



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

Por  
Jael Sofia Pereira Carneiro

Porto – julho 2021





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

## ***PRACTICUM REPORT***

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

Por  
Jael Sofia Pereira Carneiro

Sob a orientação de Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – julho 2021



## **Resumo**

Este relatório é o culminar de um árduo percurso de formação e reflete de forma crítica e metódica sobre os diversos níveis do *Saber* em Enfermagem: *Saber-Ser, Saber-Fazer e Saber-Saber*. Surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) – Porto, da Universidade Católica Portuguesa, inserido na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. Todo ele se pautava por uma metodologia descritiva e reflexiva, partindo de pressupostos e deduções na análise do processo de aprendizagem nos contextos de Internamento em Pediatria, Neonatologia e Serviço de Urgência Pediátrica, fazendo também uma breve referência às competências adquiridas no estágio em Cuidados de Saúde Primários referente à Unidade Curricular “*A saúde da criança e família - Vigilância e decisão clínica*”. Todo este processo teve em conta a evidência científica mais atual, contemplando assim a análise e reflexão sobre as competências adquiridas nos diferentes domínios: Prestação de Cuidados, Gestão, Formação e Investigação, bem como os objetivos delineados nos diferentes contextos e as atividades realizadas para os cumprir. Para além da abordagem a temas e temáticas transversais a todos os contextos, como é o caso da comunicação, a parentalidade e a parceria de cuidados, a reflexão abarcou outros temas como a hospitalização da criança e família, a assistência à criança, jovem e família no SU, a utilização da Triagem de Manchester e a prestação de cuidados a RN utilizando a filosofia NIDCAP. Esta diversidade de experiências, vivenciadas e partilhadas, promoveu o meu desenvolvimento pessoal e profissional e considero assim como adquirido as competências elencadas pelo plano de estudos que permitem a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Competências, Criança/Jovem, Família e Saúde Infantil e Pediátrica



## **Abstract:**

This document is the result of a grueling formation path of and mirrors, critically and methodically, the many levels of acquaintance in Nursing: *Knowing-how to Be, Knowing how to Do, and Knowing Knowledge*. It is part of the scope for the Master's Degree in Nursing with Specialization in Child and Paediatric Health Nursing at the Institute of Health Sciences (ICS) – Porto, by Universidade Católica Portuguesa, introduced in the *Final Practicum and Report*. All of it is guided by a descriptive and reflective methodology, founded by assumptions and deductions in the analysis of the learning process in the contexts of: Hospitalization in Paediatrics, Neonatology and Paediatric Emergency Services, also making a brief reference to the skills acquired in the internship in Health Care Primary related to the class “*Child and family health - Surveillance and clinical decision*”. This entire process took into account the most current scientific evidence, therefore contemplating the analysis and reflection on the skills acquired in the different domains: Care Delivery, Management, Training and Research, as well as the goals and activities outlined in the different contexts carried out. In addition to addressing themes and subjects in different contexts such as: communication skills, the parenting and caring partnership, this reflection covered other topics such as hospitalization of the child and family, child/youth and family care in urgency/emergency situation, the use of *Manchester Triage* and the provision care in premature newborn using the NIDCAP philosophy. This diversity of experiences, lived and shared, endorsed my personal and professional development, as well as acquired the skills listed by the study plan that allow me to obtain a Master's degree in Nursing, with a specialization in Nursing Child and Paediatric Health.

**Keywords:** Nursing, Nursing Skills, Child/Adolescent, Family and Child Paediatric Health



*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.  
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”*

Antoine de Saint-Exupéry



## **Agradecimentos**

No culminar de um caminho de construção do meu Eu (pessoal e profissional) só me resta agradecer...

... **À Prof.a Isabel Quelhas**, pela disponibilidade, a confiança e o apoio incondicional apesar dos tempos difíceis por todos vivenciados.

... **Aos meus enfermeiros tutores**, pela transmissão de saberes, orientação e apoio.

... **Aos meus Pais e Irmão**, pela paciência, amor incondicional e por desde sempre me incentivarem a ser mais e melhor.

... **Ao Nuno**, por sempre ter acreditado que eu era capaz e por ter cuidado tão bem de mim.

... **A todos os Amigos**, por terem ficado sempre ao meu lado...mesmo quando eu não estava.



## Abreviaturas e Siglas

CIAV - Centro de Informação Antivenenos  
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
COVID-19 - *Corona Virus Disease 2019*  
CSP - Cuidados de Saúde Primários  
DGS - Direção-Geral da Saúde  
EDIN - *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*  
EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica  
EHI – Encefalopatia Hipoxico-Isquémica  
ELI - Equipa Local de Intervenção  
IPSS – Instituição Particular de Segurança Social  
NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco  
NIDCAP - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*  
NIRS - *Near Infrared Spectroscopy*  
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros  
RN - Recém-Nascido  
SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2  
STM – Sistema de Triagem de Manchester  
SU - Serviço de Urgência  
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico  
TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrica  
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais  
USF - Unidade de Saúde Familiar



## Índice

Introdução .....	15
1. Competências Previamente Adquiridas .....	19
2. Contextualização do Estágio.....	21
3. Desenvolvimento de Competências.....	23
3.1. Domínio da Prestação de Cuidados .....	23
3.2. Domínio da Gestão .....	50
3.3. Domínio da Formação .....	54
3.4. Domínio da Investigação.....	58
4. Avaliação Global do Estágio e Implicações para a Prática Profissional .....	62
Conclusão.....	64
Bibliografia .....	66
Apêndices.....	72
Apêndice I - Panfleto sobre a Alimentação no Primeiro Ano de Vida.....	74
Apêndice II - Atividade - Mary Sheridan Box .....	86
Apêndice III - Planejamento de Ação de Formação a Pares – “Baby Lead Weaning: Uma nova visão sobre a introdução da alimentação complementar .....	96
Apêndice IV - Planejamento da Atividade de Educação para a Saúde sobre Quedas Hospitalares .....	118



## Introdução

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) - Porto da Universidade Católica Portuguesa, inserido na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. Esta unidade curricular foi desenvolvida, em diferentes contextos assistenciais, todos eles sob a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas.

É mandatório que o estudante no final deste percurso possua capacidade para refletir criticamente sobre os diversos níveis do *Saber* em Enfermagem e especificamente na Saúde Infantil e Pediátrica: *Saber-Ser, Saber-Fazer e Saber-Saber*. Este relatório contempla a descrição das competências adquiridas, dos objetivos definidos para o estágio e das atividades realizadas para os cumprir, bem como uma reflexão crítica de todo o processo. Os objetivos deste documento são:

- Enumerar as competências do EESIP;
- Descrever os objetivos elaborados para alcançar as competências do EESIP;
- Relatar as atividades realizadas ao longo do estágio para atingir os objetivos;
- Descrever o processo de aquisição de competências durante o estágio;
- Refletir criticamente sobre o processo de aprendizagem.

No segundo semestre do curso de mestrado realizei o estágio final em contexto de internamento, Neonatologia e Urgência Pediátrica. Este estágio permitiu-me o desenvolvimento de múltiplas competências, porque, para a obtenção do grau de Mestre, é crucial alcançar as competências gerais definidas no plano de estudos da Universidade Católica Portuguesa:

- *Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem, no desenvolvimento das competências*

- *adquiridas no curso de licenciatura de enfermagem, incluindo no domínio da investigação;*
- *Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionado com a área de especialização em Enfermagem;*
- *Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*
- *Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;*
- *Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.*

A Enfermagem Pediátrica revelou-se uma área de interesse vocacional e foi crescendo desde a licenciatura, tornando-se um desafio que se avolumou com a presente formação de mestrado. Findos alguns anos de trabalho e após a aquisição de experiência profissional na área da medicina, considero ter alcançado todas as referências necessárias para me especializar nesta área e exercer funções na mesma. Os contextos de estágio escolhidos e realizados tiveram como epicentro o Hospital onde exerço funções, permitindo-me ter uma maior perceção de qual serviço eu melhor me enquadraria, com vista à formalização de um pedido de transferência. Contudo estes planos foram alterados uma vez que durante o curso, no fim do primeiro semestre, surgiu a oportunidade de ser transferida para a Urgência de Pediatria e aceitei este desafio.

Para a redação deste relatório utilizei uma metodologia descritiva e reflexiva, baseada no desenvolvimento do estágio final, mas fazendo também referência ao estágio do primeiro ano. Para tal procedi à análise crítico-reflexiva de todo o processo de aprendizagem, tendo por base a fundamentação teórica da evidência atual. Nesta análise reflito sobre todas as competências desenvolvidas e oportunidades vivenciadas, não esquecendo que toda esta aprendizagem decorreu num período pandémico.

Este relatório está estruturado em seis capítulos. O primeiro contempla a presente Introdução. Seguidamente é realizada uma abordagem às competências previamente adquiridas durante o estágio da Unidade Curricular “*A saúde da criança e família - Vigilância e decisão clínica*”. No terceiro capítulo apresento a contextualização do estágio final com a inclusão dos elementos mais enquadradores do mesmo. Posteriormente apresento uma análise crítico-reflexiva sobre as competências adquiridas no âmbito dos quatro domínios (Prestação de Cuidados, Formação, Investigação e Gestão), alicerçada nos objetivos arquitetados e nas atividades realizadas. No quinto capítulo apresento a avaliação global do estágio e as implicações para a prática profissional, terminando com a conclusão. São ainda incluídas as referências bibliográficas e os apêndices.



## 1. Competências Previamente Adquiridas

Neste capítulo pretendo apresentar as competências adquiridas resultantes do exercício da prática profissional, bem como os contributos que emergiram do período mais teórico do presente período formativo e que funcionaram como alavanca e impulso neste percurso e, consequentemente, o desenvolvimento de novas competências especializadas.

A minha experiência profissional iniciou-se no ano 2014 com passagem por diferentes contextos profissionais. Iniciei as minhas primeiras funções numa IPSS e posteriormente em ambiente hospitalar, mais especificamente no Serviço de Medicina Interna, onde permaneci durante 5 anos. Neste período de permanência no Serviço de Medicina decidi iniciar este percurso formativo na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica

No decorrer do presente curso, no segundo semestre, realizei estágio em contexto de Cuidados de saúde primários (CSP), numa Unidade de Saúde Familiar (USF). Realizei um total de 180 horas de contacto estágio, sendo que esta unidade curricular, ainda composta por orientação tutorial e trabalho individual totalizou 300 horas. O desenvolvimento do estágio inclui, idealmente, a realização de atividades no âmbito da UCC e da USF. Contudo, tal não se revelou possível por motivos associados à situação pandémica, pelo que a totalidade das horas foram desenvolvidas em contexto de USF. Neste estágio a obtenção e desenvolvimento de competências foi uma constante tendo sido possível trabalhar todos os domínios, mais especificamente o da prestação de cuidados e o da formação

No domínio da Prestação de Cuidados, os cuidados de saúde primários estão voltados para a capacitação das pessoas, famílias, comunidades e para a otimização da saúde, contudo, a educação para a saúde assume um papel fundamental (WHO, 2019). De forma a atingir o objetivo **Desenvolver Competências no âmbito da educação para a saúde**, e após a identificação de necessidade, elaborei um panfleto sobre a alimentação do primeiro ano de vida (Apêndice I).

Ainda neste domínio, a competência ***Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança e família*** foi muito trabalhada. Este contexto assistencial permitiu-me vivenciar experiências vastas na assistência a crianças e jovens de todas as faixas etárias, nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, tendo realizado consultas em quase todas as faixas etárias. Desenvolvendo assim competências no âmbito da promoção e apoio da parentalidade, na vigilância da saúde infantil e juvenil e promovendo a vacinação. Logo numa fase inicial do estágio, detetei a oportunidade de melhoria no âmbito da avaliação do desenvolvimento psico-motor da criança, pelo que, em face da competência de ***Executa intervenções adequadas em diferentes contextos de cuidados à criança e família***, construí uma caixa para cada sala de saúde infantil com todos os instrumentos necessários para a intervenção de avaliação da criança, tão presente nas consultas de enfermagem, de acordo com a escala de Mary Sheridan (Apêndice II).

No domínio da formação consegui atingir as seguintes competências: ***Identificar as necessidades formativas na área da especialização; Promover a formação em serviço na área de especialização; e Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros***. Para o atingimento das mesmas conheci os planos de formação do serviço, identifiquei as necessidades formativas e realizei uma formação de pares sobre a “Baby Lead Weaning” fornecendo posteriormente o material de pesquisa à equipa. (Apêndice III)

## **2. Contextualização do Estágio**

O estágio final decorreu durante o período de 8 de janeiro e 22 de maio de 2021, em três contextos assistenciais diferentes, Internamento de Pediatria Médica, Neonatologia e Urgência.

Relativamente ao estágio no serviço de Internamento Médico Pediátrico, teve a duração total de 355h totais, sendo 180h de contacto, e foi realizado num serviço que tem como missão promover a excelência de cuidados hospitalares eficientes, seguros e apropriados à criança e adolescente, intervindo até aos 17 anos e 364 dias e à sua família. Este serviço é composto por 25 unidades devidamente equipadas, divididas por 8 enfermarias, sendo que 3 destas podem funcionar como unidade de isolamento, no caso de doentes imunodeprimidos ou infetados. O serviço tem ainda: uma área de trabalho para a equipa de enfermagem; 2 gabinetes médicos; 1 gabinete do enfermeiro chefe; 1 sala de tratamentos; 3 casas de banho para crianças; casa de banho para os pais com sala de cacifos para os mesmos; 1 copa para preparação/acolhimento das refeições dos doentes; 1 copa para os profissionais; 1 sala para consumo de refeições/apoio escolar das crianças dependendo das horas; 1 sala de entretenimento para as crianças internadas com presença de educadoras; 1 sala de sujos e 1 sala de limpos. A equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro-chefe, 25 enfermeiros, sendo 16 EESIP e um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que está presente no turno da manhã. O grupo é distribuído por 5 equipas. O turno da manhã e da tarde é constituído por 4 enfermeiros e o turno da noite por 3 enfermeiros.

O estágio no contexto de Neonatologia, com duração total de 177,5 horas, sendo 90h de contacto, decorreu numa unidade de cuidados intensivos e intermédios neonatais, que presta cuidados a RN prematuros e/ou RN com necessidades de cuidados de saúde específicos. Esta unidade contempla uma equipa multidisciplinar e o corpo de enfermagem constituída por 42 elementos, sendo 24 destes EESIP. Encontram-se organizados por equipas de 7 enfermeiros, em função da experiência profissional, existindo em cada turno um EESIP responsável.

É constituída por 9 unidades de cuidados intensivos e 8 unidades de cuidados intermédios, sendo que a prestação de cuidados ocorre num *open space*, que possibilita a visibilidade e vigilância de todos os RN. Estruturalmente esta unidade conta ainda com uma sala de preparação e acondicionamento de medicação, uma zona para retirada de leite materno pelas mães e uma copa de leites, uma sala de espera para a família, um gabinete médico, uma copa para os profissionais, uma área de desinfeção e espaço para armazenamento de materiais.

O estágio em contexto de serviço de Urgência, com duração total de 177,5 horas, sendo 90h de contacto, foi realizado num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico. As instalações deste serviço são novas aumentando a capacidade de resposta, contudo foi necessário a realização de ajustes tendo em conta a situação pandémica vivenciada no País. Este espaço encontra-se organizado quase como por “circuito” COVID e não COVID, facilitando a mobilização das crianças no serviço. Como áreas em comum há a receção e a parte administrativa, logo após a sala de emergência e paralelamente a área de triagem. De seguida procede-se à separação dos circuitos. Existem duas salas de espera, uma para doentes suspeitos e outra para os restantes. Seguidamente encontramos os gabinetes médicos organizados dentro da mesma metodologia e uma sala de enfermagem para não suspeitos. Foi criada uma sala considerada área COVID onde são prestados todos os cuidados de enfermagem em doentes suspeitos. Por último existe o OBS onde as crianças permanecem sob vigilância, após observação médica, maioritariamente a realizar os tratamentos prescritos. Para entrar nesta área tanto a criança como acompanhante devem ter teste negativo de COVID. Relativamente à área de cirurgia e ortopedia encontra-se num corredor próprio e os gabinetes médicos asseguram a comunicação entre a urgência de adultos e pediátrica. A equipa é constituída por 22 enfermeiros, 15 deles especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

### **3. Desenvolvimento de Competências**

Neste capítulo pretendo categorizar os quatro domínios (Prestação de Cuidados, Formação, Gestão e Investigação) recorrendo à articulação entre as competências delineadas no plano de estudos do EESIP, os objetivos específicos por mim delineados e as atividades desenvolvidas para a sua concretização. Apesar de a Enfermagem possuir uma centralidade clínica orientada para a prestação de cuidados, as áreas da formação, investigação e gestão são também importantes para o desenvolvimento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Assim sendo, o curso de Mestrado em Enfermagem da UCP, nas diferentes áreas da especialidade, define no seu plano de estudos quais as competências a desenvolver para a aquisição do grau de mestre, competências essas que foram desenvolvidas ao longo do estágio e se encontram neste capítulo descritas.

Esta metodologia de exposição permitiu-me uma melhor organização do raciocínio e potenciou a reflexão pessoal, espelhando o processo de aprendizagem de todos os contextos e a aquisição das competências nos diferentes domínios.

#### **3.1. Domínio da Prestação de Cuidados**

O domínio da Prestação de Cuidados é encarado como a centralidade da prática de Enfermagem. Implica o diagnóstico das necessidades da criança/jovem e família e a elaboração do plano de cuidados, com vista a excelência dos cuidados prestados e proporcionando bem-estar biopsicossocial a este binómio.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é responsável pela prestação de cuidados a um nível avançado, demonstrando segurança e competência nos cuidados prestados com vista a satisfação da criança e família (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Elenco de seguida os objetivos e atividades desenvolvidas refletindo e demonstrando senso crítico sobre a aquisição de competências neste domínio, nomeadamente no trabalho de equipa, comunicação e aprofundar conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados à criança e família.

### Competência:

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

### Objetivos:

- Conhecer a estrutura física, os recursos humanos e materiais dos contextos de estágio;
- Conhecer a dinâmica de organização dos cuidados de enfermagem;
- Estabelecer uma relação profissional com a equipa multidisciplinar.

### Atividades:

- Visitar os diferentes contextos assistenciais sob a orientação das enfermeiras tutoras;
- Integrar as dinâmicas dos serviços e a equipa multidisciplinar;
- Consultar horários das equipas e organização dos turnos;
- Consultar a documentação do serviço, nomeadamente protocolos, normas e manuais de integração.
- Comunicar eficazmente com a equipa e criar uma relação empática com os membros de forma a contribuir para a existência de um bom ambiente de trabalho;

### Reflexão

Em todos os contextos a dinâmica de integração foi muito semelhante. Fui recebida pelo/a enfermeiro/ a chefe ou representante e de seguida apresentada à enfermeira orientadora e restante equipa multidisciplinar. Por consequente foi-me apresentado o serviço, através de uma visita guiada às instalações, dando sempre destaque ao papel de cada profissional naquele âmbito.

Em todos os contextos fui muito bem-recebida sentindo-me sempre parte integrante da equipa, este facto motivou-me e potenciou o atingimento de todos os objetivos propostos.

A consulta de procedimentos, protocolos, distribuição dos planos de trabalho e horários, permitiram uma melhor integração na dinâmica dos serviços, nomeadamente em relação à prestação de cuidados, assim como a gestão de todos os recursos. O facto de dois dos contextos de estágio terem sido realizados na instituição onde exerço funções, permitiu maior prontidão na integração, uma vez que já conhecia os horários e protocolos de atuação da instituição. Contudo, cada serviço possui os seus próprios protocolos, e eu assumi sempre uma praxis reflexiva em todo o estágio, tal como é espetável numa prática especializada.

Esta passagem por diferentes realidades assistenciais à criança, jovem e família permitiram-me perceber as diferenças estruturais e dinâmicas exigidas aos diferentes serviços tendo em conta os cuidados a prestar.

O serviço de Neonatologia é um serviço considerado de referência da região Norte do País, dada a variedade de especialidades a que dá resposta. A especificidade deste serviço constituiu um desafio na minha aprendizagem, exigindo maior dedicação e estudo sobre a prestação de cuidados ao RN. A consulta de normas e procedimentos, a disponibilidade de toda a equipa para ensinar e o trabalho por estes desenvolvido foram fundamentais para a minha integração neste serviço.

O serviço de Internamento também ele é considerado um serviço de referência do Norte e alberga múltiplas especialidades, dentro das quais destaco a neurocirurgia, cardiologia e neurologia. Realizar um estágio num serviço com tantas especialidades foi enriquecedor, assim como perceber a articulação que é feita entre estes e os serviços da comunidade. As enfermarias encontram-se decoradas com desenhos, reduzindo o impacto negativo que o hospital pode ter quer para as crianças quer para os pais. A existência de uma sala de entretenimento, com acompanhamento da educadora, permite que as crianças socializem entre si e desenvolvam as suas relações interpessoais, o que acarreta inúmeros benefícios sobretudo em internamentos prolongados. Apesar de a vivência deste estágio ter sido durante uma pandemia, foi notório o esforço de todos os profissionais para se adaptarem a esta nova realidade. Num internamento onde não era possível aceder à sala dos brinquedos por se encontrar desativada, devido à pandemia, nenhuma criança ficou sem brincar...aprenderam a brincar de outra forma.

