



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Apêndices e Anexos

***Empowerment* Parental para a Promoção da Alimentação  
Saudável no Primeiro Ano de Vida: o contributo da  
Enfermagem**

Parental Empowerment for Promoting Healthy Eating in the First Year of Life:  
The Contribution of Nursing

Sara Margarida Ferreira Silva Lobo

---

Lisboa  
2024



**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
**Apêndices e Anexos**

***Empowerment* Parental para a Promoção da Alimentação  
Saudável no Primeiro Ano de Vida: o contributo da  
Enfermagem**

Parental Empowerment for Promoting Healthy Eating in the First Year of Life:  
The Contribution of Nursing

**Sara Margarida Ferreira Silva Lobo**

Orientador/a: Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues

---

**Lisboa**  
**2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

# Índice

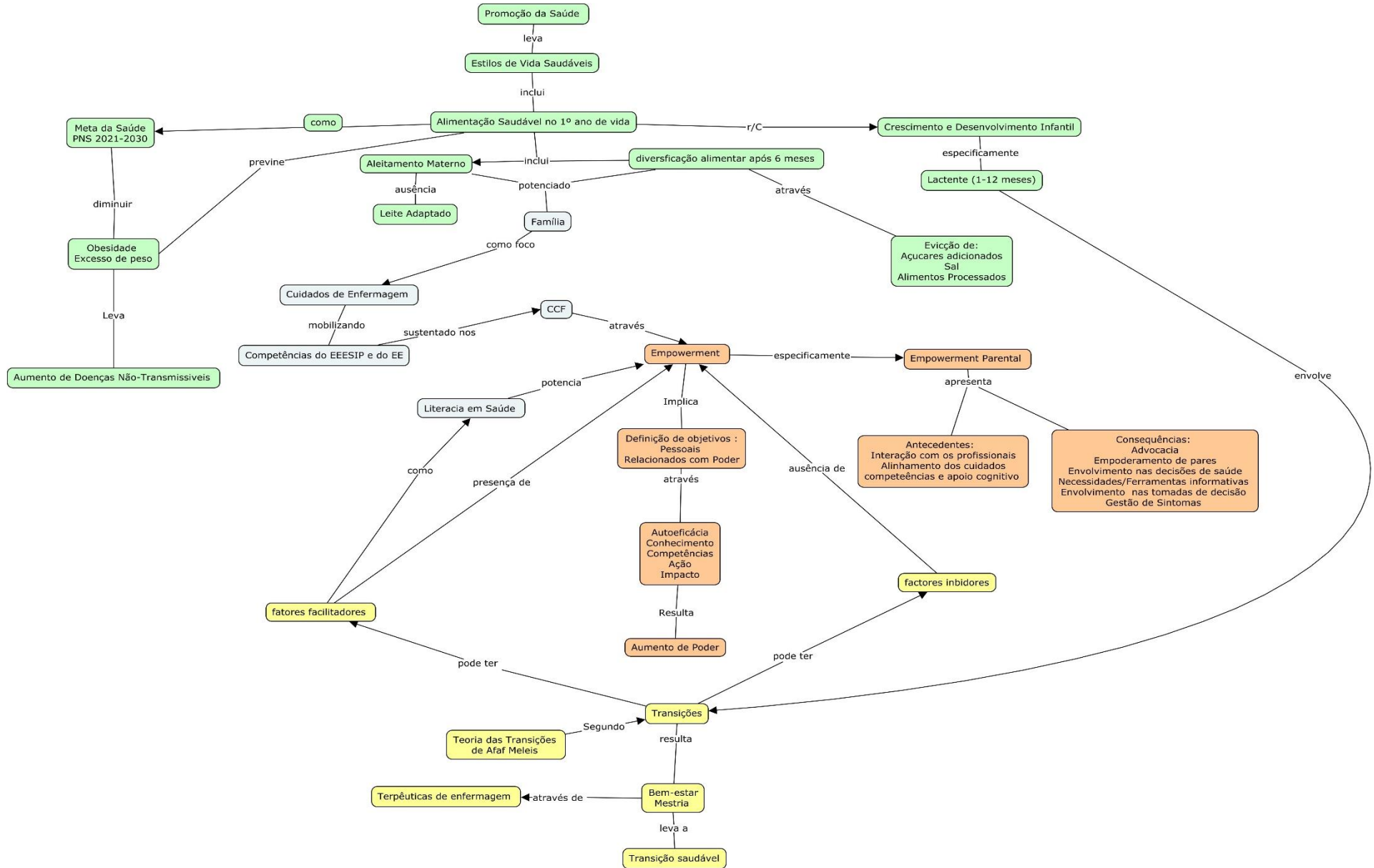
Apêndices.....	
Apêndice I – Mapa Conceptual.....	
Apêndice II – Autodiagnóstico de Competências.....	
Apêndice III – Guia Orientador das Atividades de Estágio.....	
Apêndice IV – Caracterização dos Locais de Estágios.....	
Apêndice V – Capacitar Para Cuidar: Capacitação Parental De Pais De Crianças Com Perturbação Do Desenvolvimento.....	
Apêndice VI – Sessão de Formação “Promoção da Alimentação Saudável no 1.º Ano de Vida nos Cuidados de Saúde Primários”.....	
Apêndice VII – Folheto “Alimentação Saudável na Criança até aos 2 Anos de Vida.....	
Apêndice VIII – Planeamento de um Projeto de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.....	
Apêndice IX – Alimentação na Neonatologia: Importância das Competências Oro-Motoras: Entrevista a Enfermeira Perita.....	
Apêndice X – A Intervenção do Enfermeiro Especialista com a Criança/Jovem com Excesso de Peso ou Obesidade na Urgência Pediátrica.....	
Apêndice XI – Cuidados de Enfermagem à Criança com Drepanocitose: Foco na Alimentação.....	
Apêndice XII – Revisão Da Literatura “Alimentação e Prematuridade”.....	
Apêndice XIII – Sessão de Formação “Alimentação e Prematuridade: da Estimulação à Aquisição de Competências. Intervenção de Enfermagem”.....	
Apêndice XIV – Norma Procedimental “Cuidados de Enfermagem à Criança/Jovem com Vômitos e Diarreia no Serviço de Urgência Pediátrica”.....	
Apêndice XV – Sessão de Formação “Diversificação Alimentar e Hospitalização”.....	
Apêndice XVI – Documento Informativo “Manutenção da Diversificação Alimentar na Urgência Pediátrica”.....	

