



CATÓLICA
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 Joana Maria Moreira Ascensão

Porto – julho, 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
PRACTICUM REPORT

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

Por Joana Maria Moreira Ascensão

Sob a orientação de Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – julho, 2021

RESUMO

Este documento foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, integrante no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), e emerge da análise descritiva e crítico-reflexiva, fundamentada em evidência científica, do processo de aprendizagem do estágio realizado. O estágio contemplou 3 contextos assistenciais diferentes, nomeadamente, Cuidados de Saúde Primários, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Serviço de Urgência Pediátrica.

Este documento está organizado de acordo com os 4 domínios de atuação de enfermagem – prestação de cuidados, gestão, formação e investigação –, tendo sido definidos objetivos e atividades que os concretizassem, com vista a adquirir e desenvolver competências para a assistência especializada bem como para a obtenção do grau de mestre.

O documento pretende evidenciar o percurso realizado para a aquisição dessas mesmas competências, tendo como foco a prestação de cuidados especializados ao Recém-nascido, criança ou jovem e sua família, objetivando maximizar o seu bem-estar, promover o desenvolvimento saudável e prevenir a doença, nos diferentes contextos assistenciais.

O papel do enfermeiro especialista em SIP na triagem, no Núcleo de Apoio a Jovens e Crianças em Risco, na Equipa Local de Intervenção, na massagem infantil, na prestação de cuidados ao recém-nascido pré-termo, na parceria de cuidados e transição para a parentalidade e na gestão de cuidados, são áreas que maior impacto tiveram no estágio realizado e aprofundadas neste documento.

Deste modo, desenvolvi competências no âmbito da prestação de cuidados especializada, personalizada e de qualidade, ao Recém-nascido, criança ou jovem e sua família, tornando-me capaz de responder aos desafios inerentes ao cuidar em Saúde Infantil e Pediátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Competências, Enfermagem Pediátrica, Família

ABSTRACT

This document was prepared within the scope of the course Final Internship and Report, part of the Master's Degree Course in Nursing with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing at the Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), and emerges from the descriptive and critical-reflective analysis, based on evidence, of the learning process of the internship performed. The internship covered 3 different care contexts, namely, Primary Health Care, Neonatal Intensive Care Unit and Pediatric Emergency Service.

This document is organized according to the 4 domains of nursing practice - provision of care, management, training and research -, having defined objectives and activities to achieve them, with a view to acquiring and developing skills for specialized care as well as for obtaining a master's degree.

The document intends to highlight the path taken to acquire these same skills, focusing on the provision of specialized care to the newborn, child or young person and their family, aiming to maximize their well-being, promote healthy development and prevent disease, in the different care contexts.

The role of the nurse specialist in Child and Pediatric Health Nursing in triage, in the Support Center for Youth and Children at Risk, in the Local Intervention Team, in child massage, in the provision of care to preterm newborns, in the care partnership and transition to parenting and care management are areas that have had the greatest impact on the internship carried out and are deepened in this document.

In this way, I developed skills in the provision of specialized, personalized and quality care to the newborn, child or young person and their family, making me able to respond to the challenges inherent in child and pediatric health care.

KEY-WORD: Skills, Pediatric Nursing, Family

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

Madre Teresa de Calcutá

“Tenho a impressão de ter sido uma criança a brincar à beira-mar, divertindo-me a descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos.”

Isaac Newton

“A imaginação é mais importante que a ciência, porque a ciência é limitada, ao passo que a imaginação abrange o mundo inteiro.”

Albert Einstein

Ao Diogo, por ser a minha calma ao longo de todo este percurso, por acreditar sempre primeiro que eu consigo tudo a que me proponho e pela paciência sem fim que teve pelos dois quando a minha faltou devido ao cansaço.

A toda a minha família e amigos por me mostrarem todos os dias o que é o amor. Pela força, compreensão, carinho e incentivo.

A todas as crianças, jovens, famílias e enfermeiros tutores, pois sem eles não era possível a minha aprendizagem e reflexão.

À Professora Doutora Isabel Quelhas pela ajuda demonstrada num plano de estudos que se revelou intenso e exigente.

A elaboração deste relatório não teria sido possível sem a colaboração e estímulo de todos eles, e por isso Muito Obrigada!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ADR – Área Dedicada a patologia Respiratória
APA – American Psychological Association
APR – Apoio Pediátrico Referenciado
BCG – Bacilo Calmette–Guérin
CSP – Cuidados de Saúde Primários
ECTS – European Credit Transfer System
EDIN – Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né
ELI – Equipa Local de Intervenção
ESIP – Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
IPI – Intervenção Precoce na Infância
MFR – Medicina Física e Reabilitação
NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NIPS – Neonatal Infant Pain Scale
OBS – Observação
PaedCTAS – Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale
PIIP – Plano Individual da Intervenção Precoce
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil
PNV – Programa Nacional de Vacinação
RMN – Ressonância Magnética Nuclear
RN – Recém-nascido
RNPT – Recém-nascido Pré-termo
RNPTT – Recém-nascido Pré-termo Tardio
SIP – Saúde Infantil e Pediátrica
SNC – Sistema Nervoso Central
SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
STM – Sistema de Triagem de Manchester
SU – Serviço de Urgência
SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1 – O INÍCIO DO PERCURSO	19
2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	25
3 – COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	29
3.1. Domínio da prestação de cuidados	29
3.2. Domínio da Gestão.....	57
3.3. Domínio da Formação	63
3.4. Domínio da Investigação	64
4 – AVALIAÇÃO GLOBAL DO ESTÁGIO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL	69
CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICES.....	81
Apêndice 1 – Ação de Educação para a Saúde “ <i>Baby-Led Weaning</i> ”	83

INTRODUÇÃO

Tendo em conta o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2019), “*os cuidados de Enfermagem assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde*”.

Assim, o presente documento surge no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa no Porto, no contexto da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, sob orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas.

O documento aqui apresentado reflete 360 horas de prestação direta de cuidados e 390 horas de trabalho individual, orientação tutorial, presença em seminários e consequente elaboração do relatório desta componente curricular. Totalizam-se 750 horas e 30 ECTS para esta unidade curricular, onde foi realizado estágio em diferentes contextos assistenciais.

Relativamente ao estágio, este foi realizado nas áreas de Cuidados de Saúde Primários (CSP), entre 2 de novembro de 2020 e 6 de janeiro de 2021, totalizando 180h de contacto presencial; seguido da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) entre 7 de janeiro e 1 de fevereiro de 2021 e, por fim, Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) entre 26 de abril e 21 de maio de 2021, cada um com 90h de contacto presencial.

O estágio nas áreas referidas surgiu como uma oportunidade de conhecer diferentes realidades e contextos de prestação de cuidados em Saúde Infantil e Pediátrica (SIP), o que me permitiu desenvolver novas competências e questionar, refletir e investigar, através da evidência científica, diferentes práticas.

De forma a obter o grau de Mestre pela Universidade Católica Portuguesa, é também fundamental adquirir as competências gerais definidas no plano de estudos, nomeadamente:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta,

incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- 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;
- Desenvolver competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Tendo como base os objetivos e competências definidos no plano de estudos, surgiram quatro domínios de atuação de enfermagem – Prestação de Cuidados, Gestão, Formação e Investigação – articulados às competências de enfermagem que desenvolvi e, por sua vez, estas estão associadas aos objetivos e atividades desenvolvidas para os atingir ao longo da unidade curricular, finalizando com a reflexão crítica da prática de enfermagem em cada contexto de estágio e abordando os aspetos mais pertinentes deste meu percurso.

Este documento está assente numa metodologia descritiva e critico-reflexiva, fundamentada em evidência científica, com o intuito de transmitir de forma clara e objetiva as aprendizagens e experiências vividas, bem como a postura adotada em determinadas situações, de forma a descrever o meu desenvolvimento pessoal e profissional como mestre em enfermagem e, mais especificamente, como especialista em SIP.

A norma de referência utilizada ao longo deste documento é a norma APA.

Estruturalmente, este documento contém, para além da presente introdução, quatro capítulos, conclusão, referências bibliográficas e apêndices. O primeiro capítulo descreve o início deste percurso fazendo referência ao contexto de estágio realizado no 2º semestre do 1º ano do curso e às competências aqui desenvolvidas. O segundo capítulo refere-se à contextualização dos locais de estágio realizado na unidade curricular a que este relatório se reporta, e o terceiro capítulo descreve as competências, objetivos e atividades desenvolvidas ao longos dos três contextos de estágio, agrupadas nos domínios acima referidos, bem como a reflexão crítica das atividades realizadas e as oportunidades de aprendizagem vividas. Por fim, no quarto capítulo é feita a avaliação global do estágio e realizada a reflexão sobre as implicações do mesmo para a minha prática profissional.

Desta forma, com o presente documento pretendo o alargamento de conhecimentos e habilidades, de forma a apresentar uma postura correta, competente e especializada na minha prática profissional.

1 – O INÍCIO DO PERCURSO

No intuito da formação para mestre em enfermagem e enfermeira especialista em SIP procurei adquirir desde o início deste percurso as competências assumidas como essenciais para deter o título profissional e o grau acadêmico.

Como descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica *“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família ou pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Desta forma, as competências do enfermeiro especialista em SIP, segundo este mesmo Regulamento (Ordem dos Enfermeiros, 2018), são as seguintes:

- a) Assiste a criança ou jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- b) Cuida da criança ou jovem e família nas situações de especial complexidade;
- c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Na unidade curricular “Estágio Final e Relatório” procurei trabalhar para adquirir as competências estabelecidas não só no plano de estudos, mas também as competências do enfermeiro especialista de SIP definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, através dos objetivos e atividades apresentados no Projeto de estágio.

No entanto, o desenvolvimento destas competências iniciou-se no período de formação teórica do curso, e de forma mais efetiva na unidade curricular “A Saúde da criança e família: Vigilância e decisão clínica”, com o estágio desenvolvido em contexto de internamento Pediátrico.

O desenvolvimento de competências para obtenção do grau de mestre e especialista em enfermagem de SIP iniciou-se neste contexto, sendo relevante explorar as que considero

terem sido alvo de um desenvolvimento parcial e que foram aprofundadas nos restantes contextos de estágio.

Demonstrar capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Considero que a integração é um passo fundamental para conhecer a equipa multidisciplinar, estrutura, dinâmica, organização, planeamento e funcionamento de um serviço, mas também para me sentir incluída, algo que na minha perspetiva afeta o processo de aprendizagem.

É importante referir que foi para mim de extrema importância a forma calorosa como todos os membros da equipa me acolheram enquanto estudante do mestrado, e especialmente a enfermeira tutora, que desde o início se mostrou disponível para colaborar no meu processo de aprendizagem e me ajudar a atingir os objetivos e competências a que me propus, porque o sucesso do desempenho passa também pelo sentimento de adaptação.

Um dos objetivos delineados para este estágio, uma vez que já havia adquirido algumas competências de SIP ao longo do meu percurso profissional, era evoluir desde cedo para uma prestação de cuidados mais independente e autónoma, e por isso procurei sempre manter uma parceria com a restante equipa e principalmente com a enfermeira tutora, adotando uma postura de observação, participação, disponibilidade e iniciativa para aprender em diversos domínios e vivenciar inúmeras experiências que contribuem para um desenvolvimento profissional e pessoal.

Gerir e interpretar a informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada.

Enquanto futura mestre em enfermagem e especialista em SIP, e com o decorrer do estágio, confirmei a relevância do enfermeiro no processo de doença e, conseqüentemente na hospitalização, da criança ou jovem e sua família.

Segundo Hockenberry e Wilson (2014), a doença e a hospitalização representam muitas vezes a primeira crise que a criança ou jovem tem de encarar, sendo os primeiros anos de vida o período em que as crianças são mais vulneráveis, uma vez não serem detentores de mecanismos para lidar com situações geradoras de stress.

A hospitalização da criança ou jovem gera sempre, e de igual forma, desequilíbrio na estrutura familiar desencadeando, a maioria das vezes, também uma situação de crise em que os pais são assoberbados de sentimentos de culpa e falha no seu papel enquanto pais.

Enquanto enfermeira de cuidados gerais a desempenhar funções no internamento Pediátrico, aquando do início da minha vida profissional em 2016, foi possível vislumbrar esta problemática, contudo, foi agora, no âmbito da formação pós-graduada, que compreendi

de forma mais aprofundada que para que os pais, ou outro familiar que acompanhe a criança ou jovem, sejam capazes de os ajudar durante a hospitalização, é fulcral que o enfermeiro especialista em SIP se focalize no papel parental como um todo e seja também o seu apoio neste momento de transição.

Segundo Reis (2007), perceber o papel parental é *“estar atento ao conflito e angústia que os pais podem desenvolver tendo em conta a mudança sentida no seu papel em resposta a fatores como a doença e a hospitalização da criança”*. Atenuar o sentimento de angústia que resulta da hospitalização da criança ou jovem é fomentar a relação terapêutica entre família e enfermeiro, pois influencia a qualidade dos cuidados prestados à criança ou jovem.

Desta forma, a intervenção de enfermagem passa por prestar cuidados em parceria com a família.

Já trazia da minha experiência profissional a importância de a família participar nos cuidados prestados para incrementar o bem-estar da criança ou jovem e, por esse motivo, sempre que possível dei essa oportunidade e incentivei a manterem as rotinas diárias impostas no domicílio.

Para além de incutir a participação da família, procurei sempre incentivar a criança ou jovem, de acordo com a sua idade e estágio de desenvolvimento, a participar nos cuidados e procedimentos que lhe eram prestados, tal como colocar ela própria o termómetro ou o oxímetro, escolher o local onde queria ser puncionada ou onde fosse monitorizada a tensão arterial, beber sozinha a medicação em formato de xarope, entre outras, de modo a maximizar o sentimento de autonomia e controlo.

A interação terapêutica entre família e enfermeiro influencia a qualidade dos cuidados prestados à criança ou jovem, pois numa perspetiva de parceria de cuidados, a família quando informada sobre os cuidados necessários à criança ou jovem pode decidir relativamente à extensão da sua participação nesses mesmos cuidados, dando-lhes o sentimento de controlo e utilidade numa situação inesperada e não planeada do seu papel parental (Cardoso, 2010).

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.

Na minha perspetiva, e tendo em conta a minha experiência, a base da interação é a comunicação, pois como referido por Coelho (2015), a comunicação é considerada relevante para o dia-a-dia do enfermeiro e para a qualidade dos cuidados, sendo a principal ferramenta terapêutica de que o enfermeiro dispõe.

A criança possui um conjunto de características que são expressas através da linguagem verbal, mas também da não-verbal, e é por isso que quando falamos no cuidado em enfermagem de SIP as palavras e o comportamento possuem um valor significativo que expressam uma comunicação (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013).

Ao longo de todo o estágio tive também a oportunidade de aperfeiçoar competências comunicacionais em diferentes faixas etárias, o que me permitiu aplicar diversas técnicas comunicacionais. O facto de conhecer diferentes estratégias comunicacionais e ter oportunidade de observar a tutora permitiu-me desenvolver confiança para progressivamente criar uma boa relação terapêutica com a criança ou jovem.

Procurei sempre adequar o meu discurso à idade e estágio de desenvolvimento da criança ou jovem, e iniciar a abordagem com temas que fossem do seu interesse, de forma a me aproximar sem que ela sentisse que estava a invadir o seu espaço. Para além disto, expliquei sempre o que ia realizar de forma clara e, quando possível, utilizei a negociação para que os cuidados fossem prestados também de acordo com a vontade da criança ou jovem.

Relativamente à comunicação com a família, aprendi que pode ser bastante desafiante pelo nível de ansiedade que vivenciam nestas situações e percebi que, para além de fornecer toda a informação relativa à condição clínica da criança ou jovem, o modo como essa informação é transmitida era igualmente importante.

Desta forma, fui aperfeiçoando esta competência de modo a adotar uma postura calma e segura na comunicação com a família, utilizar linguagem simples e clara, refratar a quantidade de informação por diversos momentos do turno, dando tempo para interiorizarem o que foi dito, e encorajar a expor as suas dúvidas e receios, principalmente em situações em que era necessário ensinar e instruir.

Demonstrar conhecimentos aprofundados na área de especialização.

Tive ainda a oportunidade de realizar um turno na consulta externa e Atendimento Pediátrico de Referência (APR), uma vez que é necessário por vezes que a equipa de enfermagem do internamento apoie estes serviços.

Esta experiência fez-me perceber o papel do enfermeiro especialista em SIP e a importância das competências adquiridas ao longo do percurso formativo, pois sem estas competências não seria possível desenvolver infinitas atividades de vigilância, educação e promoção da saúde em situações de doença crónica, como a asma, diabetes e neurodesenvolvimento, de forma a fornecer um acompanhamento mais personalizado a estas crianças ou jovens e suas famílias.

Acompanhamento personalizado porque são consultas de especialidade em que o acompanhamento de todo o processo de transição que acarreta a doença crónica é feito ao pormenor e de acordo com cada criança ou jovem.

Esta experiência permitiu-me também desenvolver competências no âmbito da avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento de modo a detetar mais precocemente situações que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança ou jovem.

Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização.

Surgiu também a oportunidade de acompanhar a enfermeira chefe durante um turno para desenvolver competências no âmbito da gestão da equipa de enfermagem.

Adquiri conhecimentos relativamente às principais ferramentas utilizadas para o auxílio no trabalho de gestão de um serviço hospitalar, bem como a funcionalidade de cada uma e como as utilizar. Saliento a aplicação *Glintt* que permite fazer a gestão de instalações e equipamentos, gestão do serviço de farmácia e serviço de logística, e a aplicação SISQUAL que permite fazer a gestão dos recursos humanos. Para além destas existe ainda uma aplicação que, em colaboração com a Câmara Municipal e a Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do concelho, permite articular com as restantes UCC e Unidades de Saúde Familiar (USF) para referenciar crianças que necessitem de consultas hospitalares de especialidades como em situação de obesidade, recém-nascidos propostos a realizar a vacina BCG ou que se apresentem ictéricos aquando do diagnóstico precoce.

Percebi também algumas das responsabilidades da enfermeira chefe e o trabalho subjacente a essas responsabilidades, o que me fez refletir sobre a importância da formação especializada na área de enfermagem para assumir um cargo de chefia.

Foi um estágio enriquecedor, que permitiu fortalecer o meu projeto profissional, que exigiu uma atitude crítico-reflexiva para o desenvolvimento de competências que sentia a necessidade de fortalecer e que constitui uma base sólida no meu caminho para me tornar mestre em enfermagem e especialista em SIP.

2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Esta unidade curricular correspondeu a 3 contextos de estágio de acordo com a diferenciação dos cuidados a desenvolver, em diferentes serviços de contexto pediátrico, e sob tutoria de enfermeiras com o grau de mestre e especialistas em SIP.

Neste capítulo será feita uma breve caracterização dos contextos assistenciais onde decorreu o estágio, caracterização da respetiva equipa de enfermagem e breve explicação do foco de trabalho de cada contexto assistencial.

Com o objetivo de proporcionar um maior número de experiências e aprendizagens, essenciais ao desenvolvimento de competências, o meu percurso iniciou-se com o estágio em CSP, numa UCC e USF.

O estágio preencheu um total de 250 horas, sendo 180 horas de contacto presencial, e importa referir 27 horas foram realizadas na USF, e 70 horas de trabalho individual.

A UCC e USF onde foi realizado o estágio pertencem a uma Unidade Local de Saúde (ULS) e compreendem como área de atuação duas das dez freguesias que caracterizam o concelho no qual se insere a ULS.