O estágio no serviço de Urgência realizou-se num SUMC que é considerado o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes. A passagem por este contexto permitiu-me não só contactar com crianças e jovens com uma multiplicidade de problemas, nomeadamente do foro psiquiátrico, ortopédico, nefrourológico, gastrointestinal, respiratório ou infeccioso, mas também perceber a dinâmica da transferência destes para SUP no caso de doenças do foro cirúrgico, por exemplo. De todos os contextos este foi o que sofreu mais alterações devido à pandemia vivenciada, tal como já referi no capítulo anterior, a criação de circuitos COVID e não-COVID foram fundamentais para uma prática de cuidados segura. Neste serviço diariamente é necessário fazer ajustes na gestão do atendimento, organização dos espaços e dos recursos, fomentando assim o trabalho em equipa e o espírito de interajuda.

Em suma, considero que através das atividades descritas atingi a competência pretendida. Em todos os estágios realizados senti-me apoiada pela equipa profissional e parte integrante da mesma, o que permitiu adquirir autonomia, tanto na prestação de cuidados como na gestão dos mesmos. Gostaria de ressaltar a importância do papel que cada uma das enfermeiras tutoras tiveram no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

#### 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;

#### Objetivos:

- Desenvolver competências no processo de comunicação e relação com a criança e família;
- Promover o respeito pelos valores, etnia e religião da criança e família.

#### Atividades:

- Mobilizar conhecimentos teóricos sobre a comunicação com a criança, jovem e família;
- Utilizar diferentes formas de comunicação de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança;

- Estabelecer uma relação terapêutica com a criança, jovem e família;
- Respeitar as crenças religiosas e culturais da criança, jovem e família.

### Reflexão

O conceito de comunicação vem do latim *communicare* e significa tornar comum, compartilhar ou ligar (Pinheiro, 2005). O enfermeiro de saúde infantil e pediátrica como primordial agente da mudança na saúde deve exercer uma comunicação assertiva, humanizando os seus cuidados através da ligação criada com a criança e sua família.

Apenas se estabelece comunicação efetiva quando existe respeito pela criança, tratando-a como um ser humano único e individual. Respeitando o contexto familiar em que esta está inserida e as necessidades biopsicossociais, culturais e espirituais a que ela está sujeita (Martinez, Tocantins, & Souza, 2010).

É impossível não comunicar. A comunicação é um elemento basilar na vida do ser humano, contribuindo para o seu crescimento enquanto pessoa. Esta faz parte das experiências prévias e das adquiridas diariamente (Mourão, Albuquerque, Silva, Oliveira, & Fernandes, 2009). Ao longo do meu percurso pessoal e profissional esta competência relacional já se encontrava desenvolvida com os adultos, contudo na assistência à criança, jovem e família alguns ajustes necessariamente teriam de ser feitos. Tratando-se de uma lacuna que possuía, esta foi uma das áreas nas quais mais investi ao longo desta caminhada. A aquisição desta competência foi fulcral não só para este percurso acadêmico, mas também para o desenvolvimento da minha atividade no contexto onde me encontro e já referido.

As crianças constituem um grande desafio à comunicação em Enfermagem, porque existe uma necessidade premente de compreender as competências cognitivas inerentes aos seus estádios e adequar o conteúdo e as estratégias de comunicação tendo em conta cada fase do desenvolvimento.

Nos RN e lactentes a forma mais significativa de comunicação é através da comunicação não verbal, nomeadamente os sorrisos, caretas, choro e olhares. Estes compreendem a comunicação não verbal e estão atentos ao ambiente em que estão inseridos, tendo o contacto físico e tom de voz uma importância significativa. A observação da comunicação comportamental do RN é importante pois fornece informação valiosa sobre como estruturar e adaptar os cuidados (Santos, 2011).

Perante todos os contextos de estágio o que considero ter sido mais marcante para a aquisição de competências comunicacionais foi aquela que foi desenvolvida junto do RN, maioritariamente no âmbito da Neonatologia. Neste contexto aprendi a estar atenta à informação transmitida pelos RN, algo para o qual não estava desperta. De entre os comportamentos defensivos, destaco os soluços, bocejos, caretas e movimentos descoordenados e bruscos, relativamente aos movimentos de contacto, um fâcies relaxado e atento, movimentos suaves e harmoniosos e mãos junto da cara. Estar atento e observar o RN tendo em conta estas informações permitiram perceber quando e por quanto tempo este estaria disponível para interagir. Como tal, as estratégias mais utilizadas na comunicação com o RN foram: utilização de voz suave, o tocar de forma aprazível, o saber esperar, embalar e satisfazer as suas necessidades (Hockenberry & Wilson, 2014).

Relativamente às crianças em idade pré-escolar recorri à utilização de frases simples e curtas para explicar os procedimentos. Neste estágio de desenvolvimento as crianças interpretam todas as palavras no sentido nato, não havendo lugar para analogias. Foi importante utilizar termos que não dessem azos a outras interpretações mentais, estando a honestidade sempre presente. Foi igualmente importante conciliar a linguagem verbal com a paralinguagem, nomeadamente a entoação da voz, a frequência da fala e os silêncios, evitando que a informação transmitida fosse interpretada como mentira. A qualidade de voz trai os sentimentos e o estado de humor, declarando verdadeiramente o que sentimos e que pretendemos camuflar (Gotze & Junior, 2002). Para complementar a informação oral recorri à brincadeira, como por exemplo o faz de conta e permiti que a criança manipulasse os materiais que iam ser utilizados, conferindo-lhes poder de escolha e capacidade de decisão. Tal como refere Hockenberry & Wilson (2014), eles gostam de ser informados sobre tudo o que vai acontecer e o do que vão sentir, de forma a que deixa-las manipular os objetos ajuda diminuir a sua ansiedade e expectativa do que irá acontecer.

Na idade escolar são questionadores natos e difíceis de satisfazer. Gostam de saber o porquê de tudo, sendo importante deixar que colaborem nos procedimentos sempre que possível (Hockenberry & Wilson, 2014). Decorrente desta prática foi minha preocupação procurar explicar, antecipadamente, todos os procedimentos e responder sempre às questões colocadas de forma honesta, mantendo o contacto ocular ao nível da criança. Procurei ainda respeitar a privacidade e pudor, dado que estes se preocupam muito com a integridade corporal.

No caso dos adolescentes, o grande desafio prende-se na ambivalência deste estágio de desenvolvimento, é um erro olhar o adolescente como um adulto com a sua sabedoria e controle, da mesma forma que é um erro assumir que o adolescente tem as preocupações e as expectativas de uma criança (Hockenberry & Wilson, 2014). Tornou-se imprescindível conquistar o adolescente para o poder orientar e esclarecer dúvidas, utilizando uma metodologia de escuta ativa, o respeito pelo silêncio, a confidencialidade e privacidade tornando-se fundamentais neste processo.

Na enfermagem pediátrica, a comunicação não se estabelece unicamente com a criança, mas também com os pais, dado que são uma fonte importante de informação (Hockenberry & Wilson, 2014). O contexto da neonatologia foi, e à semelhança do que se constitui em relação ao RN, o mais exigente na comunicação com a família. O momento do nascimento acarreta sempre dificuldades para a família, atribuídas a diversos fatores que envolvem desde os cuidados básicos ao recém-nascido até à própria adaptação do recém-nascido à família. No entanto, quando se trata de um recém-nascido que precisa de cuidados, além de ele surgir inesperadamente na vida familiar, não corresponde ao bebé imaginado, gerando insegurança e intensas transformações na vida da família. É fulcral ter em conta que quando o nascimento de um filho desejado chega mais cedo que o previsto, todo o processo adaptativo fica encurtado no tempo, o que aumenta a fonte geradora de stress e ansiedade. Segundo Fraga & Pedro (2004, p. 90) *“o nascimento de um filho antes do tempo ou com complicações patológicas que impliquem uma hospitalização é uma situação difícil e penosa para todos na família e principalmente para a mãe, que muitas vezes, se sente culpada por esse acontecimento”*. O internamento de um filho prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal provoca nos pais sentimentos de medo, angústia, ansiedade e impotência. Quando o recém-nascido fica na unidade, os pais encontram-se numa situação de instabilidade emocional, decorrente da situação, logo, também eles necessitam de assistência individualizada, veiculada através de uma relação de ajuda eficaz. Para tal é fundamental privilegiar a comunicação próxima dos pais, mantendo uma escuta ativa, empatia, demonstrar disponibilidade para os ouvir e ter um comportamento de aceitação e compreensão sobre aquilo que expressam (Hockenberry & Wilson, 2014).

No que diz respeito às crenças religiosas, culturais e etnias, foi no estágio em contexto de SU que vivenciei com maior importância estas experiências. De entre elas gostaria de destacar o caso de uma criança de 4 anos Síria que se encontrava acompanhada pelo pai, e no

qual a comunicação verbal foi difícil pois o pai não falava Português e falava muito pouco Inglês. Para colmatar esta barreira linguística foi necessário recorrer à utilização de uma *app* do telemóvel que fizesse a tradução e facilitasse esta comunicação. Relativamente à componente cultural do caso em causa, na altura da refeição percebi que o pai estava muito apreensivo a olhar para o prato de carne, e desde logo percebi que se devia ao facto de nesta cultura não comerem carne de porco. Os enfermeiros competentes culturalmente melhoram a comunicação e adquirem conhecimentos relacionados com as práticas de saúde de diferentes culturas. (Vilelas & Janeiro, 2012)

Ao longo de todo este percurso desenvolvi competências comunicacionais através do uso das mais variadas técnicas de comunicação definidas em função dos aspetos necessários, contribuindo para a prestação de cuidados de qualidade ao RN, criança e jovem e família. Contudo, e tal como referi anteriormente, tendo em conta que o ser humano está em constante aprendizagem esta é uma área que considero que ainda posso desenvolver e aperfeiçoar com a minha prática diária.

#### Competências:

- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.

#### Objetivos:

- Desenvolver competências no âmbito da promoção e apoio à transição e desempenho da parentalidade;
- Promover a vinculação e a ligação pai/mãe e filho;
- Desenvolver competências no âmbito da parceria de cuidados.

#### Atividades:

- Identificar necessidades na aquisição de conhecimentos e habilidades sobre a transição para a parentalidade e desempenho do papel parental;

- Negociar os cuidados prestados e apoiar as famílias nas tomadas de decisão;
- Valorizar e incentivar a presença dos pais;
- Envolver a família na prestação de cuidados;

### Reflexão

A parentalidade é considerada uma das tarefas mais satisfatórias na vida dos pais, em contrapartida a sua natureza desafiante e exigente acarreta, muitas vezes, elevados níveis de stress parental (Fernandes, Caiado, & Moreira, 2020). Esta complexidade é perceptível através da análise à descrição de parentalidade segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): *“Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”* (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019).

Apesar da gratificação que ser pai ou mãe acarreta nem sempre é fácil, pelo contrário, momentos desgastantes e frustrantes podem existir. A parentalidade marca assim a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar, acarretando uma reestruturação do sistema familiar, a redefinição de papéis, novas tarefas e projetos de vida (Martins, Abreu, & Figueiredo, 2017). Esta transição é considerada uma das mais importantes no ciclo de vida familiar, tal como refere Meleis & Im (2002), o nascimento de um filho implica a mudança de circunstâncias em que vive o Homem, revestindo-o de vulnerabilidades e imprimindo em si o sentimento de insegurança face a este novo acontecimento.

Tendo em conta esta exigência, o Enfermeiro Especialista ocupa um lugar privilegiado junto dos pais no que se relaciona com a transição para parentalidade. Ao longo de todo o estágio procurei ir de encontro às necessidades de aprendizagem dos pais, dotando-os de conhecimentos e competências para cuidar do seu filho, sempre que a situação assim o evidenciasse. Para que isso fosse exequível procurei estabelecer, desde a admissão da criança, uma comunicação eficaz e uma relação de confiança com os pais, procurando perceber a vivência neste novo papel e as principais dificuldades por si percebidas. Através desta abordagem de identificação de necessidades, conseguia perceber quais as intervenções a serem feitas e

como conseguir o empoderamento dos pais no desempenho pleno do papel parental, valorizando sempre o desempenho por eles prestado. Sendo a parentalidade por si só um fator que despoleta stress, tornar-se mãe ou pai em situação pandémica foi ainda mais exigente, uma vez que com ela vieram profundas mudanças nos hábitos e rotinas de toda a família (Fernandes, Caiado, & Moreira, 2020).

O modelo da parceria de cuidados de Anne Casey, assenta sobre o reconhecimento e respeito pela experiência da família sobre o cuidar do seu filho. Na ausência dos pais da criança, os enfermeiros devem manter as rotinas de acordo com o que a família faria, e não substituir essas rotinas familiares por rotinas hospitalares. Perante a presença de um membro da família, ou no caso de a criança demonstrar interesse no seu autocuidado, deve iniciar-se o processo de negociação, em que o enfermeiro é responsável por ensinar e dar suporte à família promovendo a capacitação na tomada de decisão informada sobre os cuidados e a sua participação nos mesmos (Casey, 1995)

No Internamento de Pediatria a parceria de cuidados surgia desde a admissão da criança no serviço, através da identificação das necessidades e da negociação dos cuidados em função das mesmas. Procurei sempre intervir tendo em conta as particularidades de cada criança e família, avaliando os conhecimentos ou capacidades e intervindo apenas na ausência dos mesmos. Procurei ainda questionar os pais sobre a sua vontade em colaborar nos cuidados. Este tipo de prestação de cuidados, reconhece a importância do papel da família na prestação de cuidados de enfermagem e atuando em parceria com eles, na identificação e resolução de problemas de saúde da criança. Têm como objetivo manter ou até mesmo reforçar os papéis e laços familiares com a criança, na tentativa de manter a normalidade das rotinas familiares.

O processo de enfermagem deve ser realizado em parceria com a criança e família. Nos cuidados intensivos não é diferente, aqui também é possível apoiar os pais, permitir que fiquem com a criança e gradualmente envolvê-los nos cuidados (Casey & Mobbs, 1988). Na Neonatologia, esta envolvência gradual nos cuidados começa com pequenas atividades como é o caso de trocar a fralda, monitorização da temperatura ou limpar a boca. A negociação de cuidados de forma gradual permite que estes se sintam mais seguros e capazes na prestação de cuidados ao seu filho. Para além da negociação de cuidados, colaborei na realização de ensinamentos sobre amamentação, cuidados de higiene, sono e repouso e segurança e prevenção de acidentes, apoiando assim também neste processo de transição para a parentalidade.

Durante a permanência na Neonatologia acompanhei um caso específico em que a parentalidade foi colocada em causa devido à pandemia vivida. Tratava-se de um Recém-Nascido internado na Unidade de Cuidados Intermédios para adquirir autonomia alimentar. Tinha como antecedente cardiopatia congénita já submetido a cirurgia. Os pais permaneciam 24h com ele de forma revezada, uma vez que não era permitida a permanência dos dois em simultâneo. Por se tratar de um internamento prolongado, e devido ao facto da residência destes ser longe do hospital, estavam temporariamente hospedados fora da sua residência habitual. Estes pais foram integrados, gradualmente, nos cuidados ao seu filho e no momento em causa estavam a adquirir a autonomia nos cuidados e já se planeava o regresso a casa. Contudo, a existência de um caso de COVID-19 no local de residência transitória prejudicou todo este processo. Estes foram impossibilitados de visitar o filho durante 15 dias. Para minimizar este impacto na parentalidade, as estratégias utilizadas pelos enfermeiros da unidade passaram por vídeos, fotos e realizar videochamadas para manter o contacto com estes pais. Os pais valorizavam estas ações e chegaram a referir, no regresso à unidade, o impacto positivo que estas tiveram, nomeadamente na aproximação esbatendo as barreiras físicas e na segurança e confiança depositada no serviço e profissionais de saúde.

A vinculação é definida como um comportamento instintivo que garante a sobrevivência da pessoa. É a primeira relação afetiva que é criada e serve como modelo para todas as relações futuras. Esta estabelece-se através de um conjunto de comportamentos inatos, realizados pelo bebé com o objetivo de promover e manter a proximidade com a principal figura provedora de cuidados (Bowlby 1969 cit.por. Ferreira P. S., (2014). Segundo a CIPE a vinculação encontra-se definida como ligação entre a criança e a mãe e/ou o pai; formação de laços afetivos (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019). Este conceito está intrinsecamente relacionada com o conceito de parentalidade, e foi trabalhado em todos os contextos. Relativamente à ligação mãe/pai e filho diz respeito ao estabelecimento de uma relação próxima entre a mãe/pai e criança (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019). No caso acima mencionado, o afastamento dos pais prejudicou esta relação o que pode acarretar futuramente na criança perturbações emotivas e atraso no desenvolvimento infantil (Ferreira P. S., 2014).

No SU considero que existem desafios significativos para a prestação de cuidados de saúde segundo o modelo da parceria de cuidados. A superlotação e a especificidade dos casos que surgem podem contribuir para atrasar ou interromper o atendimento, tornando difícil para os

profissionais de saúde prestar um atendimento cabal. A falta de uma relação anterior entre o paciente/família e os profissionais de saúde, bem como a natureza aguda de muitos eventos que levam a uma visita à urgência, podem limitar a capacidade de criar uma parceria eficaz. Apesar desses desafios, é possível alcançar a excelência na prestação de cuidados, garantindo que as experiências e perspectivas das crianças e familiares orientem a prática de um cuidado coordenado e culturalmente sensível que promova a dignidade, o conforto e a autonomia da criança (Dudley, Ackerman, Brown, & Snow, 2015). Durante o estágio realizado em contexto de urgência procurei desenvolver este princípio, capacitando os pais e valorizando não só a sua presença como o fomento do espírito colaborativo.

Considero que o apoio no desenvolvimento do papel parental assim como a parceria de cuidados foram muito trabalhados ao longo de todo o estágio e foi perceptível a extrema importância do papel do Enfermeiro Especialista.

#### **Objetivo:**

- Diminuir o impacto da Hospitalização na criança, jovem e família.

#### **Atividades:**

- Aprofundar conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados à criança, jovem hospitalizada e sua família;
- Reconhecer e implementar medidas para auxiliar a criança, jovem e família a lidar com a doença e a hospitalização.

#### Reflexão

Ao longo do estágio tive a oportunidade de assistir a criança, jovem e família, nos diferentes contextos, gerindo os cuidados de enfermagem e tomando decisões de acordo com as necessidades individuais de cada criança e sua família. O estágio no internamento em Pediatria foi, na minha opinião, o mais enriquecedor no que diz respeito à minimização do impacto da hospitalização.

A hospitalização pediátrica é considerada um evento traumático e gerador de stress para a criança e sua família, sendo que a alteração das atividades cotidianas e o distanciamento do meio social acarretam mudanças significativas na rotina diária. Algumas destas mudanças

incluem: restrições, novas rotinas, pessoas desconhecidas e procedimentos causadores de desconforto, medo e/ou dor (Paula, et al., 2019). Os principais fatores geradores de stress na hospitalização incluem a separação, perda de controlo, lesão corporal e dor. (Hockenberry & Wilson, 2014).

A ansiedade da separação é o principal responsável pelo stress imposto pela hospitalização no início da infância. Se a separação for evitada as crianças apresentarão maior capacidade para suportar tensões futuras. Algumas das características que indicam que a criança sofre de ansiedade da separação são: implorar a presença dos pais, birras, recusar cumprir as rotinas habituais ou até mesmo regredir até níveis mais primitivos do comportamento (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, durante o estágio procurei observar o comportamento da criança e planeei os cuidados minimizando a separação. Incentivei o envolvimento da família na prestação de cuidados à criança, incentivei a utilização de objetos significativos para a criança e estimulei a presença da família em momentos em que a criança fosse sujeita a procedimentos invasivos e dolorosos.

A perda de controlo aumenta a perceção de ameaça podendo afetar as capacidades de confronto da criança. Nos lactentes a confiança é estabelecida por meio de cuidados constantes e amorosos proporcionados por uma pessoa protetora. No hospital estes estímulos podem ser perdidos ou mal interpretados, cuidados incoerentes e desviantes podem levar à desconfiança e perda de controlo. Na primeira infância pequenas restrições ou limitações de movimento podem provocar resistência e desobediência, nesta fase encontram-se a lutar pela autonomia e pequenas alterações da rotina acarretam um impacto muito negativo. Na idade pré-escolar o pensamento egocêntrico e mágico limita a sua capacidade de entender os eventos, sendo que a restrição física, alteração à rotina ou dependência forçada provocam esta perda de controlo. Na idade escolar, em que ocorre a conquista da independência, a alteração dos papéis familiares, a incapacidade física, o medo da morte, do abandono ou de lesão permanente, a perda da aceitação dos amigos, a falta de produtividade e a inability de lidar com o stress são os principais responsáveis pela perda de controlo nesta faixa etária. Os adolescentes que lutam pela autoafirmação, independência e busca pela identidade pessoal, sentem-se ameaçados com qualquer alteração neste âmbito (Hockenberry & Wilson, 2014). Para minimizar a perda de controlo, nas diversas faixas etárias, procurei planear os cuidados de enfermagem tendo em conta os sentimentos e expectativas de cada criança/jovem. Promovi a manutenção das rotinas habituais, promovi a liberdade de movimento e estimulei a independência.

Relativamente à lesão corporal, todas as crianças temem quer pela mutilação, intrusão, imagem corporal, incapacidade ou morte. A preparação das crianças para os procedimentos dolorosos reduz os seus medos e aumenta a cooperação (Hockenberry & Wilson, 2014). Deste modo, durante a prestação de cuidados, e tendo em conta que na primeira infância a intervenção mais eficaz é realizar o procedimento o mais rapidamente possível, tentei fazê-lo mantendo o contacto entre os pais e a criança. Na idade pré-escolar, procurei nos tratamentos à ferida utilizar pensos mais pequenos, uma vez que nesta idade atribuem a importância ao ferimento tendo em conta a sua dimensão. Em todos os casos tentei explicar o motivo do procedimento e avaliar a compreensão da criança.