Apêndice XVII – Sessão de Formação “1, 2, 3 Uma Colher de Cada Vez - Alimentação Saudável nos Dois Primeiros Anos de Vida”.....	
Apêndice XVIII – Preparação de Consulta de Vigilância Infantil e Juvenil .....	
Apêndice XIX – Folheto “Guia Orientador: Introdução Alimentar. O Bebê Vai Começar a Comer... E Agora?!” .....	
Apêndice XX – Cuidados de Enfermagem à Criança com Obesidade no Serviço de Internamento de Pediatria .....	
Apêndice XXI– Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Desenvolvimento de Competências Oromotoras para a Alimentação em Criança em Situação Complexa: Estudo De Caso. ....	
Apêndice XXII – Diapositivos sobre Gestão dos Vômitos e Diarreia da Criança, no Serviço de Urgência Pediátrica .....	
Apêndice XXIII – Protocolo de revisão sistemática da literatura qualitativa .....	
Anexos.....	
Anexo I – Curso “Comer Bem na Escola e em Família” da Universidade do Porto.....	
Anexo II – Workshop “Comportamento Alimentar na Infância: Um Diálogo entre Psicólogos e Nutricionistas”.....	
Anexo III – Participação no “Seminário do Projeto NIDCare: Prática Baseada na Evidência na Seleção das Técnicas de Alimentação Oral do Recém-Nascido”.....	

## Apêndices

## Apêndice I – Mapa Conceptual

# Apêndice I - Mapa conceptual



## Apêndice II – Autodiagnóstico de Competências

## Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

### Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

#### Competência E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Descritivo: considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado <1 >4
<p><b>E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</b></p> <p>E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p>	<p>O Serviço de Urgência Pediátrico (SUP) caracteriza-se pela variedade e diversidade de faixas etárias, situações de saúde/doença, com maior ou menor complexidade, pelo que, no decorrer da minha prática profissional tenho tido oportunidade de trabalhar e mobilizar competências relacionadas com a comunicação, estratégias motivadoras, proporcionando conhecimento e aprendizagem de habilidades para que a criança e família geriam o seu processo de saúde/doença.</p> <p>Trabalho e parceria, envolvendo os pais sempre que assim desejem, incentivando-o e proporcionando momentos para que a participação da família aconteça.</p> <p>No que concerne às competências relacionadas com a comunidade/saúde escolar, estas ainda não estão trabalhadas, pois não é esse o meu contexto profissional.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3_____4</p> <p>Observações:</p>

<p><b>E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</b></p> <p>E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus-tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.</p> <p>E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>	<p>Como Enfermeira no SUP, particularmente na triagem, mobilizo com frequência conhecimentos relacionados com as doenças mais comuns nas diferentes idades, respondendo apropriadamente às mesmas. Sempre que necessário encaminho ou identifico a necessidade de encaminhar as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais, nomeadamente, para fisioterapeutas ou terapeuta da fala.</p> <p>É comum receber crianças com evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, o que requer uma abordagem holística da criança, livre de julgamentos.</p> <p>Em SO/UCEP avalio, frequentemente, conhecimentos e comportamentos da família e Criança/Jovem relativamente à sua saúde, facilitando à aquisição de conhecimentos, quando identificada necessidade</p> <p>No que concerne às questões relacionadas com situações de maus-tratos, violência, entre outros, é uma situação que tenho vindo a trabalhar, consultado frequentemente o elo de ligação com o Núcleo de apoio às crianças e Jovens em Risco.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p>