A UCC tem como missão contribuir para a promoção e melhoria do estado de saúde da população, através de uma abordagem multiprofissional, e em articulação com diversas unidades de saúde, pretendendo obter ganhos em saúde. Desta forma, a UCC presta cuidados de saúde, apoio psicológico e apoio social de carácter domiciliário e comunitário, integrados e especializados, de modo a responder às necessidades identificadas, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados de saúde à sua população.

A referida UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por 2 enfermeiros especialistas em Saúde Comunitária, sendo que um deles desempenha as funções de enfermeiro coordenador da equipa, 3 enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, 4 enfermeiros especialistas em Reabilitação, 1 enfermeiro especialista em Cuidados Paliativos, 1 enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica e 2 enfermeiros especialistas em SIP.

A UCC onde realizei estágio desenvolve uma série de atividades que vão de encontro à população local, nomeadamente, na área da saúde infantil e juvenil, desenvolve os seguintes programas de intervenção:

- Programa de Saúde da Mulher, Criança e Jovem: o curso de preparação para a parentalidade e educação parental pós-parto, a ELI e o NACJR são projetos da responsabilidade do enfermeiro especialista em SIP nesta UCC.
- Programa de Saúde Escolar: dentro deste âmbito, os projetos da responsabilidade do enfermeiro especialista em SIP são relacionados com saúde oral, *bullying*, sexualidade, educação postural, prevenção de acidentes, prevenção de consumos e desenvolvimento de competências sócio emocionais.

A USF onde me foi dada a oportunidade de acompanhar os cuidados especializados em ESIP garante médico e enfermeiro de família a todos os utentes inscritos, garantindo assim o acompanhamento da família ao longo de todo o ciclo de vida. São elevadas as consultas de promoção da saúde relacionadas com grupos vulneráveis, nomeadamente na área da Saúde Infantil e Juvenil.

Saliento que em contexto de pandemia devido a SARS-CoV2, as consultas na área de Saúde Infantil e Juvenil, apesar de permanecerem uma prioridade, de forma a acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens, foram em menor número que o habitual. No entanto, todos os esforços foram feitos para que fosse possível cumprir o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e o Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Seguiu-se o estágio na UCIN que proporcionou experiências e oportunidades de aprendizagem no âmbito da assistência ao RN pré-termo (RNPT) e de termo com problemas ao nascimento, e sua família, auxiliando na adaptação à vida extrauterina e adaptação à parentalidade.

Estruturalmente, a UCIN tem capacidade para 10 vagas, 2 destas destinadas a isolamentos por SARS-Cov2, para cuidados intensivos e intermédios neonatais do foro médico. Comporta também uma sala denominada “cantinho da amamentação” onde é possível as mães realizarem a extração de leite materno, uma copa de leites onde são preparados os leites a ser administrados aos RN e uma sala de trabalho onde é preparada toda a medicação a ser administrada.

A equipa de enfermagem da UCIN é constituída por 19 elementos e 1 enfermeira chefe, existindo 8 enfermeiros especialistas em SIP, sendo distribuídos por 3 elementos no turno da tarde e noite e 4 elementos no turno da manhã, pois existe o enfermeiro de referência que atua como elo de ligação com as equipas de cuidados de saúde primários da região durante o turno da manhã.

Por último, realizei estágio em contexto de SUP, local que pela sua natureza me proporcionou imensas experiências e oportunidades de aprendizagem.

O SUP onde realizei estágio pretende dar resposta ao RN, criança e adolescente e respetiva família que se encontra em situação de urgência ou emergência médica ou cirúrgica, sendo um SUMC de referência na região Norte do país.

No que concerne à estrutura física este serviço é composto por um gabinete de triagem, 2 salas de espera (uma para a ADR e outra para a área não ADR), 4 gabinetes médicos (2 para ADR e 2 para não ADR), uma sala destinada à vigilância clínica designada de OBS, com capacidade para 7 camas, incluindo um quarto de isolamento, 1 sala de tratamentos para ADR e colheitas de teste para SARS-CoV2, 1 sala de tratamentos para não ADR, 1 sala de emergência com unidade neonatal e um espaço exclusivo para a amamentação.

A equipa de enfermagem é constituída por 1 enfermeiro chefe, 1 enfermeiro coordenador do serviço e 22 elementos divididos em 5 equipas (cada equipa inclui um coordenador de equipa). Dentro da equipa 19 são enfermeiros especialistas em SIP, e destes, 16 possuem o curso de Triagem de Manchester implementado no SU da instituição.

3 – COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Considerando as competências anteriormente apresentadas que pretendo alcançar, surgiu a necessidade de elaborar, após realizar pesquisa bibliográfica e reflexão individual, os objetivos específicos e atividades relevantes, que concretizam cada uma das competências, e que estiveram na base de todo o caminho que percorri para prestar cuidados de qualidade e excelência.

Os estágios elaborados permitiram desenvolver competências nos quatro domínios de atuação da enfermagem, sendo eles a Prestação de Cuidados, a Gestão, a Formação e a Investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste capítulo são apresentadas essas mesmas competências, agrupadas pelos seus domínios, e onde é realizada a reflexão com base nas situações da prática que respondem à sequência anteriormente referida.

3.1. Domínio da prestação de cuidados

É correto afirmar que a principal atividade do enfermeiro remete para a prestação de cuidados, pelo que “(...) o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (...) e que viu ser-lhe atribuído (...) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A qualidade dos cuidados de enfermagem exige o aperfeiçoamento dos conhecimentos teóricos e da componente prática que fundamentam a profissão, pelo que deve ser priorizada a atualização contínua dos conhecimentos por parte dos enfermeiros. Só assim é possível desenvolver e prestar cuidados complexos, especializados, personalizados e adequados às necessidades, neste caso, da criança ou jovem e sua família (Fonseca, 2015).

Segundo Vieira (2017) espera-se dos enfermeiros um cuidado devido, baseado no respeito pelos direitos e necessidades da pessoa. Entende-se por cuidado devido a ação que prevê formação adequada e aquisição de certas habilidades e competências (Vieira, 2017).

Com base na Ordem dos Enfermeiros (2018), ser enfermeiro especialista em SIP traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança ou jovem e sua família, procurando responder globalmente ao contexto de vida no qual se insere, identificando as suas necessidades e avaliando todo o processo de forma a elaborar os diagnósticos e intervenções mais adequados.

Existe assim um conjunto de competências que tornam o enfermeiro especialista em SIP o mais apto para prestar cuidados especializados à criança ou jovem e sua família, pois ele *“utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O domínio da prestação de cuidados contribuiu significativamente para a aquisição de competências relativas à especialização em SIP.

Competência:

Demonstrar capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Objetivos:

- Integrar as políticas de qualidade do serviço.
- Desenvolver a prestação de cuidados de acordo com a dinâmica e organização do serviço.
- Estabelecer uma relação profissional com a equipa de enfermagem e multidisciplinar.

Atividades:

- Conhecer as instalações e a equipa multidisciplinar.
- Conhecer as políticas de qualidade do serviço.
- Conhecer os protocolos, normas e manuais do serviço e prestar cuidados de enfermagem de acordo estes.
- Observar a organização e dinâmica de trabalho do serviço.

Reflexão

Os cuidados de enfermagem à criança ou jovem e sua família têm como foco promover em cada uma as condições de saúde mais satisfatórias possíveis. Consiste, assim, em prevenir doenças, no seu tratamento e reabilitação quando já não foi possível a sua prevenção, e na promoção da sua saúde de forma a obter e manter o seu bem-estar e atingir o melhor nível de desenvolvimento e crescimento.

Desta forma, independentemente de onde o enfermeiro especialista em SIP atue, na minha opinião, o seu principal objetivo e preocupação é manter o bem-estar da criança ou jovem e

sua família. Para que tal se suceda é crucial compreender o funcionamento do serviço, a sua estrutura, os procedimentos e normas instituídos, ou seja, é fundamental o conhecimento e integração no serviço e na equipa multidisciplinar

Em todos os contextos clínicos foi realizado o acolhimento inicial pelo enfermeiro chefe e apresentação ao respetivo tutor e equipa de enfermagem enquanto estudante do mestrado em enfermagem com especialização em SIP. Posteriormente, o enfermeiro tutor apresentou a estrutura física do serviço e expôs as rotinas existentes em cada turno, quando existiam.

Para desenvolver esta competência procurei consultar os diversos documentos que regulam o respetivo serviço e os diferentes protocolos existentes em cada um deles, para melhor compreender o funcionamento do serviço.

Para além disto, penso que a observação das dinâmicas e do método de trabalho existente em cada serviço foi fundamental para a boa integração na equipa multidisciplinar, o que conduziu, ao longo do tempo, a uma prestação de cuidados cada vez mais autónoma e independente.

Pude constatar que, apesar de os contextos de estágio por onde passei terem diferentes métodos de trabalho, todos eles têm como foco central a criança ou jovem e sua família, sendo o objetivo primordial dar resposta às suas necessidades.

Todos estes aspetos foram relevantes para uma boa integração nos diferentes contextos de estágio, o que me levou a prestar cuidados especializados adequados e de qualidade, estabelecendo uma relação profissional com a equipa de enfermagem e multidisciplinar.

Competências:

Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a criança ou jovem e família.

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada.

Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.

Refletir na e sobre a prática, de forma crítica.

Objetivos:

- Desenvolver competências no âmbito da assistência especializada de enfermagem ao Recém-nascido, criança, jovem e família em situação de especial complexidade.
- Reconhecer situações de instabilidade clínica e prestar cuidados de enfermagem adequados à situação.

- Desenvolver competências no âmbito da triagem aplicada ao RN, à criança ou jovem.

Atividades:

- Assistir a criança ou jovem e sua família em situação de especial complexidade.
- Estabelecer prioridades de acordo com as necessidades de enfermagem identificadas.
- Aplicar o conhecimento relativo ao método de triagem usado no SUP.

Reflexão

Antes de realizar os contextos de estágio referidos, quando inicialmente elaborei os objetivos e atividades referentes a cada grupo de competências, o conjunto de palavras “*situação imprevista e complexa*” remetia-me de imediato para o estágio no SUP. No meu pensamento seria apenas neste contexto que poderia implementar as atividades descritas para dar resposta aos objetivos elaborados. No entanto, fui alcançando as diferentes etapas deste percurso, que me permitiram refletir sobre a existência de situações imprevistas e complexas em todas as áreas de cuidar pediátrico, sendo da minha competência enquanto enfermeira especialista em SIP identificá-las seja qual for a minha área de intervenção.

Relativamente ao SUP, a criança ou jovem recorre ao mesmo por alteração do seu estado de saúde geral, pelo aparecimento de sintomas sugestivos de doença, devido a acidente, por preocupação dos pais e ainda, no serviço onde realizei estágio, para realização de RMN programadas. Por norma, é um momento gerador de um elevado nível de *stress* tanto nos pais como na própria criança ou jovem devido ao medo e preocupação vivenciados pela situação em si, o que origina inúmeras dúvidas e questões que o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de esclarecer, para que apoie e suporte a criança ou jovem e sua família.

A triagem é, na grande maioria das situações, o primeiro contacto que o enfermeiro faz junto da criança ou jovem e família no SUP, momento significativo para iniciar o acolhimento demonstrando disponibilidade, interesse e transmitindo confiança (Andrade, et al., 2016). Para isso, sempre que era chamada uma criança ou jovem e sua família ao gabinete de triagem, e após asseguradas as melhores condições possíveis de privacidade e confidencialidade, iniciava a avaliação da criança ou jovem como um todo, dirigindo-me à mesma sempre que possível e aos pais em segunda instância. Observava a aparência da criança enquanto questionava o motivo de vinda ao SU, colhia todos os sinais e sintomas que agravavam o estado de saúde geral e se necessário, para compreender melhor a situação, questionava sobre os comportamentos que se tinham alterado, tal como apetite ou eliminação vesical e intestinal.

A triagem da criança ou jovem no SU é realizada através da classificação de risco, criando prioridade de acordo com a gravidade do caso, sendo o enfermeiro o profissional de saúde mais adequado para estabelecer esta classificação, não só porque o objetivo não é realizar um diagnóstico médico, mas porque é pretendido identificar e selecionar sinais e sintomas. Desta forma, a experiência de triagem foi fundamental para o meu desenvolvimento de competências, no estabelecimento de prioridades, atuação e antecipação das necessidades da criança ou jovem e no encaminhamento para as especialidades necessárias.

O local onde realizei o estágio de SUP tem implementado o Sistema de Triagem de Manchester (STM), sistema criado em Inglaterra composto por diversos fluxogramas que incorporam discriminadores gerais e específicos, onde o enfermeiro seleciona o fluxograma mais adequado segundo a queixa principal, história clínica e sinais e sintomas apresentados, e percorre os discriminadores escolhendo o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar. No final, a criança ou jovem é classificada numa das seguintes categorias: emergente (cor vermelho) que exige avaliação imediata pelo médico, muito urgente (cor laranja) que exige avaliação até 10 minutos, urgente (cor amarelo) avaliação até 60 minutos, pouco urgente (cor verde) avaliação até 2 horas, e não urgente (cor azul) avaliação até 4 horas (Amthauer & Cunha, 2016).

Estes autores referem ainda que a criança em situação de urgência necessita de uma atenção especial devido à sua especificidade, sendo imperiosa a existência de um sistema organizado, estruturado e sistematizado de assistência, para além de recursos especializados como é o caso do enfermeiro especialista em SIP, permitindo ao enfermeiro avaliar de forma crítica a principal queixa da criança ou jovem e encaminhar corretamente consoante o risco à sua saúde (Amthauer & Cunha, 2016). Apesar de ser um sistema organizado, estruturado e sistematizado, o STM dos 52 fluxogramas disponíveis possui 49 adequados a crianças ou jovens, alguns deles específicos para a criança como *“Pais preocupados”* ou *“Bebé que chora”*. No entanto, pude constatar que a partir dos 14 anos de idade este sistema assume os fluxogramas elaborados para adultos e que estes são bastante redutores e não abrangem algumas situações clínicas relevantes e que levam as crianças e jovens ao SU, tal como a febre que só surge como discriminador e não como queixa principal.

Uma vez tendo-me deparado com esta situação em contexto de estágio, e tendo o conhecimento, previamente adquirido, de que há outro sistema de triagem mais adequado para a criança e jovem, aprofundei o mesmo através da evidência científica para refletir sobre esta questão na prática.

A *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* (PaedCTAS) surgiu em 2001 e foi desenvolvida a partir da versão para adultos (*Canadian Triage and Acuity Scale* - CTAS), sendo considerada pela Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente particularmente adequada à especificidade da criança e jovem (Cruz, 2019).

Segundo a DGS (2015), a PaedCTAS engloba 5 níveis classificando a criança ou jovem com base num processo de 3 passos: impressão inicial da gravidade clínica avaliada através do triângulo de avaliação pediátrica (TAP) - consiste na avaliação rápida da aparência geral, respiração e circulação da criança ou jovem, o que permite identificar as situações de elevada gravidade ou em risco de súbita deterioração -, avaliação da queixa que motivou a ida ao SU e avaliação dos sinais vitais, tendo em conta a idade e os fatores de risco associados a cada criança ou jovem (Cruz, 2019). Desta forma, define os tempos de observação médica por 5 níveis de prioridade associados a cores, tal como descrito para o STM.

A grande diferença que saliento entre estes dois sistemas de triagem é a valorização da observação que o enfermeiro faz, avaliando sinais e sintomas, e realizando a classificação de risco com base nisso, pois é no meu entender o que a PaedCTAS preconiza, ao contrário do STM que realiza a classificação de risco com base na queixa principal.

Tendo em consideração a experiência obtida pelo contexto de estágio realizado, tomo como exemplo um lactente de 9 meses que recorreu ao SU por episódio de vômito único, ao qual o STM classificou na categoria urgente (cor amarelo) – a queixa principal foi a base da classificação -, mas na minha opinião o estado geral e atual do lactente devia ser valorizado, pois nesta situação este apresentava-se corado, com mucosas hidratadas, ativo e reativo, o que remetia para uma situação pouco urgente (cor verde). Este exemplo, e tantos outros, remeteram-me para a seguinte reflexão: *“Será o STM o mais adequado para realizar a triagem da criança ou jovem?”*. Conclui que, tendo a oportunidade de utilizar a PaedCTAS, esta fará uma classificação do risco mais próxima à realidade, tendo em consideração os sinais e sintomas observados pelo enfermeiro, pois no que diz respeito à criança ou jovem estes são fatores por vezes essenciais para adequar os cuidados prestados, aliados à queixa principal que poderá não ser tão relevante para atribuir a classificação de risco.

Segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, um dos objetivos da vigilância da saúde infantil é *“Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus-tratos e de violência, tais como: negligência, maus-tratos físicos, psicológicos, abuso sexual, bullying, práticas tradicionais lesivas, nomeadamente a mutilação genital feminina.”* (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Este objetivo surgiu do facto de crianças e jovens puderem viver situações de risco ou ocorrência de maus-tratos, assim como apresentarem necessidades de saúde especiais, o que exige uma atenção redobrada da parte dos profissionais de saúde e dos próprios serviços de saúde. Desta forma, segundo o Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro, encontra-se definido um modelo de intervenção na Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, assente na rede de Núcleos de Apoio estabelecida a nível dos CSP, em articulação com os Núcleos a nível hospitalar e restantes recursos da comunidade. Os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) têm a sua intervenção direcionada para o domínio dos maus-tratos a crianças e jovens, tanto na vertente preventiva do fenómeno, como na da deteção, acompanhamento e sinalização das ocorrências surgidas (Direção-Geral da Saúde, 2018).

Pude compreender de forma mais aprofundada a vertente de atuação do NACJR durante o contexto de estágio em CSP, pois uma das minhas tutoras fazia parte deste núcleo, pelo que tive a oportunidade de assistir a 3 reuniões desta equipa e a 1 atendimento com a mãe de uma criança que estava a ser acompanhada. Esta criança, de 10 anos, tratava-se de uma situação de especial complexidade, referenciada pelo médico de família por viver num ambiente familiar adverso onde eram evidenciados comportamentos de risco por parte do pai e do avô materno (ambos com hábitos etílicos e agressividade verbal). Encontrava-se a ser acompanhada pelo NACJR desde maio de 2019 por comportamentos violentos para com o irmão de 20 anos, e vice-versa, mau aproveitamento escolar (era a mãe quem lhe fazia os trabalhos de casa, não tendo um método de estudo estabelecido), suspeita de problemas de socialização e excesso de peso.

O atendimento a que assisti revelou-se ser o último, pois a criança apresentava até ao momento uma evolução positiva ao nível escolar e os comportamentos violentos para com o irmão, e deste para com ela, eram inexistentes. Uma vez que toda esta situação foi previamente validada pelos profissionais de saúde do NACJR em visita domiciliária, e reforçado pela mãe neste atendimento que a situação familiar estava estabilizada, ambos consideraram que a criança e sua família já não necessitavam do apoio do mesmo. Desta forma, e uma vez que apenas tive a oportunidade de assistir ao último atendimento, por ser uma situação que estava a ser acompanhada há mais de um ano pelo NACJR, e com o intuito de adquirir, embora que apenas na teoria, competências no âmbito da assistência especializada de enfermagem em situação de especial complexidade, achei mais benéfico para a minha aprendizagem analisar com a tutora a minha visão sobre a situação, bem como, realizar uma possível identificação das necessidades da criança e família em questão.

Tendo em consideração os dados que me foram fornecidos, na minha perspetiva era possível atuar nos seguintes aspetos:

- **Excesso de peso** – neste caso, o meu foco de atenção seria a prática de hábitos alimentares saudáveis. A alimentação saudável na criança é um dos fatores determinantes para o normal desenvolvimento e crescimento, para a promoção da saúde e prevenção de doenças associadas às más práticas alimentares, como a obesidade infantil.

