento de 8 a 10 vezes com a persistência e encorajamento dos pais

acaba por aceitar, apesar de expressões faciais sugestivas de desagrado a determinado sabor (ESPGHAN, 2017). Numa fase inicial da diversificação alimentar é aceitável substituir a refeição experimentada pelo leite habitual, contudo mais tarde não devem ser oferecidas alternativas, pois dificulta o processo de aceitação de novos alimentos (SILVA et al, 2011).

A criança tem que ser alimentada o mais sentada possível para melhor coordenar o processo de sucção, mastigação e deglutição. As espreguiçadeiras podem ser uma opção quando a criança inicia a alimentação aos 4-6 meses (pois confere o apoio da cabeça que a criança ainda não tem a capacidade de suportar) e posteriormente a cadeira.

Quando se introduzem novos líquidos na diversificação alimentar é importante introduzir o copo como acessório, apesar dos pais terem medo de oferecer grandes quantidades. Esta transição deve ocorrer até aos 18 meses, pois o copo promove o desenvolvimento de habilidades do beber e aumenta a sensação de saciedade. Aos poucos deve ser retirado o biberão.

A **colher** é um instrumento fundamental na diversificação alimentar. Para comer à colher é necessário o apoio da cabeça. Pode ser utilizada até para oferecer água, pois é um importante auxiliador no desenvolvimento de habilidades motoras da criança.

A colher deve ser plana, lavável, leve, sem arestas, flexível e anatómica para o bebé facilmente conseguir fazer a sucção do alimento.

5. PREPARAÇÃO DOS ALIMENTOS

A alimentação tem que ser preparada, servida e armazenada em segurança e a criança tem que ser supervisionada durante a refeição.

O aquecimento dos alimentos (ex. sopa que esteve no frigorífico), deve preferencialmente em banho-maria, contudo a utilização do microondas é uma realidade atual. Ao fazer-se deve haver o cuidado pela forma do aquecimento do prato, pois é um aquecimento heterogéneo. Desta forma deve haver o cuidado da homogeneização do conteúdo alimentar com a colher e depois mudar o recipiente, uma vez que o recipiente aquecido mantém uma temperatura externa elevada, o que pode representar risco de queimaduras (CORDEIRO, 2016).

Os alimentos para a criança devem ser cozinhados com temperaturas elevadas para destruir as bactérias que possam estar nos alimentos. Não oferecer alimentos mal passados ou crus, como aves, peixe, ovos, maioneses, gelados, musses.

É fundamental o cuidado e higiene com a louça da criança, quer pela destruição de bactérias, quer pela eliminação de resíduos caso se anteceda uma situação de alergia. A louça deve ser bem lavada a temperaturas elevadas; não precisa de ser esterilizada, pois os alimentos também não são.

O purê de legumes pode ser conservado até 48h no frigorífico (DRSP, 2006), em embalagens individuais de plástico ou vidro, tapadas. Devem ir para o frigorífico apenas quando o seu conteúdo estiver frio.

6. PROBLEMAS COM A DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

A introdução de alimentos deve ocorrer, conforme já referido, gradualmente, no período janela indicado e com alimentos adequados, em qualidade e com quantidades apropriadas e de forma equilibrada para que o processo ocorra da forma mais saudável possível (prevenindo por exemplo a obesidade). Podem, contudo ocorrer situações adversas como alergias alimentares (intrínseco à criança) ou engasgamento (quer pela dificuldade na coordenação da criança, quer pelo tipo ou formato do alimento ingerido).

6.1. Alergias alimentares

Uma vez que o sistema gastrointestinal é imaturo até aos 4 meses, os alimentos só deverão ser introduzidos após este período, pois o a sua rápida absorção aumentaria a possibilidade da ocorrência de alergias.

Na alimentação podem ocorrer alergias ou intolerâncias. A alergia corresponde a uma reação imunológica imediata, com manifestações cutâneas e compromisso da via aérea. A intolerância é uma manifestação mais demorada que representa essencialmente alterações gastrointestinais, nomeadamente vômitos, diarreia, presença de sangue nas fezes, desconforto abdominal e timpanismo (NUNES et al, 2012).

Não há evidencia em diminuir o risco de alergias pelo adiamento da introdução alimentar, pelo que importa gradualmente que a criança tenha contacto com os diversos alimentos, no sentido do reconhecimento imunológico pela exposição ao agente (GUERRA et al, 2012).

Quando uma criança manifesta uma possível reação alérgica, o alimento desencadeador da reação deve ser evitado. Também é importante verificar os rótulos dos alimentos, pois pode haver contaminação do agente alergeneo noutros produtos.

É importante prevenir novas possíveis reações, são exemplos o cuidado com a utilização de utensílios culinários que estiveram em contacto com o alimento alergéneo; cuidados de higiene reforçados com a zona de manipulação dos alimentos e louça (NUNES et al, 2012).

Principais alimentos com alergéneos: frutos secos, peixe, cereais de trigo, marisco, produtos lácteos, soja, ovos. Quando se introduz um novo alimento num dia, esperar no mínimo 3 dias até introduzir o próximo, para despistar alergias.

Os frutos vermelhos, morango, amora, kiwi e ovo inteiro, devem ser introduzidos só depois dos 12 meses pelo seu potencial alergéneo (GUERRA et al, 2012).

A **doença celíaca** não corresponde a uma alergia mas a uma reação imunológica contra o próprio intestino delgado, desencadeada pela ingestão do glúten (presente nos cereais: aveia, trigo, centeio). Alimentos sem glúten: arroz, milho, tapioca, entre outros.

6.2. Engasgamento

Engasgos por aspiração de um alimento são um reflexo normal (a criança tenta coordenar a deglutição). Para prevenir estes episódios devem ser evitados alimentos pequenos, redondos ou suaves e pegajosos. A criança vai treinando o seu reflexo com alimentos inicialmente mais simples, com complexidade crescente, por forma a se adaptar às diferentes variedades. Outro risco para o engasgamento são as distrações da criança ou corridas no momento da ingestão de alimentos.