## Competência E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo - Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
<p><b>E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</b></p> <p>E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.</p> <p>E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.</p> <p>E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.</p>	<p>Trabalhando no Serviço de Urgência Pediátrica e no decorrer da minha atividade profissional coadjuvando-se a formação nesta área considero que tenho um elevado nível de competência nesta unidade.</p> <p>Não obstante há sempre situações novas, diferentes e mais específicas que requerem um aprofundamento e apropriação da situação específica e, como tal, há sempre “espaço” para melhor e aprender mais.</p> <p>O aspeto que considero menos desenvolvido, devido às elevadas taxas de sucesso na Urgência Pediátrica, bem como devido à transferência de crianças em situação de fim de vida para o internamento de pediatria, por exemplo, é a unidade E.2.1.3 “Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.”, por não ter tanto contacto na minha prática profissional.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ <b>4</b></p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ <b>4</b></p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ <b>3</b> _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ <b>4</b></p> <p>Observações:</p>
<p><b>E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</b></p> <p>E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem.</p> <p>E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.</p> <p>E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.</p>	<p>A gestão e controlo da dor faz parte integrante e indissociável da minha prática de cuidados, à luz de um dos pilares da Enfermagem em Pediatria – os cuidados não traumáticos. Por haver um protocolo instituído, tenho, na triagem, alguma autonomia na administração de analgesia, após avaliação devida. Valorizo e, muitas vezes, insisto para que exista um alívio farmacológico da dor. Instituo muitas vezes medidas não farmacológicas, como o colo dos pais, a distração, a sucção não nutritiva, o aleitamento materno, manobras de relaxamento/imagem guiada, entre outras.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ <b>3</b> _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ <b>4</b></p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ <b>4</b></p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ <b>3</b> _____ 4</p>

		Observações:
<p><b>E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.</b>  E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas.  E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.</p>	<p>No meu local de trabalho, tenho contacto esporádico com doenças raras, pelo que esta unidade de competência carece de aprofundamento.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios  1 _____ 2 _____ <b>3</b> _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito  1 _____ <b>2</b> _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica  1 _____ <b>2</b> _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)  1 _____ 2 _____ <b>3</b> _____ 4</p> <p>Observações:</p>
<p><b>E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.</b>  E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem.  E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem.  E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar</p>	<p>Esta unidade de competência é a que menos tenho trabalhada, demonstrando-se pouco frequente na minha prática de cuidados.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios  <b>1</b> _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito  <b>1</b> _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica  <b>1</b> _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)  <b>1</b> _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p>

<p><b>E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</b></p> <p>E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.</p> <p>E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de <i>coping</i> e de adaptação.</p> <p>E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.</p> <p>E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário.</p> <p>E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.</p> <p>E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.</p>	<p>Devido ao contacto frequente com não só agudizações de doenças crónicas, tenho contacto frequente com Diabetes <i>Mellitus</i> tipo I, inaugural, pelo que tenho muitas desta unidade de competência trabalhadas, nomeadamente nas estratégias promotoras de esperança e na capacitação da criança/jovem/família.</p> <p>Considero necessário trabalhar mais a adequação do suporte familiar e comunitário, bem como a referência para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ <b>3</b> _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ <b>3</b> _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ <b>3</b> _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ <b>3</b> _____ 4</p> <p>Observações:</p>

### E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Descritivo - Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
<p><b>E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</b></p> <p>E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p>	<p>Nesta unidade de competência o item que não realizado na minha prática é “E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.” Por não se adequar a avaliação do desenvolvimento em fase aguda de doença.</p> <p>Os restantes itens faço sempre que necessário, particularmente as orientações antecipatórias.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ <b>3</b> _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ <b>3</b> _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ <b>3</b> _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ <b>3</b> _____ 4</p> <p>Observações:</p>
<p><b>E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.</b></p> <p>E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade.</p> <p>E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo.</p> <p>E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.</p> <p>E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN.</p> <p>E3.2.5 — Promove a amamentação.</p> <p>E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.</p> <p>E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.</p>	<p>Face à minha experiência atual e passada, esta é uma competência que considero ter bastante desenvolvida, não só, mas também, por ser uma das minhas áreas de interesse pessoal e profissional.</p> <p>A unidade de competência menos desenvolvida é “E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.” Por não se adequar ao meu contexto profissional</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ <b>4</b></p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ <b>4</b></p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ <b>4</b></p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ <b>4</b></p> <p>Observações:</p>