Relativamente à dor, este é um dos principais fatores de preocupação das crianças e sua família, sendo o seu controlo uma prioridade (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A presença dos pais é um elemento importante na planificação de intervenções individualizadas, já que a separação dos pais gera stress e pode aumentar a perceção da dor na criança. Para além disso, os pais tornam as queixas das crianças mais perceptíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Relativamente a esta problemática, nos cuidados ao RN algumas das medidas não farmacológicas para controlo da dor que apliquei foram o embalo, carícias, sucção não nutritiva, redução do ruído, massagem e canções de embalar. No que diz respeito às crianças em idade pré-escolar, proporcionei atividades como ouvir histórias e a utilização do brinquedo favorito. Nas crianças na idade escolar apliquei técnicas de relaxamento e fomentei o recurso à respiração lenta e profunda. Por sua vez, nos adolescentes, recorri às técnicas de relaxamento, utilização da música e facultei o telemóvel.

Embora a hospitalização represente um período de stress para as crianças e famílias pode também significar uma oportunidade de mudança positiva. Para tal, é necessário promover as relações entre pais e filhos, proporcionar oportunidades educativas, promover o autodomínio e promover a socialização (Hockenberry & Wilson, 2014). Relativamente à promoção das relações entre pais e filhos, quando os pais são auxiliados a compreender as reações habituais das crianças ao stress ficam capacitados para apoiar a criança ao longo de toda a experiência hospitalar. Em concomitância, a doença e hospitalização representam uma excelente oportunidade tanto para a criança como para os membros da família aprenderem mais sobre a sua condição e encontrar suporte nos profissionais de saúde. No caso das crianças mais velhas, esta vivência pode ainda ajudar na escolha de uma carreira profissional. Na promoção do autodomínio, a crise de hospitalização pode constituir uma oportunidade

pois permite enfrentar a crise, lidar com o sucesso e amadurecer com o resultado. Por último, relativamente à socialização, esta vivência pode oferecer à criança a oportunidade de aceitação social, como por exemplo, com as crianças que apresentam alguma incapacidade e se sentem diferentes dos colegas da sua faixa etária, no meio hospitalar podem encontrar um grupo de amigos socialmente recetivos. (Hockenberry & Wilson, 2014)

A humanização de cuidados em contexto hospitalar também se afigura muito pertinente para a problemática do impacto da hospitalização da criança, jovem e família, podendo constituir-se como a forma como as crianças e suas famílias são cuidadas e passam a ser vistas como pessoas singulares e possuidores de desejos, devendo estes ser compreendidos face às mudanças impostas pela hospitalização. O enfermeiro ao contribuir para esta hospitalização mais humanizada melhora a qualidade de vida das crianças e das suas famílias face aos impactos negativos que esta acarreta.

Na atualidade, esta questão assume especial pertinência, já que os constrangimentos vivenciados pelas restrições pandémicas podem ser mais impactantes. Tendo em conta que acompanhei o desenrolar de processos de hospitalização nesta realidade, fez sentido a questão de: Como podemos oferecer qualidade de vida à criança e família hospitalizadas durante uma pandemia? Ferreira et al. (2020) abordam 5 fatores essenciais: a comunicação, o acolhimento, a atenção às necessidades da família, a estimulação lúdica/ brincar e a manutenção do processo de escolarização. À luz destes fatores, foi neste contexto de estágio, Internamento da Pediatria, que os alcancei na totalidade. A **comunicação (1)** esteve sempre presente em todas as fases do processo, desde a admissão à alta. Desenvolvi competências de comunicação com crianças de todas as faixas etárias e seus familiares. No **acolhimento (2)** tive sempre em consideração os desejos e necessidades da criança e sua família e era sempre encarado como um momento importante para criar vínculos entre a criança/ família com os profissionais e serviço. Na **Atenção às necessidades da família (3)**, apesar da situação pandémica vivenciada eram sempre tidos em conta as necessidades dos acompanhantes, a política de acompanhamento não era rígida, era permitido a troca de acompanhantes sempre que justificado. A família podia ver as crianças através da janela e também era disponibilizado o *tablet* do serviço, sempre que necessário, para a realização de videochamadas. Sobre a **estimulação lúdica e o brincar no hospital (4)** eram disponibilizados brinquedos para que as crianças pudessem brincar na unidade/ cama, mas também uma sala onde se realizavam atividades como “a hora do conto” e a realização de atividades em grupo que incluíam desenhos

e pinturas, em que cada criança usava os seus materiais, e sempre acompanhados pelo educador ou enfermeiro. Sobre a manutenção **do processo de escolarização (5)** neste serviço eram sempre tidas em conta as aulas à distância e todas as crianças dispunham de material informático e, sempre que necessário, acompanhamento pelo educador. Os enfermeiros, em articulação com a criança e família, faziam os ajustes do plano de trabalho para que não transtornasse o plano educativo. Este trabalho em equipa foi fundamental para criar bem-estar e aumentar a qualidade de vida das crianças ali internadas.

#### **Objetivo:**

- Desenvolver competências no âmbito da educação para a saúde.

#### **Atividades:**

- Realizar atividade de educação parental sobre “Quedas Hospitalares”

#### Reflexão

O Enfermeiro como profissional de saúde voltado para o Cuidar, tem como função estabelecer uma relação única com cada pessoa, família e comunidade e realizar educação para a saúde objetivando a construção compartilhada de conhecimento. Este processo deve incluir o diálogo, valorizar as vivências da pessoa, e contribuir para a prevenção de doenças e promoção de saúde (Siva, et al., 2012). Inclui não só a transmissão de informação, mas também um planeamento minucioso, antecipando os recursos e metodologias a utilizar, de forma responder às necessidades de saúde de cada pessoa, família e comunidade (Simões, Nogueira, Lopes, Santos, & Peres, 2011).

No contexto do Internamento de Pediatria, realizei o levantamento de necessidades no que respeita à educação para a saúde, em conjunto com o Enfermeiro Chefe do serviço, da qual emergiu a temática das quedas hospitalares, visando os pais como principal alvo da intervenção, como a área selecionada para o efeito. A pertinência desta atividade foi corroborada com as estatísticas, uma vez que, a maioria das quedas pediátricas ocorre na presença de um adulto (Vieira, Campos, Fernandes, Ladeira, & Pimenta, 2019). Este facto é justificado pela perceção dos pais de que o hospital é um ambiente seguro, o que se traduz no descurar dos riscos a que as crianças estão sujeitas (Bras, Quiterio, & Nunes, 2020). Tanto a criança como

a família devem ser informados do risco de queda e educados, em vários momentos do internamento, sobre esta temática. Um dos grandes desafios na realização desta atividade foi adaptá-la à situação pandémica vivenciada. Para tal, utilizei como estratégia um vídeo informativo facultado aos pais/acompanhante após o acolhimento da criança no serviço, a partir de um QR Code de hiperligação. A sua planificação pode ser consultada no Apêndice IV. Esta atividade foi muito bem recebida pela chefia e toda a equipa, demonstrando o interesse na sua implementação. A sua aplicação futura carece, contudo, de autorização do Conselho de Administração, que à data da realização deste relatório ainda não tinha sido dada.

Esta foi a única atividade, no âmbito da educação para a saúde e com carácter mais formal, passível de realizar em todos os contextos do estágio final, uma vez que todos os serviços se encontravam muito direcionados para a problemática vivenciada no país e pouco abertos para o reinício das atividades de educação para a saúde. Apesar disso, considero que consegui desenvolver competências no planeamento e execução de ações de educação para a saúde.

#### Competências:

- Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
- Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica.

#### Objetivos:

- Adquirir competências na área da Triagem, utilizando o método de Triagem de Manchester (STM);
- Aprofundar conhecimentos e habilidades na assistência à criança/jovem em situação de urgência/emergência.

### **Atividades:**

- Mobilizar conhecimentos teóricos sobre o método de triagem de Manchester;
- Triar crianças e jovens no SU;
- Assistir crianças e jovens e suas famílias no SU.

### Reflexão:

A triagem assinala o primeiro contacto com a criança/jovem e sua família no Serviço de Urgência (SU). O enfermeiro é o profissional responsável por esta primeira avaliação e classificação do risco da situação em causa. Porém, a triagem é muito mais do que a atribuição da cor da pulseira, já que para além da avaliação clínica inicial e priorização do atendimento, o enfermeiro deve acolher a criança e sua família, transmitir segurança, informar sobre a dinâmica de funcionamento, tempo de espera espectável e demonstrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.

No contexto do estágio de SU o modelo de triagem adotado é a STM. Esta surgiu em Novembro 1994 sendo criados fluxogramas que atribuem a cada utente uma cor de acordo com os sintomas descritos. Baseia-se em 5 níveis de prioridade, aos quais corresponde uma cor e um tempo estimado para observação: cor vermelha: Emergente (Tempo Alvo de Atendimento (TAA): 0 min); cor laranja: Muito Urgente (TAA: 10 min); cor amarela: Urgente (TAA: 60 min); cor verde: Pouco Urgente (TAA: 120 min); cor azul: Não Urgente (TAA: 240 min); cor branca: não classificável (Amthauer & Cunha, 2016).

O STM traz uma lista com 52 fluxogramas, sendo 49 adequados para crianças. No entanto, estudos desenvolvidos na Holanda sobre a validade da STM no atendimento de emergência pediátrica, demonstraram que este tem moderada sensibilidade e especificidade no atendimento de emergência pediátrica (Amthauer & Cunha, 2016). A idade pediátrica é mais suscetível aos erros, não só pela variabilidade do tipo e gravidade da patologia, mas também devido à inespecificidade das próprias queixas, reportadas quase sempre por uma terceira pessoa. De forma a colmatar este défice, esta triagem deve ser realizada por profissionais de saúde com especialidade na área pediátrica e com prática nesta área (Andrade, Carvalho, Fernandes, & Casanova, 2008).

O enfermeiro na triagem deve estar atento, à chegada da criança no SU, e interrogar-se: Qual é a gravidade desta criança? Devo iniciar qualquer intervenção de emergência? A estabilização da criança deve ser feita antes de se estabelecer um diagnóstico. Portanto, é essencial a existência de uma ferramenta que possibilite uma rápida avaliação inicial e identifique o problema a ser resolvido (Fernandez, Benito, & Mintegi, 2017). Para tal, no ano 2000, a Academia Americana de Pediatria introduziu, no programa educacional pediátrico nacional, uma nova ferramenta de avaliação rápida chamada Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP). Esta ferramenta de diagnóstico possibilita ao enfermeiro aferir da situação geral da criança e categorizar a fisiopatologia, determinando o tipo de urgência. Uma das suas vantagens é a aplicação rápida, uma vez que apenas recorre a pistas visuais e auditivas, sem necessidade de utilização de outros equipamentos e 30 a 60 segundos é o tempo necessário para a aplicar. É composta por três elementos: aparência, respiração e circulação. A aparência é o componente mais importante pois reflete a adequação da ventilação, oxigenação, perfusão cerebral, homeostase corporal e função do sistema nervoso central. Avalia o tônus muscular, a atividade, consolabilidade, o olhar, choro e interação da criança/jovem com o ambiente. Conhecer o desenvolvimento normal da infância é essencial para a precisão da avaliação deste parâmetro. Os outros elementos do TAP fornecem informações mais específicas sobre o tipo de distúrbio fisiológico. A respiração descreve o estado respiratório da criança, devendo o enfermeiro estar alerta aos ruídos respiratórios anormais, postura anormal, retrações e adejo nasal. A circulação reflete a perfusão sanguínea por todo o corpo, cabendo ao profissional o dever de observar a existência de sinais como palidez, pele marmoreada ou cianose, reconhecendo assim sinais precoces de choque. Uma anormalidade em qualquer componente do TAP denota uma criança não estável (Fernandez, Benito, & Mintegi, 2017).

O STM, que é amplamente usado em serviços de urgência de toda a Europa, não inclui esta avaliação segundo o triângulo de avaliação pediátrica. Porém, podemos encontrar esta ferramenta na Escala Canadense de Triagem e Acuidade Pediátrica (PaedCTAS) (Fernandez, Benito, & Mintegi, 2017).

No SU tive a oportunidade de triar crianças e jovens das mais variadas faixas etárias e constatar que a grande maioria não eram motivos de vinda ao SU. Alguns pais traziam as crianças apenas para realizar o rastreio SARS-CoV-2, sem fazerem nenhum contacto prévio com a linha SNS 24. Por outro lado, surgiam também um elevado número de crianças que vinha

com referenciação do SNS 24, mas que não apresentavam condição que justificasse a referenciação. Corroborando assim com as estatísticas realizadas nesta pandemia e que demonstraram que 78,3% das crianças referenciadas ao SU para a área COVID e 62,2% para a área não COVID, não apresentou patologia que justificasse (Gonçalves, Sá, Cunha, Winckler, & Moleiro, 2021).

Nos lactentes, pré-escolar e escolar, os principais motivos de vinda ao SU foram febre, tosse, vômitos e diarreia. Relativamente à febre, todas as crianças triadas apresentava febre há menos de 3 dias e sem outros critérios para observação médica. Esta recorrência precoce aos serviços de urgência em Portugal, deve-se à fácil acessibilidade a este recurso e à “fobia da Febre”, na qual os pais receiam a existência de uma infeção grave subjacente e das consequências que daí advêm (Direção-Geral da Saúde, 2017). Depreendo com isto que ainda existe um longo caminho a percorrer não só, na sensibilização dos pais para a correta utilização dos diferentes serviços, no maior investimento na educação para a saúde, na capacitação dos pais para os principais problemas de saúde da criança e motivos de vinda ao SU, quer por via dos cuidados de saúde primários, quer diferenciados, mas também na uniformização da assistência de enfermagem que deverá ter em linha de conta as orientações emanadas pela tutela.

No que diz respeito aos Adolescentes, as assistências realizadas estavam relacionadas com Traumatismos, Lesões Autoinfligidas e Intoxicações Medicamentosas Voluntárias. Segundo os pais ou cuidadores, 81,3% das crianças ou adolescentes apresentaram alterações de comportamento durante o confinamento, sendo que os adolescentes foram os que se sentiram mais tristes, com medo da situação atual e demonstraram mais saudades dos amigos (Peixoto, et al., 2021). Segundo o mesmo autor, os efeitos resultantes do confinamento podem levar ao aparecimento ou agravamento de doenças psiquiátricas, obesidade ou outras situações de risco. Durante a permanência neste SU assisti uma adolescente de 16 anos, que recorreu ao SU após ingestão de 6 comprimidos de Omeprazol, 10g de Paracetamol e 4 comprimidos de Fluoxetina 20mg. Na admissão, após contacto com o CIAV procedeu-se à lavagem gástrica com Carvão e posteriormente foi para OBS para dar início ao protocolo com acetilcisteína. Procurei comunicar com a adolescente e perceber o que a motivou a ter este comportamento, na companhia do pai e posteriormente sozinha. Aquando da presença do pai menciona que “não sei porque fiz isto”, posteriormente revelou que estava a ser difícil o regresso à escola e a socialização com os colegas, sentindo-se marginalizada. A certa altura

refere mesmo “preferia que voltasse o confinamento outra vez para ter aulas em casa”. Tal como refere Trinco & Santos (2017), a escolha do grupo e a sua aproximação são cruciais na adolescência para, simultaneamente, entrepor algum distanciamento entre a família e a aprendizagem de socialização tão necessária ao seu futuro, mas, simultaneamente é um fator de risco, quando esta escolha não é bem conseguida. A existência de conflito entre pares bem como a rutura do namoro e dificuldades na socialização são apontados como fortes fatores de risco para a presença de comportamentos autolesivos (Trinco & Santos, 2017).

Apesar de ter apenas vivenciado um caso durante o estágio, todos os dias no meu contexto assistencial presto cuidados a adolescentes com estes comportamentos autolesivos. Alguns com ideação suicida e outros apenas como chamadas de atenção. Porém todos ficam em vigilância em OBS durante umas horas e posteriormente são encaminhados para a consulta de pedopsiquiatria. Nestes meses de permanência no SU consciencializei-me para a complexidade desta problemática, e para o aumento da sua incidência e gravidade das lesões. A grande maioria destes adolescentes já não é a primeira tentativa, já são acompanhados por áreas especializadas como a Psiquiatria e/ou a Psicologia e muitos deles já realizam terapêutica antidepressiva e ansiolítica.

Todas estas vivências surgiram num período pandémico em que é notório o esforço de todos os profissionais na adaptação aos novos protocolos, à criação e reformulação quase diária dos circuitos COVID e não COVID, à gestão dos espaços e aprimoramentos de conhecimentos numa realidade completamente desconhecida até então. Toda esta adaptação é feita com vista a melhorar a resposta às necessidades da criança/ jovem e sua família. Neste contexto em específico e fazendo uma reflexão comparativa, inevitável, com o meu local de trabalho, enalteço o papel dos enfermeiros e a capacidade de trabalho em equipa, que constituíram o motor para ultrapassar as adversas circunstâncias da assistência.

#### **Objetivos:**

- Desenvolver competências sobre a prestação de cuidados ao RN e família de acordo com a filosofia de cuidados do NIDCAP;
- Desenvolver conhecimentos e habilidades na assistência ao RN e sua família
- Gerir a dor na criança/jovem.

### **Atividades:**

- Prestar cuidados ao RN e sua família segundo a filosofia NIDCAP;
- Assistir o RN;
- Implementar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para controle da dor.

### Reflexão

Quando um bebê nasce prematuramente, o trabalho de toda a equipa deve ser direcionado para a preservação e manutenção da qualidade de vida que toda a criança merece. *Os RN esperam “herdar” três ambientes seguros: o útero materno, o colo dos pais e do grupo familiar e a comunidade* (Santos, 2011, p. p.27). Porém, a prematuridade retira estes ambientes ao RN e a imaturidade dos seus órgãos obrigam a cuidados apenas disponíveis na UCIN onde, tradicionalmente, os estímulos familiares são substituídos por desconhecidos, onde existe uma sobrecarga de estímulos atípicos, aleatórios e biologicamente inesperados... um ambiente de incubadoras e máquinas, assinalado pela separação dos pais e por procedimentos invasivos e dolorosos. Esta discrepância entre o espetável e o encontrado trazem consequências nefastas para o RN prematuro, com cerca de 52% das crianças nascidas prematuramente a desenvolverem problemas escolares e alterações emocionais, a nível cognitivo, linguagem, visual perceptual, défices sensoriais, de atenção e aprendizagem (Als, 2017).

Nos anos 80, Heidelise Als e sua equipa de colaboradores desenvolveram uma estratégia para responder às preocupações existentes sobre o impacto negativo do ambiente da UCIN nos recém-nascidos prematuros. Esta ferramenta intitulada como NIDCAP é um Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN. Com o tempo, o conceito foi alargado para englobar, não só os aspetos físicos do ambiente, mas também todos os procedimentos de cuidar e aspetos sociais envolvidos. Esta evolução fez com que o RN passasse a ser visto como um colaborador ativo no seu cuidado (Santos, 2011).

O NIDCAP é composto por 9 elementos chave: coordenação, avaliação, meio ambiente tranquilo, consistência no cuidar/cuidados colaborativos, agrupamento de cuidados/estruturar às

24h dia, posicionamento adequado, oportunidades de contacto pele-a-pele, suporte individualizado para alimentação, e conforto da família (Santos, 2011).

O serviço de neonatologia onde estagiei, tem instituída na assistência prestada esta filosofia de cuidados, sendo inclusive desde 2015 o primeiro centro de formação NIDCAP em Portugal. Na fase inicial do estágio tive necessidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre esta temática para perceber e refletir sobre os cuidados prestados e posteriormente poder cuidar do RN prematuro tendo em conta esta filosofia. Relativamente à minha prática de cuidados neste contexto, foram de encontro aos elementos chave acima descritos. Participei no acolhimento do RN e sua família e nas passagens de turno, momentos cruciais para entender a história atual da doença e o desenvolvimento espetável do RN, bem como a rede de suporte familiar existente. Observei o RN antes, durante e após a manipulação ou realização de procedimentos invasivos, esta observação forneceu-me dados importantes sobre o limiar de stress e a capacidade de autorregulação, moldando assim os cuidados prestados no momento e futuramente. Promovi um ambiente tranquilo, através da minimização do ruído e adaptação da luz aos ciclos dia/noite. A aproximação ao RN foi sempre realizada cuidadosamente, através da utilização de um tom de voz suave, antes do toque ao RN aquecia as mãos e o toque era com contenção, tinha ainda o cuidado de cobrir os seus olhos com fralda de pano sempre que era necessária luz direta para a prática de cuidados, como por exemplo as punções venosas. Elaborei planos de cuidados individualizados, agrupando os cuidados e respeitando os ciclos de sono do RN. Os procedimentos invasivos foram sempre realizados em pares, um elemento atendia às necessidades do RN, através da contenção e sucção nutritiva, enquanto o outro elemento realizava a técnica em si. Promovi o posicionamento correto através da realização de ninhos, aumentando o bem-estar e a tranquilidade do RN e fomentei oportunidades de contacto pele-a-pele através da técnica do Canguru, promovendo não só o desenvolvimento do RN como também a vinculação com a mãe/pai. Sensibilizei para a importância do aleitamento materno, incentivei presença dos pais durante os cuidados ao RN e a sua inclusão progressiva nos cuidados.