Quando ocorre a oclusão da via aérea por engasgamento do lactente, devemos fazer uma tentativa de remoção do corpo estranho. Caso não haja sucesso nessa remoção, prosseguimos para as pancadas interescapulares. Apoiamos a cabeça numa mão por forma a que com os dedos se segure a mandíbula. A cabeça deve estar inclinada no sentido da gravidade com a região posterior do corpo voltada para o socorrista. Com

a mão livre, aplicar 5 pancadas interescapulares, secas por forma a deslocar o objeto obstrutor da via aérea (Manual de SBVP, 2017).

6.3. Obesidade

A problemática da obesidade infantil poderá ter origem na aquisição de comportamentos alimentares desde a idade precoce. Uma alimentação com grandes níveis proteicos e energéticos provocam aumento de peso; também o consumo de sacarose e do mel; a inexistência de rotinas alimentares são fatores de risco para a origem desta problemática que consigo compromete a saúde para o futuro com possíveis doenças cardiovasculares, gastrointestinais, respiratórias, entre outras (GUERRA et al, 2012).

As praticas parentais no que respeita à alimentação da criança devem de agir de forma equilibrada, pois a pressão para comer no sentido de fazer aumentar o peso pode surgir de forma adversa, assim como restrições na alimentação podem estar relacionadas com a obesidade. O comportamento parental é crucial no estabelecimento de um comportamento alimentar saudável na criança. A recompensa de ações positivas com alimentos e a disponibilidade de certos alimentos em casa, podem condicionar o comportamento alimentar e afetar a capacidade de perceção dos sinais internos de saciedade e fome e os sinais externos como a recompensa e o tamanho do alimento (COELHO, 2017).

O EPACI 2012 revela que as crianças com idades superiores a 12 meses ingeriam maior quantidade de leite e de sódio do que o recomendado. Tal representa um potencial risco de obesidade (pela ingestão de proteínas do leite) sobrecarga na função renal (hipernatrémia) e como tal um potencial problema de saúde (EPACI, 2012).

CONCLUSÃO

Com a elaboração deste documento pude aprofundar conhecimentos acerca de uma área muito extensa como a alimentação no primeiro ano de vida, com a noção de que é uma preocupação crescente de diferentes áreas multidisciplinares, pela sua importância no crescimento e desenvolvimento da criança, importância do papel parental e a criação de estilos de vida saudáveis. Por esse motivo torna-se fundamental a proximidade do enfermeiro com os pais para cultivar as sementes de um futuro melhor e mais saudável.

Neste trabalho abordei os temas de maior destaque atual que poderão responder às principais dúvidas dos pais.

Considero, ter atingido os objetivos propostos, sendo um instrumento para fundamentação do tema a ser apresentado na ação de educação para a saúde dirigido aos pais vista à promoção da saúde infantil, mote pelo qual me encontro a explorar continuamente conhecimento científico atualizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIATION, British Dietetic. The Association of UK Dietetians - **Complementary Feeding: Introduction of Solid Foods to an Infant Diet**. British Dietetic Association. Abril 2016. [consultado em 29/09/2017]. Disponível em UpToDate
- BRAEGGER, C.; CAMPOY, C.; COLOMB, V.; et al. - **Vitamin D in the Healthy European Paediatric Population**. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Junho. 2013. V. 53; 6: 692-701. Disponível em <http://espghan.org/>
- COELHO, C.; AFONSO, L.; OLIVEIRA, A.; - **Práticas Parentais de controlo alimentar: Relação com o Peso da Criança**. Acta Portuguesa de Nutrição. Associação Portuguesa de Nutrição. 01.2017. p 6-11. ISSN: 2183-5985.
- CORDEIRO, M. - **O Grande Livro do Bebê: O Primeiro Ano de Vida**. 13ª edição. Lisboa: A Esfera dos Livros. 2016. ISBN 978-989-626-331-7
- DRSP – **Comer com saber no primeiro ano de vida**. Região Autónoma da Madeira. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. Direção Regional de Planeamento e Saúde Pública. Funchal. DRSP. 2006. 52p. ISBN 972-8901-04-6
- EPACI - **Alimentação e Crescimento nos Primeiros Anos de Vida: a propósito do EPACI Portugal 2012**. Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil. Lisboa. Novembro. 2013.
- FEWTRELL, M.; BRONSKY, J.; CAMPOY, C.; et al. - **Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition**. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Janeiro. 2017. 64 (1): 119-132. Disponível em <http://espghan.org/>
- GROUP, Infant Feeding Joint Working - **Nutrition for Healthy Term Infants: Recommendations from Six to 24 Months**. Infant Feeding Joint Working Group. [consultado em 29/09/2017]. Disponível em UpToDate
- GUERRA, A.; et al. - **Alimentação e Nutrição do Lactente**. Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2012. 43 (2): S17-S40. ISSN 0873-9781