<p><b>E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</b>  E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.  E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.  E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>	<p>Mobilizo com frequência técnicas variadas de comunicação com as crianças nos seus diferentes estádios de desenvolvimento, adequando igualmente à família da criança, tendo em consideração a sua cultura.</p> <p>O SUP é cada vez mais um local de multiculturalidade, verificando-se a necessidade de atualização frequente das práticas, para um cuidado respeitador na cultura e crenças do cliente de Enfermagem.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios  1_____2_____3_____4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito  1_____2_____3_____4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica  1_____2_____3_____4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)  1_____2_____3_____4</p> <p>Observações:</p>
<p><b>E3.4 — Promove a autoestima do adolescente e a sua auto -determinação nas escolhas relativas à saúde.</b>  E3.4.1— Facilita a comunicação expressiva de emoções.  E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário.  E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.  E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável.  E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.</p>	<p>Esta competência posso desenvolver mais uma vez que não é um estágio com o qual tenha tanto à vontade, fazendo questão de adequar a minha intervenção à fase do desenvolvimento e necessidades do Adolescente.</p> <p>Todas estas unidade de competência são mobilizadas na minha prática, mas ainda não de forma total ou com apropriação.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios  1_____2_____3_____4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito  1_____2_____3_____4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica  1_____2_____3_____4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)  1_____2_____3_____4</p> <p>Observações:</p>

## **Apêndice III – Guia Orientador das Atividades de Estágio**

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica

UC Estágio

*Empowerment* Parental para a Promoção da Alimentação  
Saudável no Primeiro Ano de Vida: O contributo da  
Enfermagem

Sara Margarida Ferreira Silva Lobo n.º 2802

—  
Professor Orientador:

Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues

—  
Lisboa

Junho 2023

# INTRODUÇÃO

**Título do Projeto:** *Empowerment* Parental para a Promoção da Alimentação Saudável, no Primeiro Ano de Vida: O contributo da Enfermagem

## **Objetivos Gerais:**

1. Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no cuidado à criança, jovem e família, nos processos saúde/doença e nos diferentes contextos de saúde.
2. Desenvolver competências no âmbito do *empowerment* parental para a promoção da alimentação saudável, no primeiro ano de vida da criança.

## **Resumo:**

O primeiro ano de vida é determinante para a aquisição e sedimentação de hábitos alimentares saudáveis, mas também, para a expressão máxima do potencial individual de crescimento e desenvolvimento. É, igualmente, determinante na modulação do risco de doenças crónicas, uma vez que os hábitos alimentares, o estilo de vida e os comportamentos estabelecidos nesta idade tendem a persistir até à idade adulta. Os enfermeiros devem promover e supervisionar a oferta de uma alimentação adequada no sentido de promover a saúde (DGS, 2019a), bem como, facilitar as transições que os lactentes e seus cuidadores vivenciam neste período, através da sua identificação e/ou adequação de terapêuticas de enfermagem, com fim a promover uma transição saudável (Meleis, 2010). O Enfermeiro Especialista deve reconhecer e a empoderar os pais e outros adultos de referência, enquanto principais prestadores de cuidados ao lactente (DGS, 2013). O processo de *empowerment* inclui a criação de ambientes, oportunidades e experiências para que os indivíduos e famílias possam participar na formulação dos problemas de saúde, nas tomadas de decisão e nas ações. Ou seja, pretende-se que os pais participem na coprodução dos cuidados, na medida das suas capacidades e vontade para tal (Rodrigues et al., 2021).

## Contextualização do Tema, Problemática e Objeto de Estudo

A nutrição nos primeiros anos de vida é essencial para a saúde a longo prazo, para o desenvolvimento cognitivo e para a obtenção de resultados económicos favoráveis (Clark et al., 2020), podendo ainda reduzir a morbilidade e mortalidade, reduzir o risco de doenças crónicas e promover o desenvolvimento de modo geral (OMS, 2021a).

O primeiro ano de vida é uma fase de grandes transições, quer a nível físico, quer a nível desenvolvimental (Rodgers, 2017) e como tal, para que o processo de alimentação decorra com segurança e para que se consiga associar comportamentos alimentares saudáveis para a vida, importa respeitar o padrão maturativo de cada lactente, mas também, conhecer e respeitar as “janelas de treino” (DGS, 2019a). O leite materno é o alimento ideal para o pequeno lactente, sendo recomendado o aleitamento materno (AM) exclusivo até aos seis meses de vida (DGS, 2019a, OMS, 2021a). Por volta dos seis meses de vida, as necessidades calóricas e nutricionais do lactente começam a exceder o providenciado pelo AM, pelo que a Diversificação Alimentar (DA) deverá dar resposta a essas necessidades (OMS, 2021a). Esta pode ser iniciada entre os quatro e os seis meses de vida (Fewtrell et al., 2017; OMS, 2021a). Até aos doze meses, a DA, consiste primordialmente na aquisição de experiências ao nível do saber e da mastigação e não necessariamente de aumento ponderal, uma vez que o maior aporte calórico advém do consumo de leite (humano ou adaptado), sendo, por isso, a manutenção do AM recomendada até aos dois anos de vida ou mais, uma vez que esta providencia mais de metade das necessidades energéticas da criança (DGS, 2019a; OMS, 2021a; Rodgers, 2017).