A minha intervenção passava por ensinar sobre alimentação saudável, uma vez que não foram identificadas questões sociais, culturais ou económicas que justificavam a prática de uma alimentação não saudável. Explicar à mãe (pois era ela quem confeccionava as refeições) e à criança que não é necessário ter uma alimentação restritiva, mas sim variada, ingerindo diferentes alimentos para obter diversos nutrientes e que é também importante procurar um equilíbrio entre o que é consumido e o que é gasto com o exercício físico (Direção-Geral da Saúde, 2005). Procurava fornecer alternativas para as pequenas e grandes refeições, nomeadamente receitas práticas e rápidas, mas com elevado valor nutritivo e que fossem do agrado da criança e sua família. Toda esta informação seria fornecida de forma faseada, ao longo dos atendimentos e visitas domiciliárias, para que a mesma fosse retida e aplicada da melhor forma possível.

Com o evoluir da situação, caso fosse necessário, encaminhava a criança para a equipa multidisciplinar, neste caso, um nutricionista.

- **Adaptação ao papel de estudante** – diretamente relacionado com a adaptação ao papel de estudante está a autonomia. Uma vez que era a mãe que fazia os trabalhos de casa à criança, o sentido de autonomia não estava a ser promovido, o que afeta o saudável crescimento e desenvolvimento. Segundo a Direção-Geral da Educação e a Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Educação e Direção-Geral da Saúde, 2017), *“Autonomia pressupõe um percurso desde o nascimento de cada pessoa até à idade adulta. Cada etapa do desenvolvimento abriga desafios que devem ser propostos às crianças e jovens, estimulando-os a alcançá-los. A autonomia decorre tanto da qualidade da ligação como da capacidade de separação, em que, individuação corresponde a ser interdependente do outro.”*, sendo que demonstrar autonomia consiste em realizar sozinha as atividades previstas para o seu estado de desenvolvimento, tal como aos 10 anos ser capaz de fazer os trabalhos de casa, se necessário, com ajuda de um adulto e não em substituição (Direção-Geral da

Educação e Direção-Geral da Saúde, 2017). A mãe substituíu a criança nesta tarefa devido ao mau aproveitamento escolar, e na sua perspetiva se os trabalhos de casa estivessem corretos a criança teria melhores notas.

Nesta situação, a minha intervenção passaria por apoiar emocionalmente a mãe, de forma a consciencializar-se que a sua atitude estava a prejudicar o processo de aprendizagem da criança, sendo um ciclo difícil de quebrar e que em nada ajudava a criança. Para além disto, trabalhava em conjunto com a enfermeira responsável pela saúde escolar para perceber se a escola tinha imposto o processo de ensino mais adequado às necessidades e características da criança (Diário da República, 2018).

- **Violência entre irmãos** – é considerada violência doméstica e é uma das formas mais comuns, apesar de geralmente ser considerada inofensiva. A família é das instituições mais significativas para o desenvolvimento humano, pois na maioria dos casos é aqui que iniciamos as primeiras interações sociais, pelo que, as relações mantidas com os pais e os irmãos influenciam os comportamentos e as relações pessoais futuras (Lopes, Fernandes, & Relva, 2017).

A relação fraterna pode facilmente desencadear conflitos que, se não forem geridos eficazmente pelos pais ou pelas próprias crianças, podem provocar comportamentos violentos. Note-se que os conflitos são naturais na interação pessoal, mas o uso da violência como estratégia para os resolver não é aceitável (Lopes, Fernandes, & Relva, 2017). Focando-me na violência, pois é a que adquire pertinência nesta situação, esta engloba quatro formas: agressão psicológica, abuso físico sem sequelas, abuso físico com sequelas e coerção sexual (Lopes, Fernandes, & Relva, 2017). Relevo a agressão psicológica (recorrência a ameaças ou insultos) e o abuso físico sem sequelas (uso da força física sem causar dano físico), pois eram as duas formas de violência praticadas na, e pela, criança em questão. Tendo em mente a alínea b do artigo 102º do Código Deontológico dos Enfermeiros, o enfermeiro, no exercício da sua profissão, assume o dever de *“Salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Com toda a honestidade, tive dificuldade em conseguir perceber o que poderia fazer, enquanto enfermeira, para cessar com a violência praticada pela, e sobre, a criança, não estando diariamente com ela. Quem seria o alvo da minha intervenção? Com a ajuda da minha tutora percebi que inicialmente era importante intervir junto da mãe, para que não consentisse tal violência, e junto do irmão, para perceber o porquê dos seus atos e fazer com que acabassem.

Analisar a minha visão sobre a situação com a tutora, em vez de esta me apresentar o que tinha sido implementado ao longo do tempo em que a criança foi acompanhada pelo NACJR, permitiu-me desenvolver raciocínio crítico e competências no âmbito da assistência à criança em situação de especial complexidade, através do entendimento da atuação do NACJR nesta situação.

A hospitalização do RN, principalmente o RNPT, está associada a uma exposição contínua de procedimentos e manipulações que geram desconforto e dor. O excesso de manuseio pode levar à hipertensão, aumento da pressão intracraniana, apneia e, entre outros, bradicardia (Panhoni, et al., 2019). Importa também referir que a apneia é o distúrbio respiratório mais frequente no RNPT, podendo ser definida por uma interrupção respiratória, por norma associada a cianose e bradicardia, que se prolonga por um período maior que 20 segundos (Chico, Souza, Merey, & Bonilha, 2019). Isto ocorre devido à imaturidade do sistema nervoso central, que pode ser afetado também pelo sono profundo do RN (Chico, Souza, Merey, & Bonilha, 2019).

Tendo isto em consideração, na UCIN tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a RNPT em situação de instabilidade clínica, nomeadamente em apneia e bradicardia. Perante estas situações de instabilidade clínica a minha intervenção consistiu em executar estimulação tátil, sendo que o RNPT possui a capacidade de responder melhor ao estímulo tátil do que a qualquer outro tipo de estimulação sensorial nos primeiros dias de vida (Padilha & Bombarda, 2021). Ao executar a estimulação tátil, apliquei toques suaves, mas com pressão considerada moderada, no tórax e membros inferiores do RN, de forma a estimular os neurotransmissores que respondem diretamente a este tipo de estimulação, pois segundo Padilha e Bombarda (2021) *“O desenvolvimento adequado do cérebro está ligado a neurotransmissores que respondem diretamente à estimulação tátil suave.”*. Com esta intervenção o estado de alerta do RN é facilitado tornando o diafragma mais efetivo, o que por sua vez melhora a ventilação e reverte espontaneamente a apneia, e consequentemente a bradicardia (Chico, Souza, Merey, & Bonilha, 2019).

Para além do descrito, focalizei a minha intervenção também no posicionamento, pois o RNPT não apresenta ao nascimento tónus e força muscular adequados, adotando o posicionamento de extensão do pescoço, costas e extremidades (Panhoni, et al., 2019). Este posicionamento não é o mais adequado para o RNPT, sendo contrária à adotada em meio uterino, e apresenta-se como dificultador para a ventilação do mesmo. Assim, posicionei o RN com flexão dos membros superior e inferiores, de forma a facilitar o movimento mão-boca, com apoio na zona escapular e respeitando o alinhamento da cabeça com o tronco.

Ao valorizar estes aspetos em todos os posicionamentos efetuados ao RN, pude perceber que o número de apneias e bradicardias diminuíram significativamente, pelo que considero que a minha intervenção foi a adequada perante estas situações de instabilidade clínica.

Competências

Gerir e interpretar a informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada.

Demonstrar conhecimentos aprofundados na área de especialização.

Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com a criança ou jovem e família.

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança ou jovem e família.

Objetivos:

- Promover a saúde e prevenir a doença da criança ou jovem e sua família nos diferentes contextos em que está inserida.
- Desenvolver competências no âmbito da consulta de Saúde Infantil e Juvenil, com base no PNSIJ.
- Desenvolver competências no âmbito da massagem infantil.
- Compreender o funcionamento das ELI e conhecer a intervenção do enfermeiro especialista em SIP na intervenção precoce.

Atividades:

- Prestar cuidados de enfermagem que promovam a adoção, por parte da criança ou jovem e família, de comportamentos potenciadores de saúde.
- Avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança ou jovem de modo a detetar precocemente situações que possam afetar negativamente a sua qualidade de vida.
- Colaborar na implementação do PNV.
- Realizar Ação de Educação para a Saúde sobre o tema “*Baby-Led Weaning*”.
- Assistir a sessões do curso de massagem infantil implementado na UCC.
- Assistir a reunião da ELI.

Reflexão

O desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional da criança é dinâmico e contínuo, esperando-se o aparecimento de diferentes habilidades, sendo que o tempo, e conseqüentemente a idade, que cada criança leva a passar de um estágio de desenvolvimento para outro varia de acordo com a criança (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Prestar cuidados de enfermagem à criança ou jovem tem como foco de atenção promover as melhores condições de saúde possíveis. Para isso, é obrigatório que o enfermeiro releve a avaliação dos vários estágios do desenvolvimento para que sejam detetadas anomalias ao desenvolvimento normal para aquela criança ou jovem e seja realizada uma intervenção adequada.

No contexto de estágio relativo aos CSP, tive a oportunidade de realizar 7 consultas de SIP, desde RN até aos 18 meses de idade, estruturadas segundo o PNSIJ, sendo que irei descrever as intervenções implementadas na que mais oportunidades de aprendizagem me trouxe.

Lactente com 6 meses de idade que compareceu à consulta de enfermagem para atualização do estado vacinal, acompanhado pela mãe e chegando em sistema de retenção adequado (cadeira 0+) à idade, e aparentemente, peso e altura (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Solicitei à mãe que retirasse o lactente do sistema de retenção e o colocasse em cima da marquesa para o despir, com a intenção de avaliar a vinculação e ligação mãe-filho e o desenvolvimento do lactente, segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Direção-Geral da Saúde, 2013). Durante a interação da mãe com o lactente, pude constatar que o lactente gritou, deu gargalhadas e palrou dissílabos para a mãe e a mãe forneceu carinhos e proferiu palavras carinhosas, respondendo às suas necessidades. Aquando do momento de despir o lactente também foi possível avaliar alguns aspetos do desenvolvimento psicomotor, pois em decúbito dorsal este tentava levantar a cabeça para observar o que estava em seu redor, fez força para se sentar com ajuda da mãe puxando-o pelas mãos e permaneceu sentado sem apoio durante o momento de retirar a camisola e o body.

No momento de vacinar, questionei a mãe sobre reações alérgicas às vacinas anteriores (cujas respostas foram não) e expliquei o que iria administrar, quais as doenças contra as quais o lactente iria ficar protegido, as possíveis reações locais e sistémicas, bem como terapêutica a efetuar em caso de aumento da temperatura.

No ato de vacinar disponibilizei uma roca ao lactente para ser possível avaliar a preensão palmar, se levava objetos à boca e se seguia o som a 45cm de distância, e a roca serviu de distração como medida não farmacológica para alívio da dor.

Tive também oportunidade de abordar a diversificação alimentar, uma vez que o lactente tinha completado 6 meses recentemente.

A consulta de SIP exigiu um esforço adicional da minha parte, uma vez que necessitei de rever o conhecimento sobre o desenvolvimento nas diferentes faixas etárias, tornando-me capaz de dar resposta às diferentes situações que pudessem surgir, assim como ensinar e instruir a família. Neste sentido, senti necessidade de relembrar os conhecimentos adquiridos, tanto da formação inicial, experiência profissional, experiência de vida e formação pós-graduada, assim como aprofundar novos conhecimentos através de pesquisa bibliográfica, de forma a ser capaz de integrá-los na prática e demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos na área da SIP.

Para além das consultas de SIP, tive a oportunidade de administrar a vacina BCG a 5 RN e realizar um diagnóstico precoce, procedimento habitual na minha prática profissional pelo que não se apresentou como dificuldade.

A vacina BCG é administrada como estratégia de vacinação contra a tuberculose e segundo o PNV (Direção-Geral da Saúde, 2020), é recomendada a grupos com risco acrescido, para além das vacinas incluídas no esquema vacinal recomendado, estando em vigor e sendo parte integrante do PNV, através da Norma nº6/2016 (Direção-Geral da Saúde, 2016).

São considerados grupos de risco RN cujos pais, ou outros conviventes, apresentem dependência de álcool ou de drogas, sejam naturais de um país com elevada incidência de tuberculose ou que tenham antecedentes de tuberculose; RN e família que pertençam a comunidades com risco elevado de tuberculose, nomeadamente local de residência e profissão dos pais (Direção-Geral da Saúde, 2016).

A administração da vacina BCG deve ocorrer na maternidade ou o mais brevemente possível no período neonatal, como por exemplo aquando do rastreio de doenças metabólicas, mas preferencialmente deve ser administrada em CSP para possibilitar a rentabilização das ampolas multidose (1ml) (Direção-Geral da Saúde, 2016).

Durante o contexto de estágio na UCC, aquando da observação das sessões do curso de educação parental pós-parto, identifiquei que na sessão sobre diversificação alimentar no 1º ano de vida, o método *Baby-Led Weaning*, embora referido, havia a oportunidade de maior aprofundamento desta temática. Desta forma, e também por ser um tema que sempre me

incutiu curiosidade e interesse, durante parte do meu percurso neste contexto realizei pesquisa bibliográfica sobre o método de diversificação alimentar referido, ao qual se seguiu a proposta, que foi aceite, de realização da Ação de Educação para a Saúde (AES), destinada aos pais que frequentavam o curso de educação parental pós-parto. Todo o material produzido para esta atividade encontra-se nos Apêndices 1, 2, 3 e 4.

Também na UCC onde foi realizado o estágio, incorporado no curso de educação parental pós-parto, existe o denominado Curso de massagem infantil, dividido em 4 sessões teórico-práticas. Estas sessões são realizadas pela enfermeira especialista em SIP, creditada pela Associação Portuguesa de Massagem Infantil (APMI), e permitem instruir e treinar os pais a realizar massagem relaxante em todo o corpo e massagem preventiva de cólicas. Tive a oportunidade de observar 2 destas sessões, realizadas à distância via *online* devido à pandemia.

Na minha prática profissional é recorrente implementar a massagem para alívio e prevenção de cólicas no RN, pelo que, na minha ótica, os benefícios da massagem limitavam-se ao nível fisiológico. Com a observação destas sessões compreendi que a massagem infantil é um conjunto de técnicas que acarretam inúmeros benefícios para o lactente, que não se limitam apenas ao nível fisiológico, pois potencia também o vínculo e a ligação pais-filho, incrementando a confiança, segurança e aceitação emocional do lactente, fatores essenciais para o desenvolvimento positivo da sua personalidade. Isto porque, através do toque os pais demonstram ao lactente o seu amor e carinho.

Relativamente ao nível fisiológico, compreendi que a massagem infantil em todo o corpo traz mais benefícios para além do alívio e prevenção de cólicas, tais como, estimula o sistema vestibular melhorando a coordenação e equilíbrio; permite o desenvolvimento do tónus muscular e aumenta a flexibilidade; ajuda na autorregulação do lactente diminuindo também os níveis de stress, e, entre muitos outros, permite também o desenvolvimento da consciência corporal.

Foi possível perceber, devido a uma situação observada durante uma das sessões, que a massagem infantil só deve ser implementada quando o lactente se apresenta disponível para tal, uma vez que se o mesmo estiver cansado ou irritado, para além da massagem não surtir o efeito pretendido, pode ser encarada pelo lactente como algo negativo.

Para além de desenvolver competências no âmbito da massagem infantil relaxante, foi igualmente possível aperfeiçoar as competências prévias relativas à massagem para alívio e prevenção de cólicas, adquirindo conhecimento e habilidade relativamente a novas técnicas

que pude aplicar na minha prática profissional, e que resultou na melhoria dos meus cuidados.

Foi também essencial assistir às reuniões semanais realizadas pela Equipa Local de Intervenção (ELI), sendo que tive oportunidade de assistir a 4 reuniões ao longo do contexto de estágio, uma vez que a minha tutora fazia parte da sua constituição, para compreender o seu funcionamento e conhecer a intervenção do enfermeiro especialista em SIP na intervenção precoce. A Equipa Local de Intervenção (ELI) está integrada no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) criado para dar resposta ao estabelecido no Decreto-Lei n.º 281/2009 (2009) e sediada nas UCC.

A criança com alterações, ou em risco de apresentar alterações, nas estruturas ou funções do corpo, tem igual direito à participação social e por este motivo é encarado como prioridade política (Diário da República, 2009). O SNIP abrange crianças entre os 0 e os 6 anos de idade, e sua família, “*com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento*” (Diário da República, 2009), sendo necessária a Intervenção Precoce na Infância (IPI).

A ELI atua em 3 ministérios (Saúde, Segurança Social e Educação) e a da área geográfica em que foi realizado estágio é constituída por 1 pediatra especialista no desenvolvimento infantil, 4 enfermeiros especialistas em SIP, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 terapeuta da fala, 1 terapeuta ocupacional e 5 educadoras com formação no ensino especial. No período de realização do contexto de estágio a ELI acompanhava 43 crianças, e a minha tutora desempenhava a função de gestora de caso de 5 crianças.

A criança pode ser referenciada pelo médico de família, pelos pais ou pela escola, e posteriormente 2 a 3 profissionais da ELI realizam a avaliação da criança no seu contexto familiar. Ao assistir às reuniões da ELI, e ao discutir os casos com a tutora, foi possível compreender que a avaliação da criança é realizada segundo o modelo de Avaliação Arena. Este modelo preconiza que a avaliação seja realizada num ambiente com brinquedos e espaço para a criança brincar, para que através do brincar seja realizada a avaliação da criança ao nível cognitivo, físico e comportamental (Soares, 2019). Para além da avaliação através da observação, o gestor de caso recolhe informação junto da família para que seja possível elaborar o Plano individual da intervenção precoce (PIIP), isto é, são definidas as medidas e ações a implementar de forma a assegurar um processo adequado de transição entre serviços e instituições que a criança beneficie (Diário da República, 2009).

Compreendi também que o gestor de caso tem a responsabilidade de garantir a eficácia da implementação do PIIP e de elaborar a sua reestruturação sempre que necessário, atuando também como elo de ligação entre a família, a equipa, a escola e qualquer outra instituição que a criança frequente.

Assistir a estas reuniões fez-me perceber que sem a avaliação, apoio e implementação de estratégias elaboradas pela ELI, a criança com alteração na funcionalidade ou estruturas do corpo poderia não ter um desenvolvimento tão harmonioso e potenciador, para além de impossibilitar o cumprimento do sexto objetivo que consta no PNSIJ, *“Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças”* (Direção-Geral da Saúde, 2013).

No entanto, sinto que a área da intervenção precoce, nomeadamente a ELI, compreende situações muito delicadas em que é obrigatória a intervenção diferenciada por profissionais que possuam uma vasta experiência nesta área, pelo que considero que as oportunidades que tive no estágio não foram suficientes para me tornar capaz de intervir na ELI. Por outro lado, considero que as discussões com a tutora permitiram compreender o funcionamento das ELI e conhecer a intervenção do enfermeiro especialista em SIP na intervenção precoce.

Objetivos:

- Prestar cuidados de enfermagem com segurança, promovendo o exercício profissional ético e respeitando as responsabilidades sociais da profissão.
- Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados ao RNPT, criança e jovem.
- Desenvolver competências no âmbito da utilização da parceria de cuidados.
- Desenvolver competências no âmbito da transição para a parentalidade.
- Refletir sobre o papel do enfermeiro especialista em SIP, nos diferentes contextos.