- INEM - **Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrica**. INEM. Versão 3.0. 1ª edição. 2017.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Promover o desenvolvimento infantil na criança**. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. volume 1. Série I. numero 3. 2010. p. 75-82.
- NUNES, M.; BARROS, R.; MOREIRA P., et al - **Alergia Alimentar**. Direção-Geral da Educação e Direção-Geral de Saúde. 2012. ISBN: 978-972-742-356-9.
- SCAGLIONI, S.; ARRIZZA, C.; VECCHI, F.; et al. - **Determinants of Children's eating behavior**. Am J clin Nutr. American Society of Nutrition. 2011; 94 (suppl): 2006 S-11S.
- SILVA, Ana I.; AGUIAR, Helder G. - **Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida**. Acta Médica Portuguesa. 24 (54). 2011. p: 1035-1040.
- SILVA, S.; PINHO, J.; BORGES, C.; et al. - **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Linhas de Orientação para uma Alimentação Vegetariana Saudável**. Direção-Geral de Saúde. Julho. 2015. ISBN: 978-972-675-228-8.
- PINHO, J.; SILVA, S.; BORGES, C.; et al. - **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Alimentação Vegetariana em Idade Escolar**. Direção-Geral de Saúde. Abril 2016. ISBN: 978-972-675-240-0.
- TOMADA, I.; MORAIS-FERREIRA, R.; RÊGO, C.; - **Diminuição do Apetite de causa não orgânica na Primeira Infância**. Acta Portuguesa de Nutrição. Associação Portuguesa de Nutrição. 01. 2015.p. 10-14. ISSN: 2183-5985.
- ULS Matosinhos - **Alimentação Infantil no 1º ano de Vida: Guia de Aconselhamento**. ULSM. Março 2014.
- RÊGO, C.; NAZARETH, M; LOPES, C.; et al. - **Suplementação Vitamínica e Mineral em Portugal Durante o Primeiro Ano de Vida. Resultados do EPACI Portugal 2012**. Acta Pediátrica Portuguesa; 2016. 47: 211-20.

APÊNDICE 2

Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Sessão de Educação para a Saúde

Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

Data: 24/10/2017

Duração: 120 minutos

Local: Unidade de Cuidados na Comunidade

Instituição: Centro de Saúde de Matosinhos

Destinatários: Pais e Mães que frequentam o curso de Promoção para a Parentalidade

Objetivo Geral:

- Informar acerca da diversificação alimentar no primeiro ano de vida;
- Reforçar a importância da diversificação alimentar na saúde da criança;

Objetivos Específicos:

- Enunciar os motivos para a diversificação alimentar;
- Descrever as etapas da introdução de novos alimentos;
- Abordar novas possibilidades alimentares;
- Enunciar estratégias que facilitem o sucesso na introdução de novos alimentos;
- Referir os cuidados associados à preparação dos alimentos;
- Identificar possíveis problemas decorrentes da alimentação.

Fundamentação e Pertinência

A diversificação alimentar no primeiro ano de vida inicia quando a criança atinge alguma maturidade sob ponto de vista psicomotor, necessidades nutricionais, educacionais e sociais. Uma alimentação diversificada contribui para o saudável desenvolvimento e crescimento da criança. Não corresponde a um esquema rígido, mas flexível, podendo ser adaptado a cada criança. Os pais são colaboradores fundamentais para que o processo de transição alimentar da criança tenha sucesso, assim como na promoção de uma alimentação saudável, com reflexo direto na saúde da criança.

Este trabalho está redigido com base em revisão bibliográfica atualizada e nele estão abordadas questões referentes à alimentação infantil, caminhando progressivamente para a alimentação familiar; está enunciada uma possível sequência na introdução alimentar; referidos alguns problemas que podem surgir com a introdução alimentar; uma abordagem sobre a preparação de alimentos e estratégias para que o processo de transição seja melhor sucedido.

Plano da sessão	OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES DIDÁTICAS	TEMPO	MÉTODOS	AUXILIARES PEDAGÓGICOS	AVALIAÇÃO
INTRODUÇÃO	<p>-Informar acerca da diversificação alimentar no primeiro ano de vida;</p> <p>-Reforçar a importância da diversificação alimentar na saúde da criança;</p>	- Enunciar os motivos para a diversificação alimentar;	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição do tema e dos objetivos; - Comunicação das atividades a desenvolver; - Abordar a finalidade da introdução de novos alimentos; - Descrever os fatores para a introdução alimentar. 	20	Método expositivo	Diapositivos	
DESENVOLVIMENTO		- Descrever as etapas da introdução de novos alimentos; - Abordar novas possibilidades alimentares;	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar os conhecimentos dos pais; - Expor uma possível sequência na introdução de novos alimentos; - Abordar novas dietas; - Referir a suplementação vitamínica. 	30	Método expositivo e interrogativo (serão elaboradas questões dirigidas à plateia para suscitar a discussão do tema)		
		- Enunciar estratégias que facilitem o sucesso na introdução de novos alimentos; - Referir os cuidados associados à preparação dos alimentos; - Identificar possíveis problemas decorrentes da alimentação.	<ul style="list-style-type: none"> - Mencionar os dispositivos facilitadores da refeição; - Importância da estimulação da autonomia da criança no seu processo alimentar; - Referir a importância da perseverança dos pais no processo alimentar da criança; - Importância da participação da criança na preparação da refeição; - Mencionar os cuidados na confeção dos alimentos; - Alertar para os cuidados com agentes alergénios; - Abordar a obesidade como uma questão problemática da atualidade, correlacionada com a diversificação alimentar; - Simular a desobstrução de via aérea, utilizando manequins. 	40		Diapositivos e manequins para os pais treinarem as pancadas interescapulares	
CONCLUSÃO			<ul style="list-style-type: none"> - Síntese Geral do tema; - Avaliação da Aprendizagem; - Avaliação da Sessão. 	20	Método participativo e Interrogativo	Avaliação Formativa (questionário de avaliação acerca da pertinência do tema e do desempenho do formador)	

APÊNDICE 3

Formulário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Este formulário serve apenas para diagnóstico da formação realizada. Assinale com uma (X) na escala indicada. Os parâmetros são: (1) Insuficiente (inferior a 10); (2) Suficiente (10-13); (3) Bom (14-16); (4) Muito Bom (17-18); (5) Excelente (19-20).

ESCALA	1	2	3	4	5
	Ins	Suf	B	MB	Ex
Relativamente ao desempenho do formador					
1. Consegue transmitir a informação de forma eficaz.					
2. Consegue motivar o público-alvo.					
3. Demonstra conhecimentos sobre o tema.					
4. Desenvolve metodologias pedagógicas adequadas ao público-alvo em presença.					