O consumo de açúcar adicionado está totalmente contraindicado no primeiro ano de vida (DGS, 2019b; Fewtrell et al., 2017). Segundo Mis et al. (2017), as bebidas açucaradas/açúcares livres aumentam o risco de obesidade/excesso de peso, de cáries dentárias, podem resultar numa oferta nutricional pobre e numa redução da diversidade alimentar e podem estar associados ao aumento do risco de diabetes *mellitus* tipo 2, risco cardiovascular e outros problemas de saúde. Não é recomendado, de igual modo, o consumo de mel nos primeiros doze meses de vida, pelo risco de botulismo infantil e o consumo excessivo de alimentos energeticamente densos, durante a DA, pode induzir um ganho ponderal excessivo na infância, que por sua vez, está associado a um maior

risco de obesidade na idade pré-escolar e escolar (Fewtrell et al., 2017). No primeiro ano de vida, não deve ser adicionado sal na preparação e confeção dos alimentos (DGS, 2019b; Fewtrell et al., 2017). Os dados mais recentes demonstram um ainda elevado consumo de alimentos açucarados, de alimentos processados e com excesso de sal, na população pediátrica portuguesa (Rito et al, 2021; Lopes et al., 2017; Rêgo et al., 2013).

O Estado Português, através do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, evidencia a necessidade de se intervir nos determinantes das Doenças Crónicas não transmissíveis, atribuindo um importante ónus à alimentação inadequada, ao excesso de peso e obesidade, entre outros, como principais causas, não só, de doenças crónicas, mas também, de perda de qualidade de vida e mortalidade prematura (DGS, 2022a). A obesidade é uma doença multifatorial, complexa, definida pelo excesso de adiposidade, que representa um risco para a saúde. Deriva de uma série de exposições sociais, ambientais e económicas, que interagem com fatores comportamentais e biológicos individuais, que se acumulam ao longo da vida. A obesidade adquirida na infância frequentemente persiste pela adolescência e pela adultícia, evidenciando a dificuldade do tratamento e enfatizando a importância da prevenção, o mais precocemente possível (OMS, 2022). O enfermeiro tem um papel privilegiado para iniciar e dar suporte à prevenção da obesidade e às estratégias de tratamento. A evidência sustenta que o conhecimento dos pais, sobre nutrição, tende a melhorar após intervenções de educação para a saúde e aconselhamento (Cheng et al., 2021).

Segundo a DGS (2013), o aumento dos conhecimentos e de motivação das famílias, em conjunto com a melhoria das condições de vida, favorecerem o desenvolvimento do exercício da parentalidade, pelo que, compete aos profissionais de saúde a facilitação e promoção dos pais enquanto principais prestadores de cuidados dos seus filhos. A implementação, bem-sucedida, de cuidados centrados na família (CCF) tem o potencial de beneficiar pacientes, familiares e enfermeiros, uma vez que, os CCF pressupõem o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de saúde, fundamentados na parceria, no sentido de haver uma atmosfera de respeito mútuo, uma comunicação aberta e colaboração e participação no desenvolvimento, entrega e avaliação dos cuidados ao paciente, bem como, nas tomadas de decisão. Envolve o reconhecimento e desenvolvimento das forças da família e a provisão ou mobilização de apoios e recursos para dar resposta às preocupações e prioridades da família, de forma a promover a saúde

e bem-estar dos indivíduos e suas famílias (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; IPFCC, n.d; Goldsmith & Mele, 2021; Smith, 2018). Os CCF assentam em dois conceitos pilares: a capacitação e o *empowerment*. Os profissionais de saúde capacitam as famílias através da criação de oportunidades e meios para que todos os membros da família demonstrem as suas capacidades e competências atuais e que adquiram novas que deem resposta às necessidades da criança e família (Hockenberry, 2017).

*Empowerment* é definido por Cattaneo e Chapman (2010) como um processo iterativo, no qual um indivíduo, que não tem poder, define uma meta com significado pessoal, orientada no sentido de aumentar o seu poder, aplicando ações que vão ao encontro desse mesmo objetivo. O indivíduo observa e reflete sobre o impacto dessas ações, tendo por base a sua autoeficácia, os seus conhecimentos e as suas competências relativas ao objetivo. O *empowerment* parental pode ser definido como o processo através do qual os pais são capazes de aumentar o controlo que detêm sob as decisões e ações que afetam a saúde dos seus filhos (Ashcraft et al., 2019).

O primeiro ano de vida caracteriza-se pelas mais variadas mudanças, mudanças essas, que à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis se podem considerar transições, quer para as crianças, quer para os pais. A conclusão saudável de uma transição é determinada pela extensão pela qual o indivíduo demonstra mestria na tarefa e pela adoção de comportamentos necessários para lidar com a sua nova situação ou ambiente. A mestria tem diversos componentes, como a competência, que compreende o conhecimento ou a capacidade cognitiva, a capacidade de tomada de decisão, as capacidades psicomotoras e a autoconfiança (Meleis, 2010). O enfermeiro deve recorrer a terapêuticas de enfermagem destinadas a promover os resultados de saúde, como a avaliação da preparação, que consiste num empreendimento multidisciplinar e requer um conhecimento do cliente, na preparação para a transição, através da educação, a preparação e implementação de novas competências, fazendo-o de forma a auxiliar os clientes a criar condições condutivas de uma transição saudável (Meleis, 2010).