A implementação do NIDCAP leva ao respeito e ao investimento mútuo entre o RN e a sua família ao longo do seu desenvolvimento. Tem em consideração a perspetiva do RN, dos pais e dos profissionais de saúde, envolvidos num continuo trabalho em equipa (Santos, 2011).

Neste campo de estágio tive várias oportunidades de desenvolver competências do cuidado ao RN, das quais gostaria de destacar três importantes situações nesta área de cuidados que podem ser refletidos em casos específicos: a prematuridade extrema, a hipotermia induzida e a patologia cirúrgica no RN, mais concretamente a sua admissão na UCIN.

Relativamente à prematuridade extrema, o caso retrata uma RN com 23 semanas e dois dias de idade gestacional e 435 gramas de peso à nascença. O primeiro turno que realizei com esta RN foi no seu segundo dia de vida e logo na passagem de turno questionei-me sobre a sua viabilidade e o dilema ético envolvido. A viabilidade baseia-se em dados estatísticos ou fisiológicos, podendo definir-se como a idade gestacional a partir da qual o RN tem menos de 50% de hipótese de sobrevida e em que pelo menos 50% dos sobreviventes ficam sem sequelas severas a longo prazo. Já o limiar da viabilidade corresponde à idade de maturação fetal que assegura razoáveis hipóteses de sobrevida extrauterina se oferecido suporte tecnológico (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014). No caso em causa, tendo em conta a idade gestacional e o peso, a sobrevida sem sequelas era muito pouco provável. Posto isto, importa refletir sobre as questões éticas colocadas e sobre as decisões tomadas. Este planeamento foi realizado no período pré-natal em articulação com a Obstetrícia, Neonatologia e com os pais, que desejavam muito esta filha. Esta era fruto de uma estimulação ovárica e a mãe tinha 43 anos, sendo que a hipótese de uma gravidez futura seria muito remota. *“A possibilidade de prestação de cuidados intensivos de validade questionável a uma criança que obviamente está desprovida de autonomia, com a qual os pais ainda não completaram o processo de atachment pressupõe um enorme dilema ético para o pediatra”* (Madeira, 2011, p. 12). Em Portugal, os RN com 23 semanas têm indicação para serem prestados cuidados paliativos, com exceção das situações em que é questionável a idade gestacional, o que parecia ser o caso (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014). Para a equipa este também foi um caso desafiante porque era a prematura mais extrema que tinham tido naquela unidade. Apresentava todas as características de um prematuro extremo, uma cabeça grande em relação ao restante corpo, pele fina e brilhante, veias bem visíveis, fâcies enrugado, orelhas moles, tecido adiposo reduzido, sucção fraca e deglutição ausente. Cabia na palma da mão... e apesar dos cuidados de enfermagem serem muito semelhantes a outros prematuros, que se encontravam na unidade intensiva, a complexidade destes cuidados prendiam-se pela instabilidade desta prematura, sendo que ficava sempre um enfermeiro por turno, num rácio de 1:1. Esta era a segunda gémea. A primeira tinha falecido no primeiro dia na UCIN. Apesar

de vários turnos em que demonstrou instabilidade, findo o meu estágio ela ainda permaneceu na unidade.

Outro caso que achei particularmente interessante, não só pela complexidade dos cuidados, mas também pela relação terapêutica estabelecida com a mãe, foi a de um RN de 41 semanas com o diagnóstico de Encefalopatia hipóxica-isquêmica (EHI) que se encontrava na unidade a realizar a terapia por Hipotermia Induzida. A EHI é o principal motivo de compromisso neurológico em RN pré-termo e termo (Hockenberry & Wilson, 2014). Sendo a hipotermia induzida uma terapêutica neuroprotectora segura e eficaz utilizada no tratamento de RN com EHI (Sampaio, Graça, Moniz, & Machado, 2012).

Após a consulta do procedimento existente no serviço prestei os cuidados necessários a este RN. Encontrava-se nas primeiras 24h da fase de arrefecimento, a incubadora estava aberta, estava vestida como fato de hipotermia que estava devidamente conectado ao CritiCool. Tinha um sensor de temperatura cutânea e um retal. A avaliação da perfusão cerebral era feita através do NIRS (Espetroscopia de Infravermelho Próximo) e iniciou também durante o turno a monitorização por eletroencefalograma, para registo das convulsões. Nos principais cuidados prestados preocupei-me por otimizar o cateter umbilical arterial e venoso, para manter a monitorização invasiva da Tensão Arterial (cateter umbilical arterial), que era registada num impresso próprio hora a hora, e para manter a terapêutica medicamentosa (cateter umbilical venoso). A RN em causa encontrava-se em ventilação espontânea e a vigilância da respiração era fundamental. Otimizei a Sonda Nasogástrica, apesar de esta se encontrar em pausa alimentar. Permeabilizei a Sonda Vesical e vigiei o débito urinário. Posicionei, massajei e vigiei alterações na pele e edema na RN. Promovi o suporte familiar, expliquei a complexidade do procedimento e o aparato tecnológico envolto na RN assim como proporcionei a escuta ativa e partilha de sentimentos. No turno seguinte coincidiu com a fase de reaquecimento, em que liguei a incubadora, abri o fato e removi o mesmo 6h após quando a temperatura já estava estável. Para além desta vivência na neonatologia, tive a oportunidade de me cruzar com esta RN no internamento de pediatria e experienciar a importância dos cuidados de suporte familiar e relação terapêutica estabelecidos entre os profissionais e os pais numa UCIN. A percepção dos pais em relação à prática dos cuidados de Enfermagem na UCIN é considerada positiva devido à presença constante dos enfermeiros e à segurança por estes oferecida, bem como os ensinamentos realizados e a relação de parceria estabelecida, com respeito às capacidades dos pais e valorização do seu papel (Ribeiro,

Moura, Sequeira, Barbieri, & Erdmann, 2015). Tendo em conta a possibilidade de observação e participação nestes cuidados diferenciados, esta foi sem dúvida uma experiência que contribuiu para o meu desenvolvimento profissional.

Outro período marcante foi a admissão de um RN proveniente de outro hospital e que vinha acompanhado pelo TIP (Transporte Inter-hospitalar Pediátrico), por suspeita de enterocolite necrosante. Esta admissão é preparada previamente com a escolha das incubadoras, a testagem dos ventiladores e montagem dos circuitos, bem como a preparação de todo o material necessário, nomeadamente material para colheita de sangue. À chegada do RN as equipas de enfermagem e médica já estavam prontas. Tive a oportunidade de colaborar: na entubação endotraqueal (por o calibre do tubo não ser o indicado); na avaliação de sinais vitais e peso; colheita de espécimes; administração de medicação por catéter epicutâneo; e colheita de dados para a avaliação inicial. O trabalho colaborativo, em equipa, neste processo reveste-se de suma importância e é também uma mais valia na prestação de cuidados ao RN. Apesar de este RN já se encontrar internado noutra hospital, a sua transferência foi devido à complexidade de cuidados necessários e aos quais o hospital de origem não conseguia dar resposta. Esta preparação e admissão do RN desconhecendo os pormenores da sua condição médica, tornou-se noutra momento gerador de aprendizagens e em mais uma oportunidade de aquisição de competências.

A dor é também na área neonatal um foco de intervenção de enfermagem muito trabalhado. Considero que de todos os contextos de estágio foi neste que aprofundei mais os conhecimentos sobre esta temática e os pus em prática. A dor é definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável que se encontra associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos (Cruz, 2020). Nos RN, a incapacidade de verbalizar a dor não invalida que a esteja a sentir. Como tal, torna-se fundamental reconhecermos as várias formas de manifestação de dor nesta faixa etária, como por exemplo através das mudanças do fâcies, movimentos corporais e intensidade do choro. A expressão facial de dor pode ser caracterizada pela presença da testa franzida, olhos cerrados, lábios entreabertos e franzidos, tremor do queixo, entre outros. Relativamente aos movimentos corporais característicos de dor prendem-se pela extensão e flexão dos membros, rigidez do tronco e encerramento das mãos. Por último o choro, normalmente é mais agudo e tem duração mais prolongada (Cruz, 2020). Para avaliação da dor recorri à escala de Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN) que é a indicada pela literatura e a preconizada no serviço

As principais intervenções não farmacológicas para controlo da dor utilizadas durante este contexto foram a contenção, sucção não nutritiva, a técnica do canguru, sacarose e o aleitamento materno, desta forma, tal como refere Cruz (2020), é possível reduzir a transdução nociceptiva e modelar a dor durante os procedimentos invasivos.

O aleitamento materno era privilegiado em detrimento da sucção não nutritiva e administração de sacarose. Porém na impossibilidade de a mãe estar disponível e caso tivesse leite materno armazenado eram administradas gotas antes, durante e após os procedimentos, em substituição da sacarose. A eficácia do aleitamento materno na prevenção da dor prende-se pela diminuição da variabilidade das respostas fisiológicas, sendo mais eficaz do que a contenção, SNN e/ou administração de sacarose (Cruz, 2020).

O método canguru é uma forma de assistência neonatal que implica o contacto pele com pele entre a mãe/pai e o RN de baixo peso, que deve ser realizada de forma crescente e pelo tempo que ambos considerem prazeroso, permitindo a participação dos pais nos cuidados e a promoção do vínculo. Os benefícios ao RN são inúmeros, como por exemplo, o equilíbrio dos sistemas tátil, proprioceptivo, visual e auditivo e protege-o da estimulação nociva (Lamy, Gomes, Giani, & Henning, 2005). Este método proporciona um sono mais calmo e duradouro ao bebé e possui a capacidade analgésica através da libertação de endorfinas. (Oliveira, Silva, Rodrigues, Junior, & Tenorio, 2016) Ao longo do estágio na Neonatologia foram várias as oportunidades para promover este método e observar as suas vantagens no alívio da dor, como por exemplo na punção do calcanhar. A punção venosa é considerada menos dolorosa que a do calcanhar, esta realidade era completamente desconhecida por mim, e ver o comportamento do neonato perante duas situações distintas de punção do calcanhar, uma delas utilizando o método canguru, foi fulcral para perceber a sua eficácia no controlo da dor.

Tendo em conta a complexidade do RN considero que foi a assistência na área da Neonatologia que me deu ferramentas importantes para o controlo da dor através das estratégias não farmacológicas e que hoje estou mais desperta para elas e as aplico diariamente no meu contexto de trabalho. Porém a dor foi um foco trabalhado em todos os estágios. As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, estas podem ser usadas de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. A sua utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas, por

grande parte delas alterarem o significado da dor, nomeadamente contribuindo para a reestruturação das cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão. (Ordem dos Enfermeiros, 2013)

No internamento da Pediatria recorri muito ao conto de histórias e à utilização do brinquedo nas crianças com idade pré-escolar. Relembro o caso de uma criança de 5 anos que se encontrava num período pós-operatório de uma cirurgia cardíaca, em que para a remoção dos pontos visualizamos o filme “Gru: o maldisposto,” reduzindo o medo e a ansiedade. Em contexto do SU sempre que indicado recorria à utilização do brinquedo favorito, às técnicas de relaxamento e no caso dos adolescentes permitia a utilização do telemóvel como distração.

No que diz respeito à assistência da criança em situações complexas em contexto de SU e Neonatologia considero que consegui atingir as competências propostas, refletindo criticamente sobre as experiências vivenciadas e assegurando no momento a qualidade de cuidados prestados.

### **3.2. Domínio da Gestão**

A eficiência dos cuidados de enfermagem é congruente com a competência do gestor. Este deve conciliar a comunicação, motivação, liderança, gestão de conflitos e adequação dos recursos.

O enfermeiro gestor é “ *o profissional que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (...), sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros*” (Regulamento nº101/2015, 2015).

Nos diferentes contextos assistenciais tive a oportunidade de observar e refletir sobre o papel de gestão do enfermeiro chefe e respetivos EESIP.

#### Competências:

- Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;
- Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
- Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP.

#### Objetivos:

- Conhecer e refletir sobre os modelos de gestão de cuidados e recursos;
- Desenvolver competências de gestão e liderança nos diferentes contextos assistenciais.

#### Atividades:

- Conhecer o processo de gestão de cuidados;
- Colaborar com a equipa nos procedimentos de garantia e melhoria contínua da qualidade;
- Observar as estratégias de liderança e gestão de conflitos;
- Refletir criticamente sobre o papel do enfermeiro no que diz respeito á gestão e mobilização de recursos físicos e humanos;
- Colaborar no processo de integração de estudantes de enfermagem.

#### Reflexão

Ao longo do estágio tive a oportunidade de observar e colaborar no trabalho de gestão desempenhado pelas enfermeiras tutoras e enfermeiro chefe. Todas as enfermeiras que me orientaram eram EESIP e detentoras de uma vasta experiência profissional, desempenhando funções na prestação de cuidados, mas também na gestão como responsáveis de turno ou chefes de equipa.

De entre as competências observadas destaco o facto de serem considerados profissionais de referência no cumprimento de valores, regras e práticas legais, sendo muito solicitados para esclarecer dúvidas e ajudar na resolução de problemas deste cariz. Pude ainda observar a

promoção da formação da equipa, a existência de espaços de reflexão, nomeadamente nas passagens de turno, onde os chefes e os enfermeiros EESIP eram vistos como uma referência e ajudavam no planeamento de cuidados específicos daquela criança. No contexto de Internamento em Pediatria acompanhei o enfermeiro chefe, durante dois turnos, o que me permitiu conhecer não só a dinâmica de trabalho, mas também as competências de enfermeiro gestor, nomeadamente ao nível da assessoria de Gestão.

A qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pode ser influenciada pela filosofia da instituição, pelos métodos de trabalho utilizados, pelos recursos disponíveis e pelo estilo de liderança dos gestores de enfermagem (Costa, 2004).

No SU o método de trabalho encontrado foi o funcional, no qual cada enfermeiro tinha um posto atribuído. Era distribuído da seguinte forma, um enfermeiro ficava responsável pela triagem e pelos cuidados aos utentes sem sintomatologia COVID, outro pelos cuidados aos utentes suspeitos de COVID, e por último, o terceiro elemento ficava responsável pelos cuidados aos utentes na sala de OBS. As principais vantagens apresentadas para este método são o aumento da produtividade e a utilização de menos recursos humanos, por sua vez as desvantagens prendem-se pela não individualização dos cuidados, dificuldade de relação enfermeiro-utente e insatisfação de ambos (Frederico & Leitão, 1999). Apesar desta divisão, o espírito de equipa e de interajuda estava muito presente e sempre que um setor estivesse mais sobrecarregado os colegas disponibilizavam-se a ajudar. O responsável do turno tinha um posto atribuído, impossibilitando-o de ter uma visão holística de toda a urgência e de ter um papel influente na otimização do serviço. Neste caso, a sua função, no âmbito da coordenação passava por verificar a operacionalidade da sala de emergência, contabilizar os estupefacientes e realizar notas de ocorrência no caso de existência de algum problema, problema este que muitas vezes nem era resolvido pelo mesmo. Esta sobrecarga de trabalho imposta impossibilitava-o de cumprir na plenitude os dois papéis, acabando o papel de coordenador por ser o mais prejudicado.

Tendo em conta que exerço funções num serviço de urgência, a curiosidade conduziu-me para a comparação de ambas as realidades. No meu contexto de trabalho, o modelo de prestação de cuidados utilizado é o método de trabalho em equipa, no qual o responsável do turno, tem um papel primordial na coordenação e otimização do funcionamento do serviço. Este é responsável pela gestão dos recursos humanos em cada posto de trabalho, gere as vagas, realiza a articulação entre a equipa multidisciplinar e tem um papel primordial na

gestão de conflitos. Este método enfatiza a liderança e a comunicação, favorece a dinâmica da equipa, incentiva à melhoria dos cuidados e utiliza todas as capacidades dos enfermeiros (Frederico & Leitão, 1999). No serviço onde estagiei, considero que a não utilização deste método prende-se pela existência de poucos enfermeiros, porventura se o rácio de profissionais aumentasse seria benéfica a utilização do método de equipa.

No Internamento e na Neonatologia o método utilizado era o individual, no qual cada enfermeiro era responsável durante o turno pelas crianças que lhe foram atribuídas. Este método apresenta como vantagens a individualização dos cuidados, maior satisfação tanto do utente como do enfermeiro e favorece a avaliação dos cuidados de enfermagem (Frederico & Leitão, 1999). Em ambos os contextos, existe um enfermeiro responsável de turno, que normalmente é EESIP, que têm como função assegurar a gestão de equipamentos e material, promover as boas práticas e gerir a parceria de cuidados, tendo em conta as necessidades da criança e família. Assume ainda a responsabilidade pela elaboração do plano de trabalho, distribuindo as crianças internados pelos enfermeiros do turno, de acordo com o grau de complexidade dos cuidados. Ao longo do estágio, tive a oportunidade de colaborar tanto na gestão de equipamentos e materiais, bem como na promoção de boas práticas e elaboração dos planos de trabalho.

Relativamente à liderança, esta tem muitas áreas em comum com gestão, mas também muitas outras díspares. A gestão promove a ordem e a resolução dos problemas da instituição enquanto que a liderança fomenta a visão da organização, estabelece um rumo e influencia os colaboradores para o atingimento dos objetivos definidos pela organização (Mações, 2017). Liderança é então caracterizada como “*processo pelo qual um grupo é induzido a dedicar-se aos objetivos defendidos e partilhados pelo líder e seus seguidores*” (Peres & Ciampone, 2006, p. 495), sendo o líder aquele que influencia os comportamentos dos outros colaboradores (Mações, 2017). Com estas vivências constatei que a gestão implica uma liderança forte. À exceção do contexto do SU, em que o enfermeiro chefe chefiava também o SU adultos, não tendo por isso uma presença constante neste serviço, os enfermeiros reconheciam o valor do seu líder e o seu saber garantindo uma maior satisfação, motivação e melhoria na qualidade dos cuidados prestados pela equipa.

O conflito é um processo que se inicia quando uma das partes atribui uma conotação negativa a algo que aconteceu ou que poderá vir a acontecer. Este conceito assenta em três bases, sendo elas: a perceção do conflito, a interação e a incompatibilidade entre ambos. (Thomas,

1992). Sendo assim, é da competência de um líder promover a integração, planejar, traçar metas com os membros do grupo, procurar definir objetivos comuns e gerir conflitos positivamente. Ou seja, fazer com que sejam um meio de enriquecimento do grupo, desenvolvendo um ambiente de trabalho satisfatório, onde as pessoas se sentem motivadas, valorizadas e onde há apreço pelas relações interpessoais e incentivo à comunicação. Vivenciar esta experiência de aprendizagem num período pandémico foi ainda mais enriquecedor na medida em que a incerteza vivida diariamente, a constante reestruturação dos serviços, a escassez de recursos, o aumento do número de horas de trabalho e o sentimento de desvalorização profissional constituíram-se como fatores desencadeadores de conflitos interpessoais e interprofissionais. Segundo a literatura, as causas do conflito são fundamentalmente subjetivas, sendo o confronto de interesses, ansiedades e frustrações, lutas pelo poder e estatuto social e/ou profissional algumas das principais causas enunciadas. (Franque, 2006). Foi de extrema importância observar não só o papel desempenhado pelos enfermeiros Chefes bem como pelos EESIP dentro desta área.

A supervisão em enfermagem caracteriza-se por um “*processo de acompanhamento de competências clínicas dos alunos e da formação em exercício dos enfermeiros*” (Abreu, 2003, p. 17). Esta temática toma especial interesse não só para o desenvolvimento da profissão de enfermagem como também na acreditação, qualidade e segurança dos cuidados. Durante o estágio no Internamento de Pediatria, tive ainda a oportunidade de observar e colaborar na integração de alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Esta colaboração alertou-me para a importância do EESIP na supervisão, orientação e apoio na formação de novos enfermeiros, munindo-os de conhecimentos e habilidades para lidarem com situações complexas que surgem no âmbito profissional.

Todas estas experiências permitiram-me desenvolver uma consciência crítica sobre o papel do enfermeiro na gestão e a importância do EESIP nesta área.

### **3.3. Domínio da Formação**

O percurso profissional do Enfermeiro deve ser marcado pela atualização constante dos saberes com vista ao desenvolvimento de uma prática de cuidados sustentada pela evidência.

O enfermeiro especialista “*alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749)

Neste domínio tive a oportunidade de refletir sobre o desenvolvimento pessoal e sobre a importância de cada enfermeiro no desenvolvimento dos seus pares, identificar as necessidades formativas e promover a formação em serviço.

#### Competências:

- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
- Promover a formação em serviço na área de EESIP;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

#### Objetivos:

- Desenvolver competências no âmbito da formação e desenvolvimento profissional de pares;
- Manter conhecimento em constante atualização, através de aprendizagem autónoma.

#### Atividades:

- Mobilizar conhecimentos teóricos e práticos adquiridos previamente;
- Conhecer o plano de formação em serviço;
- Identificar as necessidades formativas das equipas de enfermagem;
- Participar no IV Fórum de Especialidades de Enfermagem, subordinado ao tema “40 anos do SNS- Contributos dos Enfermeiros Especialistas”;
- Participar no Seminário de Cuidados Paliativos Pediátricos;
- Participar na 17º Congresso Português de Diabetes – Simpósio: Diabetes na criança e no adolescente: a diabetes nos tempos da pandemia.