ESCALA	1	2	3	4	5
	Ins	Suf	B	MB	Ex
Relativamente ao tema					
1. O tema foi pertinente.					
2. O conteúdo da sessão é de interesse para a prática.					
3. O tema conseguiu proporcionar aquisição de novos conhecimentos.					

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Matosinhos, 31 de outubro 2017

APÊNDICE 4

Resultados da Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde



Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde pelas Mães

Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida

PÚBLICO-ALVO: 9 MÃES

RESULTADOS

Parâmetros: (3) Bom (14-16); (4) Muito Bom (17-18); (5) Excelente (19-20)

Relativamente ao desempenho do formador	Número de respostas por parâmetro		
	3	4	5
1. Consegue transmitir a informação de forma eficaz.	1	5	3
2. Consegue motivar o público-alvo.	1	5	3
3. Demonstra conhecimentos sobre o tema.	2	4	3
4. Desenvolve metodologias pedagógicas adequadas ao público-alvo em presença.	0	6	3

Relativamente ao tema	Número de respostas por parâmetro	
	4	5
1. O tema foi pertinente	2	7
2. O conteúdo da sessão é de interesse para a prática	2	7
3. O tema conseguiu proporcionar aquisição de novos conhecimentos	6	3

APÊNDICE 5

Identificação de necessidades formativas de Pares



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Identificação de necessidades formativas

No âmbito do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica que me encontro a realizar na UCSP e UCC, foi identificada a temática da “*Diversificação alimentar no primeiro ano de vida*” como uma necessidade de formação em serviço para a equipa de enfermagem.

Tendo em conta a abrangência dos conteúdos associados ao tema, mas simultâneamente o reduzido tempo que se prevê para a abordagem dos mesmos, venho pedir a vossa colaboração para a melhor rentabilização do momento formativo.

Solicito assim que refiram, utilizando o espaço abaixo indicado, os aspetos de maior relevo no âmbito da temática que gostariam de ver abordados na sessão formativa.

Muito obrigada pela colaboração,

Joana Alves ICS- UCP: 360505523

APÊNDICE 6

Planeamento da Formação a Pares



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Sessão de Formação em Enfermagem

Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida: Dúvidas dos profissionais da UCSP

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

Data: 31/10/2017

Duração: 30 minutos

Local: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Instituição: Centro de Saúde de Matosinhos

Destinatários: Enfermeiras de família

Objetivo Geral:

- Esclarecer dúvidas acerca da diversificação alimentar no primeiro ano de vida;
- Atualizar conhecimentos acerca da diversificação alimentar no primeiro ano de vida;

Objetivos Específicos:

- Contextualizar o tema e a sessão;
- Enunciar os motivos para a diversificação alimentar;
- Esclarecer a temática das bebidas para crianças;
- Mencionar a introdução dos frutos tropicais no primeiro ano de vida;
- Abordar novas possibilidades alimentares;
- Identificar possíveis problemas decorrentes da alimentação.

Fundamentação e Pertinência

A diversificação alimentar no primeiro ano de vida inicia quando a criança atinge alguma maturidade sob ponto de vista psicomotor, necessidades nutricionais, educacionais e sociais. Uma alimentação diversificada contribui para o saudável desenvolvimento e crescimento da criança. Não corresponde a um esquema rígido, mas flexível, podendo ser adaptado a cada criança. As enfermeiras de família têm um papel ativo na instrução dos pais sobre a alimentação à criança e são agentes facilitadores para que o processo de transição alimentar da criança tenha sucesso, assim como na promoção de uma alimentação saudável, com reflexo futuro na saúde da criança.

A sessão para a educação para a saúde foi elaborada com base num questionário entregue às enfermeiras da UCSP, com o intuito de canalizar o tema em questão para as dúvidas que as mesmas enfermeiras sentem em relação à diversificação alimentar. Esta questão surgiu pelo limitado tempo para abordar a abrangente temática da diversificação alimentar no primeiro ano de vida e também pelo facto destas enfermeiras serem consultoras familiares e instruírem os pais com o esquema alimentar proposto pelo Guia da ULS de Matosinhos construído pela equipa multidisciplinar na área da pediatria.

A referida sessão de educação para a saúde baseia-se no trabalho de suporte e está redigido com base no guia de alimentação infantil no primeiro ano de vida da ULS e em revisão bibliográfica atualizada e nele estão abordadas questões referentes à alimentação infantil, caminhando progressivamente para a alimentação familiar; esclarecimento sobre as bebidas possivelmente oferecidas às crianças; o momento de integrar os frutos tropicais na alimentação da criança. Esta sessão visa responder às questões da equipa de enfermagem.

Plano da sessão	OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES DIDÁTICAS	TEMPO	MÉTODOS	AUXILIARES PEDAGÓGICOS	AVALIAÇÃO
INTRODUÇÃO	-Esclarecer dúvidas acerca da diversificação alimentar no primeiro ano de vida; -Atualizar conhecimentos acerca da diversificação alimentar no primeiro ano de vida;	-Contextualizar o tema e a sessão;	-Exposição do tema e dos objetivos; -Comunicação das atividades a desenvolver;	5	Método expositivo e participativo	Diapositivos	Avaliação Formativa (questionário de avaliação acerca da pertinência do tema e do desempenho do formador)
DESENVOLVIMENTO		-Enunciar os motivos para a diversificação alimentar; -Esclarecer a temática das bebidas para crianças; -Abordar novas possibilidades alimentares; -Mencionar a introdução dos frutos tropicais no primeiro ano de vida; -Identificar possíveis problemas decorrentes da alimentação.	-Abordar a finalidade da introdução de novos alimentos; -Abordar o consumo de bebidas de fruta, açucaradas, chá, água; -Abordar a introdução do leite de vaca; -Referir as bebidas com base em soja, arroz, coco, amêndoa, como uma nova realidade na alimentação; -Mencionar a alimentação vegetariana; -Referir a suplementação vitamínica; -Mencionar os dispositivos facilitadores da refeição; -Abordar a obesidade como uma questão problemática da atualidade, correlacionada com a diversificação alimentar; -Salientar a importância da estimulação da autonomia da criança no seu processo alimentar; -Abordar estratégias para a aceitação de novos alimentos; -Caracterizar as refeições diárias aos 8 meses de idade;	20			
CONCLUSÃO			-Síntese Geral do tema; -Avaliação da Aprendizagem; -Avaliação da Sessão.	5			