Atividades:

- Negociar a participação da criança ou jovem e família em todo o processo de cuidar e tomada de decisão, tendo em vista a sua independência e ao bem-estar.
- Apoiar a transição e o desempenho da parentalidade.
- Partilhar com a família de forma contínua as informações necessárias aos cuidados.
- Atender à manipulação mínima, à luminosidade e ao ruído na prestação de cuidados ao RNPT.

- Incentivar a amamentação.
- Incentivar o método Canguru.

Reflexão

Foi importante para o meu crescimento enquanto enfermeira especialista em SIP perceber que a presença dos pais nos cuidados ao RN, criança ou jovem hospitalizado é fundamental para o seu bem-estar. Também Anne Casey muito cedo percebeu este benefício e desenvolveu o Modelo da Parceria de Cuidados.

Segundo Casey (1995) já foram demonstradas diversas vezes os benefícios do envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança hospitalizada, isto porque a relação que a criança mantém com a família afeta o seu bom desenvolvimento e crescimento, sendo que este fator se agrava quando a criança está sujeita aos efeitos do ambiente hospitalar (Casey & Mobbs, 1988).

No entanto, este modelo tem como base empoderar o conhecimento da família acerca da criança, respeitando as suas decisões, os cuidados prestados no domicílio e as rotinas estipuladas. Assim, a primeira etapa a implementar deste modelo é convidar os pais a continuarem a participar nos cuidados prestados ao filho no domicílio (Casey & Mobbs, 1988).

Quando não é possível a presença dos pais nos cuidados, o modelo de Casey estipula que o enfermeiro deve fazer os possíveis para manter as rotinas da criança e não implementar as rotinas mais convenientes no meio hospitalar (Casey, 1995).

É importante referir que o Modelo de Casey faz a distinção necessária entre cuidados familiares e cuidados de enfermagem, pelo que o papel do enfermeiro consiste em apoiar, ensinar e encaminhar a família para que esta possa prestar os cuidados familiares – aqueles que satisfazem as necessidades básicas da criança, como higiene, alimentação, conforto e amor, atuando apenas quando seja necessário prestar cuidados especializados para satisfazer as necessidades da criança que advém do seu quadro patológico (Lopes A. P., 2016).

No contexto de estágio de SUP, durante um turno realizado na área OBS, tive a oportunidade de prestar cuidados a uma jovem de 14 anos com paralisia cerebral que apresentava perturbações motoras, nomeadamente espasticidade dos membros superiores e inferiores, onde foi possível desenvolver a parceria de cuidados com a sua mãe.

Na minha primeira abordagem procurei perceber junto da mãe quais eram as suas rotinas e quem prestava os cuidados familiares no domicílio. Obtive a informação de que era a mãe a responsável por prestar os cuidados à jovem, pelo que a questioneei sobre quais os cuidados

que ela gostaria de prestar naquele momento e quais aqueles que preferia que fosse eu a prestar, de forma a negociar o seu envolvimento. Uma vez que o alvo dos meus cuidados é não só a jovem, mas também a sua família, achei pertinente ter em consideração o cansaço do prestador de cuidados, empoderando a mãe com todas as informações necessárias para que tomasse a melhor decisão para si e para a sua filha. Mostrei-me sempre disponível para que a mãe pedisse auxílio nos cuidados familiares, se assim achasse necessário para o seu bem-estar e da jovem, negociando todos os cuidados prestados.

Penso que assim demonstrei o que o modelo de Anne Casey preconiza, assumindo a mãe como minha parceira nos cuidados, e olhando-a também como foco da minha prestação de cuidados, definimos objetivos comuns centrados na jovem e sua família.

Quando nasce um RNPT nasce também, por norma, uma família impotente, vulnerável, fragilizada, incompleta, e por vezes frustrada por não ter consigo o filho idealizado. Família esta que necessita do apoio de profissionais de saúde especializados para ultrapassar o momento de impotência e angústia vivido pela instabilidade clínica do RN (Hallowell, Rogowski, & Lake, 2019).

Podemos dizer que é uma fase crítica quer na vida do RN, quer na dinâmica familiar, sendo o enfermeiro especialista em SIP aquele que tem as competências necessárias para prestar cuidados ao RNPT e termo, e sua família, de forma a tranquilizá-la e dotá-la também de competências para se adaptar de forma positiva à parentalidade.

A presença dos pais na UCIN é a base para prestar cuidados centrados no RN e sua família, o que revelou melhores resultados na saúde do mesmo. Desta forma, torna-se uma prioridade na UCIN assegurar que a participação dos pais na prestação de cuidados é possível e facilitada (Hallowell, Rogowski, & Lake, 2019).

Durante a realização do contexto de estágio na UCIN tive a oportunidade de dar continuidade ao desenvolvimento de competências no âmbito da utilização da parceria de cuidados, nomeadamente ao assistir os pais na prestação dos cuidados de higiene ao RN em berço ou incubadora, ao ensinar e instruir sobre a alimentação por sonda orogástrica possibilitando que os pais segurassem na seringa durante a alimentação, sobre monitorizar a temperatura ou sobre a muda da fralda, sempre que eles demonstrassem vontade em realizar estes procedimentos.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018) existem diversos fatores que afetam negativamente o desenvolvimento do RNPT, dos quais destaco os fatores emocionais, psicológicos e ambientais.

Os fatores emocionais e psicológicos estão diretamente relacionados com a presença dos pais na UCIN e na participação destes aos cuidados prestados. Dentre destes é pertinente salientar o contacto pele-a-pele, nomeadamente o método Canguru, por promover o vínculo materno ou paterno (Souza, et al., 2019). O método Canguru é um modelo de assistência neonatal que permite, precocemente, o contacto pele-a-pele entre a mãe ou pai e o RNPT ou de baixo peso, possibilitando a participação dos pais nos cuidados ao seu filho (Ferreira, et al., 2019).

Ferreira *et al.* (2019), Souza *et al.* (2019) e Gesteira *et al.* (2016) referem que este é um método seguro, eficaz e de baixo custo que acarreta inúmeros benefícios para o RNPT ou de baixo peso, nomeadamente:

- Redução da morbimortalidade neonatal;
- Manutenção do controlo térmico, logo, redução do risco de hipotermia;
- Promoção do aleitamento materno e da amamentação;
- Redução da dor e stress no RN;
- Redução do risco infeccioso;
- Promove o desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo, afetando positivamente a relação familiar.

Tendo em consideração todos os benefícios do método Canguru, incentivar a sua implementação foi uma das atividades desenvolvidas durante o contexto de estágio na UCIN.

Saliento duas situações de aprendizagem relacionadas com este método, sendo a primeira referente a dois RNPT gémeos, com idade gestacional de 34 semanas e idade corrigida de 35 semanas aquando da minha prestação de cuidados. Esta oportunidade de aprendizagem foi fundamental pois permitiu-me refletir sobre a importância do pai no método Canguru, uma vez que não era possível à mãe deslocar-se à UCIN naquele momento.

Muitas vezes ao falar em parceria de cuidados pensamos logo na figura materna, mas é necessário modificar este pensamento e introduzir o pai nos cuidados, pois a sua participação beneficia a tríade pai-mãe-filho (Lopes, Santos, & Carvalho, 2019).

Percebi, após refletir, que o método Canguru realizado pelo pai pode ser adotado como estratégia para minimizar a distância afetiva que é inevitável durante a gestação e, após o nascimento, durante a amamentação. Assim, é possível promover o sentimento e a consciência do pai na importância da sua presença para o bem-estar do seu filho fomentando o vínculo entre pai-filho, e permitindo que este vivencie a paternidade de forma plena, significativa e consciente do seu papel parental.

A segunda situação de aprendizagem refere-se a um RNPTT de 36 semanas e 2 dias, em que a mãe tinha sido diagnosticada com Pré-eclâmpsia e tanto a mãe como o pai eram Covid-19 positivos, não sendo possível estarem presentes. O RNPTT em causa apresentava dificuldade em manter o controlo térmico e alguma agitação motora, pelo que seria benéfico implementar o método Canguru. Neste caso específico tive a oportunidade de substituir os pais e perceber mais de perto alguns dos benefícios enumerados anteriormente sobre este método.

Outro foco da minha atenção durante a realização do estágio na UCIN foi incentivar a amamentação, pois como refere Almeida (2017) *“A hospitalização de um filho recém-nascido é um acontecimento que envolve aspetos emocionais, socioeconómicos e culturais que podem dificultar o processo de amamentação”*.

Está há muito preconizado que o leite materno é o alimento com o equilíbrio adequado de nutrientes e com inúmeras vantagens para o RN e para a mãe, nomeadamente previne infeções gastrointestinais ou alergias, promove o vínculo mãe-RN, permite à mãe o prazer de amamentar e diminui a morbilidade e mortalidade infantil. Assim sendo, não poderia deixar de ser uma prioridade na prestação de cuidados na UCIN e é o enfermeiro o profissional dotado de competências para auxiliar a mãe a adquirir capacidade para amamentar o RN, sendo o enfermeiro especialista em SIP aquele que tem as competências necessárias para avaliar cada RN individualmente e decidir se apresenta estabilidade clínica e a capacidade de coordenar a sucção, deglutição e respiração, aspetos essenciais para ir ao seio materno.

Um obstáculo que senti relativamente a incentivar a amamentação como atividade para desenvolver competências no âmbito da transição para a parentalidade, foi a situação pandémica que o país atravessava devido ao SARS-CoV2. Felizmente não estive internado nenhum RN infetado com SARS-CoV2 durante a realização do contexto de estágio na UCIN, mas tive a oportunidade de prestar cuidados a RN com mãe infetada com SARS-CoV2, e aqui não foi possível promover a amamentação devido à condição clínica da mãe e à sua ausência pela necessidade de isolamento, mas como a mãe desejava amamentar, e como forma de promover a amamentação, incentivei-a a realizar extração mecânica de leite materno sempre que se sentisse capaz para o fazer. Na unidade hospitalar onde foi realizado este contexto de estágio, as equipas de enfermagem dos serviços de Neonatologia e internamento de Puerpério asseguram este cuidado, isto é, quando necessário, um membro da equipa dirige-se ao serviço onde a mãe do RN está internada para a instruir sobre extração mecânica e manual e conservação de leite materno. Enquanto estudante, nesta situação

disponibilizei-me para instruir a mãe do RN em questão sobre estes aspetos, pois *“Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de enfermagem.”*, para além de que *“os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”* (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

No entanto, foi uma oportunidade de realizar pesquisa bibliográfica sobre os estudos mais recentes relativamente à ingestão de leite materno pelo RN internado numa UCIN, cuja mãe está infetada por SARS-CoV2.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2020), tendo em conta todos os benefícios que a amamentação acarreta, os RN cuja mãe é suspeita ou doença confirmada por SARS-CoV2, devem ser alimentados de acordo com as diretrizes padrão referentes à alimentação infantil, aplicando as precauções de segurança necessárias para prevenir a transmissão da infeção. Em situações em que a mãe apresenta condição clínica que a incapacite de implementar a amamentação, esta deve ser encorajada e apoiada a realizar extração de leite materno com reforçado cuidado e higiene, para que este seja posteriormente oferecido ao RN (World Health Organization, 2020).

Também a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2020) refere que o leite materno é um alimento seguro para o bebé e que não existem, até ao momento, estudos em que tenha sido identificada a presença do vírus no leite materno, recomendando assim a extração de leite materno quando a amamentação não é concretizável.

Ainda relativamente à transição para a parentalidade, também nos CSP, nomeadamente na UCC, existem os cursos de preparação para a parentalidade e de educação parental pós-parto, que a meu ver capacitam e consciencializam os pais para a parentalidade.

Estes cursos contribuem para a transição saudável para a parentalidade e promovem o exercício da parentalidade do casal grávido e recém pais providenciando a informação, recursos e suporte necessários aos cuidados da criança, objetivando alcançar um ambiente que a otimize o seu crescimento e desenvolvimento.

No curso de preparação para a parentalidade, realizado em parceria com a colega especialista em saúde materna e obstétrica, são realizadas sessões de educação para a saúde em grupo sobre preparar a casa para receber o RN, preparar o enxoval e malas para a maternidade, lidar com o choro e promover a vigilância da saúde do RN até ao 1º mês de

vida, amamentação, transporte seguro, o regresso a casa e cuidar da pele e da higiene do RN. No curso de educação parental pós-parto, os casais que realizaram o curso de preparação para a parentalidade, ou outros referenciados posteriormente, são contactados aos 2 meses de vida do lactente para serem questionados sobre o seu interesse em o realizar. Este é composto pelo curso de massagem infantil, discriminado na página anterior do presente documento, e 4 sessões no âmbito da educação parental, que abordam os temas sono e estimulação do desenvolvimento, amamentação e regresso ao trabalho, introdução de alimentos no 1º ano de vida e prevenção de acidentes.

Devido ao constrangimento causado pela situação pandémica, não foi possível realizar estas sessões presencialmente, mas sim *online*, aspeto que penso ter tido um impacto emocional e psicológico nos casais presentes, pois estes apresentavam-se mais ansiosos e desmotivados. Sendo enfermagem uma profissão que olha para o cliente, neste caso RN e sua família, de forma holística, a componente emocional é também relevante para alcançar o bem-estar pretendido, algo que Freitas, Costa, Diogo e Gaíva (2021) reforçam dizendo relativamente ao impacto emocional da pandemia que *“Devido ao fenómeno ser recente, os seus efeitos a longo prazo na saúde mental e emocional desses indivíduos são desconhecidos. Nesse sentido, é preciso fortalecê-los emocionalmente e atender às suas necessidades de modo eficaz, a fim de reduzir os seus danos”*.

Para o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança ou jovem é fundamental existir qualidade no cuidado familiar, algo que depende, sobretudo, de condições psicossociais favoráveis. Assim, quando os pais estão sobre stress, a própria criança ou jovem absorve essa informação e adquire um comportamento diferente do habitual (Freitas, Costa, Diogo, & Gaíva, 2021).

O cuidar em enfermagem pediátrica exige atenção à expressão de emoções e sentimentos, não só da criança ou jovem, até porque neste caso falamos de RN e lactentes, mas também da sua família. Na relação terapêutica mantida com os pais deve ser criado espaço para a partilha de preocupações, pensamentos ou dificuldades e libertação de sentimentos e emoções, de forma a atingir um equilíbrio emocional e bem-estar (Freitas, Costa, Diogo, & Gaíva, 2021).

Apesar das medidas de controlo de infeção implementadas devido à pandemia poderem constituir uma barreira a esta filosofia de cuidados, pois a interação pais-enfermeiro é afetada pelo distanciamento físico, a proximidade emocional deve e pode ser mantida através das redes sociais. Após todas as sessões de educação para a saúde, e após apresentar a sugestão à enfermeira tutora, incentivamos os pais a permanecerem *online* de forma a conversarem

entre si e conosco, para partilha de experiências e sentimentos acerca da parentalidade vivida até ao momento. Notei com o decorrer das sessões que esta era uma forma apropriada para os pais gerirem as suas emoções, pois percebiam que não estavam sozinhos a ultrapassar um momento tão sensível das suas vidas durante uma pandemia mundial que em nada ajudava.

Relativamente aos fatores ambientais referidos anteriormente, as luzes artificiais intensas, os ruídos elevados e as sensações dolorosas frequentes afetam o desenvolvimento neuro sensorial e crescimento do RN, pelo que são aspetos fulcrais nos cuidados prestados ao RN internado na UCIN (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

Na última etapa da gestação, entre as 38 e 40 semanas, ocorre o desenvolvimento de estruturas do sistema visual e funções neuronais, sendo que as últimas fases do desenvolvimento do SNC ocorrem durante o internamento do RNPT.

Assim, o enfermeiro tem de ter em mente que a organização e diferenciação neuronal depende também do ambiente envolvente e das experiências vividas nesta fase, pois uma conexão neuronal é mantida ou eliminada de acordo com os estímulos sensoriais fornecidos (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

No que diz respeito ao sistema auditivo, este apresenta-se funcionalmente maduro entre as 28 e 30 semanas de gestação, no entanto, no ambiente uterino o feto percebe o som transmitido pelo líquido amniótico ou atenuado pelas paredes uterinas. Desta forma, e devido à plasticidade do sistema auditivo, as experiências sensoriais vividas pelo RNPT e a exposição frequente a ruído alto, desorganizado e imprevisível do ambiente extra-uterino podem provocar alterações neuro cognitivas, défice de atenção e alterações nas capacidades de perceção e aquisição de linguagem e comunicação (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

Tendo em consideração todos estes aspetos, uma das minhas atividades consistiu em adequar a luz, o ruído e a manipulação ao RN de acordo com o procedimento e grau de desenvolvimento do RN, pois assim otimizei o crescimento físico, mantive a estabilidade hemodinâmica, regulei a temperatura corporal, permiti o normal desenvolvimento do ritmo circadiano e, principalmente, reduzi o nível de stress experienciado pelo RN (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

Este aspeto da prestação de cuidados ao RN na UCIN deixou-me bastante surpreendida e trouxe consigo diversos momentos de reflexão, pois inicialmente eu não tinha a perceção que pequenos gestos, que antes eram realizados por mim de forma inconsciente, faziam tanta diferença no bem-estar do RN e sua família.

Comecei a refletir sobre a utilização de cobertas acolchoadas em vez de lençóis para cobrir as incubadoras, de forma a atenuar a luminosidade e melhorar o isolamento acústico. Percebi que os lavatórios estavam colocados a uma distância significativa do local onde eram colocadas as incubadoras ou berços para minimizar o ruído provocado pela lavagem das mãos, que todas as janelas tinham persianas providas por um sistema que não produzia ruído ao abrir ou fechar permitindo também adequar a luminosidade de acordo com a altura do dia, que todas as fontes de luz presentes no serviço permitiam adequar a sua intensidade, principalmente as colocadas junto das incubadoras ou berços. Refleti de igual forma sobre a regra que não permite a utilização de telemóveis junto do RN, não só por uma questão de higiene, mas também para minimizar as experiências sensoriais imprevisíveis.

De igual forma incorporei nos meus cuidados a preocupação em silenciar os alarmes sonoros o mais rapidamente possível e manter o volume no mínimo, algo que não tinha presente na prestação de cuidados ao adulto, mas que é fundamental na prestação de cuidados ao RN. Por fim, refleti sobre a forma cuidadosa e silenciosa com que devem ser fechadas as portas da incubadora, algo que não fiz a primeira vez que prestei cuidados a um RNPT colocado numa incubadora. Percebi naquele momento que os gestos, a forma de cuidar de um RN internado na UCIN, deve ser igualmente gentil e frágil como o próprio RN.

Objetivos:

- Desenvolver competências relativamente à dor no RN, criança e jovem.

Atividades:

- Avaliar a dor aplicando a escala adequada.
- Implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor.

Reflexão

Desenvolver competências relativamente à dor no RNPT e termo era para mim fundamental, pela dificuldade em avaliar a mesma neste alvo de cuidados, pelo que o contexto de estágio na UCIN foi fundamental.

Segundo Luís Batalha, a avaliação da dor é uma intervenção que faz parte das funções obrigatórias do enfermeiro e que é indispensável para prestar cuidados de excelência, pois *“esta prática compromete seriamente a qualidade dos cuidados, na medida em que a eficaz prevenção e o tratamento da dor carece de uma avaliação segura e exata. A não satisfação desta condição é como conduzir um carro em dia de nevoeiro onde o perigo espreita a qualquer momento.”* (Batalha, 2016).