#### Reflexão

A reflexão sobre a importância da Formação em Enfermagem reflete a pertinência do autodesenvolvimento, ou seja, a responsabilidade assumida pelo indivíduo no seu processo

evolutivo, através da procura pessoal de fontes educativas para contribuir para a potencialização dos seus saberes e capacidades. A frequência no Curso de Mestrado em Enfermagem funcionou como alavanca para a consciencialização da responsabilidade do meu papel enquanto prestadora de cuidados o que despoletou o interesse na aquisição de novas competências.

O Fórum de Especialidades, organizado pela Universidade Católica Portuguesa, permitiu-me a reflexão sobre a importância do papel dos Enfermeiros Especialistas no Sistema Nacional de Saúde, contribuindo assim para a minha formação.

Através dos diferentes contextos de estágio conheci realidades assistenciais diferentes da minha prática diária, o que desencadeou interesse em saber um pouco mais sobre essas áreas. Esta curiosidade fez-me participar em alguns eventos que decorreram durante o processo formativo, tais como o 17º Congresso Português de Diabetes, organizado pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia e o Seminário de Cuidados Paliativos, organizado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda.

Relativamente ao 17º Congresso Português de Diabetes, mais especificamente no Simpósio sobre a “Diabetes na criança e no adolescente: a diabetes nos tempos da pandemia”, foram abordados temas que são do meu interesse, mas também que correlacionam com a situação pandémica que estamos a vivenciar. Apesar de a Diabetes tipo 1 e 2 estar associada a desfechos fatais nas infeções por SARSCOV 2 em idosos, nas crianças e jovens não se verifica esta relação. Como em muitas outras áreas da assistência em saúde, a crise COVID-19 ofereceu a oportunidade de estabelecer um atendimento virtual ao diabético para complementar o atendimento ambulatorio padrão. Assim, a telemedicina no controlo da diabetes revelou uma melhoria do controlo glicémico, um aumento da capacitação e envolvimento da criança/jovem na doença e melhoria na qualidade de vida, devido à diminuição do tempo despendido nas deslocações às consultas e diminuição do stress da diabetes. No futuro, o espectável é a alternância entre as consultas presenciais e teleconsultas. Este simpósio terminou com uma mesa redonda que comentou os desafios que a pandemia trouxe para a comunicação. Intervir com crianças implica intervir com pais como tal, é essencial, na comunicação com as famílias, ter em atenção alguns aspetos: validar e normalizar os sentimentos de cada um; dizer aos pais para cuidarem também de si; estabelecer horários e manter expectativas realistas; relembrar os pais que são modelos para estratégias de gestão da frustração e de adaptação a novas circunstâncias; pedir ajuda sempre

que necessário. Às equipas de saúde cabe estabelecer uma comunicação geral e personalizada, definir objetivos e metas concretas, dar confiança e sentido a essas metas, fornecer canais de comunicação diretos e acessíveis e reforçar que estar confinado não é estar sozinho.

O Seminário dos Cuidados Paliativos consistiu num *webinar* no qual foram debatidos temas como: o conceito de cuidados paliativos pediátricos, as especificidades da comunicação e relação, o papel dos irmãos, o apoio no luto e o luto fraterno. Define-se cuidados paliativos pediátricos como o cuidado prestado à criança e sua a família promovendo o alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. O enfermeiro exerce um papel preponderante na promoção destes cuidados e na supressão das necessidades diárias destas crianças. Estes, para além dos conhecimentos científicos, devem ser emocionalmente equilibrados para lidar com as tensões do processo de morte e morrer, reconhecendo que neste processo há sempre algo a ser feito (Verri, et al., 2019). O meu interesse neste seminário prendeu-se pela falta de conhecimentos que tenho nesta área tão específica e na qual o enfermeiro tem um papel tão preponderante. Estas temáticas foram posteriormente debatidas com a enfermeira orientadora no contexto da Neonatologia perante o caso já anteriormente mencionado de prematuridade extrema, nomeadamente sobre os cuidados paliativos que foram prestados à irmã gémea e o acompanhamento que foi providenciado à família na fase terminal e no luto, considerando sempre as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais da família.

A especialização em Enfermagem confere ao profissional um papel ativo, dinâmico e aglutinador, quer seja na aplicação prática dos conceitos aprendidos, quer seja em assumir um papel de mediador/cooperador com os seus pares, tornando estes atos momentos de aprendizagem partilhada. É esta troca de experiências que leva à reflexão da prática profissional, contribuindo, deste modo, para o dinamismo do grupo de trabalho e para o crescimento/desenvolvimento profissional, sempre orientados pelas mais recentes evidências científicas. Neste sentido, as passagens de turno e os períodos de reflexão após os turnos com as orientadoras foram um elemento chave para este desenvolvimento.

Relativamente à formação de pares, a única oportunidade que surgiu neste âmbito foi nos Cuidados de Saúde Primários, estágio referente ao estágio da unidade curricular “*A saúde da criança e família - Vigilância e decisão clínica*”, tal como já foi retratado no primeiro capítulo deste mesmo relatório. Esta vivência em período pandémico impossibilitou a

concretização de outros projetos. No Internamento de Pediatria, aquando do levantamento de necessidades junto com o enfermeiro chefe, questionei sobre a possibilidade de realizar uma formação de pares mas que não se afigurou viável em face dos diversos constrangimentos gerados pela pandemia.,. No contexto do SU após o levantamento das necessidades formativas e até de proposta para abordagem de uma temática em concreto, tal não foi possível de concretizar, por idênticos motivos.

Apesar desta vivência pandémica, é notória a valorização da formação junto das equipas de enfermagem, motivando-as para o autodesenvolvimento e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Enquanto seres em constante evolução, o processo formativo deve ser contínuo, como tal, e assumindo que ainda existe muito caminho a percorrer, estas experiências foram uma mais valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

### **3.4. Domínio da Investigação**

A Investigação em Enfermagem, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006, p. 1), *“é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, família e comunidades”*.

Neste domínio a reflexão incide sobre o processo de tomada de decisão, com base na evidência científica, de modo a consolidar os conhecimentos na área do EESIP e maximizar a qualidade dos cuidados prestados à criança e sua família.

#### **Competências:**

- Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;

- Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

### **Objetivos:**

- Promover a prática baseada na evidência;
- Aprofundar competências na área da investigação.

### **Atividades:**

- Realizar pesquisa bibliográfica na área disciplinar de enfermagem, entre outras, recorrendo a fontes fidedignas;
- Partilhar a evidencia científica com a equipa de enfermagem;
- Observar e refletir sobre resultados da investigação e sua aplicabilidade.

### Reflexão

A implementação da prática baseada na evidência tem sido preconizada com vista à promoção da segurança e qualidade da assistência em saúde. Esta configura-se como uma forma coerente, organizada e segura de forma a proporcionar boas práticas profissionais, devendo estas ser as mais adequadas para a melhoria da prestação de cuidados, na otimização dos recursos e no auxílio da tomada de decisão (Bandeira, Witt, Lapão, & Madruga, 2017). Durante este percurso formativo, senti a necessidade constante de aprimorar os conhecimentos e obter as informações mais fidedignas e atuais para melhor responder às situações com que me deparava diariamente. Procurei assim sustentar a minha prática com base na evidência mais atual através do recurso à literatura científica obtida através da pesquisa em bases de dados credíveis bem como o recurso a manuais, normas e orientações das entidades reguladoras da saúde em Portugal.

No Internamento em Pediatria, no âmbito da realização da atividade de promoção para a saúde, tive de consultar os estudos e orientações mais recentes relativos às quedas em pediatria. A importância da prevenção de quedas entre crianças, no ambiente hospitalar, prende-se pelo facto de estes eventos estarem relacionado com o aparecimento de lesões e ao aumento do tempo e custo do internamento (Vieira, Campos, Fernandes, Ladeira, & Pimenta, 2019). O estudo desta temática tornou-se essencial para aprofundar conhecimentos sobre esta área que é considerada um indicador de qualidade na prestação de cuidados.

No Serviço de Urgência, e tendo em conta as problemáticas encontradas, debrucei-me, sobretudo, na consulta exaustiva dos estudos e protocolos de atuação mais recentes no âmbito da febre. Após o contacto com este contexto, mas sobretudo após a realização de triagem surgiram-me duas inquietações sobre esta temática. Uma delas prende-se pelas recomendações sobre quando trazer a criança e jovem ao SU e a outra relativa à alternância entre anti-piréticos.

As recomendações atuais dizem que apenas se deve levar a criança ao SU se: apresentar sinais de alerta, como por exemplo convulsões ou sonolência, entre outros; tiver idade inferior a 3 meses de idade (corrigida no caso dos prematuros); se idade inferior a seis meses com temperaturas superiores a 39°C axilar ou 40°C retal; se maiores de seis meses com temperaturas axilares superiores a 40°C ou retais superiores a 41°C; se febre em criança com patologia crónica grave debilitante; caso apresente febre há cinco dias completos, ou se a febre reaparecer após 2 a 3 dias de temperaturas normais (Direção-Geral da Saúde, 2018).

Relativamente à terapêutica, as recomendações da Direção-Geral da Saúde (2018) indicam que o antipirético de primeira linha é o Paracetamol, não havendo justificação científica para, rotineiramente, utilizar dois antipiréticos alternadamente, como é o caso do paracetamol e ibuprofeno. Por rotina deve praticar-se a monoterapia antipirética. Acrescentam ainda que o antipirético é eficaz se baixar a temperatura de 1 a 1,5 °C dentro de 2 a 3 horas (Direção-Geral da Saúde, 2018). A minha atuação perante este âmbito prendeu-se pela partilha da informação com os enfermeiros, já que esta é uma temática de eminente aplicabilidade prática e que exige uma permanente atualização de conhecimentos

No serviço de neonatologia, no que concerne à investigação, é notório o dinamismo dos enfermeiros mantendo em funcionamento os projetos de investigação implementados. Tive assim a oportunidade de participar num estudo sobre a transição para alimentação oral no RN prematuro, este foi aplicado por uma enfermeira EESIP e suporta a prestação de cuidados realizada por toda a equipa de enfermagem. Este projeto teve início no Mestrado em Enfermagem e foi catapultado para o Doutoramento em Enfermagem. Durante o mestrado a EESIP desenvolveu uma proposta de um guia orientador para a alimentação oral de um RN prematuro, e no contexto de Doutoramento aplicou-o no serviço de Neonatologia com o objetivo de analisar a sua eficácia junto de peritos e para posteriormente proceder às alterações, se necessárias. A minha participação neste estudo consistiu na aplicação do guia e registo no impresso próprio: a idade gestacional, duração da alimentação, registo de sinais

vitais (antes, durante e após a alimentação) e se a totalidade do leite foi administrada pelo biberão ou se houve necessidade de alimentar por sonda.

Este estudo impeliu à aquisição de conhecimentos sobre a alimentação oral no RN. Tendo em conta que a prevalência de dificuldades na alimentação oral de prematuros é elevada, torna-se fundamental a avaliação comportamental e fisiológica do prematuro, bem como a criação de condições ambientais adequadas para dar início a este processo (Neto, 2014). A transição para a alimentação oral do RN depende da: idade gestacional (igual ou superior a 33 semanas); estabilidade fisiológica; capacidade de coordenação da sucção, deglutição e respiração; aspeto geral (tónus muscular adequado e coloração de pele e mucosas relativamente coradas) e envolvimento na alimentação pelo RN (existência de sinais de prontidão e de fome). Depois de reunidas estas condições é possível avançar para a alimentação oral. Para alimentar corretamente o RN é importante que este esteja alinhado, contido, com a mandíbula apoiada e utilizar tetinas com baixo fluxo de leite, fazendo pausas de 2 a 5 sucções para este respirar. Estas são estratégias para prevenir o stress e o cansaço. Caso o RN, durante a alimentação, apresente algum tipo de instabilidade fisiológica deve-se parar a mesma. O seu reinício, quer pelo biberão ou pela sonda, vai depender da estabilidade e do envolvimento do RN. A estimulação dos reflexos fora do horário da refeição é fundamental para obter sucesso na alimentação oral, devendo-se por isso treinar a sucção e deglutição, executar o canguru e colocar o RN à mama (Neto, 2014). A procura de todos estes conhecimentos permitiram-me perceber o cariz deste estudo e integrar alguns destes contributos na prestação cuidados ao RN.

Diariamente os enfermeiros são desafiados na busca do conhecimento científico, para uma prestação de cuidados de enfermagem, baseados na qualidade, excelência e no fomento da cultura de segurança do cliente (Sousa, et al., 2018). Assim, considero que este percurso teve um papel determinante na aquisição e desenvolvimento de competências nesta área. No futuro, enquanto especialista, pretendo sensibilizar os restantes colegas sobre a importância da investigação para o desenvolvimento da profissão e incrementar investigação no meu contexto assistencial.

## **4. Avaliação Global do Estágio e Implicações para a Prática Profissional**

Refletindo sobre a avaliação global do estágio, mas também incorporando os contributos do período mais teórico do percurso formativo, e sobretudo sobre as implicações que este trouxe para a minha prática profissional, só me resta ressaltar a riqueza de oportunidades proporcionada nos diferentes contextos vivenciados, que apesar da pandemia, que em tudo veio alterar as nossas rotinas, obrigando-me a uma reformulação constante, mas que pouco ao nada prejudicou a aprendizagem. Pelo contrário, esta vivência num momento tão particular, só demonstrou a capacidade de resiliência presente na classe de enfermagem.

Os contextos proporcionaram as mais variadas oportunidades. Coube-me a mim tirar o máximo partido das mesmas de forma a atingir os objetivos por mim propostos. Para alguém, com (ainda) pouca experiência em Enfermagem e ainda menos experiente na área pediátrica, este percurso foi uma mais valia. Perceber a importância da prática baseada na evidência, o impacto da comunicação e o desenvolvimento de uma praxis conduzida pelos valores e responsabilidades éticas e sociais, tiveram um impacto muito positivo na minha prática diária.

Fazendo uma retrospeção, desde o momento da candidatura neste curso, e o caminho percorrido até hoje, reconheço que possuo uma visão mais clara sobre a importância do papel do EESIP em todas as áreas assistenciais. Sou agora mais responsável e procuro incessantemente proporcionar os melhores cuidados de enfermagem às crianças e famílias com quem trabalho.

Concluindo... diria que esta formação me permitiu aprender a conhecer (aquisição de novo conhecimento), aprender a fazer (aplicação de novas competências) e a aprender a ser (responsabilidade individual e trabalho colaborativo). Termino esta etapa ciente que este caminho ainda agora começou e com esperança de, futuramente, contribuir para a valorização social da enfermagem.



## **Conclusão**

Através do presente relatório pretendi descrever o processo formativo vivido, como sendo um percurso dinâmico e interativo repleto de experiências que permitiram a aquisição de saberes e posterior construção de uma prática especializada. Para a sua elaboração refleti criticamente sobre a prática, segundo a visão do EESIP e tendo sempre como bases orientadoras a evidência científica mais atual.

Neste relatório abordei as competências previamente adquiridas, contextualizei o estágio final, analisei e refleti sobre as competências adquiridas no mesmo, à luz dos diferentes domínios trabalhados, terminando com a avaliação global do estágio e as implicações para a minha prática profissional.

Para além da abordagem a temas e temáticas transversais a todos os contextos, como é o caso da comunicação, da parentalidade e da parceria de cuidados, a reflexão abarcou outros temas, tais como a hospitalização, a assistência à criança, jovem e família no SU, a utilização da Triagem de Manchester e a prestação de cuidados a RN utilizando a filosofia NIDCAP.

Ao longo deste percurso formativo assumi a responsabilidade na procura constante de saberes, saberes estes que estão em constante reformulação e evolução. Este percurso munuiu-me de ferramentas para que a minha prática diária seja mais cuidada, competente e na esperança que um dia atinja excelência nos cuidados.



## Bibliografia

- Abreu, W. (2003). *Supervisão qualidade e ensinios clinicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formassau.
- Als, H. (2017). Individualized Developmental Care for Preterm Infants. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, p. 1-6.
- Amthauer, C., & Cunha, M. (2016). Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 24, p.1-7.
- Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A. P., & Casanova, C. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica - Estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer*, vol. XVII, n<sup>o</sup>1, p.16-20.
- Bandeira, A., Witt, R., Lapão, L., & Madruga, J. (2017). A utilização de um referencial metodológico na implementação de evidências como parte da investigação em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4).
- Bras, A., Quiterio, M., & Nunes, E. (2020). Intervenções do enfermeiro na prevenção de quedas na criança hospitalizada: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73:6.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, p.1058-1062.
- Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in Practice. *Nursing Times*, 84(44), p.67-68.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Obtido de Obtido em Ordem dos Enfermeiros: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Cruz, M. D. (2020). *Epidemiologia da dor neonatal - fatores determinantes para a sua prevenção e tratamento. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica*. Obtido de <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/PAI-febre-pediatria.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (3 de Agosto de 2018). *Febre na Criança e no Adolescente - Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores*. Obtido de <https://nocs.pt/febre-na-crianca-e-no-adolescente-definicao-medicao-e-ensino-aos-familiarescuidadores/>
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K., & Snow, S. (2015). Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *American Academy of Pediatrics*, v.135, n<sup>o</sup>1, p.256-271.
- Fernandes, D. V., Caiado, B., & Moreira, H. (2020). *Parentalidade em tempos de pandemia - saúde mental e estratégias parentais para lidar com os desafios da COVID-19*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Fernandez, A., Benito, J., & Mintegi, S. (2017). Is this child sick? Usefulness of the Pediatric Assessment Triangle in emergency settings. *Jornal de Pediatria*, 93(1), p.60-67.
- Ferreira, A., Menegussi, J., Bombarda, T., Torcia, V., Silva, I., & Piovezan, S. (2020). Qualidade de vida da criança hospitalizada na pandemia COVID-19. *Revista Residência Pediátrica*, v.10(3), p.1-5.
- Ferreira, P. S. (2014). *A Relação entre a Qualidade da Vinculação e o Desenvolvimento Emocional de Crianças em Idade Pré-Escolar*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica. Lisboa: ISPA - Instituto Universitário.
- Fraga, I. T., & Pedro, E. N. (2004). Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: Implicações para a Enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, vol.25, n<sup>o</sup>1, p.89-97.
- Franque, P. (2006). *Análise dos estilos de gestão do conflito predominantes em ambiente laboral dos enfermeiros da Ilha de S. Miguel*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública. Açores: Universidade Açores.

- Frederico, M., & Leitão, M. (1999). *Princípios da Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Gonçalves, R., Sá, B., Cunha, R., Winckler, L., & Moleiro, P. (2021). Avaliação da Adequação da Referenciação SNS24 a um serviço de Urgência Pediátrico durante a pandemia COVID-19 em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 34(4), p.312-326.
- Gotze, M. M., & Junior, B. B. (2002). A comunicação entre crianças, pais e treinadores na escolinha desportiva de basquetebol em aulas e eventos esportivos - a perspectiva a partir dos sujeitos. *Movimento*, vol.8, n°3, p.47-62.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 9<sup>o</sup> Edição. Loures: Lusociência.
- Lamy, Z., Gomes, M., Giani, N., & Henning, M. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), p.659-668.
- Mações, M. (2017). *Manual de Gestão Moderna* (4<sup>a</sup> edição ed.). (C. A. Editora, Ed.) Coimbra.
- Madeira, I. R. (2011). A bioética pediátrica e autonomia da criança. *Residência Pediátrica*, n°1(Suplemento 1), p.10-14.
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. (2010). Comunicação e Assistência de Enfermagem a criança. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, vol.2, p.12-14.
- Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. (2017). Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa em enfermagem. *Atas CIAIQ*, p.40-49.
- Meleis, A. I., & Im, E.-O. (2002). Grandmothers and Women's health: from fragmentation to coherence. *Health Care for Women International*, 23, p.207-224.
- Mourão, C. M., Albuquerque, A. M., Silva, A. P., Oliveira, M. S., & Fernandes, A. F. (julho/setembro de 2009). Comunicação em Enfermagem: Uma revisão bibliográfica. *Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol.10, n°3, p.139-145.

- Neto, F. (2014). *A Transição para a Alimentação Oral do Recém-Nascido Prematuro. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Oliveira, C., Silva, J., Rodrigues, A., Junior, A., & Tenorio, G. (2016). Intervenções não farmacológicas no alívio da dor em unidade de terapia intensiva neonatal. *Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde*, 3(2), 123-134.
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de Abril de 2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Decisão*. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomada\\_Posicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomada_Posicao_26Abr2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicasc ontrolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicasc ontrolodorcrianca.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (12 de Julho de 2018). Regulamento nº422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Portugal: Diário da República 2º série - Nº133.
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de Fevereiro de 2019). Regulamento nº140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Portugal: Diário da República 2º série Nº26.
- Paula, G., Goes, F., Silva, A., Moraes, J., Silva, L., & Silva, M. (2019). Play Strategies in nursing care for the hospitalized child. *Journal of Nursing UFPE On line*, 13.
- Peixoto, D., Leal, B., Ribeiro, D., Correia, L., Hipólito, E., & Rocha, P. (2021). Impacto do Confinamento na Saúde das Crianças e Adolescentes durante a pandemia de COVID-19. *Acta Médica Portuguesa*, 34(4), p.312-326.
- Peres, A., & Ciampone, M. H. (2006). Gerência e Competências Gerais do Enfermeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem*, p.492-499.