## Planeamento de Atividades a desenvolver em contexto de Estágio

No sentido de atingir os objetivos propostos, foram delineadas as seguintes atividades, que podem sofrer alteração mediante contacto com o contexto e adequação ao mesmo.

Consulta de Desenvolvimento				
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Avaliação
1. Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no cuidado à criança, jovem e família, nos processos saúde/doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Conhecer o contributo do EESIP na dinâmica do serviço e na gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados.</li> <li>❖ Aprofundar conhecimentos sobre o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de entrevistas ao enfermeiro gestor, enfermeiro orientador e à equipa de enfermagem, de forma a conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida e outras particularidades do serviço;</li> <li>• Consulta das normas e protocolos disponíveis.</li> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre desenvolvimento infantil, instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil e alterações no desenvolvimento infantil.</li> <li>• Consulta de documentos das Políticas de Saúde em Portugal como o plano nacional de Saúde, PNSIJ, Guias de Orientação de Boas Práticas da OE e da DGS;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Docente Orientador; Enfermeiro Orientador; Enfermeiro Gestor; Equipa de Enfermagem; Equipa multidisciplinar; Crianças e suas Famílias.</p>	<p>Realização de uma análise crítica e reflexiva sobre a “Projeto de capacitação parental para pais de crianças com perturbação da relação e da linguagem”</p>

<p>e nos diferentes contextos de saúde.</p>	<p>desenvolvimento infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação e participação na prestação de cuidados de enfermagem prestados pelo Enfermeiro Orientador, restantes EEESIPs e equipa de enfermagem;</li> <li>• Observação e participação nas intervenções realizadas pela equipa multidisciplinar;</li> <li>• Observação e aplicação de escalas de avaliação do desenvolvimento infantil com recursos a instrumentos adequados à criança e ao contexto;</li> <li>• Identificação de alterações do desenvolvimento da criança e do jovem.</li> </ul>	<p><b>Materiais:</b></p> <p>Documentação do serviço;</p> <p>Enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde e de saúde infantil vigentes;</p> <p>Bibliografia de Referência;</p> <p>Evidência científica.</p>	
<p><b>Competências a desenvolver</b></p>	<p><b>Competências específicas</b> (regulamento n.º 422/2018): E1.1; E1.2; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.3.</p> <p><b>Competências comuns</b> (regulamento n.º 140/2019): A1.1; A2.2; B1.1; B3.1; D1.1; D1.2; D2.1; D2.2; D2.3.</p>			

Cuidados de Saúde Primários				
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Avaliação
1. Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no cuidado à criança, jovem e família, nos processos saúde/doença e nos diferentes	1.1 Conhecer o contributo do EESIP na dinâmica do serviço e na gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados;  1.2 Prestar cuidados de enfermagem centrados na criança e família em contexto de cuidados de saúde primários;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de entrevistas exploratórias ao enfermeiro gestor, enfermeiro orientador e à equipa de enfermagem, de forma a conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida e outras particularidades do serviço;</li> <li>• Consulta das normas e protocolos disponíveis.</li> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre desenvolvimento infantil, instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil, alterações no desenvolvimento infantil, parâmetros a avaliar nas consultas de vigilância infantil, cuidados antecipatórios do PNSIJ e Programa Nacional de Vacinação;</li> <li>• Consulta de documentos das Políticas de Saúde em Portugal como o plano nacional de Saúde, PNSIJ, Guias de Orientação de Boas Práticas da OE e da DGS;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Docente Orientador; Enfermeiro Orientador; Enfermeiro Gestor; Equipa de Enfermagem; Equipa multidisciplinar; Crianças e suas Famílias.</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Documentação do</p>	Realização de uma análise crítica e reflexiva sobre “Preparação de consultas de vigilância de saúde infantil”

<p>contextos de saúde.</p>	<p>1.3 Aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação e participação na prestação de cuidados de enfermagem prestados pelo Enfermeiro Orientador, restantes EEESIPs e equipa de enfermagem;</li> <li>• Observação e participação nas intervenções realizadas pela equipa multidisciplinar;</li> <li>• Observação e aplicação de escalas de avaliação do desenvolvimento infantil com recursos a instrumentos adequados à criança e ao contexto;</li> <li>• Identificação de alterações do Desenvolvimento da criança e do jovem.</li> </ul>	<p>serviço; Enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde e de saúde infantil vigentes; Bibliografia de Referência; Evidência científica.</p>	<p>Análise e Reflexão sobre sessão de Educação para a Saúde com base nos questionários de avaliação da mesma;</p>
<p>Desenvolver competências no âmbito do <i>empowerment</i> parental para a promoção da alimentação</p>	<p>2.1 Identificar necessidades e dificuldades da equipa de enfermagem na promoção da alimentação saudável</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de entrevista ao enfermeiro orientador para levantamento de necessidades e dificuldade da equipa de Enfermagem quanto à promoção da alimentação saudável;</li> <li>• Realização de uma sessão de formação sobre promoção da alimentação saudável nos CSP;</li> </ul>		