APÊNDICE 7

PowerPoint “*Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida: dúvidas dos profissionais da UCSP*”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO



Diversificação alimentar no primeiro ano de vida

Resposta a questões das enfermeiras da UCSP do centro de saúde
de Matosinhos

Joana Alves

Motivos para a diversificação alimentar

- Inicia entre os 4 e os 6 meses – necessidades nutricionais; maturação do sistema digestivo e renal.
- Quando a criança é capaz de comer à colher (consegue sugar, mastigar e deglutir), com um controle progressivo muscular (cabeça e pescoço), inicialmente semi-sentada (aos 4 meses).
- Desenvolve a capacidade sensorial: o cheiro dos alimentos, a visualização, o paladar (apetência para o doce desde a vida intrauterina), o toque das texturas dos alimentos.
- Inicia a integração do processo educativo e da socialização com a família.

Bebidas

Sumos de fruta, bebidas açucaradas, chá

Não são recomendados. Os sumos de fruta não tem o mesmo valor nutricional que a fruta em bruto.

Risco de cáries dentárias; alterações gastrointestinais.

ESPGHAN, 2017

Água

- Bebida preferencial; oferecer pequenas quantidades fora das refeições.





Leite de Vaca

- Pode iniciar depois dos 12 meses, mas preferencialmente entre os 24-36 meses. Fonte de proteínas, eletrólitos, gorduras saturadas, ácido fólico, cálcio.
- Ultrapasteurizado e num volume máximo de 500 mL/dia.
- O leite magro não é equilibrado nos seus constituintes e não satisfaz as necessidades nutricionais da criança.

GUERRA et al, 2012



Bebidas de soja, arroz, coco, amêndoa

Não recomendadas a crianças com idades inferior a 2 anos. Tem baixo teor de energia, gordura, vitaminas e sais minerais e elevado teor de proteínas. Não substituem o leite de vaca.

GUERRA et al, 2012

Alimentação vegetariana



- É possível introduzir no 1º ano de vida, com acompanhamento nutricional e com suplementação. ESPGHAN, 2017
- O aleitamento materno deve ser mantido até aos 2 anos de idade (garante aporte nutricional importante no crescimento e desenvolvimento).

DGS, 2015

Vitamina D

- Suplementação diária fundamental até pelo menos aos 12 meses, idealmente até aos 24 meses.
- Importante no metabolismo e fixação do cálcio e fósforo para a construção dos ossos e dos dentes; funções a nível imunitário, cardiovascular, neurológico, muscular, pele e pâncreas.

DGS, 2015



Frutos tropicais e citrinos



A partir dos 6 meses a criança pode iniciar na sua alimentação a manga, a papaia, a pêra-abacate. Uma fruta, bem lavada, descascada, esmagada no momento de servir e sem grainhas.

A vitamina C é um importante condutor na absorção da carne e do peixe.

Oferecer as fruta como sobremesa



logurte



- Introduzir aos 9 meses. Contém proteínas do leite de vaca submetidas a hidrolise parcial e por isso bem digerido. Importante protetor de infeções intestinais (propriedades prébióticas e probióticas).
- Nunca oferecer como sobremesa – inibe a absorção do ferro fornecido no prato.
- logurte sólido; sabor natural, sem açúcar. Pode ser adicionada fruta.

Idade de introduzir 2 sopas nas refeições

Após os 8 meses a criança pode fazer a seguinte sequencia alimentar:

- Sopa de legumes + 1 prato* de carne ou peixe ou ovo + fruta
- 1 papa ou 1 iogurte com fruta
- 1 sopa de legumes + fruta
- Restantes refeições de leite (2 a 3)

*O prato pode ser de batata cozida esmagada, farinha de pau, arroz ou massa, acompanhados de carne moída ou peixe desfiado



Considerações acerca da diversificação alimentar no primeiro ano de vida

- Fomentar uma alimentação diversificada, equilibrada e adequada em texturas e sabores, que promove um futuro saudável à criança.
- O excesso de proteínas provoca sobrecarga renal e com isso surgir doença renal. Também é responsável pela obesidade infantil.
- A alimentação familiar é um fator fundamental no estabelecimento da educação alimentar e de regras que são iniciadas concomitantemente com a introdução de novos alimentos.

Considerações acerca da diversificação alimentar no primeiro ano de vida


- Os pais são agentes fundamentais para implementar regras; a criança não deve comer a andar e com distrações – risco de acidentes e engasgamento.
- A posição sentada permite uma melhor coordenação da sucção, mastigação e deglutição.
- Para aceitar novos alimentos pode necessitar de 8 a 10 tentativas de exposição ao mesmo alimento

ESPGHAN, 2017

Considerações acerca da diversificação alimentar no primeiro ano de vida

- A alimentação no primeiro ano de vida permite à criança evoluir no seu crescimento e desenvolvimento, no caminho para a sua autonomia na alimentação (depois dos 9 meses vai querer levar os alimentos à boca; começar a utilizar a colher e beber pelo copo).
- A janela de oportunidades para a aceitação de alimentos progressivamente mais sólidos, paladares e texturas é entre os 8-10 meses, começando a fechar-se pelos 2 anos.
- Os enfermeiros tem um papel privilegiado na instrução dos pais, proporcionando um futuro alimentar saudável.




CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

Referências Bibliográficas

- PINHO, J.; SILVA, S.; BORGES, C.; et al. - **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Alimentação Vegetariana em Idade Escolar**. Direção-Geral de Saúde. Abril 2016. ISBN: 978-972-675-240-0.
- SILVA, S.; PINHO, J.; BORGES, C.; et al. - **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Linhas de Orientação para uma Alimentação Vegetariana Saudável**. Direção-Geral de Saúde. Julho. 2015. ISBN: 978-972-675-228-8.
- COELHO, C.; AFONSO, L.; OLIVEIRA, A.; - **Práticas Parentais de controlo alimentar: Relação com o Peso da Criança**. Acta Portuguesa de Nutrição. Associação Portuguesa de Nutrição. 01.2017. p 6-11. ISSN: 2183-5985.
- ULS Matosinhos - **Alimentação Infantil no 1º ano de Vida: Guia de Aconselhamento**. ULSM. Março 2014.
- GUERRA, A.; et al. - **Alimentação e Nutrição do Lactente**. Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2012. 43 (2): S17-S40. ISSN 0873-9781
- CARDEIRO, M. - **O Grande Livro do Bebê: O Primeiro Ano de Vida**. 13ª edição. Lisboa: A Esfera dos Livros. 2016. ISBN 978-989-626-331-7
- SILVA, Ana I.; AGUIAR, Helder G. - **Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida**. Acta Médica Portuguesa. 24 (54). 2011. p: 1035-1040.
- HEWITRELL, M.; BRONSKY, J.; CAMPOY, C.; et al. - **Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition**. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Janeiro. 2017. 64 (1): 119-132. Disponível em <http://espgahan.org/>.

APÊNDICE 8

Formulário de Avaliação da Formação realizada pelos Pares



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Este formulário serve apenas para diagnóstico da formação realizada. Assinale com uma (X) na escala indicada. Os parâmetros são: **(1)** Insuficiente (inferior a 10); **(2)** Suficiente (10-13); **(3)** Bom (14-16); **(4)** Muito Bom (17-18); **(5)** Excelente (19-20).

ESCALA	1	2	3	4	5
	Ins	Suf	B	MB	Ex
Relativamente ao desempenho do formador					
1. Consegue transmitir a informação de forma eficaz.					
2. Consegue motivar o público-alvo.					
3. Demonstra conhecimentos sobre o tema.					
4. Desenvolve metodologias pedagógicas adequadas ao público-alvo em presença.					

ESCALA	1	2	3	4	5
	Ins	Suf	B	MB	Ex
Relativamente ao tema					
1. O tema foi pertinente.					
2. O conteúdo da sessão é de interesse para a prática.					
3. O tema conseguiu proporcionar aquisição de novos conhecimentos.					

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Matosinhos, 24 de outubro 2017

APÊNDICE 9

Resultados da Avaliação da Formação realizada pelos Pares



Avaliação da Formação realizada pelas Enfermeiras da UCSP

Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida: Dúvidas dos profissionais da UCSP

PÚBLICO-ALVO: 6 ENFERMEIRAS

RESULTADOS

Parâmetros: (4) Muito Bom (17-18); (5) Excelente (19-20)

Relativamente ao desempenho do formador	Número de respostas por parâmetro	
	4	5
1. Consegue transmitir a informação de forma eficaz.	1	5
2. Consegue motivar o público-alvo.	1	5
3. Demonstra conhecimentos sobre o tema.	2	4
4. Desenvolve metodologias pedagógicas adequadas ao público-alvo em presença.	1	5

Relativamente ao tema	Número de respostas por parâmetro	
	4	5
1. O tema foi pertinente	0	6
2. O conteúdo da sessão é de interesse para a prática	1	5
3. O tema conseguiu proporcionar aquisição de novos conhecimentos	1	5

ANEXOS

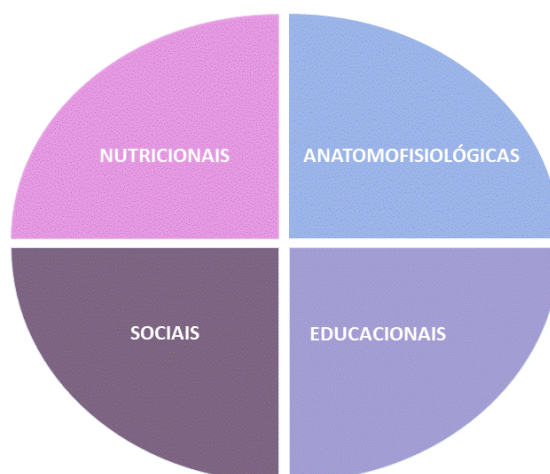
ANEXO 1

PowerPoint “*Alimentar a Criança no 1º Ano de Vida*”