Os indicadores da dor no RN estão mais centrados na expressão facial e corporal. Na expressão facial de dor apresenta sulcos acima e entre as sobrancelhas, tremor do queixo, compressão da fenda palpebral, olhos fechados e fossas nasais alargadas, choro com grito, e entre outros apresentar sulco nasolabial, e na expressão corporal de dor apresenta agitação com flexão e extensão dos membros superiores e inferiores, punhos cerrados e atitude antiálgica (Batalha, 2016).

Para além de ter em consideração estes indicadores, fiz uso do instrumento de avaliação da dor disponível e mais adequado para o RN, nomeadamente a EDIN (*Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né*), tal como descrito por Batalha (2016).

Apesar de o meu principal foco ter sido a avaliação da dor no RN, em todos os contextos clínicos da unidade curricular não descurei este aspeto nas remanescentes faixas etárias. Qualquer que fosse a idade da criança ou jovem, e em todos os procedimentos que pudessem provocar dor, estes foram planeados e realizados com o intuito de implementar medidas não-farmacológicas e farmacológicas de controlo da dor.

Relativamente às medidas não-farmacológicas, estas são eficazes em situações de dor aguda ligeira, procedimentos que provoquem dor ou como complemento à analgesia, sendo que podem ser consideradas medidas de carácter psicológico, pois aumentam o sentimento de controlo da dor da criança ou jovem e da sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

No SUP tive a oportunidade de implementar medidas não-farmacológicas como a sucção não-nutritiva em Latentes, o contacto com a mãe ou pai em todas as faixas etárias, a técnica da distração e da brincadeira em crianças Toddler, Pré-escolar e Escolar e a imaginação guiada no adolescente.

Tomo como exemplo, uma adolescente a quem prestei cuidados devido a tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa, onde foi necessário realizar lavagem gástrica e aquando da colocação da sonda nasogástrica a implementação da imaginação guiada permitiu que a adolescente colaborasse e estivesse mais calma durante o procedimento.

Relativamente a medidas não-farmacológicas para alívio da dor aguda no RN pré-termo e termo internado na UCIN, a sucção não-nutritiva combinada com a utilização de Sacarose a 24% é a medida recomendada pela Academia Americana de Pediatria durante a realização de procedimentos como a punção venosa para colheita de sangue ou para acesso venoso periférico, por ser a que maior alívio da dor fornece, pelo que implementei esta medida sempre que necessário (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

No que diz respeito às medidas farmacológicas, em todos os contextos de estágio, qualquer que fosse a faixa etária e a condição clínica do RN, criança ou jovem, geri a analgesia conforme prescrição médica.

Na UCIN o fármaco que tive a oportunidade de administrar foi o Paracetamol, por via endovenosa, a um RN com idade gestacional de 34 semanas, que apresentava alguns indicadores da dor e valor 6 na escala de EDIN. Perante a avaliação da dor realizada, e segundo Batalha (2016), é adequado implementar esta medida farmacológica, sendo que o Paracetamol é o fármaco sistêmico mais utilizado para alívio da dor no RN, em situações de dor ligeira a moderada, tendo a limitação de provocar toxicidade hepática após administração prolongada (superior a 48 horas) (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2012), está também indicada a administração do creme anestésico tópico EMLA® (*Eutectic Mixture of Local Anesthetics*) antes da realização do procedimento de punção venosa periférica, no entanto, apenas está aprovado em RN com mais de 32 semanas de idade gestacional e com mais de 7 dias de vida. Durante a realização do estágio não tive a oportunidade de realizar este procedimento a RN nesta condição, pelo que não foi possível administrar o EMLA® neste contexto de estágio. No entanto, foi uma situação que exigiu de mim consolidação de conhecimentos, pois era uma medida farmacológica implementada com regularidade perante este procedimento enquanto profissional a exercer funções no serviço de internamento Pediátrico. Assim, através da evidência científica compreendi que a utilização do EMLA® não é indicado em todas as faixas etárias, em particular, no RNPT.

Relativamente ao SUP, e retomando o exemplo dado anteriormente relativo à adolescente, como medida farmacológica para prevenção da dor administrei um anestésico tópico em ambas as narinas, nomeadamente gel de Lidocaína 2%, 5 minutos antes de realizar o procedimento de colocação da sonda nasogástrica e lubrifiquei a própria sonda com o mesmo gel, tal como descrito pela Direção-Geral da Saúde (2012).

Os fármacos para alívio da dor que tive oportunidade de administrar no SUP foram o Paracetamol por via oral e endovenosa, Tramadol e Cetorolac por via endovenosa, sendo que estes fármacos eram prescritos pela parte médica após observação da criança ou jovem que referia dor, previamente avaliada no gabinete de triagem.

Competências:

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 âmbito da comunicação com a criança ou jovem e família.

Atividades:

- Utilizar técnicas comunicacionais adequadas à idade e estado de desenvolvimento da criança ou jovem.
- Comunicar com a criança ou jovem e sua família tendo em conta os axiomas da comunicação.
- Respeitar os valores, etnia e religião da criança ou jovem e sua família.

Reflexão

Na minha perspetiva, e tendo em conta a minha experiência profissional, a base da interação é a comunicação, pois como referido por Coelho (2015), a comunicação é considerada relevante para o dia-a-dia do enfermeiro e para a qualidade dos cuidados, sendo a principal ferramenta terapêutica de que o enfermeiro dispõe.

A criança ou jovem possui um conjunto de características que são expressas através da linguagem verbal, mas também da não-verbal, e é por isso que quando falamos no cuidado em enfermagem de SIP as palavras e o comportamento possuem um valor significativo que expressam uma comunicação (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013).

Ao longo de toda a unidade curricular, e dos diversos contextos, tive a oportunidade de aperfeiçoar competências comunicacionais em diferentes faixas etárias, o que me permitiu aplicar diversas técnicas comunicacionais.

Procurei sempre adequar o meu discurso à idade e estágio de desenvolvimento da criança ou jovem e iniciar a abordagem com temas que fossem do seu interesse, de forma criar uma relação de proximidade sem que invadisse o seu espaço.

Uma das técnicas comunicacionais que implementei foi explicar de forma clara todos os procedimentos que era necessário realizar e, quando possível, utilizei a negociação para que os cuidados fossem prestados também de acordo com a vontade da criança ou jovem.

Durante o contexto de estágio no SUP, quando prestei cuidados a uma criança de 3 anos, coloquei-me ao nível dela para a abordar e antes de pegar no material para realizar o

procedimento expliquei o que iria ser feito, permiti que a criança escolhesse onde se iria sentar e em qual braço preferia que fosse realizado o procedimento.

Percecionei que quando iniciava a minha interação aplicando estas técnicas comunicacionais, a criança tinha uma atitude mais positiva e de confiança e colaborava mais facilmente com os cuidados que eram necessários. No entanto, penso que também é importante conhecer a personalidade da criança para adequar a aplicação das técnicas comunicacionais e gerir o tempo necessário para estabelecer uma comunicação efetiva.

Tomo como exemplo uma criança de 8 anos a quem tive a oportunidade de prestar cuidados na área OBS do SUP, onde após me apresentar e perguntar sobre os Legos que estava a construir, ela se manteve reservada respondendo apenas “*Sim*” ou “*Não*”, sem estabelecer contacto visual comigo. Percebi que iniciar a abordagem com um tema do seu interesse não era suficiente para estabelecer uma comunicação efetiva e teria de ter em consideração fatores pessoais para a gerir e adequar da melhor forma.

Neste caso, não realizei de imediato todos os procedimentos necessários naquele momento e dei algum espaço à criança para se ambientar ao contexto onde estava. Após algum tempo tentei nova abordagem, expliquei à criança que necessitava de monitorizar os sinais vitais e questionei-a se queria ser ela a monitorizar a sua temperatura enquanto eu fazia o resto e já consegui que a criança estabelecesse contacto visual comigo e colaborasse na monitorização dos sinais vitais.

Saliento, e vi a minha experiência reforçada por Cruz (2019), que a comunicação desempenha um papel fundamental também para a eficácia do processo de triagem, de forma a realizar uma avaliação efetiva da criança ou jovem. Uma vez que uma comunicação não efetiva pode comprometer o processo de triagem, é importante reconhecer barreiras à comunicação para as eliminar ou minimizar o seu impacto. As barreiras à comunicação com que me deparei estão diretamente relacionadas com a situação de pandemia, pois o acrílico que existia entre mim e a criança ou jovem, a máscara que todos usamos a cobrir metade do rosto juntamente com o ruído existente num SU dificultavam a comunicação verbal e não-verbal.

Para minimizar todas estas barreiras à comunicação tive sempre a preocupação de fechar todas as portas existentes no gabinete de triagem para diminuir o ruído, uma vez que não era exequível retirar a máscara (e também como forma de manter a privacidade), procurei investir na linguagem não verbal, tal como manter um tom de voz calmo, uma expressão facial serena e uma postura de confiança, pois *“Os enfermeiros e os doentes reagem de forma diferente a situações e momentos stressantes. E por isso, é importante que o*

enfermeiro mantenha, mesmo perante situações potenciadoras de stress, uma postura calma, assertiva, um tom uniforme e uma linguagem corporal neutra” (Cruz, 2019).

Relativamente à comunicação com a família, nomeadamente na UCIN e SUP, aprendi que pode ser desafiante pelo nível de ansiedade que vivencia nestas situações.

Para além de fornecer toda a informação relativa à condição clínica da criança ou jovem, o modo como essa informação é transmitida é igualmente importante, pelo que adotar uma postura calma e segura, utilizar linguagem simples e clara, refratar a quantidade de informação por diversos momentos para que tenha tempo para a interiorizar, e encorajar a expor as dúvidas e receios são técnicas comunicacionais que utilizei ao longo da unidade curricular.

No que diz respeito ao contexto de estágio na UCC, devido à situação pandémica, tive a oportunidade de trabalhar as competências comunicacionais direcionadas para o adolescente e para a família de crianças de diferentes faixas etárias.

A principal barreira à comunicação que eu identifiquei nesta situação foi o facto de ser realizada por via telefónica, pois o tom de voz e a comunicação verbal eram as únicas técnicas comunicacionais que poderia utilizar. Deparei-me com famílias que demonstraram elevados níveis de *stress* e ansiedade perante a situação, devido à desorganização na vida familiar que lhes foi imposta de forma abrupta, pelo que a utilização de um tom de voz calmo e seguro, bem como a utilização de palavras claras e simples, ajudava a diminuir esse sentimento. Para além disso, planear a rotina familiar dos dias seguintes em conjunto mostrou-se também bastante benéfico para que as famílias percecionassem mais claramente o que era pretendido.

3.2. Domínio da Gestão

Reconhecendo que a prestação de cuidados é uma área central na profissão de enfermagem, enquanto mestre em enfermagem e enfermeira especialista, o meu foco de atenção começa a direccionar-se também para outras áreas, tal como a gestão.

Relembrando os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002), *“Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se ser vantajoso o assumir de um papel de pivot no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem de forma a aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde”*. Assim, gerir os cuidados

prestados permite assegurar os recursos necessários e essenciais à prestação desses mesmos cuidados, específicos ao alvo de cuidados, sendo a responsabilidade do enfermeiro realizar essa gestão.

Competências:

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

Gerir cuidados de enfermagem na área de especialização.

Zelar pelos cuidados prestados na área da especialização.

Objetivos:

- Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados.
- Conhecer o processo de gestão de cuidados, e os recursos existentes, dos diferentes contextos clínicos.

Atividades:

- Observar os métodos de gestão de cuidados, equipamento, recursos materiais e humanos.
- Gerir eficazmente os recursos disponíveis para promover a qualidade dos cuidados.

Reflexão

Um dos 4 domínios que visam a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados é a gestão dos mesmos, pois estabelecer de forma adequada as prioridades no âmbito dos cuidados, fazer bom uso e distribuição dos recursos humanos e materiais existentes e realizar uma correta integração destes parâmetros face ao serviço, é o que possibilita a otimização da reflexão na prática, da implementação de melhorias quando identificadas e, por consequência, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados tendo em consideração a satisfação do profissional no local de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

No contexto de estágio referente à UCC, cabe ainda ao enfermeiro especialista em SIP diferentes responsabilidades, nas quais se incluem a coordenação de projeto na sua área de especialização e a ligação com a ELI e com o NACJR. No período de realização do estágio foi também atribuída à enfermeira tutora a responsabilidade de gerir as situações de crianças e jovens em isolamento profilático devido a contacto direto com caso positivo para SARS-CoV2.

No contexto de estágio na UCIN, nos turnos de tarde e noite é atribuído a um elemento, por norma ao enfermeiro especialista em SIP, o cargo de responsável de turno que consiste em verificar a temperatura dos frigoríficos, contabilizar os estupefacientes, distribuir os RN

pelos enfermeiros do turno seguinte, definir o responsável do turno seguinte e gerir situações inesperadas que possam surgir, como escassez de material ou falta de medicação.

Em contexto de SUP, em todos os turnos a equipa é composta por 3 elementos, sendo atribuída a um deles o cargo de responsável de turno, por norma o elemento com mais experiência no serviço ou o coordenador de equipa, que faz os pedidos de material necessário e em falta para o seu turno ou turno seguinte, realiza as notas de ocorrência que tenham surgido, contabiliza os estupefacientes da sala de emergência e decide tudo o que seja necessário ao serviço durante o turno.

Enquanto mestre em enfermagem e enfermeira especialista é também da minha responsabilidade refletir sobre estas questões, realizar a gestão de recursos e elaborar intervenções com vista à melhoria dos problemas identificados, otimizando as respostas da equipa de enfermagem e garantindo a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Desta forma, características como liderar, supervisionar, delegar e gerir recursos humanos e materiais são, a meu ver, imprescindíveis no enfermeiro especialista.

Enquanto enfermeira de cuidados gerais, previamente ao início da minha formação pós-graduada, o meu raciocínio baseava-se na premissa de que a gestão de cuidados deve integrar as competências de cada enfermeiro, mas que a gestão no âmbito da equipa e dos serviços apenas competia ao enfermeiro-chefe. Contudo, ao observar os tutores nos diferentes contextos de estágio foi bastante perceptível a implementação da gestão de cuidados e de recursos por parte do enfermeiro especialista. Isto obrigou a uma reflexão, na grande maioria individual e de igual forma em modo de introspeção, de que esta função contribui para a qualidade dos cuidados prestados à criança ou jovem e sua família.

Por exemplo, durante um turno realizado no SUP, a tutora estava alocada à área ADR, pelo que eu deveria permanecer com ela. No entanto, a área OBS revelou-se com mais afluência tendo apenas 1 enfermeiro para prestar cuidados às 6 crianças internadas, pelo que após discutir com a tutora a necessidade da minha intervenção em conjunto com a dela na área ADR, tendo em conta a baixa afluência, contrapondo com o benefício da minha intervenção em conjunto com a enfermeira alocada à área OBS, questioneei a tutora se poderia realizar o turno na área OBS. Só após o final do turno percebi que efetuei gestão dos recursos humanos, dos cuidados prestados zelando pelos mesmos e ainda, na minha perspetiva, geri a minha aprendizagem.

Também no contexto de estágio na UCC me foi dada a oportunidade de gerir os cuidados, mais especificamente nos contactos telefónicos que realizei devido à situação pandémica, já contextualizados anteriormente. Deparei-me com situações familiares precárias, em que não

havia possibilidade de implementar os cuidados referidos pela DGS durante o período de isolamento da criança ou jovem, como por exemplo, separar a criança ou jovem da restante família permanecendo numa divisão sozinho e com casa-de-banho própria ou lavar a roupa a mais de 60° (Direção-Geral da Saúde, 2020). Nestas situações a minha prestação de cuidados, para além de realizar toda a intervenção no âmbito do ensino e orientação sobre cuidados a manter durante o isolamento, passou também por apoiar as famílias a gerir a situação familiar, trabalhando em conjunto para encontrar as melhores soluções para os seus problemas, pelo que geri os recursos disponíveis para promover a qualidade dos cuidados.

Para garantir uma prestação de cuidados individualizados, personalizados e de qualidade é crucial uma gestão eficaz e eficiente, de modo a definir claramente a metodologia de trabalho que sustenta a prática de enfermagem (Silva, 2017).

Identificar o método de trabalho instituído em cada contexto assistencial tornou-se fundamental para a sua concretização com sucesso.

No contexto de estágio de UCIN identifiquei os métodos de trabalho relativos ao enfermeiro de referência e o individual. O método do enfermeiro de referência pretende uma assistência integral e individualizada e tem como objetivo a continuidade de cuidados (Santos, et al., 2019), caracterizando-se assim pela responsabilidade individual do enfermeiro na tomada de decisão em relação aos cuidados prestados às crianças ou jovens (Silva, 2017). O enfermeiro de referência da UCIN possui horário fixo (horário da manhã) e é contabilizado como elemento e para o rácio enfermeiro-RN quando necessário. Acompanha o estado de saúde de todos os RN internados, coordena o seu trabalho com o da enfermeira-chefe relativamente à organização do serviço, substituindo-a quando ausente, assegura-se que é realizada a melhor gestão de prioridades possível e que são cumpridos os protocolos existentes no serviço. É também responsável pelo planeamento da alta, certificando-se que estão reunidas as condições necessárias para serem prestados os melhores cuidados de saúde possíveis ao RN no domicílio, articulando com as restantes unidades de saúde sempre que necessário.

O método individual de trabalho centraliza-se nas necessidades do doente, permitindo a elaboração de um plano de cuidados individualizado. Quando aplicado este método de trabalho, os doentes são distribuídos de igual forma pelo número de enfermeiros no turno, mas atendendo ao grau de dependência e complexidade que o doente acarreta. Desta forma, durante todo o turno o enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados globais, avaliando e coordenando os mesmos de acordo com a sua definição de prioridades e de forma a manter a continuidade desses mesmos cuidados (Silva, 2017). Na UCIN o rácio de

enfermeiros é 4 no turno da manhã e 3 nos turnos da tarde e noite. Tendo em conta as 10 vagas existentes, no turno da manhã cada enfermeiro fica com um máximo de 3 RN a seu cargo; nos turnos da tarde e noite fica com um máximo de 4 RN. Esta distribuição tem em consideração se o RN se apresenta em incubadora, berço aquecido ou berço e o grau de complexidade exigido nos cuidados a serem prestados. Para além disto, também entra em consideração a existência de RN que necessite de precauções de isolamento.

Este método, na minha opinião, permite uma maior proximidade com o RN e sua família, permitindo estabelecer uma relação terapêutica de confiança, o que facilita a prestação de cuidados apoiada na parceria de cuidados.

Estes dois métodos de trabalho eram já bastante familiares, pois na minha prática profissional são também aplicados, fator que se revelou como vantagem para prestar cuidados especializados individualizados e priorizá-los adequadamente de acordo com a complexidade de cada RN que tinha à minha responsabilidade.

No contexto de estágio de SUP identifiquei o método de trabalho em equipa. Este método pretende agrupar diferentes conhecimentos num todo, constituindo equipas com profissionais que detêm diferentes níveis de formação (Silva, 2017). Silva (2017), vem reforçar o que constatei no Capítulo 2 deste documento, relativamente à constituição da equipa de enfermagem, pois refere que as equipas regidas por este método de trabalho são *“(...) lideradas por um enfermeiro que aceita a responsabilidade de tomar decisões, tanto sobre as necessidades dos clientes como pelo planeamento, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados.”*, denominado como coordenador de equipa. Neste método, toda a equipa é responsável por todos os cuidados prestados à criança ou jovem, mas cada enfermeiro é alocado a uma área do SUP, de acordo com as suas competências, experiência e formação individual (um enfermeiro que não detenha o Curso do STM não pode ser alocado à triagem), havendo o cuidado de rotatividade sempre que possível. No entanto, qualquer enfermeiro é ajudado na prestação de cuidados quando necessário, pois será proporcionado melhor atendimento à criança ou jovem quando trabalhando em equipa do que trabalhando individualmente (Silva, 2017).