<p>saudável, no primeiro ano de vida.</p>	<p>no 1º ano de Vida da criança;</p> <p>2.2 Empoderar a família para a promoção da alimentação saudável através de educação para a saúde;</p> <p>2.3 Encaminhar criança/jovem com excesso de peso/obesidade para cuidados especializados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil;</li> <li>• Realização de um documento de apoio à consulta de vigilância infantil – Folheto sobre diversificação alimentar;</li> <li>• Identificação de crianças com excesso de peso/obesidade e encaminhamento das mesmas para cuidados especializados.</li> </ul>		
<p><b>Competências a desenvolver</b></p>	<p><b>Competências específicas</b> (regulamento n.º 422/2018): E1.1; E1.2; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3; 3.4.</p> <p><b>Competências comuns</b> (regulamento n.º 140/2019): A1.1; A1.2; A2.2; B1.1; B3.1; D1.1; D1.2; D2.1; D2.2; D2.3.</p>			

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais				
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Avaliação
<p>1. Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no cuidado à criança, jovem e família, nos processos saúde/doença e nos diferentes</p>	<p>1.1. Conhecer o contributo do EESIP na dinâmica do serviço e na gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados;</p> <p>1.2 Prestar cuidados de enfermagem em contexto de cuidados intensivos neonatais, com enfoque no cliente RN e sua família;</p> <p>1.3 Prestar cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de entrevistas exploratórias ao enfermeiro gestor, enfermeiro orientador e à equipa de enfermagem, de forma a conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida e outras particularidades do serviço;</li> <li>• Consulta das normas e protocolos disponíveis.</li> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre características da prematuridade nomeadamente sobre desenvolvimento infantil, cuidados neuroprotetores, promoção da parentalidade e das competências parentais, promoção do aleitamento materno e promoção da vinculação.</li> <li>• Consulta de documentos das Políticas de Saúde em Portugal como o plano nacional de Saúde, PNSIJ, Guias de Orientação de Boas Práticas da OE e da DGS;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Docente Orientador; Enfermeiro Orientador; Enfermeiro Gestor; Equipa de Enfermagem; Equipa multidisciplinar; Crianças e suas Famílias.</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Documentação do</p>	<p>Reflexão sobre entrevista realizada a enfermeira perita;</p> <p>Revisão da literatura sobre “alimentação e Prematuridade”</p>

<p>contextos de saúde.</p>	<p>centrados na família que sejam promotores da vinculação e desenvolvimento do RN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação e participação na prestação de cuidados de enfermagem prestados pelo Enfermeiro Orientador, restantes EEESIPs e equipa de enfermagem;</li> <li>• Observação e participação nas intervenções realizadas pela equipa multidisciplinar.</li> <li>• Auscultação do Enfermeiro Orientador sobre promoção da alimentação na Unidade de Cuidados Neonatais, nomeadamente através da Aplicação de Escalas de Avaliação Alimentar, estimulação e treino de competências oro-motoras;</li> <li>• Conversa com enfermeira Perita sobre aplicação da Escala <i>Early Feeding Skills</i> na UCIN;</li> <li>• Realizar pesquisa sobre competência oromotoras e compreender sua relação com a introdução alimentar;</li> </ul>	<p>serviço; Enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde e de saúde infantil vigentes; Bibliografia de Referência; Evidência científica.</p>	<p>Realização de um estudo caso sobre criança prematura, traqueostomizada, em processo de iniciação de diversificação alimentar na UCIN;</p>
----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>2. Desenvolver competências no âmbito do <i>empowerment</i> parental para a promoção da alimentação saudável, no primeiro ano de vida.</p>	<p>2.1 Identificar necessidades e dificuldades da equipa de enfermagem para a promoção da alimentação do RN prematuro;</p> <p>2.2 Empoderar a família para a promoção da alimentação do RN prematuro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista exploratória com enfermeiro orientador para levantamento de necessidades e dificuldades relativamente à promoção e manutenção do aleitamento materno do RN prematuro;</li> <li>• Realização de sessão de formação para os enfermeiros sobre a alimentação do prematuro e diversificação alimentar do mesmo;</li> <li>• Aplicação de intervenções promotoras do desenvolvimento de competências oromotoras;</li> <li>• Avaliação dos sinais de prontidão para introdução da alimentação oral no RN pré-termo;</li> </ul>		<p>Análise e Reflexão sobre sessão de Educação para a Saúde com base nos questionários de avaliação da mesma;</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover o aleitamento materno durante a prestação de cuidados individualizados às famílias com bebé internado na UCIN.</li> </ul>		
<b>Competências a desenvolver</b>	<b>Competências específicas</b> (regulamento n.º 422/2018): E1.1; E1.2; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3. <b>Competências comuns</b> (regulamento n.º 140/2019): A1.1; A1.2; A2.2; B1.1; B3.1; D1.1; D1.2; D2.1; D2.2; D2.3.			