- Pinheiro, D. C. (2005). *O papel do plano de comunicação preventivo em momento de crise na organização. Monografia apresentada como requisito parcial para a graduação no curso de comunicação social, habilitação em jornalismo*. Goiânia: Universidade Federal de Goiás - Faculdade de comunicação e biblioteconomia.
- Regulamento nº101/2015. (10 de Março de 2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Lisboa: Diário da República.
- Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M., & Erdmann, A. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV-nº4*, p.137-146.
- Sampaio, I., Graça, A., Moniz, C., & Machado, M. (2012). Hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-iscémica: experiência do Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(5), p.183-189.
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, vol.XX, nº1, p.26-31.
- Simões, C., Nogueira, C., Lopes, D., Santos, N., & Peres, S. (2011). *Os Enfermeiros e... A Educação para a Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Siva, L., Beck, C., Dissen, C., Tavares, J., Budó, M., & Silva, H. (2012). O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. *Revista de enfermagem da UFSM*, 2(2), p.412-419.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). *Consenso Clínico - Limite da Viabilidade*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Neonatologia: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Viabilidade.pdf>
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, p.31-39.
- Trinco, M. E., & Santos, J. C. (2017). O adolescente com comportamento autolesivo se ideação suicida no internamento do serviço de urgência de um hospital pediátrico na região centro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, p.63-68.

- Verri, E., Bitencourt, N., Oliveira, J., Junior, R., Marques, H., Porto, M., & Rodrigues, D. (2019). Profissionais de Enfermagem: Compreensão sobre Cuidados Paliativos Pediátricos. *Revista Enfermagem UFPE online*, 13(1), p.126-136.
- Vieira, G., Campos, I., Fernandes, B., Ladeira, A., & Pimenta, E. (2019). Quedas entre crianças e adolescentes internados em hospitais: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*.
- Vilelas, J., & Janeiro, S. (2012). Transculturalidade: O Enfermeiro com competência cultural. *Revista Mineira em Enfermagem*, 16(1), p.120-127.
- WHO. (2019). *Cuidados de Saúde Primários*. Obtido em Dezembro de 2020, de <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

## **Apêndices**



## **Apêndice I - Panfleto sobre a Alimentação no Primeiro Ano de Vida**



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

**Panfleto sobre a Alimentação no Primeiro Ano de Vida**

**Elaborado Por:** Jael Sofia Pereira Carneiro nº330319003

**Sob orientação de:** Professora Doutora Isabel Quelhas

**Porto, Novembro de 2020**

# ÍNDICE

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	78
BIBLIOGRAFIA.....	83
ANEXO I- PANFLETO.....	84

## 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A prática de uma alimentação saudável supõe que esta deva ser completa, variada e equilibrada, proporcionando energia adequada e bem-estar físico ao longo do dia. Além disso, a sua prática está associada à prevenção de doenças crónicas. (DGS, 2019)

Após o levantamento de necessidades junto com os enfermeiros da USF, foi proposto a elaboração de um panfleto informativo sobre a alimentação durante o primeiro ano de vida, uma vez que o existente é um manual extenso e de difícil leitura.

Neste sentido, e tendo em conta que o PNPAS trouxe alterações significativas relativas à diversificação alimentar, constatei que o manual existente tem algumas lacunas, daí ser uma mais-valia a implementação deste mesmo panfleto como guia orientador nas consultas de saúde infantil.

A diversificação alimentar é muitas vezes encarada pelos pais como um desafio e quando procuram informação específica, constataam que a existente é muita, mas pouco concreta. Para a realização deste panfleto informativo baseei-me no plano nacional para a promoção da alimentação saudável elaborado pela DGS que contém toda a informação necessária e atual sobre este tema.

Segundo a DGS (2019) não existe nenhuma regra definida relativamente à sequência da introdução dos diferentes grupos de alimentos ou dos alimentos per si, adquirindo as características individuais, mas particularmente os aspetos culturais, uma relevância não desprezível. A diversificação alimentar é caracterizada pela introdução progressiva de outros alimentos, para além do leite (materno ou fórmula), com redução gradual do volume deste e até à introdução na dieta familiar. Assim sendo, todos os alimentos podem ser introduzidos a partir da diversificação alimentar, exceto o sal, o açúcar, o mel, as bebidas açucaradas e chás. Relativamente à textura dos alimentos é recomendado o aumento de forma progressiva da sua textura. (DGS,2019)

O ideal é o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade, se bom desenvolvimento estado-ponderal. Posteriormente deve-se manter a amamentação, em simultâneo com a alimentação complementar, até aos 2 ou mais anos. (DGS,2019)

O primeiro grupo de alimentos que eventualmente poderá ser introduzido será o dos hortofrutícolas ou o dos cereais (creme de legumes ou a papa ou ainda a fruta). Muito embora não seja preconizada nenhuma recomendação sobre a cadência da introdução, poderá respeitar-se um intervalo de 2-3 dias entre cada grupo de alimentos. (DGS,2019)

A alimentação durante o primeiro ano é de extrema importância, pois molda as preferências, mas também a saúde/doença para a vida (programação comportamental e metabólica). Esta diversificação alimentar nunca deve começar antes das 17 ou após as 26 semanas. (DGS, 2019)

A par da introdução de novos alimentos, deverá ocorrer uma redução progressiva do volume de lácteos, concretamente de leite, sendo que, no 2º semestre de vida o somatório de todos os lácteos (leite, iogurte e queijo) não deve exceder 500-700 ml/dia. (DGS,2019)

No que diz respeito ao creme de legumes, este não deve conter mais do que 4 legumes, sendo que deve conter um de cada um dos seguintes grupos:

- Legumes “base”, tais como: batata normal ou doce, chuchu, curgete, beringela ou couve flor;
  - Fornecedores de betacaroteno, são exemplo: cenoura ou abóbora;
  - Ricos em antioxidantes, dos quais: cebola, alho ou alho francês;
  - Folhas, como por exemplo: alface, brócolos, couve coração e feijão verde;
- (DGS,2019)

Alguns autores ressalvam que o espinafre, o nabo, a nabiça, a beterraba e o aipo devem ser cautelosamente introduzidos e mais próximos dos 12 meses de idade, uma vez que contém elevado teor de nitrato bem como de fitato. (Guerra *et al.*, 2012)

Depois de cozinhados os legumes devem ser triturados e, no momento da oferta da refeição deve ser adicionado o azeite. Preferencialmente colocar esta fonte de gordura no prato, num volume de 5-7,5ml por dose. (DGS, 2019) Deve ser reforçado aos pais que não deve ser adicionado sal pelo menos, durante o primeiro ano de vida. Assumindo-se que o sódio intrínseco dos alimentos é suficiente e respeita a maturação renal progressiva nesta fase da vida. (Guerra *et al.*, 2012)

Depois de confeccionada, a sopa pode ser refrigerada por um período não superior a 48 horas, podendo permanecer mais tempo no congelador.

Outro dos grupos alimentares selecionados para iniciar a diversificação alimentar são as papas. Estas são fontes de hidratos de carbono, proteína vegetal e sobretudo fornecedora de vitaminas e minerais (ferro), através do seu enriquecimento. Uma das principais novidades relativamente às informações anteriores é que a primeira papa pode conter glúten. Tendo em conta as atuais recomendações ESPGHAN, o glúten deve ser introduzido a partir dos 4 meses e antes dos 7 meses, com porções crescentes até aos 12 meses. As papas lácteas são feitas com leite adaptado e por isso devem ser preparadas com água para evitar um excesso proteico eventual sobrecarga renal. Por outro lado, as papas não lácteas, não tem leite na sua composição e devem ser preparadas com o leite que o bebé está a tomar, podendo também ser utilizadas com leite materno. (DGS, 2019). No panfleto elaborado fiz esta ressalva relativamente ao tipo de papas uma vez que existem pais que fazem todas as papas com leite o que por vezes leva a uma sobredosagem de proteínas. Segundo dados do EPACI Portugal 2012, nas crianças dos 1 aos 3 anos, a ingestão proteica é mais de 4 vezes superior ao recomendado. Ainda relativamente às papas, as comerciais “normais” têm benefícios em relação às biológicas que não são enriquecidas e às caseiras, que “não são nutricionalmente seguras”, uma vez que não permitem a quantificação dos macro e micronutrientes. (DGS, 2019)

A introdução da fruta pode ocorrer desde o início da diversificação alimentar. Importa, no entanto, referir que não devem ser excedidas inicialmente uma peça, e a partir dos 6 meses, duas peças de fruta por dia, preferencialmente da época e variada (cores diferentes). Tendo em conta o seu elevado índice glicémico e a sua pobreza nutricional (não contem proteínas nem lípidos), a fruta não deve ser usada como uma refeição/merenda, mas sim como sobremesa das refeições principais ou integrando/complementando uma merenda. Inicialmente devem ser oferecidas moídas e preferencialmente cruas (para não perderem as vitaminas termolábeis), podendo a maçã, a pera e a banana ser as primeiras a ser introduzidas. Progressivamente, todas podem ser oferecidas, salvaguardando algumas reservas, durante o primeiro ano de vida, relativamente ao kiwi, morango e ao maracujá, por conterem grânulos libertadores de histamina e podendo facilmente estar associados a reações alérgicas. A partir dos 7-8 meses será importante aumentar a oferta de hortofrutícolas menos moídas (crus ou cozinhados), para estimular o treino das texturas. (DGS,2019)

A proteína animal (não láctea) deve ser introduzida ao 6º mês, constituindo uma fonte importante de fornecimento de ferro hémico. A partir do 6º mês devem ser oferecidas ao

lactente 30g/dia de carne ou de peixe (peso considerado para o alimento cru e limpo de gordura). Oferecer 4 vezes por semana carne e 3 vezes por semana peixe. Importa variar a oferta no que respeita à fonte proteica, ou seja, tipo de carne ou de peixe, bem como deve ser dada importância à qualidade do produto. Tradicionalmente inicia-se a introdução com carnes de aves (frango, peru, avestruz) ou de coelho, menos ricas em ferro do que as carnes de bovino, mas também com menor teor de gordura saturada. Relativamente ao peixe, o bacalhau deve ser introduzido mais próximo dos 12 meses, atendendo à textura fibrosa ou ao teor de sal (se for salgado e não fresco). A proteína pode inicialmente ser adicionada ao creme de legumes, à açorda ou à farinha de pau e posteriormente (a partir dos 7 meses), ao arroz ou massa ou à sêmola de trigo (couscous). Importa desde cedo apresentar ementas coloridas e diversificadas, bem como criar o hábito de os legumes constarem sempre do prato principal. (DGS,2019)

O ovo pode ser iniciado aos 8-9 meses. É um alimento nutricionalmente rico, com proteína de alto valor biológico, colesterol e vitaminas (exceto a vitamina C). Muito embora não exista nenhuma recomendação específica e atendendo ao risco de alergenicidade, a sua introdução pode ser gradual. Inicialmente com a oferta da gema (1/2 gema na primeira semana; 1 gema na segunda semana) para depois oferecer o ovo inteiro, num máximo de 3 ovos por semana, sempre em vez de carne ou de peixe. (DGS,2019).

As leguminosas (feijão, grão, fava, lentilha e ervilha) poderão ser introduzidas aos 8-9 meses num lactente que diversifica a sua alimentação de acordo com uma dieta omnívora, muito embora num lactente vegetariano a sua introdução possa ocorrer mais cedo, uma vez que representam uma importante fonte de proteína vegetal. Inicialmente sem casca ou na sua forma germinada, devem ser previamente demolhadas quando para tal exista indicação, e oferecidas em pequenas porções, constituindo uma excelente fonte de proteína vegetal, de fibra e de ferro, bem como de vitaminas e minerais. (DGS,2019)

O iogurte poder ser introduzido a partir dos 8-9 meses. Consiste numa alternativa para um lanche e deverá ser natural, sem aromas e sem adição de açúcar.

Os frutos gordos (noz, amêndoa, avela, coco, caju, pinhão, pistácio) e as sementes (abobora, girassol, linhaça e chia) poderão ser introduzidas a todos os lactentes aos 9 meses, independentemente da existência de risco de alergia (história familiar positiva de atopia). Devem ser naturais, sem sal, e oferecidos bem triturados, nunca inteiros, pelo risco de engasgamento. (DGS,2019). No panfleto fiz a ressalva do amendoim, uma vez

que mudaram as recomendações sobre a evicção de alimentos alergénicos como o amendoim, ovo, peixe, marisco, soja, trigo e frutos de casca rija. Hoje sabemos que a promoção da exposição precoce dos lactentes a este tipo de alimentos diminui o risco de desenvolvimento de alergia alimentar. (Xavier, 2019)

A partir dos 10 meses, pode ser oferecido ao almoço e ao jantar o primeiro e o segundo prato, sendo recomendado retirar a carne/peixe/ovo da sopa, se o prato incluir estes elementos proteicos. (APN, s.d)

Em conclusão, a elaboração deste panfleto foi um desafio, uma vez que existe muita informação sobre esta temática tornando-se difícil a sua estruturação de forma clara e apelativa. O principal objetivo da implementação deste instrumento nas consultas de saúde infantil nesta USF prende-se com a necessidade de uniformização de diretrizes, cabendo ao enfermeiro, durante a consulta, orientar e explicar aos pais o conteúdo do panfleto para uma melhor compreensão dos conteúdos nele contidos.

## BIBLIOGRAFIA:

Associação Portuguesa de Nutrição (s.d) - *Alimentação no Primeiro Ano de vida - Diversificação Alimentar* [Em linha]. Consultado em: [https://www.apn.org.pt/documentos/LIVRETO\\_DIVERSIFICACAO\\_ALIMENTAR\\_SITE.pdf](https://www.apn.org.pt/documentos/LIVRETO_DIVERSIFICACAO_ALIMENTAR_SITE.pdf)

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

Xavier, R.M.S (2019). *Alergias alimentares - prevenção em idade pediátrica*. (Trabalho Final/Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Guerra, A *et al.* (2012). Alimentação e Nutrição do lactente. *Acta pediátrica Portuguesa*. **43**(2):S17-S40

## APÊNDICE I- PANFLETO

Deve aumentar progressivamente a textura dos alimentos



8 aos 9 meses

#### ... OVO

- 1/2 gema na primeira semana;
- 1 gema na segunda semana;
- Na terceira semana oferecer o ovo inteiro:
  - No máximo de 3 ovos por semana em substituição de carne ou de peixe.

#### ... LEGUMINOSAS

- Feijão, grão, fava, lentilha e ervilha.

#### ... IOGURTE:

- Natural, sem aromas e sem adição de açúcar.

OFEREÇA ÁGUA ENTRE AS REFEIÇÕES



#### ... FRUTOS GORDOS (9 Meses)

- Noz, amêndoa, amendoim, avelã, côco, cajú, pinhão, pistácio;
- Naturais, sem sal, e oferecidos bem triturados.



#### ... SEMENTES (9 Meses)

- Abóbora, girassol, linhaça e chia.

## 10 aos 12 meses

- Pode dar sopa e prato principal, mas deve retirar a carne/peixe/ovo da sopa caso o prato inclua estes elementos proteicos;
- Proibição do uso de leite de vaca como fonte láctea principal até aos 12 meses;
- O ideal é o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses idade e manter a amamentação complementar até aos 2 ou mais anos.
  - Se não amamentar, é aconselhado o uso de fórmulas infantis até aos 24 a 36 meses de vida.
- O volume diário de lácteos (leite, iogurte e queijo) não deve ultrapassar os 500 mL.

No primeiro ano de vida não deve dar:



- ✓ Sal;
- ✓ Açúcar;
- ✓ Mel;
- ✓ Bebidas açucaradas
- ✓ Chás (por alguns deles conterem funcho)

Dados da Instituição



## ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

## DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

- É a introdução de outros alimentos, para além do leite (materno e/ou fórmula infantil);
- Entre os 4 e os 6 meses o seu bebé precisa de outros alimentos para satisfazer as exigências nutricionais;
- Para saber se é a altura certa para iniciar a diversificação alimentar fale com um profissional de saúde.



### 4 aos 6 meses

- Substitua uma refeição de leite por uma sopa de legumes ou papa;
- Se iniciar com a sopa de legumes espere 2-3 dias até introduzir a papa e 2-3 dias para a fruta;
- É importante estimular o paladar de alimentos que não sejam doces, por isso a sopa de legumes é frequentemente escolhida para iniciar a diversificação alimentar.

## ... SOPA DE LEGUMES

- Deve conter apenas 4 legumes, dos quais:
  - 1 do grupo dos legumes "base":
    - ✓ Batata normal ou doce, Chuchu, Curgete, Beringela ou Couve flor,
    - Cenoura ou abóbora.
  - Cebola ou Alho ou Alho Francês
  - 1 do grupo das folhas:
    - ✓ Alface, Brócolos, Couve coração, Feijão verde.
- Depois de triturar os legumes acrescentar uma colher de chá (5-7,5ml) de azeite no prato;
- Não deve usar sal;
- Depois de confeccionado pode permanecer no frigorífico até 48 horas, se necessário fazer a sopa e congelar após a confeção

## ... PAPAS

- Estas podem ser:
  - Papa não láctea - é preparada com o leite habitual do bebé;
  - Papa láctea - é preparada com água, pois já contém leite.
- O glúten deve ser introduzido entre os 4 e os 7 meses, em porções crescentes até aos 12 meses. Assim sendo, a primeira papa pode ter glúten.



## ... FRUTA

- Não deve substituir uma refeição, mas sim servir de sobremesa ou como complemento de uma merenda;
- Até aos 6 meses dar apenas 1 peça de fruta por dia;
- Após 6 meses, duas peças de fruta por dia;
- Devem ser oferecidas trituradas e preferencialmente cruas (para não perderem as vitaminas);
- Iniciar com a pêra, maçã e banana, mas progressivamente, todas podem ser oferecidas;



## ... CARNE E PEIXE

- Aos **6 MESES** pode incluir 30g/dia de carne ou de peixe, triturados na sopa. Opte por:
  - Carnes de aves (frango ou peru);
  - Coelho
  - Pescada;
  - Linguado;
  - Atum.
- Oferecer 4 vezes por semana carne e 3 vezes por semana peixe;

... Aos **7 MESES** pode acrescentar a carne/ peixe ao arroz, massa ou à sêmola de trigo (couscous).

## **Apêndice II - Atividade - Mary Sheridan Box**



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

**Atividade - Mary Sheridan Box**

**Elaborado Por:** Jael Sofia Pereira Carneiro nº330319003

**Sob orientação de:** Professora Doutora Isabel Quelhas

**Porto, Dezembro de 2020**

## ÍNDICE

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	90
BIBLIOGRAFIA.....	95

## 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na Saúde Infantil os enfermeiros têm um papel preponderante na sensibilização, educação e orientação das crianças assim como é de importância capital o saber aconselhar os pais. Faz parte das competências do enfermeiro avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança nas consultas de saúde infantil, tornando-se assim guias orientadores de boas práticas e também um bom recurso presente na ligação com a família. (OE, 2010).

O crescimento é um importante indicador do bem-estar e de saúde de uma criança ou adolescente (DGS, 2006). Para podermos monitorizar o crescimento e estado de nutrição das crianças e adolescentes usamos as curvas de crescimento. Estas contemplam, em ambos os sexos: o comprimento/altura (até aos 5 anos); Peso (até 5 anos); IMC (até aos 5 anos); Perímetro Cefálico (até 2 anos); Altura (5-19 anos); Peso (5 aos 19 anos) e IMC (5 aos 19 anos). Um desenvolvimento harmonioso, que ocorre dentro dos parâmetros modelares para a criança, é um fundamental preditor de uma vida adulta saudável. (DGS, 2013)

Paralelamente às observações e registos do crescimento das crianças é fundamental avaliar o seu desenvolvimento. A criança é um ser em desenvolvimento, tanto motor, como cognitivo, emocional e social. Esta avaliação permite detetar precocemente perturbações que influenciam a qualidade de vida, o sucesso educacional e a integração social da criança. (DGS, 2013)

No âmbito da promoção do desenvolvimento infantil, o enfermeiro deve ter uma intervenção assertiva associando o conhecimento com o perfil de desenvolvimento da criança, tendo como referência a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização. Um instrumento que cumpre estes requisitos é a escala de Mary Sheridan. Esta é uma referência padronizada e um importante instrumento para avaliar o desenvolvimento da criança, partindo da observação da postura e motricidade global, da visão e motricidade fina, da audição e linguagem, do comportamento e adaptação social, esta avaliação requer atenção e

competência para ajudar no despiste de sinais que possam conduzir a uma detecção precoce de algumas perturbações no desenvolvimento da criança (OE, 2010).

Assim sendo, para a realização das consultas de saúde infantil, as instituições devem estar preparadas com material e equipamento apropriado para a implementação destas vigilâncias. Relativamente a este aspeto, a unidade na qual estagiei, está equipada com dois gabinetes destinados às consultas de saúde infantil. Estes gabinetes têm material para avaliar os dados antropométricos, nomeadamente balança pediátrica e mecânica, estadiómetro e fita métrica. Contudo não existe material para poder implementar a Escala de Mary Sheridan. Tendo em conta esta lacuna, considereei importante criar duas caixas, uma para cada sala, que contivessem o material necessário para a aplicação dessa mesma escala nas consultas e com isto permitir a realização de uma avaliação mais rigorosa do desenvolvimento infantil.