A meu ver este método facilita a dinâmica imposta por um SU, pois apesar de um elemento estar alocado a uma determinada área, sempre que necessário é possível a colaboração de outro elemento, nomeadamente em situações de emergência ou de grande afluência. Assim, o coordenador de equipa assume a postura de liderança para organizar e estabelecer prioridades durante o turno, alocando os recursos humanos onde são mais necessários e colaborando também na prestação de cuidados. Para mim esta experiência foi

muito enriquecedora, pois permitiu-me participar na prestação de cuidados nas diferentes áreas do SUP, colaborando com os colegas das outras áreas sempre que necessário e após a minha definição de prioridades.

Na UCC o método de trabalho que vigora é também o de trabalho em equipa, embora as áreas de trabalho sejam muito distintas, baseando-se na referência realizada pela equipa multidisciplinar. Na minha perspetiva foi possível perceber este método em contexto comunitário, pois a finalidade da UCC é prestar cuidados à comunidade e promover a sua saúde, pelo que os enfermeiros das diferentes especialidades trabalham todos com este propósito comum.

Por exemplo, as enfermeiras especialistas em SIP trabalham em parceria com a enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica, tal como já foi referido, no curso de preparação para a parentalidade. Outro exemplo, que me foi explicado pela enfermeira tutora, mas que não tive a oportunidade de vivenciar devido à situação pandémica, é na área da saúde escolar. Na área da saúde escolar são desenvolvidos vários projetos onde se procura sempre a multidisciplinariedade, como é o caso do projeto de educação postural que, caso seja necessário, beneficia da intervenção do enfermeiro especialista em Reabilitação. Desta forma, predomina o trabalho em equipa com o intuito de promover a saúde de determinada comunidade.

Ainda nos CSP, nomeadamente na USF, consegui identificar que o método de trabalho em prática é o de enfermeiro de família cuja responsabilidade é prestar cuidados, em parceria com o médico de família, ao longo do ciclo de vida, a várias famílias de forma a manter a continuidade de cuidados. Rapidamente percebi que este método é uma mais-valia, permitindo ao enfermeiro ter um conhecimento holístico da criança e sua família que leva a uma prestação de cuidados personalizada. O enfermeiro de família é também o profissional competente, devido à sua proximidade, para proceder ao encaminhamento quer para uma unidade hospitalar, quer para a equipa multidisciplinar, tal como Medicina Física e Reabilitação (MFR) ou UCC, perante situações que obriguem a uma avaliação por outros profissionais da área da saúde.

No fundo, considero que consegui zelar pelos cuidados prestados em todos os contextos de estágio, tendo em consideração as necessidades da criança ou jovem e sua família, sendo cada vez mais competente para organizar e priorizar a prestação de cuidados. Hoje sei que fui capaz de implementar as intervenções referidas pelos conhecimentos adquiridos ao longo da minha formação sobre as necessidades específicas da criança e o necessário para gerar ganhos em saúde.

3.3. Domínio da Formação

Durante o nosso ciclo de vida, percebemos a necessidade de ultrapassar barreiras, de nos adaptarmos a diferentes situações e, inevitavelmente, de adquirir novo conhecimento, pelo que é pertinente e necessário, assegurar uma formação contínua e ininterrupta de modo a incorporar conhecimentos para o possível crescimento pessoal e profissional.

Segundo o descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002), para que haja máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem é necessário a *“existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade”*. Só assim, no âmbito do exercício profissional, é que o enfermeiro é capaz de compreender e respeitar os outros de forma multicultural (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Desta forma, para que o enfermeiro seja competente tem de estar atualizado, para que exerça a profissão com os conhecimentos científicos e técnicos adequados como é obrigado pelo Código Deontológico (Vieira, 2017). Para além disto, é esperado dos enfermeiros o *“cuidado devido”* que se entende *“(…) a ação que pressupõe formação adequada e a posse de certas habilidades e competências.”* (Vieira, 2017).

Competências:

Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Identificar necessidades formativas na área de EESIP.

Promover a formação em serviço na área de EESIP.

Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.

Objetivos:

- Desenvolver competências no âmbito da formação.

Atividades:

- Identificar as necessidades formativas na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Reflexão

Enquanto profissional de saúde sinto o dever de promover a qualidade de cuidados que presto, investindo na minha formação de forma a aumentar e consolidar o corpo de

conhecimentos, pois só desta forma é possível aumentar a qualidade e enriquecer a profissão que exerço.

Assim, em todos os contextos de estágio procurei conhecer as estratégias de promoção da formação para as equipas de enfermagem. Nos 3 locais onde foi realizado o estágio verifiquei a existência de um enfermeiro da equipa responsável pela formação em serviço, que aplica anualmente um questionário junto da equipa para a identificação individual do interesse e necessidade de temáticas passíveis de serem abordadas. Nesse questionário referem também a sua disponibilidade e interesse para adotar a posição de formador e em que tema. Desta forma, o enfermeiro responsável pela formação elabora um plano de formação anual, que é discutido e aprovado pela restante equipa para que seja implementado, sendo que este pode ser alterado de acordo com as necessidades.

No decorrer do estágio, infelizmente, não tive oportunidade de assistir a nenhuma formação de serviço, pois devido à situação pandémica estas tinham sido canceladas. No entanto, considerei uma mais-valia para a minha aprendizagem consultar o plano de formação existente, para em conjunto com as tutoras identificar as possíveis necessidades formativas caso não estivéssemos a atravessar um período pandémico.

Na UCIN e no SUP, para além de não ter identificado nenhuma necessidade de formação pertinente para o período em que foi realizado o estágio, o facto de serem contextos de apenas 90 horas de contacto mais direto, agravado ao fator pandemia, não me possibilitou a oportunidade de investir na área da formação. Nestes contextos existe também um plano de formação organizado pelo Centro de Formação da instituição, destinado a todos os colaboradores e sem carácter obrigatório.

Desta forma, considero que adquiri as competências referentes ao domínio da formação, pois desenvolvi a minha prestação de cuidados baseada no pensamento crítico de acordo com a contínua aquisição de conhecimentos, que em parte foi possível devido à orientação proporcionada pelas tutoras, que partilharam o seu conhecimento e possibilitaram a discussão crítica de diversas situações, contribuindo para a minha formação pessoal e profissional enquanto mestre em enfermagem e especialista em SIP.

3.4. Domínio da Investigação

Ao pensar em enfermagem enquanto disciplina, torna-se imperativa a investigação científica e a constante atualização do conhecimento baseado na melhor evidência científica

disponível, para que os resultados obtidos sejam incorporados na prestação de cuidados e se obtenha qualidade máxima nessa prestação.

Está descrito pela Ordem dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012), que no processo de tomada de decisões e na implementação das intervenções, “*o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática*” agindo “*(...) de forma fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências*” (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Para obtenção do grau de mestre em enfermagem com especialidade em SIP, é necessário desenvolver competências em que incorporar os resultados atuais da investigação se afigura mandatório para alcançar a excelência dos cuidados prestados à criança ou jovem e sua família.

Competências:

Participar e promover a investigação em serviço.

Incorporar na prática os resultados de investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.

Tomar decisões fundamentadas, atendendo à evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

Objetivos:

- Desenvolver competências na incorporação do conhecimento científico na prestação de cuidados.

Atividades:

- Suportar a tomada decisão na evidência científica e na deontologia profissional.
- Realizar pesquisa bibliográfica de forma sistemática e utilizando os métodos de pesquisa mais adequados e as fontes de informação mais fidedignas.

Reflexão

Para colocar em prática, de forma autónoma, cuidados de enfermagem e tomar as melhores decisões para o atingir cuidados de qualidade com vista o bem-estar da criança ou jovem e sua família, é necessário atingir determinado nível de competência profissional, que

é conseguido através da incorporação do conhecimento científico atual na prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O enfermeiro especialista em SIP identifica as necessidades da criança ou jovem e sua família para que possa tomar decisões e planear intervenções de enfermagem de forma a promover a saúde e prevenir a doença. Durante todo este processo, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação que acha oportunos para a sua prática. Este aspeto é reforçado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002), quando enuncia que *“Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.”*

Inicialmente, a minha prática foi baseada em muitos dos conhecimentos adquiridos da minha experiência profissional anterior e em toda a componente mais teórica da presente formação, mas com o decorrer deste percurso fui sentido cada vez mais a necessidade de consolidar os meus conhecimentos, ou de adquirir novos, para dar resposta a situações com que me deparei e que fui relatando ao longo deste documento.

Para isso, efetuei pesquisa bibliográfica através de diferentes bases de dados científicas, nomeadamente, o Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa, Google Académico, EBSCO e PubMed. A grande maioria das referências bibliográficas deste documento estão sustentadas nestas bases de dados científicas, bem como o portal da Ordem dos Enfermeiros e da Direção-Geral da Saúde, que integram os documentos orientadores da profissão.

Para além das temáticas já referidas ao longo deste relatório, uma outra que levou à pesquisa bibliográfica para consolidação dos meus conhecimentos foi a desinfeção do coto umbilical, uma vez que a prática efetuada nos contextos de estágio era distinta da que pratico no serviço onde exerço funções.

O coto umbilical não tratado torna-se um portal para infeções locais e invasivas, podendo-se disseminar para a parede abdominal, peritoneu e vasos umbilicais originando sépsis neonatal (Cardão, Parreira, & Coutinho, 2019). Assim, o tratamento ao coto umbilical é de extrema importância, sendo que nos países desenvolvidos, como Portugal, existe diversidade entre unidades de saúde no que diz respeito a como é realizado este tratamento, o que pode causar ansiedade nos pais (Barbosa, Moreira, & Ferreira, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (1998) recomenda a técnica *Dry-Care* como tratamento ao coto umbilical, referindo que o coto umbilical deve manter-se limpo, seco e arejado, sendo

que não é necessário utilizar qualquer tipo de antisséptico e apenas deve ser limpo com água potável caso se suje com urina ou fezes (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014). Esta técnica é a mais adequada para prevenir a onfalite e reduzir o tempo de queda do coto umbilical (Cardão, Parreira, & Coutinho, 2019).

No entanto, quando falamos em RNPT a evidência científica diz-nos que a desinfecção com álcool a 70% como tratamento ao coto umbilical na UCIN é a prática mais adequada devido ao risco aumentado de infeção a que estes RN estão sujeitos durante o internamento (Santos, Ramos, Costa, & Batalha, 2019).

Assim, apesar de ser a técnica *Dry-Care* a adotada no serviço onde exerço funções, durante o estágio na UCIN utilizei compressas esterilizadas e álcool a 70% para realizar o tratamento ao coto umbilical.

Para além da pesquisa bibliográfica procurei experienciar situações novas, que se revelaram novas aprendizagens e discutir o plano de intervenções de enfermagem com as tutoras, tendo em conta a evidência científica atual e a sua integração na prática.

4 – AVALIAÇÃO GLOBAL DO ESTÁGIO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

A necessidade constante, sentida no sistema nacional de saúde, de cuidados de enfermagem cada vez mais diferenciados e especializados, obriga ao desenvolvimento de competências em todos os domínios de atuação desta disciplina. Só desta forma é possível crescer enquanto profissão e intervir de forma autónoma.

Realizar o percurso para adquirir o grau de mestre em enfermagem e a formação especializada em SIP, proporcionou a consolidação das competências no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro em Cuidados Gerais e dos princípios do Código Deontológico da profissão, sendo que principalmente permitiu a aquisição e aprofundamento das competências definidas no plano de estudos do curso e também as que integram o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros.

Desta forma, a prestação de cuidados especializados requer um elevado grau de conhecimento teórico-prático, dedicação e humanização nos cuidados, para uma tomada de decisão refletida tendo por base a evidência científica mais atual, o que origina uma prestação de cuidados com qualidade e focada nas necessidades reais, neste caso, da criança ou jovem e sua família.

No início do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de SIP, a minha prática profissional não tinha como alvo de cuidados a criança ou jovem e sua família, uma vez que me encontrava a exercer funções no serviço de Medicina Interna. No entanto, já nessa altura, coincidente com o primeiro semestre onde foram adquiridos conhecimentos mais direcionados para as competências a possuir enquanto mestre em enfermagem, a minha prestação de cuidados começou a ser mais refletida. Quero dizer com isto que, as intervenções que antes realizava de forma inconsciente passaram a ter a questão *“Porquê fazer assim?”*, o que me obrigava a refletir sobre o seu benefício para o meu alvo de cuidados, a realizar pesquisa bibliográfica quando necessário e a ponderar sobre diferentes formas de intervir perante situações já consideradas rotineiras.

O segundo semestre permitiu adquirir e aprofundar conhecimentos referentes à área especializada da SIP, isto porque a minha carreira profissional teve início no serviço de

internamento Pediátrico, aumentando a vontade de aplicar esses mesmos conhecimentos na prática.

Com o terceiro semestre, e a realização dos contextos de estágio, foi possível satisfazer essa vontade, sendo que todos os contextos foram fundamentais para a aquisição das competências descritas no capítulo 3 deste documento. No entanto, em jeito de avaliação global do estágio, desejava ter realizado maior carga horária nos contextos de estágio UCIN e SUP, pois foram contextos em que a riqueza e diversidade de oportunidades de aprendizagem era imensa apenas para 90 horas de componente prática.

Para refletir sobre as implicações que o percurso formativo, mas com destaque na componente de estágio, gerou na minha prática profissional, importa referir que desde agosto de 2020 que a minha prática profissional tem como alvo de cuidados o RN e sua família, pois encontro-me desde então a exercer funções no serviço de internamento de Puerpério.

Implementar os conhecimentos e capacidades desenvolvidos ao longo do curso de mestrado permitiu-me estabelecer uma relação de maior proximidade com os pais, baseada na confiança, uma vez que as minhas intervenções eram realizadas com mais assertividade. Para além disto, permitiu também uma melhor integração dos dados relevantes para a minha prática, originando uma gestão mais adequada das minhas prioridades e dos meus cuidados, realizando uma tomada de decisão mais pertinente, baseada na melhor evidência científica, e em cuidados de enfermagem ao RN e sua família com maior nível de excelência.

De todos os conhecimentos e capacidades aqueles que maior implicação tiveram na minha prática profissional foram no âmbito do desenvolvimento infantil no primeiro mês de vida e no âmbito da comunicação. No serviço onde exerço funções, na minha opinião e tendo em conta a minha experiência, e todos os contributos adquiridos, a comunicação é crucial para prestar cuidados de qualidade. O puerpério é visto como um período de adaptação que acarreta o sentimento de medo e insegurança, principalmente aquando do primeiro filho. É um período de transição para a parentalidade onde os pais absorvem toda a informação que lhes é dada para que se sintam cada vez mais seguros no desempenho do seu novo papel. A forma como essa informação é transmitida é crucial para a adequada adaptação à parentalidade, pois uma comunicação eficaz e com informação de qualidade vai aumentar o sentimento de confiança no profissional e neles próprios.

Para isso, aprofundar conhecimentos no âmbito do desenvolvimento infantil no primeiro mês de vida, surgiu como aliado para que fosse possível implementar uma comunicação eficaz. Saber identificar as aptidões consideradas normais nesta etapa do desenvolvimento

do RN, permitiu-me também identificar os sinais de alarme e intervir em conformidade perante a sua existência.

Assim, durante todo o percurso realizado senti o meu evoluir enquanto enfermeira e, principalmente, enquanto enfermeira especialista. Hoje sinto-me perita na área da SIP, pois os cuidados de enfermagem que presto revelam maior grau de qualidade, sendo uma mais-valia para mim a nível pessoal e profissional, para a instituição onde exerço funções por ter uma colaboradora com competências especializadas, mas acima de tudo, para os RN e suas famílias a quem tenho a honra e prazer de prestar cuidados.

Em suma, faço uma avaliação global deste percurso meritória devido ao número e qualidade de experiências e oportunidades que me proporcionou, e que fizeram, e com certeza continuaram a fazer, diferenças positivas no meu percurso profissional e uma visão clara sobre a assistência à criança ou jovem e sua família.

CONCLUSÃO

Atualmente, a prática de enfermagem incorpora de forma clara a reflexão dos cuidados de enfermagem corresponderem e responderem às necessidades da criança ou jovem e sua família com o intuito de atingir a sua satisfação. Surgem assim desafios diários que os enfermeiros têm de enfrentar, necessitando constantemente de atualizar o conhecimento científico, pois só assim é possível prestar cuidados especializados e de qualidade, algo que apenas se torna possível com a procura de uma formação especializada nesta área.

A realização do estágio nos diferentes contextos clínicos possibilitou a aquisição de novos conhecimentos e competências nas diferentes áreas de intervenção do enfermeiro especialista em SIP, que mesmo distintos, revelaram a construção de um fio condutor no que diz respeito à prestação de cuidados de enfermagem à criança ou jovem e sua família.

A elaboração do presente relatório, que se revelou essencial no meu percurso de aprendizagem, permitiu fortalecer o sentido crítico-reflexivo, focando-me nas competências desenvolvidas, objetivos atingidos e atividades implementadas em cada contexto de estágio, bem como nas situações consideradas mais relevantes vivenciadas durante os mesmos. Este aspeto permitiu-me delinear projetos e definir interesses para o meu futuro profissional, e também pessoal. Senti verdadeiramente um crescimento a todos os níveis.

Foi minha intenção, ao elaborar este relatório, apresentar uma visão, o mais fiel possível, do meu percurso formativo e das experiências e aprendizagens vivenciadas, evidenciando as atividades implementadas.

Surgiram alguns obstáculos durante este percurso, muitos deles que poderiam ter dificultado o processo de aprendizagem, mas felizmente o ser humano tem a capacidade de se adaptar a situações inesperadas e no final posso considerar que todas as etapas deste percurso foram benéficas e essenciais para a minha aprendizagem.

Terminar esta etapa da minha vida, com tudo o que me trouxe, faz de mim um ser humano, e enfermeira, imensamente feliz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. I. (Janeiro de 2017). *Fatores que influenciam a Amamentação à Alta em Recém-Nascidos após o internamento numa Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado*. Instituto Politécnico de Viseu. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Amthauer, C., & Cunha, M. L. (2016). Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(e2779), 1-7.
- Andrade, C. S., Maracajá, P. B., Melo, W. F., Andrade, E. M., Oliveira, T. L., Ribeiro, S. R., . . . Silva, E. M. (Janeiro - Junho de 2016). Atuação do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência em pediatria. *INTESA - Informativo Técnico do Semiárido*, 10(1), 18-27.
- Barbosa, M., Moreira, S., & Ferreira, S. (2017). Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*(33), 41-47.
- Batalha, L. M. (2016). Avaliação da dor: Manual de estudo - Versão 1. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Batalha, L. M., Reis, G. M., Costa, L. P., Carvalho, M. D., & Miguens, A. P. (Julho de 2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Revista Referência*, 2(10), 7-14.
- Cardão, C., Parreira, V., & Coutinho, E. (2019). Práticas preventivas nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido –uma revisão integrativa da literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde.*, 2, 1590-1599.
- Cardoso, A. C. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.
- Casey, A. (17 de Janeiro de 1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*(22), 1058-1062.
- Casey, A., & Mobbs, S. (2 de Novembro de 1988). Partnership in Practice. *Nursing Times*, 84(44), 67-68.