Alimentar a criança no primeiro ano de vida



Razões para iniciar a alimentação complementar



Nutricionais

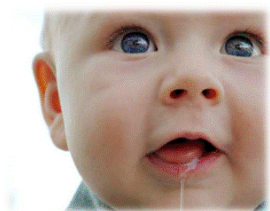


Anatomofisiologia: maturação do sistema digestivo

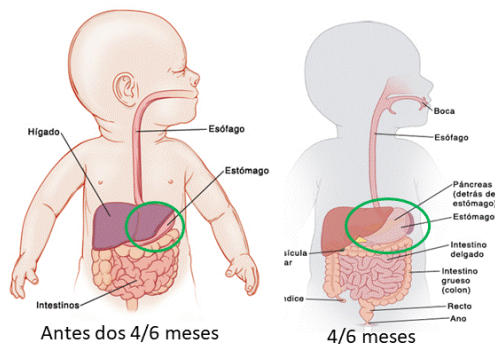
Evolução da capacidade gástrica



Anatomofisiologia: maturação do sistema digestivo



Aumento da secreção salivar



Aumento da capacidade gástrica

Maturação das células intestinais

Aumento da acidez gástrica

Anatomofisiologia: desenvolvimento motor

4-5 meses



Perda do reflexo de extrusão



Capacidade de cerrar a boca

4 meses



Controlo da cabeça e tronco

6/8 meses



Sentar sem apoio

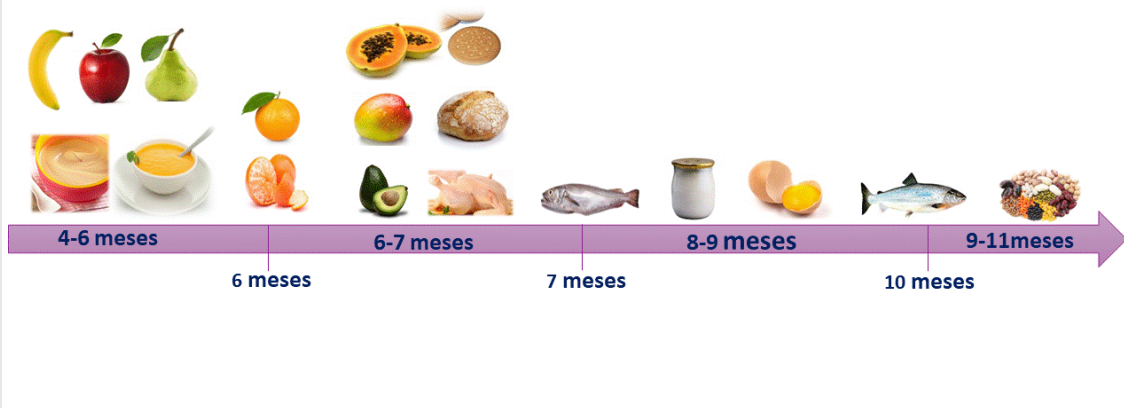
Anatomofisiologia: desenvolvimento sensorial



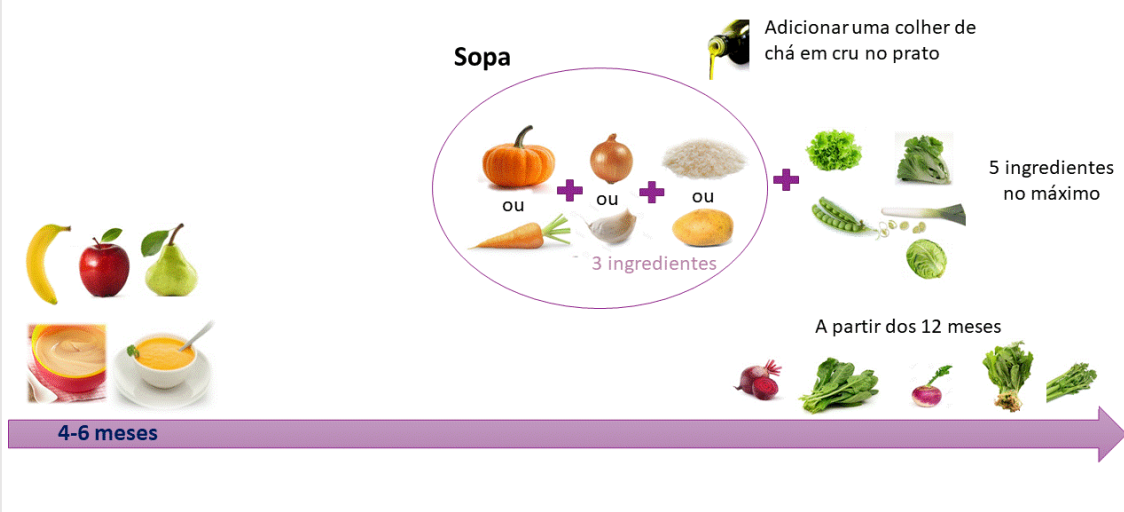
Vídeo



Diversificação alimentar: como?



Diversificação alimentar: como?



Diversificação alimentar: como?



Papa



Papa láctea

Papa não láctea

4-6 meses

Diversificação alimentar: como?



Puré de fruta



Apenas um fruto

4-6 meses

Diversificação alimentar: como?



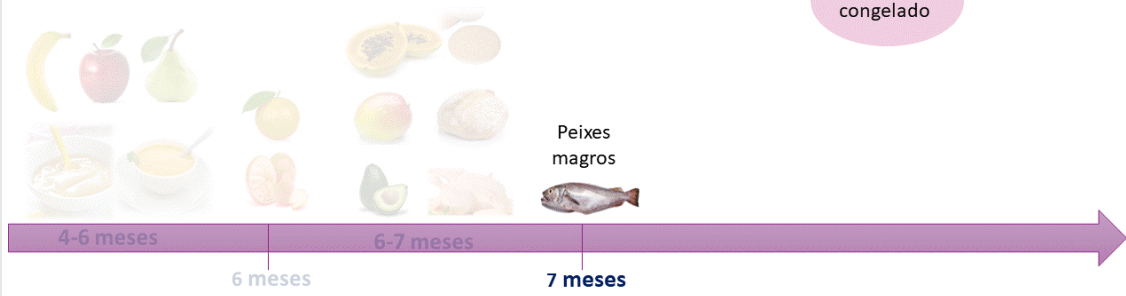
Diversificação alimentar: como?



Diversificação alimentar: como?

Peixes magros: pescada, linguado, solha e faneca

Fresco ou congelado



Diversificação alimentar: como?

Ovo



$\frac{1}{4}$ da gema
metade da gema
 $\frac{3}{4}$ da gema
Gema completa

logurte sólido natural
não açucarado



Diversificação alimentar: como?