No período observacional constatei que os enfermeiros nas consultas registavam no SClinico os dados da escala Mary Sheridan com base em questões que iam colocando aos pais, sem observarem esses mesmos itens na criança. Após pesquisa bibliográfica percebi que este facto não é assim tao incomum. *Estudos prévios mostraram que a técnica mais frequentemente usada em Cuidados de saúde primários para avaliação do desenvolvimento é a avaliação clínica informal e que poucos profissionais usam testes estandardizados de rastreio nas consultas de vigilância de Saúde Infantil. Esta avaliação clínica isolada deteta menos de 30% das crianças com problemas de desenvolvimento. Em contraste, os instrumentos de rastreio estandardizados têm sensibilidade e especificidade entre os 70 e 90% na identificação destas situações.* (DGS, 2013 p.57)

Pretendo assim que com esta atividade que os enfermeiros consigam aplicar corretamente esta escala. Para além de todas as vantagens já acima mencionadas, gostaria ainda de ressaltar que estes testes podem servir não só como “padrão de referência da normalidade”, mas também motivar e encorajar os pais a levantarem questões e a participarem na promoção do desenvolvimento dos seus filhos. (DGS, 2013)

No quadro 1 encontra-se uma descrição de todos os objetos contidos na caixa e a sua utilidade, tendo em conta os itens da escala de Mary Sheridan a avaliar e as idades.

<b>Instrumento</b>	<b>Item da Escala a avaliar</b>	<b>Comportamento Esperado</b>	<b>Idades</b>
<b>Sineta/ Roca</b>	A	Pode voltar os olhos e/ou parar a atividade em curso (por ex. choramingar, chupetar, etc.), pisca os olhos, estende pernas ou abre as mãos, em resposta ao som (sineta) a 15cm do ouvido.	4-6 Semanas
		Atende e volta-se em direção à fonte sonora.	3 M
		Segue e localiza os sons a 45cm ao nível do ouvido.	6 M
	VMF	Segura brevemente a roca e move-a em direção à face, ainda sem coordenação.	3 M
	CA	Quando oferecida roca abana deliberadamente;	6 M
<b>Bola pendente</b>	VMF	Fixa e segue objeto a 20-25cm de distância, horizontalmente de lado para a linha média (1/4 de círculo).	4-6 semanas
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Segue uma bola pendente em 1/2 círculo horizontalmente (a 15- 25cm da face).</li> <li>Convergência ocular: com uma bola pendente ou face humana aproximar lentamente, na vertical, da face da criança.</li> <li>Pestanejo de defesa: rapidamente aproximar objeto da sobrancelha da criança.</li> </ul>	3 M
	PMG	Atira bola acima da linha do ombro.	3 A
<b>Cubos (20)</b>	VMF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tem prensão palmar (usa ambas as mãos para alcançar objeto).</li> <li>Transfere objetos de uma mão para a outra.</li> <li>Leva objetos à boca e explora-os.</li> <li>Se o objeto cai, esquece-o imediatamente (não procura objeto que caiu).</li> </ul>	6 M
		Atira objetos ao chão deliberadamente e procura o objeto que cai	9 M
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão: observa os objetos a cair para o chão, procurando-o no local correto mesmo se fora do seu campo de visão.</li> <li>Procura objeto escondido</li> </ul>	12 M
		Constrói torre de 3 cubos, após demonstração.	18 M
		Constrói torre de 6 ou 7 cubos.	2 A
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Constrói torre de 9 cubos.</li> <li>Imita (3 A: construir ponte em frente à criança) e copia (3 A e meio: não construir em frente à criança) a ponte de 3 cubos.</li> </ul>	3 A

		Constrói escada de 6 cubos (3 degraus) após demonstração.	4 A
		Constrói 4 degraus com 10 cubos após demonstração	5 A
	PMG	Apanha brinquedos do chão (agacha-se).	18 M
		Sabe esperar pela sua vez (por ex. construir uma torre colocando os cubos alternadamente – criança /examinador).	4 A
<b>Canetas + Lápis de Cor + Folhas</b>	VMF	Faz rabiscos, mostrando preferência por uma mão.	18 M
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferência por uma mão (definição da lateralidade).</li> <li>• Imita o rabisco circular (pode fazê-lo espontaneamente), bem como linha vertical (após demonstração).</li> </ul>	2 A
		Desenha figura humana: cabeça mais uma ou duas partes do corpo (mesmo em locais errados).	3 A
		Desenha a figura humana (cabeça, tronco, pernas, e geralmente braços e dedos).	4 A
		Desenha a figura humana (cabeça com alguns pormenores, tronco, pernas e braços)	5 A
<b>Folhas com bola e cruz / quadrado e retângulo</b>	VMF	Copia o círculo (não desenhar em frente à criança, apenas mostrar círculo já desenhado). Imita a cruz.	3 A
		Copia a cruz	4 A
		Copia o quadrado e o triângulo (não deve ser desenhado na frente da criança)	5 A
<b>Cartões com cores</b>	VMF	Combina 2 cores, geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e o verde): Não é obrigatório nomear a cor, mas sim corresponder.	3 A
		Combina e nomeia 4 cores básicas (amarelo, vermelho, verde e azul).	4 A
		Nomeia 4 ou mais cores e combina até 10 cores	5 A
<b>Livro com figuras</b>	VMF	Interesse por livros com figuras, virando várias páginas de cada vez.	18 M
		Vira uma página de cada vez.	2 A
<b>Figura demonstrativa do Ser Humano</b>	AL	Mostra em si, num adulto, ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.	18 M
		Nomeia objetos familiares e figuras: Identifica cabelo, mãos, pés, nariz, boca e sapatos.	2 A

**Quadro 1** – Legenda: **VMF**: Visão e Motricidade Fina; **AL**: Audição e Linguagem; **A**: Audição; **PMG**: Postura e Motricidade Global; **CA**: Comportamento e Adaptação Social

Ainda sobre esta temática, para avaliar a postura e motricidade global nomeadamente o equilíbrio e a coordenação motora foi proposto à diretora da instituição criar o “jogo da macaca” no chão do gabinete. A ideia foi utilizar este instrumento sobretudo nas consultas dos 3 e dos 4 anos para a avaliação da postura e motricidade global. Na idade pre-escolar, sobretudo com idades inferiores a 5 anos, as crianças são egocêntricas, o que por vezes se torna difícil a comunicação eficaz. Nesta faixa etária, para que ocorra uma comunicação eficaz é importante utilizar estratégias que facilitem a percepção da criança sobre a realidade. Um dos recursos utilizados é a perspectiva lúdica. Esta atitude envolve o brinquedo e o brincar, o jogo e a música, facilitando a aproximação do enfermeiro e permitindo a interação. A brincadeira cria laços de confiança e facilita assim a interação. (Martinez et al., 2013)

A Figura 1 contém imagens ilustrativas desta atividade.

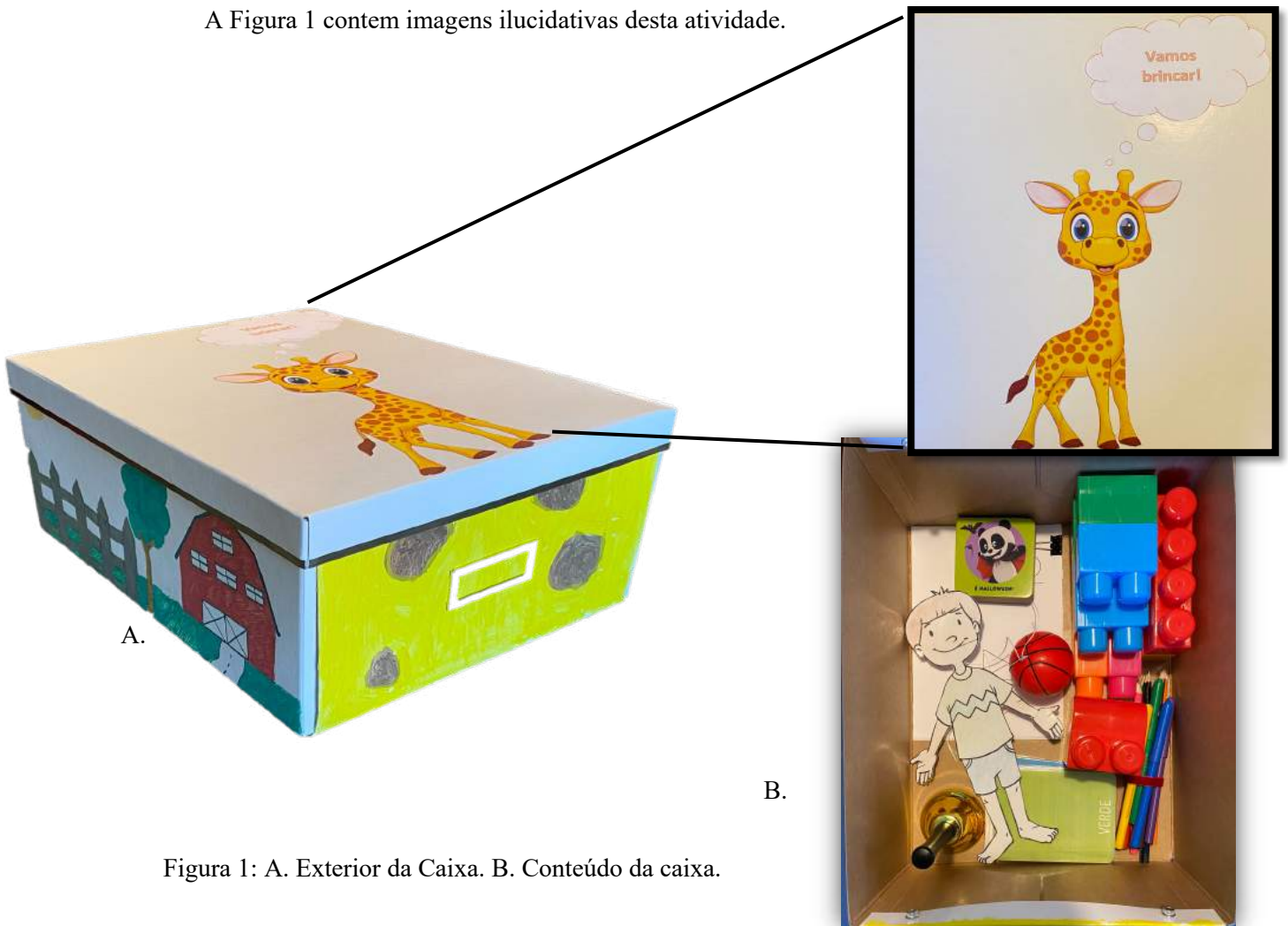


Figura 1: A. Exterior da Caixa. B. Conteúdo da caixa.

## BIBLIOGRAFIA:

Direção Geral de Saúde (2006). *Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil – Atualização das curvas de crescimento*. DGS. Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS. Lisboa.

Martinez, E.A; Tocantins, F.R; Souza, S.R. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 37-44. <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100005>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guia orientador e Boa Prática em enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica – Volume 1*. OE. Lisboa



**Apêndice III - Planejamento de Ação de Formação a Pares – “Baby  
Lead Weaning: Uma nova visão sobre a introdução da alimentação  
complementar**



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

**Planeamento de Ação de Formação a Pares – “Baby Lead Weaning: Uma nova visão sobre a introdução da alimentação complementar”**

**Elaborado por:** Jael Sofia Pereira Carneiro nº330319003

**Sob orientação de:** Professora Doutora Isabel Quelhas

**Porto, Dezembro de 2020**

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	100
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	101
2. OBJETIVOS DA SESSÃO.....	104
3. METODOLOGIA.....	105
4. RECURSOS.....	106
5. AVALIAÇÃO DA SESSÃO.....	107
CONCLUSÃO.....	108
BIBLIOGRAFIA.....	109
APÊNDICE I – PLANO DE SESSÃO.....	111
APÊNDICE II - AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO.....	113
APÊNDICE III – APRESENTAÇÃO.....	115

## INTRODUÇÃO

A Ação de Formação “Baby Lead Weaning: Uma nova visão sobre a introdução da alimentação complementar” surgiu no âmbito da unidade curricular “A Saúde da Criança e Família: Vigilância e Decisão Clínica”, e em contexto de cuidados de saúde primários, mais precisamente na USF. Este estágio decorre no período de 8 de novembro de 2020 a 6 de janeiro de 2021, enquadrando-se no 2º semestre do 13º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Esta Ação de Formação foi desenvolvida sob a orientação da enfermeira tutora no contexto e da docente Professora Doutora Isabel Quelhas.

Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objetivos:

- Servir de instrumento de avaliação para esta UFCD;
- Clarificar os aspetos inerentes ao planeamento da ação de formação.

Este trabalho encontra-se organizado e estruturado da seguinte forma: é apresentada a fundamentação teórica, objetivos da ação, metodologia utilizada, seguido dos recursos e, por último a avaliação da sessão e a conclusão.

# 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Baby-Led-Weaning é um método recente e alternativo à introdução da alimentação complementar, idealizado pela britânica Gill Rapley, que visa encorajar e estimular os bebês a alimentarem-se sozinhos desde os seis meses de idade. (Rodrigues, 2018)

Na abordagem tradicional, os bebês são alimentados à colher pelos pais, sendo as sopas, a fruta e as papas de cereais a primeira forma de apresentação da alimentação complementar. Só depois destas se passa a introduzir gradualmente alimentos sólidos com texturas diferentes. Na BLW os alimentos são apresentados ao bebê em forma de palito ou lâminas, com uma textura apropriada (cozidos/crus, firmes/moles), e num tamanho ligeiramente maior que o seu punho.

Contrariamente ao método tradicional, nesta abordagem, os pais têm uma postura passiva e observadora, atuando apenas se necessário. Assim sendo, este método encoraja o bebê a adquirir autonomia e aperfeiçoar as aptidões motoras, bem como aumentar o contacto social e desenvolver os laços familiares, ao promover a partilha com os membros da família durante todo o processo de crescimento e desenvolvimento. (Rodrigues, 2018)

A prática do BLW implica três princípios básicos:

- a forma de apresentação não pode ser alterada, ou seja, os alimentos são dados em pequenos pedaços e não triturados ou ralados;
- o bebê tem a autonomia de escolher e agarrar no alimento que deseja, provando e ingerindo-o ao seu ritmo;
- todo este processo deve ser supervisionado e partilhado pela família (Rodrigues, 2018)

Este método, em semelhança com o tradicional, preconiza a amamentação exclusiva até aos 6 meses e mantida pelo menos até aos 2 anos. (Rodrigues, 2018)

Sendo um método alternativo, importa perceber quais foram as vantagens e desvantagens na sua aplicação. Uma das vantagens apresentadas está associada à diminuição do risco de obesidade. O BLW prima sobretudo pela autonomia dada ao bebê, deixando-o decidir o que comer, que quantidade e com que velocidade, assim aprendem a diferença entre fome e saciedade. Esta capacidade de autorregulação tem efeitos favoráveis na

diminuição do risco de obesidade. Erickson *et.al.*, (2018) acrescenta ainda que este método se trata de uma dieta com melhor qualidade, que acarreta uma melhoria da prática alimentar dos pais, e melhor desenvolvimento de habilidades motoras do bebê.

Relativamente às desvantagens, no topo da lista, podemos considerar o risco de engasgamento, seguido do risco de deficiência de ferro e atraso no crescimento. (Erickson *et.al.*, 2018). A coordenação dos atos de mastigar, respirar e engolir ainda não está completamente desenvolvida, como tal, os alimentos oferecidos terão que ter tamanho e consistência adequados à idade, para que os bebês consigam agarrá-los e levá-los à boca sem dificuldade. Nesta fase é importante saber distinguir corretamente dois mecanismos: gag reflex e engasgamento. O primeiro, também denominado de reflexo faríngeo, diz respeito à contração involuntária dos músculos da faringe provocada pelo toque na úvula ou no palato mole. É um mecanismo de defesa contra o engasgamento, induzido no meio da língua e ativo quando alimentos maiores que a passagem de ar se transpõem desse ponto, impulsionando os alimentos de volta para a frente da boca. O mais comum é a criança expelir o alimento e voltar a comer em seguida... este reflexo não dura mais que 15 segundos. A frequência deste reflexo diminui com o aumento da idade do bebê. O segundo mecanismo acontece quando a passagem de ar na orofaringe fica completa ou parcialmente bloqueada pelo alimento. Havendo uma obstrução parcial no bebê a tosse é acionada como uma resposta reflexa e é normalmente efetiva. Um bebê que não consiga tossir, respirar nem emitir sons indica obstrução total das vias aéreas e é necessário intervir com manobras de suporte básico. (Rodrigues, 2018)

As crianças têm um papel ativo em todo o processo, não dependendo diretamente dos pais para se alimentarem. Contudo, esta autonomia é suscetível de gerar incertezas e preocupações aos pais, porque não sabem se o bebê consegue obter todos os nutrientes de que precisa, nem se estes têm as capacidades motoras para o fazer. Estas são algumas das razões que levam os pais a desistir do BLW e a adotarem o método tradicional. Dessa forma, garantem que são proporcionados os níveis de ferro e de calorias necessários ao desenvolvimento motor e cognitivo. (Rodrigues, 2018)

Tendo como objetivo colmatar estas desvantagens, um grupo de profissionais de saúde da Nova Zelândia criaram uma versão adaptada do método, o Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS). As principais adaptações do BLISS são:

1. Oferecer alimentos em tamanhos que a criança seja capaz de segurar e se alimentar;
2. Oferecer um alimento rico em ferro em cada refeição;
3. Oferecer um alimento rico em calorias em cada refeição;
4. Oferecer alimentos preparados de forma adequada ao desenvolvimento da criança e evitar oferecer alimentos considerados de alto risco de asfixia. (Souza, 2019)

Em suma, o método escolhido pelos pais para introduzir a alimentação complementar deve ser bem ponderado, discutido com sensatez e avaliando tanto os prós como os contras, uma vez que o primeiro ano de vida é um período crucial para o desenvolvimento do comportamento alimentar e social do bebê. (Rodrigues, 2018)

Gomes *et.al.* (2019) acrescenta que a união dos dois métodos, BLW e o tradicional, faria referência a uma alimentação que permite a autonomia do bebê, com uma participação mais ativa no momento da refeição, porém orientada e assistida pelos pais, a qual seria uma proposta segura para o desenvolvimento integral do bebê.

Independente do método escolhido, os enfermeiros têm um papel preponderante na orientação e esclarecimento dos pais sobre esta temática. Nas consultas de saúde infantil e juvenil o enfermeiro deve promover a prática de uma alimentação saudável, assim como orientar os pais sobre as técnicas adequadas de preparação, higiene, noções de consistência e quantidades ideais das refeições. Complementariamente guiam os pais na diversificação alimentar, contemplando as necessidades nutricionais de cada criança para cada fase do desenvolvimento. (Modes *et.al*, 2020) Assim sendo, podemos concluir que os enfermeiros devem possuir conhecimentos sobre os mais vastos métodos de diversificação alimentar para poder orientar de forma mais precisa cada criança.

Dos estudos apresentados na revisão bibliográfica nenhum foi realizado em Portugal, no nosso país os cuidados de saúde são orientados pela DGS, esta entidade, relativamente a este tema, refere que “A “*auto-alimentação*” (*baby-Lead-Weaning*) deve apenas ser permitida quando exista comprovada segurança (*neuro motora e nutricional*), sempre sob atento controle do cuidador e vigilância médica.” (DGS, 2019, p. 71)

## 2. OBJETIVOS DA SESSÃO

Os objetivos definidos para a ação são:

- Que os enfermeiros reconheçam a existência de métodos alternativos à introdução da alimentação complementar;
- Que os enfermeiros descrevam as diferenças entre o método tradicional e o BLW;
- Que os enfermeiros identifiquem os princípios da BLW e vantagens / desvantagens do BLW;
- Que os enfermeiros descrevam o papel do enfermeiro na orientação dos pais relativamente à escolha do método para a alimentação
- Que os enfermeiros apresentem conhecimentos e habilidades sobre a Baby Lead Weaning.

Para ser possível alcançar estes objetivos, os conteúdos a apresentar estão organizados da seguinte forma:

- Conceito BLW;
- Método Tradicional vs. BLW;
- BLW: Quais os princípios?
- Vantagens e Desvantagens da BLW;
- BLSS;
- Intervenções de Enfermagem

### 3. METODOLOGIA

A ação de formação a pares será realizada no dia 5 de Janeiro de 2021, para os enfermeiros da USF, estando previsto a comparência de 5 enfermeiros

Para esta sessão irei recorrer aos métodos expositivo e ativo. Sendo que a apresentação em PowerPoint servirá para apoio da sessão. Durante a mesma está planeado a visualização de um vídeo sobre o tema. No final será promovida uma discussão onde poderão partilhar práticas vivenciadas e esclarecer dúvidas.

A formação terá a duração de 60 minutos, sendo que se encontram distribuídos da seguinte forma: 5 minutos para a introdução, 40 minutos para a fundamentação da sessão e no final 15 minutos para discussão/esclarecimento de dúvidas.

## 4. RECURSOS

Os recursos a utilizar para a sessão são:

- Recursos Humanos: Estudante do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto;
- Recursos Físicos:
  - Sala
- Recursos Materiais:
  - Computador;
  - Projetor multimédia
  - Colunas;
  - Inquérito de Avaliação da Sessão

## 5. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A avaliação da sessão será realizada através do preenchimento de questionário, sobre a estruturação da ação de formação e o desempenho da formadora (Anexo II)

## CONCLUSÃO

A introdução de alimentos sólidos exige muita dedicação, paciência e, fundamentalmente, “mente aberta” de modo a não criar demasiadas expectativas, pois cada bebé é um ser individual com necessidade de cuidados diferenciados. (Rodrigues, 2018). O enfermeiro, nas consultas de saúde infantil, deve sensibilizar, orientar e ajudar os pais em todo este processo.

Em enfermagem prestar cuidados com qualidade implica sempre coerência profissional baseada nas experiências e evidências científicas.