- Chico, F. T., Souza, T. B., Merey, L. F., & Bonilha, L. A. (2019). Efeitos da estimulação cinestésica em recém-nascidos com apneia da prematuridade. *Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde - PECIBES*, 5(2), 16-72.
- Coelho, M. T. (2015). *Comunicação terapêutica em Enfermagem: utilização pelos enfermeiros*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.
- Cruz, M. d. (Fevereiro de 2019). *Triagem realizada por Enfermeiros no serviço de urgência pediátrica: Fatores que influenciam a satisfação dos pais*. Instituto Politécnico de Viseu. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Diário da República. (6 de Outubro de 2009). Decreto-Lei nº281/2009. *1.ª série(193)*. Lisboa, Lisboa, Portugal: Diário da República.
- Diário da República. (6 de Julho de 2018). Presidência do Conselho de Ministros - Decreto-Lei nº54/2018. *(129), 1.ª série, 2918-2928*. Lisboa, Lisboa, Portugal: Diário da República.
- Direção Geral da Saúde. (23 de Outubro de 2015). Norma 002/2015 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Lisboa, Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Educação e Direção-Geral da Saúde. (Junho de 2017). Referencial de Educação para a Saúde. Lisboa, Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Educação.
- Direção-Geral da Saúde. (2005). Princípios para uma Alimentação Saudável. Lisboa, Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (12 de Dezembro de 2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *(22)*. Lisboa, Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (18 de Dezembro de 2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). *(24)*. Lisboa, Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (31 de Maio de 2013). Norma 010/2013 - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa, Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (29 de Junho de 2016). Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG. *(6)*. Lisboa, Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: Comissão de Acompanhamento, Relatório 2016-2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde. (16 de Março de 2020). Orientação 010/2020 : Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Distanciamento Social e Isolamento. (10). Lisboa, Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (27 de Setembro de 2020). Programa Nacional de Vacinação 2020. (18). Lisboa, Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Ferreira, D. O., Silva, M. P., Galon, T., Goulart, B. F., Amaral, J. B., & Contim, D. (30 de Julho de 2019). Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 23(4), 1-7.
- Fonseca, E. (19 de Janeiro de 2015). Formação: Uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing Magazine Digital*, 1-7. Obtido em 9 de Junho de 2021, de <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Freitas, B. H., Costa, A. I., Diogo, P. M., & Gaíva, M. A. (2021). O trabalho emocional em enfermagem pediátrica face às repercussões da COVID-19 na infância e adolescência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(e20200217), 1-7.
- Gesteira, E. C., Braga, P. P., Nagata, M., Santos, L. F., Hobl, C., & Ribeiro, B. G. (Outubro-Dezembro de 2016). Método Canguru: benefícios de desafios experienciados por profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 6(4), 518-528.
- Hallowell, S. G., Rogowski, J. A., & Lake, E. T. (Fevereiro de 2019). How Nurse Work Environments Relate to the Presence of Parents in Neonatal Intensive Care. *Advances in Neonatal Care*, 19(1), 65-72.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *WONG: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Lopes, A. P. (2016). *Cuidar em Pediatria: a importância da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde - Escola de Enfermagem. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Lopes, P. P., Fernandes, O. M., & Relva, I. C. (1 de Setembro de 2017). A violência como tática de resolução de conflitos entre irmãos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*(113), 149-172.
- Lopes, T. R., Santos, V. E., & Carvalho, J. B. (27 de Março de 2019). A presença do pai no método canguru. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 23(3), 1-5.

- 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.
- Ordem dos Enfermeiros. (Agosto de 2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (Agosto de 2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.*, 1(6). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2015). Código Deontológico. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (12 de Julho de 2018). Regulamento nº 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 2.^a série(133), 19192-19194. Portugal: Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de Fevereiro de 2019). Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 2.^a série(26), 4744-4750. Portugal: Diário da República.
- Padilha, K. B., & Bombarda, A. (2021). Estimulação tátil-cinestésica em recém-nascido pré-termo. *Revista Ciência e Humanização*, 1(1), 22-37.
- Panhoni, D. A., Martins, F. P., Fernandes, M., Callegari, M. R., Moraes, Í. A., Salerno, G. R., & Tropiano, L. M. (2019). Conhecimento de profissionais da saúde sobre o posicionamento do recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento.*, 19(2), 84-102.
- Reis, G. M. (Abril de 2007). *Expectativa dos pais durante a hospitalização da criança*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.
- Santos, K. C., Cavalcante, T. B., Ribeiro, A. S., Alencar, T. R., Fonteneles, A. M., & Sabtos, D. M. (Janeiro de 2019). Implantation of the Reference Nurse Model in a University Hospital. *Journal of Nursing*, 13(1), 268-274.

- Santos, S. V., Ramos, F. R., Costa, R., & Batalha, L. M. (23 de Outubro de 2019). Evidências sobre prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: revisão integrativa. *ESTIMA - Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências*.(17), 1-20.
- Silva, M. T. (2017). *Método de trabalho de Enfermeiro Responsável - Melhoria da qualidade*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Soares, T. (2019). *Potenciar a Intervenção Precoce na Infância através do trabalho colaborativo do Educador de Infância*. Paula Frassinetti, Departamento de Ciências de Educação. Porto: Paula Frassinetti.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). Consenso Clínico: Cuidados Cutâneos no Recém-nascido. Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Naonatologia.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). Consenso Clínico: A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro. 2. Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Neonatologia.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). Consenso Clínico: O Som na Unidade de Neonatologia. (1). Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Neonatologia.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (19 de Março de 2020). Recomendações para a abordagem do Recém-nascido em contacto com a infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19). *Recomendações para a abordagem do Recém-nascido em contacto com a infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19)*. Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Neonatologia.
- Souza, J. R., Ribeiro, L. M., Vieira, G. B., Guarda, L. E., Leon, C. G., & Schardosim, J. M. (14 de Fevereiro de 2019). Método Canguru na perspetiva dos profissionais de saúde de uma Unidade de Neonatologia. *Revista Enfermagem em Foco*, 10(2), 30-35.
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. (3ª edição ed.). Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.
- World Health Organization. (1998). Care of the Umbilical Cord: A review of the evidence. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (23 de Junho de 2020). *Breastfeeding and COVID-19*. Obtido em 5 de Junho de 2021, de World Health Organization: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Breastfeeding-2020.1

APÊNDICES

Apêndice 1 – Ação de Educação para a Saúde “*Baby-Led Weaning*”



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Estágio final e Relatório

BABY-LED WEANING

Enquadramento Teórico

Elaborado por Joana Maria Moreira Ascensão (330319001)

Sob Orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, dezembro de 2020

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	86
CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	87
CONCLUSÃO	92
BIBLIOGRAFIA.....	93
APÊNDICES.....	94
Apêndice 1 – Planificação da Ação de Educação para a Saúde “ <i>Baby-Led Weaning</i> ”	95
Apêndice 2 – Guião da apresentação em Power Point da Ação de Educação para a Saúde “ <i>Baby-Led Weaning</i> ”	98
Apêndice 3 – Apresentação Power Point da Ação de Educação para a Saúde “ <i>Baby-Led Weaning</i> ”	106

INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa do Porto, no contexto da unidade curricular “Estágio final e Relatório”.

A unidade curricular “Estágio final e Relatório” engloba a realização de estágio em Cuidados de Saúde Primários, sendo que no início desse mesmo contexto clínico foram elaborados objetivos a concretizar por meio de atividades.

Um dos objetivos que me propus a atingir, uma vez que sentia necessidade de adquirir competências no domínio da formação, foi “Desenvolver competências no domínio da formação de pares”.

A diversificação alimentar sempre foi um tema que me suscitou interesse, sendo o método *Baby-Led Weaning* fomentador da minha curiosidade.

Na Unidade de Cuidados na Comunidade em que estou a realizar estágio, e no âmbito do curso de educação parental pós-parto, é abordado o tema da introdução alimentar no primeiro ano de vida, onde é também referido o método *Baby-Led Weaning*, mas não é aprofundado.

Por este motivo, e visto ter sido uma necessidade formativa que identifiquei, decidi realizar pesquisa bibliográfica sobre o método de diversificação alimentar referido, para posteriormente elaborar e apresentar uma Ação de Educação para a Saúde para pais que aderiram ao curso de educação parental pós-parto.

Assim, este documento apresenta o enquadramento teórico sobre o tema *Baby-Led Weaning*, a planificação da Ação de Educação para a Saúde, o guião e respetiva apresentação Power Point da referida Ação de Educação para a Saúde.

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o início da alimentação complementar após os seis meses de vida da criança, já que todas as necessidades nutricionais da mesma são supridas pela amamentação exclusiva até aos seis meses (Gomez *et al.*, 2020).

A introdução da alimentação complementar recomendada pela OMS é considerada tradicional, caracterizada pela forma de puré e aumento da consistência gradual até atingir doze meses de vida, a fim de respeitar os movimentos mastigatórios e a habilidade de deglutição adquiridos (Gomez *et al.*, 2020).

Segundo Gomez *et al.* (2020), contrapondo o modelo tradicional, em 2008 surgiu uma nova abordagem para a introdução alimentar, desenvolvida pela enfermeira britânica Gill Rapley, o *Baby-Led Weaning* (BLW).

Neste método, a criança é encorajada a provar qualquer alimento, desde o início do período da alimentação complementar, sem haver uma ordem específica para introduzir os alimentos e sem o recurso a alimentos na forma de puré. Deste modo, é a criança que decide o que comer, a quantidade e o ritmo da refeição, tal como acontece durante a amamentação exclusiva (Associação Portuguesa de Nutrição, 2018).

O *Baby-Led Weaning* é um método alternativo que promove a autoalimentação a partir dos seis meses, no qual os alimentos, consumidos preferencialmente pela família, são oferecidos em pedaços ou em forma de tiras, moídos ou picados, permitindo que a criança se alimente sozinha com as mãos (Gomez *et al.*, 2020). Desta forma, segundo Gomez *et al.* (2020), promove a independência e uma intensa exploração sensorial, isto porque é por volta dos seis meses que os lactentes naturalmente começam a querer e se tornam capazes de investigar o seu ambiente usando as mãos e a boca.

Diferentemente do método tradicional, no qual os pais alimentam os filhos (*parent-led*) com o uso de colher, por meio de papas e purés e com a adaptação da textura da alimentação de forma gradual (Gomez *et al.*, 2020).

No método *Baby-Led Weaning* os alimentos com consistência de puré ou consistência fina não são normalmente oferecidos pois, por razões de desenvolvimento, requerem a ajuda

de um adulto para serem ingeridos com uma colher, e não é este aspeto que o BLW preconiza (Rapley, 2015).

A meu ver, *Baby-Led Weaning* é muito mais do que dar sólidos para o lactente comer e não passa por lhe oferecer de vez em quando um pedaço de comida sólida. *Baby Led Weaning* é aquilo a que podemos chamar de alimentação guiada pelo lactente, ao seu ritmo, sem seguir regras, mas observando-o e respeitando a fase em que ele se encontra.

É importante referir que o BLW deve apenas ser implementado quando existe comprovada segurança neuromotora e nutricional, e sempre sob o olhar atento de um cuidador (Rêgo et al., 2019).

Os principais princípios do BLW, segundo a Associação Portuguesa de Nutrição (2018), são a amamentação, o “*baby led*” e as refeições em família.

Relativamente ao primeiro princípio, no método do *Baby-Led Weaning*, o lactente deve ser amamentado exclusivamente com leite materno até aos seis meses de idade e deve persistir enquanto este o desejar. No entanto, a necessidade de alguns lactentes serem alimentados com fórmula infantil também é reconhecida por este método.

O segundo princípio define que aos seis meses, o lactente inicia a ingestão complementar autonomamente, isto é *Baby led*, segurando pedaços de alimentos inteiros com as próprias mãos porque, nesta fase, o lactente começa a adquirir movimentos de motricidade fina, desenvolvendo a pega fina (juntar as pontas do indicador e polegar) e melhorando a capacidade para agarrar os pedaços de comida.

Também é por volta dos seis meses que os lactentes naturalmente começam a querer investigar o seu ambiente usando as mãos e a boca (Rapley, 2015).

Por fim, o terceiro princípio diz que os alimentos oferecidos ao lactente são iguais aos alimentos da família, contudo em forma de *finger food* e com dimensões suficientes para que a criança consiga pegar com a mão.

Rapley (2015) aborda a principal ideia deste método de diversificação alimentar, que é incluir o lactente na alimentação da família, tê-lo à mesa a partilhar um momento que é tão importante nas nossas vidas. O lactente passa a comer o mesmo do resto da família e para isso, devemos adaptar as nossas refeições para ele possa comer em segurança.

Assim, os pais atuam como modelos para as escolhas alimentares e comportamento na hora das refeições dos seus filhos. Além disso, os horários das refeições compartilhados ajudam o lactente a aprender quais são os alimentos seguros e permitem que eles comecem a usar talheres e copos por imitação quando estão prontos (Rapley, 2015).

Com este método de diversificação alimentar surgem várias vantagens para o lactente, inúmeras por Barbiero (2017):

- Trabalha a motricidade fina, pelo ato de pegar nos pedaços de comida;
- Promove a autonomia, pois o lactente alimenta-se sozinho;
- Promove o desenvolvimento da fala e da linguagem;
- O lactente vai ganhar gosto pela comida e descobrir diferentes texturas e sabores, pois sabe que pode recusar algo caso não tenha interesse;
- Respeita as habilidades naturais e instintos do lactente;
- Permite que o lactente regule o seu apetite, o que vai também, no futuro, prevenir a obesidade devido ao maior consumo de frutas e legumes e ao fenómeno da autorregulação que é respeitada, pois ele acaba a refeição quando estiver saciado.

É muito importante, em qualquer um dos métodos, estar atento aos sinais de saciedade, tais como, o lactente virar a cabeça para o lado ignorando a comida ou empurrar a mesma com a mão e fechar a boca quando lhe são oferecidos alimentos, pois *“Baby-led weaning respects an infant’s natural abilities and instincts in relation to self-feeding and appetite regulation.”* (Rapley, 2015).

O *Baby-Led Weaning*, tal como o método de diversificação alimentar tradicional, pressupõe algumas regras, como o lactente tem de ser capaz de se sentar sozinho, de ter controlo sobre a cabeça, assim como ser capaz de segurar e levar a comida à boca com as suas mãos, pois só assim é possível que ele se alimente sozinho e haja segurança (Weffort et al., 2017).

Para além disto, o lactente também deve demonstrar movimentos semelhantes ao mastigar e roer, e não só movimentos de sugar.

Weffort et al. (2017) faz também referência à necessidade de os alimentos devem ser cozinhados, ou de consistência mole, e cortados de forma especial conforme as idades, sendo que aos seis meses os lactentes não são ainda capazes de abrir a mão intencionalmente para comer o que tem dentro da mão. Logo, é preciso que os alimentos sejam cortados em tamanhos maiores que o punho do lactente, que sejam firmes o suficiente para não serem esmagados entre os dedos, mas moles para serem esmagados com a força das gengivas. Principalmente, é preciso ter paciência e, o mais difícil de tudo, tempo.

Este método de diversificação alimentar levanta algumas questões relacionadas com os possíveis comprometimentos negativos na saúde do lactente, principalmente no que diz respeito ao maior risco de engasgamento e à maior probabilidade de baixo consumo de

energia e micronutrientes, principalmente ferro, já que o próprio lactente determina a quantidade e qualidade da comida por meio de diversos alimentos apresentados no ato de comer (Rêgo et al., 2019).

Relativamente ao baixo consumo de energia e nutrientes, geralmente os purés caseiros e os alimentos infantis comercializados, destinados a idades inferiores a doze meses, não incluem sal ou açúcar. Contudo, os alimentos consumidos pela restante família podem nem sempre ser nutricionalmente adequados para o lactente devido ao sal ou ao modo de confeção (Associação Portuguesa de Nutrição, 2018).

Para além disto, uma família que tem por hábito consumir alimentos processados, salgados ou doces, pode mais facilmente oferecer esses alimentos ao lactente (Associação Portuguesa de Nutrição, 2018).

Neste sentido, a exposição a uma variedade de alimentos pouco saudáveis provenientes das refeições familiares pode ter um impacto negativo nos comportamentos alimentares e de saúde do lactente. Por este motivo, como já foi falado, é fundamental que os pais e cuidadores tenham presente o conceito de alimentação saudável e adequem a sua alimentação às necessidades do lactente (Associação Portuguesa de Nutrição, 2018).

No que concerne ao maior risco de engasgamento, a asfixia é uma realidade que preocupa os pais principalmente quando é iniciada a diversificação alimentar, independentemente do método utilizado, aspeto que é referido pela Associação Portuguesa de Nutrição (2018).

A Associação Portuguesa de Nutrição (2018), refere que tal aspeto está relacionado com o facto de a experiência de colocar os alimentos na boca requerer a coordenação da mastigação, deglutição e respiração e, como tal, aos seis meses a criança pode ainda não ter desenvolvido estas capacidades motoras para ingerir os alimentos em segurança.

E apesar dos lactentes que se autoalimentam aparentarem apresentar maior risco de asfixia, os estudos que compararam o BLW com o método tradicional verificaram que os alimentos que representam risco de asfixia estão presentes em ambos os métodos (Associação Portuguesa de Nutrição, 2018). Desta forma, é essencial o acompanhamento e a supervisão constante das refeições do lactente.

Para além disto, Rapley (2015), aborda o conceito de *gag reflex*. O lactente apresenta o chamado *gag reflex*, que é uma espécie de ânsia do vômito, em que ele, sentindo que a comida não está ainda suficientemente pequena para engolir, volta a trazê-la para a frente da boca para a mastigar melhor (Rapley, 2015).

O prioritário é minimizar o risco de asfixia, como tornar os alimentos mais seguro, confeccionando-os e apresentando-os da forma que foi referido anteriormente.

De forma a eliminar as questões relacionadas com os possíveis comprometimentos negativos na saúde do lactente, a Associação Portuguesa de Nutrição (2018), aconselha a oferta de uma alargada variedade de alimentos incluindo pelo menos um alimento de elevada densidade energética e um de alto teor em ferro, em cada refeição, tal como batata, batata-doce, abóbora, abacate, banana, carnes em geral, vegetais verde-escuros, grão-de-bico, feijões e outras leguminosas.

Recomenda-se, ainda, que a refeição seja realizada num ambiente agradável e com poucas distrações, com supervisão constante (Associação Portuguesa de Nutrição, 2018), e é por este motivo que o BLW tem como regra o tempo.

Para finalizar, o *Baby-Led Weaning* acarreta diversos benefícios para o lactente, tal como a prevenção da obesidade, o maior consumo de frutas e legumes, melhor desenvolvimento de habilidades motoras e efeitos positivos no comportamento dos pais.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente documento e, conseqüentemente, de pesquisa bibliográfica relativamente ao tema do método de diversificação alimentar Baby-Led Weaning, contribuiu positivamente para o meu processo de aprendizagem.

Ao aprofundar conhecimentos, através da evidência científica, no que diz respeito ao Baby-Led Weaning, permitiu-me perceber que é um método relativamente recente e pouco aprofundado pelos profissionais de saúde em Portugal.

Na minha perspetiva, por ser um método que acarreta inúmeras vantagens para o desenvolvimento da criança e promove o bom relacionamento familiar no momento das refeições, deveria ser colocado em hipótese a todos os pais no momento de iniciar a diversificação alimentar.

Desta forma, tendo a informação do seu lado, os pais poderiam decidir sobre o método que melhor se adequa ao contexto familiar e ao seu filho.

Por fim, considero que a realização deste documento foi uma mais-valia para estruturar conhecimentos e refletir sobre uma diferente prática, promovendo assim o desenvolvimento de competências na área de Saúde Infantil e Pediátrica.

BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO - **5 Questões sobre Baby-Led Weaning**. (2018).

BARBIERO, Fabio - **Guia Prático para iniciar o Baby-led Weaning**. CONALCO. (2017).

BROWN, Amy; JONES, Sara Wyn; ROWAN, Hannah - **Baby-Led Weaning: The Evidence to Date**. Current Nutrition Reports. 2:6 (2017) 148-156.

GOMEZ, Melisa [et al.] - **Baby-Led Weaning, Panorama Da Nova Abordagem Sobre Introdução Alimentar: Revisão Integrativa De Literatura**. Revista Paulista de Pediatria. (2020).

RAPLEY, Gill - **Baby-led weaning: The theory and evidence behind the approach**. Journal of Health Visiting. 3:3 (2015) 144-151.

RÊGO, Carla [et al.] - **Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas De Orientação Para Profissionais e Educadores**. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019).

WEFFORT, Virginía [et al.] - **A alimentação complementar e o método BLW (Baby - led Weaning) - Guia prático de atualização**. Sociedade Brasileira de Pediatria. 3 (2017) 1-6.

APÊNDICES

**Apêndice 1 – Planificação da Ação de Educação para a Saúde
“Baby-Led Weaning”**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Baby-Led Weaning

PLANIFICAÇÃO DA AES

Data: 18/12/2020

Duração: 45 minutos

Local: Unidade de Cuidados na Comunidade

Destinatários: Pais que frequentam o curso de educação parental pós-parto da UCC

Intervenientes: Estudante do mestrado em enfermagem com especialização em SIP, enfermeira tutora e destinatários.

Recursos materiais: Computador

Objetivo Geral:

- Promover o conhecimento dos pais sobre o método de diversificação alimentar *Baby-Led Weaning*.

Objetivos específicos:

- Caracterizar o *Baby-Led Weaning*.
- Enunciar os princípios do *Baby-Led Weaning*.
- Enunciar as orientações para implementar o *Baby-Led Weaning*.

- Enumerar as vantagens do *Baby-Led Weaning*.
- Referir as regras inerentes ao *Baby-Led Weaning*.
- Identificar os principais riscos associados ao *Baby-Led Weaning*.

FASES	DURAÇÃO	MÉTODO	ESTRATÉGIA	CONTEÚDO
INTRODUÇÃO	2 minutos	Expositivo	Discurso	Apresentar o grupo orientador da intervenção e a temática a abordar.
DESENVOLVIMENTO	35 minutos	Expositivo	Apresentação em Power Point	Informar sobre o método de diversificação alimentar <i>Baby-Led Weaning</i> .
CONCLUSÃO	10 minutos	Interativo	Debate	Avaliação do conhecimento adquirido ao longo da intervenção, através do esclarecimento de dúvidas.

Apêndice 2 – Guião da apresentação em Power Point da Ação de Educação para a Saúde “Baby-Led Weaning”



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Estágio final e Relatório

BABY-LED WEANING

Guião

Elaborado por Joana Maria Moreira Ascensão (330319001)

Sob Orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, dezembro de 2020

INTRODUÇÃO [Diapositivo 1]

Boa tarde. O meu nome é Joana Ascensão e sou aluna do 2º ano do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto).

No âmbito do tema da diversificação alimentar dos vossos bebés venho falar sobre o *Baby-Led Weaning*, ou BLW.

SUMÁRIO [Diapositivo 2]

Os temas que vamos abordar são o que é o *Baby-led Weaning*, os seus princípios e orientações. Vamos também falar das vantagens, regras e riscos associados ao BLW, e por fim, trouxe um vídeo.

Qualquer questão que tenham não hesitem em perguntar.

O QUE É O BABY-LED WEANING [Diapositivo 3]

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o início da alimentação complementar após os seis meses de vida do bebé, já que todas as necessidades nutricionais do bebé são supridas pela amamentação exclusiva até aos seis meses.

A introdução da alimentação complementar recomendada pela OMS é considerada tradicional, caracterizada pela forma de puré e aumento da consistência gradual até atingir 12 meses de vida, a fim de respeitar os movimentos mastigatórios e a habilidade de deglutição adquiridos.

Contrapondo o modelo tradicional, em 2008 surgiu uma nova abordagem para a introdução alimentar, desenvolvida pela enfermeira britânica Gill Rapley, o *Baby-Led Weaning* (BLW).

O QUE É O BABY-LED WEANING [Diapositivo 4]

Neste método, o bebé é encorajado a provar qualquer alimento, desde o início do período da alimentação complementar, sem haver uma ordem específica para introduzir os alimentos e sem o recurso a alimentos na forma de puré. Deste modo, é o bebé que decide o que comer, a quantidade e o ritmo da refeição, tal como acontece durante a amamentação exclusiva.

O QUE É O BABY-LED WEANING [Diapositivo 5]

O *Baby-Led Weaning* é um método alternativo que promove a autoalimentação a partir dos seis meses, no qual os alimentos, consumidos preferencialmente pela família, são oferecidos em pedaços ou em forma de tiras, moídos ou picados, permitindo que o bebê se alimente sozinho com as mãos. Desta forma, promove a independência e uma intensa exploração sensorial, isto porque é por volta dos seis meses que os bebês naturalmente começam a querer e se tornam capazes de investigar o seu ambiente usando as mãos e a boca.

Diferentemente do método tradicional, no qual os pais alimentam os filhos (*parent-led*) com o uso de colher, por meio de papas e purés e com a adaptação da textura da alimentação de forma gradual.

No *Baby-Led Weaning* os alimentos com consistência de puré ou consistência fina não são normalmente oferecidos pois, por razões de desenvolvimento, requerem a ajuda de um adulto para serem ingeridos com uma colher, e não é este aspeto que o BLW preconiza.

O QUE É O BABY-LED WEANING [Diapositivo 6]

Baby-Led Weaning é muito mais do que dar sólidos para o bebê comer e não passa por lhe oferecer de vez em quando um pedaço de comida sólida.

Baby-Led Weaning é aquilo a que podemos chamar de alimentação guiada pelo bebê, ao seu ritmo, sem seguir regras, mas observando o bebê, respeitado a fase em que ele se encontra.

É importante referir que o BLW deve apenas ser implementado quando existe comprovada segurança neuro motora e nutricional, e sempre sob o olhar atento de um cuidador.

PRINCÍPIOS DO BLW [Diapositivo 7]

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

Relativamente ao primeiro princípio, no método *Baby-Led Weaning*, o bebê deve ser amamentado exclusivamente até aos seis meses de idade e deve persistir enquanto o bebê o desejar. No entanto, a necessidade de alguns bebês serem alimentados com fórmula infantil também é reconhecida por este método.

O segundo princípio define que aos seis meses, o bebê inicia a ingestão complementar autonomamente, isto é *Baby led*, segurando pedaços de alimentos inteiros com as próprias

mãos porque, nesta fase, ele começa a adquirir movimentos de motricidade fina, desenvolvendo a pega fina (juntar as pontas do indicador e polegar) e melhorando a capacidade para agarrar os pedaços de comida.

Por fim, o terceiro princípio diz que os alimentos oferecidos ao bebé são iguais aos alimentos da família, contudo em forma de *finger food* e com dimensões suficientes para que a criança consiga pegar com a mão.

ORIENTAÇÕES DO BLW [Diapositivo 8]

A ideia principal é incluir o bebé na alimentação da família, ter o bebé à mesa a partilhar um momento que é tão importante nas nossas vidas. O bebé passa a comer o mesmo que o resto da família e para isso, esta deve adaptar as refeições para que o bebé possa comer em segurança.

ORIENTAÇÕES DO BLW [Diapositivo 9]

Assim, os pais atuam como modelos para as escolhas alimentares e comportamento na hora das refeições dos seus filhos.

Além disso, os horários das refeições compartilhados ajudam o bebé a aprender quais são os alimentos seguros e permitem que eles comecem a usar talheres e copos por imitação quando estão prontos.

VANTAGENS [Diapositivo 10]

Com este método de diversificação alimentar surgem várias vantagens para o bebé:

- Trabalha a motricidade fina, pelo ato de pegar nos pedaços de comida;
- Promove a autonomia, pois o bebé alimenta-se sozinho;
- Promove o desenvolvimento da fala e da linguagem;
- O bebé vai ganhar gosto pela comida e descobrir diferentes texturas e sabores, pois sabe que pode recusar algo caso não tenha interesse;
- Respeita as habilidades naturais e instintos do bebé;
- Permite que o bebé regule o seu apetite, o que vai também, no futuro, prevenir a obesidade devido ao maior consumo de frutas e legumes e ao fenómeno da autorregulação que é respeitada, pois o bebé acaba a refeição quando estiver saciado.

É muito importante, em qualquer um dos métodos, estar atento aos sinais de saciedade, tais como, o bebê virar a cabeça para o lado ignorando a comida ou empurrar a mesma com a mão e fechar a boca quando lhe são oferecidos alimentos.

E REGRAS? [Diapositivo 11]

E regras para pôr em prática este método? O BLW, tal como o método de diversificação alimentar tradicional, pressupõe algumas regras, como por exemplo, o bebê tem de ser capaz de se sentar sozinho, de ter controlo sobre a cabeça, assim como ser capaz de segurar e levar a comida à boca com as suas mãos, pois só assim é possível que ele se alimente sozinho e haja segurança.

Para além disto, o bebê também deve demonstrar movimentos semelhantes ao mastigar e roer, e não só movimentos de sugar.

Os alimentos devem ser cozinhados, ou de consistência mole, e cortados de forma especial conforme as idades, sendo que aos seis meses os bebês não são ainda capazes de abrir a mão intencionalmente para comer o que tem dentro da mão. Logo, é preciso que os alimentos sejam cortados em tamanhos maiores que o punho do bebê, que sejam firmes o suficiente para não serem esmagados entre os dedos, mas moles para serem esmagados com a força das gengivas.

Principalmente, é preciso ter paciência e, o mais difícil de tudo, tempo.

RISCOS ASSOCIADOS AO BLW [Diapositivo 12]

Este método de diversificação alimentar levanta algumas questões relacionadas com os possíveis comprometimentos negativos na saúde do bebê, principalmente no que diz respeito ao maior risco de engasgamento e à maior probabilidade de baixo consumo de energia e micronutrientes, principalmente ferro, já que o próprio bebê determina a quantidade e qualidade da comida por meio de diversos alimentos apresentados no ato de comer.

RISCOS ASSOCIADOS AO BLW [Diapositivo 13]

Vamos então tentar desmistificar estes riscos. Falando em primeiro lugar do baixo consumo de energia e nutrientes.

Geralmente, os purés caseiros e os alimentos infantis comercializados, destinados a idades inferiores a doze meses, não incluem sal ou açúcar. Contudo, os alimentos consumidos pela restante família podem nem sempre ser nutricionalmente adequados para o bebê devido ao sal e/ou ao modo de confeção.

Além disso, uma família que habitualmente consome alimentos processados, salgados e doces pode oferecer mais facilmente esses alimentos ao bebê.

Neste sentido, a exposição a uma variedade de alimentos pouco saudáveis provenientes das refeições familiares pode ter um impacto negativo nos comportamentos alimentares e de saúde do bebê. Por este motivo, como já foi falado, é fundamental que os pais e cuidadores tenham presente o conceito de alimentação saudável e adequem a sua alimentação às necessidades do bebê.

RISCOS ASSOCIADOS AO BLW [Diapositivo 14]

Relativamente ao maior risco de engasgamento, a asfixia é uma realidade que preocupa os pais durante a diversificação alimentar, independentemente do método utilizado.

A experiência de colocar os alimentos na boca requer a coordenação da mastigação, deglutição e respiração e, como tal, aos 6 meses a criança pode ainda não ter desenvolvido estas capacidades motoras para ingerir os alimentos em segurança – como falei anteriormente estes são aspetos que constam como regras para adotar o BLW.

E apesar dos bebês que se autoalimentam aparentarem apresentar maior risco de asfixia, os estudos que compararam o BLW com o método tradicional verificaram que os alimentos que representam risco de asfixia estão presentes em ambos os métodos.

Desta forma, é essencial o acompanhamento e a supervisão constante das refeições do bebê. Para além disto, o bebê apresenta o chamado *gag reflex*, que é uma espécie de ânsia do vômito, em que eles, sentindo que a comida não está ainda suficientemente pequena para engolir, voltam a trazê-la para a frente da boca para a mastigarem melhor.

O prioritário é minimizar o risco de asfixia, como tornar os alimentos mais seguro, confeccionando-os e apresentando-os da forma que já foi referido.

RISCOS ASSOCIADOS AO BLW [Diapositivo 15]

Vamos então acabar com os riscos.

Relativamente ao inadequado fornecimento energético, é aconselhada a oferta de uma variedade de alimentos alargada incluindo pelo menos um alimento de elevada densidade energética e um de alto teor em ferro, em cada refeição (batata, batata-doce, abóbora, abacate, banana, carnes em geral, vegetais verde-escuro, grão-de-bico, feijões e outras leguminosas).

Recomenda-se, ainda, que a refeição seja realizada num ambiente agradável e com poucas distrações, com supervisão constante – por isso é que o BLW tem como regra o tempo.

BABY-LED WEANING [Diapositivo 16]

Como já referi, o BLW propõe diversos benefícios, como prevenção da obesidade, maior consumo de frutas e legumes, melhor desenvolvimento de habilidades motoras e efeitos positivos no comportamento dos pais.

Para finalizar trago um vídeo que resume tudo aquilo que foi abordado.

Alguma questão?

Muito obrigada pelo vosso tempo.

BIBLIOGRAFIA [Diapositivo 17]

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO - 5 Questões sobre Baby-Led Weaning. (2018).

BARBIERO, Fabio - Guia Prático para iniciar o Baby-led Weaning. CONALCO. (2017).

BROWN, Amy; JONES, Sara Wyn; ROWAN, Hannah - Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Current Nutrition Reports*. 2:6 (2017) 148-156.

GOMEZ, Melisa [et al.] - Baby-Led Weaning, Panorama Da Nova Abordagem Sobre Introdução Alimentar: Revisão Integrativa De Literatura. *Revista Paulista de Pediatria*. (2020).

RAPLEY, Gill - Baby-led weaning: The theory and evidence behind the approach. *Journal of Health Visiting*. 3:3 (2015) 144-151.

RÊGO, Carla [et al.] - Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas De Orientação Para Profissionais e Educadores. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019).

**Apêndice 3 – Apresentação Power Point da Ação de Educação
para a Saúde “Baby-Led Weaning”**

BABY-LED WEANING (BLW)

Joana Ascensão

Professora Orientadora: Professora Isabel Quelhas



SUMÁRIO

1. O que é o Baby-led Weaning
2. Princípios do BLW
3. Orientações do BLW
4. Vantagens
5. E regras?
6. Riscos associados ao BLW
7. Baby-led weaning - Vídeo
8. Bibliografia



O QUE É O BABY-LED WEANING

A OMS recomenda a introdução alimentar considerada tradicional

- movimentos mastigatórios
- habilidade de deglutição adquiridos



2008

Nova abordagem sobre introdução alimentar - Baby-Led Weaning (BLW)



O QUE É O BABY-LED WEANING

A criança é encorajada a provar qualquer alimento

Sem ordem específica para introduzir os alimentos

Sem recurso a alimentos em forma de puré

A criança decide o que comer, a quantidade e o ritmo da refeição

O QUE É O BABY-LED WEANING



- Método alternativo
- Promove a autoalimentação
- Alimentos consumidos pela família
- Alimentos em pedaços ou tiras
- Criança alimenta-se sozinha
- Promove a independência
- Estimula os órgãos dos sentidos



O QUE É O BABY-LED WEANING

BLW é muito mais do que dar sólidos para o bebê comer

Não passa por lhe oferecer de vez em quando um pedaço de comida

Alimentação guiada pelo bebê
Ou
Auto-alimentação



- Ao seu ritmo
- Sem seguir regras
- Observando o bebê

PRINCÍPIOS DO BLW

1. Amamentação



2. Baby-Led



3. Refeições em Família



ORIENTAÇÕES DO BLW



Incluir o bebê na alimentação da família, ter o bebê à mesa e partilhar este momento



As refeições da família devem ser adaptadas

ORIENTAÇÕES DO BLW

Os pais assumem o papel de modelos para as escolhas alimentares e para o comportamento na hora das refeições.



Os horários das refeições partilhados ajudam o bebé a aprender quais os alimentos seguros e permitem que comecem a usar talheres e copo por imitação.



VANTAGENS

Trabalha a motricidade fina

Ganha gosto pela comida

Descobre diferentes texturas e sabores



Promove o desenvolvimento da fala e da linguagem

Ganha autonomia

Respeita as habilidades naturais e instintos do bebé

Permite que o bebé regule o seu apetite

E REGRAS?

- ❖ O bebê tem de ser capaz de permanecer sentado sozinho
- ❖ O bebê procura objetos e segura-os
- ❖ O bebê leva esses objetos à boca
- ❖ Faz movimentos de roer e mastigar (e não apenas de sugar)
- ❖ Alimentos cozinhados ou de consistência mole
- ❖ Cortados em tiras ou pedaços grandes
- ❖ Tempo e Paciência



RISCOS ASSOCIADOS AO BLW

As discussões giram em torno de POSSÍVEIS comprometimentos negativos na saúde da criança, devido ao MAIOR RISCO DE ENGASGAMENTO e MAIOR PROBABILIDADE DE BAIXO



CONSUMO DE ENERGIA E MICRONUTRIENTES, principalmente ferro, já que a própria criança determina a quantidade e qualidade da comida por meio de diversos alimentos apresentados no ato de comer.

RISCOS ASSOCIADOS AO BLW BAIXO CONSUMO DE ENERGIA E MICRONUTRIENTES



Não incluem sal ou açúcar

Alimentos consumidos pela restante família habitualmente incluem sal ou são confeccionados de forma inadequada para o bebé



RISCOS ASSOCIADOS AO BLW MAIOR RISCO DE ENGASGAMENTO

1. Para o início da diversificação alimentar é necessário que o bebé coordene a mastigação, deglutição e respiração.
2. É essencial o acompanhamento e supervisão constante das refeições.
3. Gag Reflex.
4. Minimizar o risco de asfixia passa também por oferecer os alimentos da forma mais segura.

RISCOS ASSOCIADOS AO BLW



Oferecer uma variedade de alimentos incluindo pelo menos 1 de elevada densidade energética e 1 de alto teor em ferro, em cada refeição (batata, batata doce, abóbora, abacate, banana, carnes em geral, vegetais verde escuros, grão-de-bico, feijões e outras leguminosas).

Realizar a refeição num ambiente calmo e com poucas distrações

Ter em atenção os sinais de fome e saciedade do bebé



BABY-LED WEANING



BIBLIOGRAFIA

- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO – 5 Questões sobre Baby-Led Weaning. (2018).
- BARBIERO, Fabio – Guia Prático para iniciar o Baby-led Weaning. CONALCO. (2017).
- BROWN, Amy; JONES, Sara Wyn; ROWAN, Hannah – Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Current Nutrition Reports*. 2:6 (2017) 148-156.
- GOMEZ, Melisa [et al.] – Baby-Led Weaning, Panorama Da Nova Abordagem Sobre Introdução Alimentar: Revisão Integrativa De Literatura. *Revista Paulista de Pediatria*. (2020).
- RAPLEY, Gill – Baby-led weaning: The theory and evidence behind the approach. *Journal of Health Visiting*. 3:3 (2015) 144-151.
- RÉGO, Carla [et al.] – Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais e Educadores. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019).