Peixes gordos: salmão, sardinha, cavala e arenque

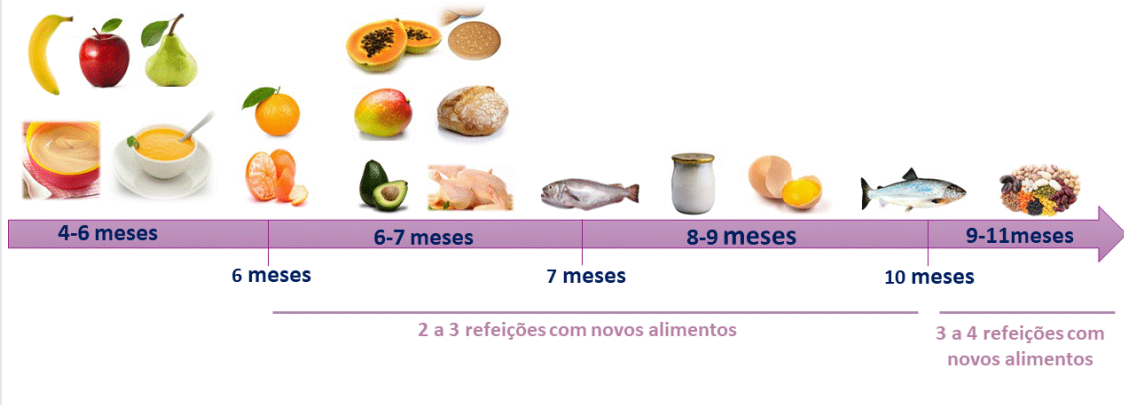


Diversificação alimentar: como?

Leguminosas: feijão-fradinho, branco ou preto e lentilha



Diversificação alimentar: como?



www.ulsm.min-saude.pt/content.aspx?menuid=569

Aplicações Assistir Online - Água Assistir Peter Pan Dub Assistir - Planeta dos Assistir Planeta dos M

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
ULSM **ULSMATOSINHOS**
 Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ULSM Serviços Clínicos Estabelecimentos de suporte
 Informação ao Cidadão Doenças Raras Agência
 Biblioteca - Centro de Formação Qualidade Notícias e Destaque

Índice / Informação ao Cidadão / Guias Informativos / Guia de Alimentação Infantil

Guia de Alimentação Infantil no 1º ano de vida

Como chegar
 Contactos
 História
 Transmissão de Doenças
 Testes Biológicos
 Medicamentos - Direitos do doente
 Relações Clínicas
 Federação Vítas
 Como Informar-se
 Guia do Cidadão
 Guia de Saúde
 Guia de Recuperação
 Guia de Alimentação Infantil
 Alimento a comer com a Saúde Infantil
 Primeira Colocação no Dado
 Tempo de Espera
 Gabinete de Dietética
 Voluntariado e Liga das Alérgicas
 Serviços Religiosos
 Perguntas frequentes
 Fala Comunitária
 Vítas Virtual

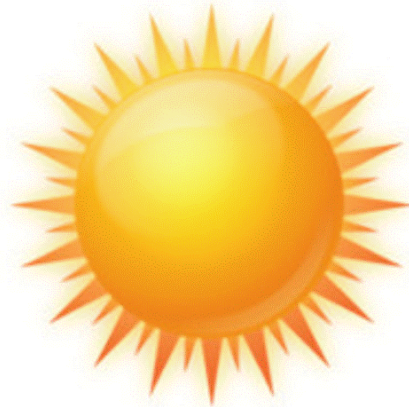
SEE MORE SHARE

Alimentação infantil no 1º ano de vida
 Guia de Aconselhamento

ULSM

Suplementação vitamínica?

- Suplementação de vitamina D desde o nascimento até pelo menos aos 12 meses



Evolução da consistência e heterogeneidade

6 meses



Puré homogéneo

8 meses



Puré heterogéneo

10 meses



Amassados, desfiados,
picados ou cortados em
pedaços.

12 meses



Integração na
alimentação
familiar

Engasgamento

Sinais de obstrução da via aérea:

- Dificuldade respiratória (adejo nasal; cianose labial)
- Tosse ineficaz
- Gemido; inquietação
- Músculos da face contraídos



1º Desobstrução da via aérea – tentativa única de remoção



Engasgamento

2º Aplicação de 5 pancadas interescapulares



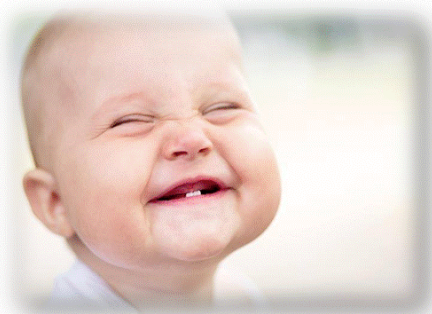
A introdução alimentar constitui um desafio para criança e para os pais



Proporcionando uma boa adaptação...

Experiência Sensorial

Criação de hábitos



Família

Temperamento

Aleitamento Materno

Cultura

Exposição repetida

Preparação dos alimentos



Preparação dos alimentos: confeção dos alimentos



- Confeção simples, sem adição de sal e com baixo teor de gorduras
- Modo de confeção: Cozidos, estufados e grelhados

Preparação dos alimentos: conservação dos alimentos



Recipientes de Congelação



Caixas
hermeticamente
fechadas

Cuvetes de gelo



Congelação de pequenas
porções individuais

48 horas no
frigorífico
(4°C)

8 semanas no
congelador
(-18°C)

Material para alimentar

Prato plástico



Colher de silicone
pouco funda e com
extremidades moles



Um copo com um bico
e duas pegas



Espreguiçadeira



Babete lavável



Cadeira de alimentação

Preparação de uma sopa e uma papa