A especialização em Enfermagem confere ao profissional um papel mais ativo, dinâmico e aglutinador, quer seja na aplicação prática dos conceitos aprendidos, quer seja em assumir um papel de mediador/cooperador com os seus pares, tornando estes atos momentos de aprendizagem partilhada. É esta troca de experiências que leva à reflexão da prática profissional, contribuindo, deste modo, para o dinamismo do grupo de trabalho e para o crescimento/desenvolvimento profissional, sempre orientados pelas mais recentes evidências científicas.

## BIBLIOGRAFIA:

Daniels, L.; Heath, A.N.; Williams, S.M.; Cameron, S.L.; Fleming, E. A.; Taylor, B. J.; Wheeler, B. J.; Gibson, R. S.; Taylor, R. W. (2015). Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatrics*, **15**:179

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

Erickson, L.W; Taylor, R.W; Haszard, J. J.; Fleming, E.A.; Daniels, L.; Morison, B.J.; Leong, C.; Fangupo, L.J.; Wheeler, B.J.; Taylor, B.J.; Morenga, L.T; McLean, R.M.; Heath, A.M. (2018). Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial. *Nutrients*, **10**:740.

Gomes, M. S.; Novaes, A. P.; Silva, J. P.; Guerra, L. M.; Possobon, R. F.(2019). Baby-led weaning, panorama da nova abordagem sobre introdução alimentar: revisão integrativa de literatura. *Rev Paul Pediatr*. **38**:1-7

Rodrigues, G.S. (2018). *Baby-Led Weaning - um método alternativo à introdução da alimentação complementar*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Medicina. Covilhã: Universidade da Beira Interior - Ciências da Saúde.

Modes P. S., Gaíva M. A.; Monteschio C. A. (2020). Incentivo e promoção da alimentação complementar saudável na consulta de enfermagem à criança. *Revista*

*Contexto & Saúde*, **20**:40: 189-198. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.40.189-198>

Scarpato, C.H; Forte, G.C (2018). Introdução alimentar convencional versus introdução alimentar com baby-led weaning (BLW): revisão da literatura. *Clin Biomed Res*, **38**:3.

Souza, A.M. (2019). Método Baby Led Weaning (BLW): O que a abordagem apresenta de novo?. *Rev Med Minas Gerais*, **29** (Supl 13): S68-S73

## APÊNDICE I – PLANO DE SESSÃO

## PLANO DE SESSÃO

<b>Local:</b>	Sala de reuniões	<b>Público-alvo:</b>	Enfermeiros da USF		
<b>Título:</b>	Baby Lead Weaning: Uma nova visão sobre a introdução da alimentação complementar”	<b>Duração:</b>	60 min.	<b>Data:</b>	05-01-2021
<b>Formadora:</b>	Jaël Carneiro (Estudante do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto)	<b>Rubrica:</b>	<i>Jaël Carneiro</i>		

	<b>Conteúdos teórico-práticos</b>	<b>Métodos e técnicas pedagógicas</b>	<b>Recursos didáticos</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do Tema;</li> <li>• Referencia a conteúdos a abordar.</li> </ul>	<p><b>Método Expositivo:</b> Exposição</p> <p><b>Método Ativo:</b> Debate</p>	Projetor multimédia;  Colunas;  Computador;	5 min.
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito BLW;</li> <li>• Método Tradicional vs. BLW;</li> <li>• BLW: Quais os princípios?</li> <li>• Vantagens e Desvantagens da BLW;</li> <li>• Visualização de um vídeo sobre BLW</li> </ul>			40 min.
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese dos conteúdos abordados</li> <li>• Discussão sobre temática;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>• Avaliação da sessão (anexo II).</li> </ul>			15 min.

## APÊNDICE II - AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**Formação: Baby Lead Weaning: Uma nova visão sobre a introdução da alimentação complementar”**

1 2 3 4 5

Objetivos da ação	Confusos						Muito claros
Conteúdos da ação	Inadequados						Totalmente adequados
Utilidade dos conteúdos	Inaplicáveis						Totalmente aplicáveis
Utilização dos recursos didáticos	Inadequados						Totalmente adequados
Gestão do Tempo	Inadequada						Totalmente adequada

Jael Carneiro	DOMÍNIO DO ASSUNTO					MÉTODOS					LINGUAGEM					EMPENHO					CLAREZA NA EX-POSIÇÃO				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Deficiente

Pleno  
Inadequado

Muito adequado  
Confusa

Muito clara  
Insuficiente

Elevado  
Pouco claro

Muito claro

## APÊNDICE III – APRESENTAÇÃO

# BABY LEAD WEANING

"Uma nova visão sobre a introdução da alimentação complementar"

Júli Carneiro

Estadista do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Crisóstomo Português do Porto

## ÍNDICE

- Revisão Bibliográfica
- Conceito BLW
- Método Tradicional vs. BLW
- BLW: Quais os princípios?
- Vantagens e Desvantagens da BLW
- Conclusão

### REVISÃO DA LITERATURA

**Artigo de Revisão**  
Introdução alimentar complementar, métodos de introdução alimentar com baby-led weaning (BLW): revisão da literatura  
COMPLEMENTATION FROM WEANING: THE BABY-LED WEANING (BLW) METHOD: A LITERATURE REVIEW  
Daniela Maria Siqueira, Carolina Lopes Costa

**Artigo de Revisão**  
BABY-LED WEANING, PANORAMA DA NOVA ABORDAGEM SOBRE INTRODUÇÃO ALIMENTAR: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA  
Baby-led weaning, an overview of the new approach to food introduction: integrative literature review  
Márcia Tábata Gomes\*, Ana Paula Tereza Moreira, Sandra Patrício de Sá, Ana Carolina Moreira Gomes, Carolina Lopes Costa

**Artigo de Revisão**  
BABY-LED INTRODUCTION TO SOLIDS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding  
Louise Cooke, Françoise McHugh, Sarah Whalley, Susan Cooper, Helen A. Haining, Ben C. Platt, Jane Whitton, Richard John Birch, Sarah C. Plummer

**Artigo de Revisão**  
Método Baby-Led Weaning (BLW): O que é e desenvolvimento oportuno de leite?  
Jane Lorch, Sarah Whalley, Helen A. Haining, Ben C. Platt, Jane Whitton, Richard John Birch, Sarah C. Plummer

**Artigo de Revisão**  
Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomised Controlled Trial  
Louise Cooke, Françoise McHugh, Sarah Whalley, Susan Cooper, Helen A. Haining, Ben C. Platt, Jane Whitton, Richard John Birch, Sarah C. Plummer

## O QUE É?

- Abordagem idealizada pela britânica Gill Rapley;
- Método recente e alternativo à introdução da alimentação complementar;
- Visa encorajar e estimular os bebés a alimentarem-se sozinhos desde os seis meses de idade;
- Os bebés são considerados os protagonistas em todo o processo de diversificação alimentar;
- Não é um método específico, pelo contrário, consiste numa filosofia de desmame que encoraja os pais a acreditarem na capacidade inerente aos bebés de se autoalimentarem.



**Tradicional**

- Alimentados à colher pelos pais
- Atitude passiva do bebé

**BLW**

- O bebé alimenta-se sozinho
- Atitude ativa do bebé

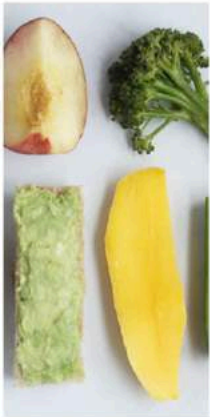
Ambos preconizam a amamentação exclusiva até aos 6 meses e mantida pelo menos até aos 2 anos

### BLW: QUAIS OS SEUS PRINCÍPIOS?

- A forma de apresentação não pode ser alterada, ou seja, os alimentos são dados em pequenos pedaços e não triturados ou ralados;
- O bebé tem a autonomia de escolher e agarrar no alimento que deseja, provando e ingerindo-o ao seu ritmo;
- Todo este processo deve ser supervisionado e partilhado pela família





- Textura apropriada:
  - Cozidos/crus, firmes/ moles.
- Tamanho ligeiramente maior que o punho do bebe;
- Formato adequado:
  - Palitos e lâminas
- Deixar o bebê decidir:
  - Quais os alimentos que pretende ingerir,
  - A quantidade que deseja;
  - No tempo necessário para o fazer



### VANTAGENS

- Menor risco de obesidade, como resultado de uma melhor autorregulação energética;
- Melhor qualidade da dieta;
- Efeitos favoráveis nas práticas de alimentação dos pais;
- Habilidades motoras mais desenvolvidas

### DESVANTAGENS

- Pode aumentar o risco de deficiência de ferro;
- Risco de engasgamento;
- Crescimento insuficiente em bebês



### BLISS

- Oferecer alimentos em tamanhos que a criança seja capaz de segurar e se alimentar;
- Oferecer um alimento rico em ferro em cada refeição;
- Oferecer um alimento rico em calorias em cada refeição;
- Oferecer alimentos preparados de forma adequada ao desenvolvimento da criança e evitar oferecer alimentos considerados de alto risco de asfixia.

### INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Nas consultas de saúde infantil e juvenil:

- O enfermeiro tem papel importante na promoção de uma alimentação infantil saudável;
- Orienta os pais sobre as técnicas adequadas de preparação, higiene e noções de consistência e quantidades ideais das refeições;
- Orienta os pais na diversificação alimentar, contemplando as necessidades nutricionais de cada criança para cada fase do desenvolvimento;

## CONCLUSÃO

- Em ambos os métodos a amamentação deve ser exclusiva até aos 6 meses e mantida, em regime complementar, pelo menos até aos 2 anos pelas propriedades nutricionais, imunológicas, anti-inflamatórias e anti-infecciosas.
  - O método escolhido pelos pais para introduzir a alimentação complementar deve ser:
    - Bem ponderado;
    - Discutido com sensatez;
    - Avaliando tanto os prós como os contras....
- .....uma vez que o primeiro ano de vida é um período crucial para o desenvolvimento do comportamento alimentar e social do bebé;

## CONCLUSÃO

- Ainda não existe consenso entre quais dos métodos de introdução alimentar deve ser seguido;
- O método de introdução alimentar tradicional é o mais utilizado, já o BLW está a ganhar cada vez mais seguidores;
- O essencial para os pais é saber que independentemente do método escolhido para iniciar a alimentação do bebé, o acompanhamento com pediatra e/ou nutricionista é importante para garantir as necessidades nutricionais da fase.
- O enfermeiro tem um papel fundamental neste aconselhamento, pois o contexto de como os alimentos são introduzidos aos bebés é crucial para o desenvolvimento de bons hábitos alimentares e acarreta benefícios a longo prazo à saúde da criança;

....Segundo a DGS (2018) A "auto-alimentação" (baby-lead weaning) deve apenas ser permitida quando exista comprovada segurança (neste matéria e nutricional), sempre sob atento controle do cuidador e vigilância médica.

## BIBLIOGRAFIA

- Daniels, L., Heath, A.M., Williams, S.M., Cameron, S.L., Fleming, E.A., Taylor, P. J., Wheeler, B. J., Gibson, R. S., Taylor, R. W. (2013). Baby-lead introduction to solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMJ Evidence*, 15:179
- Emilian, L. W., Taylor, R. W., Hazra, J. J., Fleming, E. A., Daniels, L., Morrison, E. J., Leung, C., Farquhar, E. L., Wheeler, B. J., Taylor, B. J., Morrison, L. J., M. Lees, R. M., Heath, A.M. (2019). Impact of a Modified Version of Baby-Led Weaning on Infant Food and Nutrient Intakes: The BLISS Randomized Controlled Trial. *Nutrition*, 107:82.
- Gomes, M. S., Norões, A. P., Silva, J. P., Guerra, L. M., Fomboy, B. F. (2019). Baby-lead weaning: parâmetros de risco associados sobre introdução alimentar: revisão integrativa de literatura. *Rev. Paul. Pediatr.* 38:17
- Rodrigues, G.S. (2018). Baby-Led Weaning: um método alternativo à introdução da alimentação complementar. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Medicina. Goiânia: Universidade de Paraíso - Clínica da Saúde.
- Scarpato, C.H.; Faria, G.C. (2018). Introdução alimentar por método baby-lead weaning (BLW): revisão de literatura. *Chil. Paed. Res.*, 30:3.
- Souza, A.M. (2019). Método Baby-Led Weaning (BLW): Clipes e abordagens oportunistas de nutrição. *Rev. Med. Minas Gerais*, 29 (5) p: 118-88-971

**Apêndice IV - Planejamento da Atividade de Educação para a Saúde  
sobre Quedas Hospitalares**

# **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

## **ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

**Planeamento da Atividade de Educação para a Saúde sobre Quedas Hospitalares**

**Elaborado Por:** Jael Sofia Pereira Carneiro nº330319003

**Sob orientação de:** Professora Doutora Isabel Quelhas

**Porto, março de 2021**

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	122
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	123
2. OBJETIVOS.....	124
3. METODOLOGIA.....	125
4. RECURSOS.....	126
CONCLUSÃO.....	128
BIBLIOGRAFIA.....	129
APÊNDICES.....	130
APÊNDICE I - QR CODE.....	131
APÊNDICE II – QUESTIONARIO DE AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE.....	133
APÊNDICE III- CENÁRIO.....	137

## INTRODUÇÃO

A atividade de educação para a saúde “Quedas Hospitalares” surgiu no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, e em contexto de internamento Pediátrico. Este estágio decorre no período de 22 de fevereiro de 2021 a 13 de abril de 2021, enquadrando-se no 3º semestre do 13º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Esta atividade foi desenvolvida sob a orientação da enfermeira tutora, em contexto, e da docente Professora Doutora Isabel Quelhas.

Depois do levantamento de necessidades, em conjunto com o Enfermeiro Chefe do serviço, foi proposto a elaboração de uma atividade de educação para a saúde sobre as quedas hospitalares, visando os pais como principal alvo da intervenção.

A pertinência desta atividade é corroborada com as estatísticas, uma vez que, a maioria das quedas pediátricas ocorre na presença de um adulto. (Vieira *et.al*, 2019). Este facto é justificado pela perceção dos pais de que o hospital é um ambiente seguro, o que se traduz no descuidar dos riscos a que as crianças estão sujeitas. (Brás *et.al*, 2020). Tanto a criança como a família devem ser informados do risco de queda e educados, em vários momentos do internamento, sobre esta temática.

Para elaboração deste planeamento salientaria dois principais objetivos transversais a toda esta atividade: clarificar os aspetos inerentes ao planeamento da atividade de educação para a saúde e servir de instrumento de apoio à avaliação do Estágio Final e Relatório.

Este documento encontra-se organizado e estruturado da seguinte forma: introdução, fundamentação teórica do tema da atividade, apresentação dos objetivos, metodologia, recursos utilizados, avaliação da atividade, e por último a conclusão.

# 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009). Prevenir a redução das quedas, é um dos nove objetivos estratégicos emanados pelo Plano Nacional para a Segurança dos doentes (DGS, 2015).

Segundo a OMS, as quedas são definidas como um acontecimento cujo resultado é ficar inadvertidamente no chão ou num outro nível mais baixo, não sendo dada a relevância à ocorrência, ou não, de lesão (WHO, 2009). Na Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE, 2015), a queda é um evento ou episódio e “cair” é definido por: “Executar: descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical.”.

A maioria das publicações e estudos sobre esta temática centra-se na população adulta e/ou idosos, uma vez que se trata da população mais afetada. Consequentemente, as pesquisas e publicações sobre as quedas em idade pediátrica são escassas, existindo um défice de informação sobre a prevalência e fatores de riscos associados a este tipo de incidente. De entre os estudos realizados, observa-se que as quedas nas crianças e adolescentes podem estar relacionadas com:

- Fatores intrínsecos da criança: condições clínicas, personalidade e comportamento;
- Fatores ambientais: organização do espaço, luminosidade e sinalização;
- Fatores relacionados com a organização do cuidado: uso de estratégias e protocolos de prevenção e capacitação dos profissionais;
- Fatores relacionados com o acompanhante: idade, escolaridade, tabagismo e cansaço. (Vieira *et.al*, 2019).

No que diz respeito à prevalência, caem cerca de 1,23 em 1.000 crianças/dia (Brás *et.al*, 2020). Assim sendo, prevenir a sua ocorrência é importante uma vez que estes eventos estão diretamente relacionados com o desenvolvimento de lesões, aumento do tempo e custo do internamento. Por este motivo a redução de quedas constitui um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem. Para alcançar este objetivo é preciso conhecer os fatores de risco e estabelecer programas de prevenção de quedas dentro das instituições de saúde. (Vieira *et.al*, 2019).

## 2. OBJETIVOS

Os objetivos gerais desta atividade são:

- Dotar os pais de conhecimentos sobre fatores de risco de quedas hospitalares;
- Dotar os pais de conhecimentos sobre formas de prevenção de quedas hospitalares;

Para atingir os objetivos propostos foram selecionados os seguintes conteúdos:

- Fatores de Risco de Queda
  - Fatores intrínsecos da criança;
  - Fatores ambientais;
  - Fatores relacionados com a organização do cuidado;
  - Fatores relacionados com o acompanhante.
- Cuidados a ter para evitar as Quedas Hospitalares:
  - *Acompanhe sempre a criança nos passeios pelo corredor, sobretudo se ela transportar sistemas de soro ou sacos de drenagem;*
  - *Mantenha sempre a vigilância, sobretudo se a criança está em lugares altos como a cama ou cadeira da papa;*
  - *Assegure-se que o chão está seco e livre de obstáculos;*
  - *Coloque sempre as grades de proteção dos berços e das camas;*
  - *Utilize a luz de presença durante a noite;*
  - *A criança não deve permanecer sem acompanhante, se precisar de sair avise o/a enfermeiro/a*
  - *Evite andar com a criança ao colo, a maioria das quedas em crianças com menos de 1 ano são quedas de colo;*
  - *Não durma com a criança ao colo na cama ou cadeirão;*

### 3. METODOLOGIA

Para a realização desta atividade recorri ao método ativo, utilizando como estratégia um vídeo informativo. Na admissão da criança no serviço, após o acolhimento deve ser facultado aos pais/ acompanhantes um QR Code para aceder ao vídeo através do smartphone, ou se necessário facultar o tablet do serviço. Depois da visualização do vídeo é pedido para responderem ao questionário online que se encontra na descrição do vídeo.

Apesar de esta estratégia ser efetuada no dia da admissão da criança, o vídeo fica disponível durante todo o internamento, podendo ser consultado sempre que necessário. A utilização desta estratégia deve-se ao facto de estudos indicarem que no momento de admissão os pais se encontram ansiosos... logo não conseguem reter toda a informação. Para além disso, as quedas tendem a aumentar com o tempo de internamento e o vídeo sempre disponível (online) vai colmatar este défice. (Vieira *et.al*, 2019)

## 4. RECURSOS

Para a atividade em questão são necessários os seguintes recursos:

- Recursos Humanos: Estudante do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto ou Enfermeiro/a do Serviço de Internamento Pediátrico que realizam o acolhimento da criança e família no serviço;
  
- Recursos Materiais:
  - Folha QR Code (Apêndice I);
  - Smartphone ou Tablet;
  - Questionário de Avaliação da Atividade

## 5. AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE

A avaliação da sessão será realizada através do preenchimento de questionário online que se encontra na descrição do vídeo (Apêndice II)

## CONCLUSÃO

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é algo que já se realiza desde o início da disciplina de Enfermagem, sendo que foi Florence Nightingale uma das pioneiras na implementação de um modelo de melhoria contínua na qualidade de saúde durante a guerra na Crimeia.

A prevenção das quedas hospitalares é um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem cabendo ao enfermeiro especialista a responsabilidade de colaborar na concepção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participar na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

## BIBLIOGRAFIA:

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Brás, Alexandra; Quitério, Margarida.; Nunes, Elisabete (2020). Intervenções do enfermeiro na prevenção de quedas na criança hospitalizada: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. **73**:6

Direção-Geral de Saúde. (2015). Programa Nacional para a Segurança dos Doentes. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

World Health Organization (2009). A world alliance for safer health care. More than words: conceptual framework for the international classification for patient safety, Final Technical Report. Geneva. Consultado em [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Portugal: Diário da República, 2ª série – N°26.

Vieira, G; Campos, I.; Fernandes, B.; Ladeira, A; Pimenta, E. (2019). Quedas entre crianças e adolescentes internados em hospitais: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. **9**:2709.

## APÊNDICES

## APÊNDICE I - QR CODE



## APÊNDICE II – QUESTIONARIO DE AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE



O Hospital é um ambiente seguro por isso não ocorrem quedas.

- Verdadeiro
- Falso

As quedas de colo são frequentes em crianças com menos de 1 ano de idade.

- Verdadeiro
- Falso

A criança tem maior risco de cair se tiver soro.

- Verdadeiro
- Falso

É seguro dormir com a criança ao colo no cadeirão.

- Verdadeiro
- Falso

Se a criança estiver a dormir no berço não preciso de colocar as grades, apenas devo ligar as luzes de presença

- Verdadeiro
- Falso

O que devo fazer se a criança estiver a dormir no berço e eu precisar de sair?

- Colocar as grades do berço
- Ligar as luzes de presença
- Avisar o/a Enfermeiro/a
- Todas as opções anteriores

O video foi claro e de fácil compreensão?

	1	2	3	4	5	
Pouco Claro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Claro

O video foi útil?

	1	2	3	4	5	
Pouco útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito útil

Classifique o video quanto à qualidade técnica e estética dos elementos audiovisuais

	1	2	3	4	5	
Insuficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito Bom

Recomendaria este video a outros pais?

Sim

Não

Comentários ou Sugestões

Texto de resposta longa

---

## APÊNDICE III- CENÁRIO