Serviço de Internamento de Pediatria				
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Avaliação
1. Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no cuidado à criança, jovem e família, nos processos saúde/doença e nos diferentes contextos de saúde.	1.1. Conhecer o contributo do EESIP na dinâmica do serviço e na gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados;  1.2 Prestar cuidados de enfermagem à criança e família em contexto de internamento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de entrevistas exploratórias ao enfermeiro gestor, enfermeiro orientador e à equipa de enfermagem, de forma a conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida e outras particularidades do serviço;</li> <li>• Consulta das normas e protocolos disponíveis;</li> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre desenvolvimento infantil, principais patologias, estratégias de comunicação nas diferentes faixas etárias;</li> <li>• Consulta de documentos das Políticas de Saúde em Portugal como o Plano Nacional de Saúde, PNSIJ, Guias de Orientação de Boas Práticas da OE e da DGS;</li> <li>• Observação e participação na prestação de cuidados de enfermagem prestados pelo Enfermeiro Orientador, restantes EESIPs e equipa de enfermagem;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Docente Orientador;</li> <li>- Enfermeiro Orientador;</li> <li>- Enfermeiro Gestor;</li> <li>- Equipa de Enfermagem;</li> </ul> <p>Equipa multidisciplinar;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças e suas Famílias.</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentação do serviço;</li> </ul>	Reflexão sobre cuidados de alimentação e Criança com Anemia de células Falciformes;

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação e participação nas intervenções realizadas pela equipa multidisciplinar.</li> </ul>	<p>- Enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde e de saúde infantil vigentes;</p> <p>- Bibliografia de Referência;</p> <p>Evidência científica.</p>	
<p>2. Desenvolver competências no âmbito do <i>empowerment</i> parental para a promoção da alimentação saudável, no primeiro ano de vida.</p>	<p>2.1 Identificar necessidades e dificuldades da equipa de enfermagem para a promoção da alimentação saudável;</p> <p>a. Empoderar a família para a promoção da alimentação saudável da criança através de educação para a saúde.</p> <p>b. Encaminhar criança/jovem com</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de entrevista exploratória ao enfermeiro orientador para levantamento de necessidades e dificuldades para promoção da alimentação saudável;</li> <li>• Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil;</li> <li>• Realização de sessão de Educação para a Saúde aos pais de crianças até aos 2 anos de vida sobre Alimentação Saudável;</li> </ul>		<p>Análise e Reflexão sobre sessão de Educação para a Saúde com base nos questionários de avaliação da mesma;</p>

	<p>excesso de peso/obesidade para cuidados especializados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de um folheto informativo sobre a promoção da alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida;</li> <li>• Identificação de crianças com excesso de peso/obesidade e encaminhamento das mesmas para cuidados especializados.</li> </ul>		<p>Jornal de Aprendizagem sobre “cuidados de enfermagem à criança com Obesidade”</p>
<p><b>Competências a desenvolver</b></p>	<p><b>Competências específicas</b> (regulamento n.º 422/2018): E1.1; E1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3; 3.4.  <b>Competências comuns</b> (regulamento n.º 140/2019): A1.1; A1.2; A2.2; B1.1; B3.1; C1.1; D1.1; D1.2; D2.1; D2.2; D2.3.</p>			

Serviço de Urgência Pediátrica				
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Avaliação
1. Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no cuidado à criança, jovem e família, nos processos saúde/doença e nos diferentes contextos de saúde.	1.1. Conhecer o contributo do EESIP na dinâmica do serviço e na gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de entrevistas exploratórias ao enfermeiro gestor, enfermeiro orientador e à equipa de enfermagem, de forma a conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida e outras particularidades do serviço;</li> <li>• Consulta das normas e protocolos disponíveis.</li> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre gestão de náuseas e vômitos, estratégias de educação para a saúde; obesidade infantil, impacto da hospitalização no estado nutricional da criança;</li> <li>• Consulta de documentos das Políticas de Saúde em Portugal como o plano nacional de Saúde, PNSIJ, Guias de Orientação de Boas Práticas da OE e da DGS;</li> <li>• Realização de norma procedimental sobre Cuidados de enfermagem à criança com vômitos e diarreia;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Docente Orientador; Enfermeiro Orientador; Enfermeiro Gestor; Equipa de Enfermagem; Equipa multidisciplinar; Crianças e suas Famílias.</p>	

	1.2 Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em contexto de urgência pediátrica;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação e participação na prestação de cuidados de enfermagem prestados pelo Enfermeiro Orientador, restantes EEESIPs e equipa de enfermagem.</li> <li>• Observação e participação na prestação de cuidados prestados pela equipa multidisciplinar;</li> </ul>	<p><b>Materiais:</b></p> <p>Documentação do serviço;</p> <p>Enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde e de saúde infantil vigentes;</p> <p>Bibliografia de Referência;</p> <p>Evidência científica.</p>	<p>Análise e Reflexão sobre sessão de Educação para a Saúde com base nos questionários de avaliação da mesma;</p>
2. Desenvolver competências no âmbito do <i>empowerment</i> parental para a promoção da alimentação saudável, no primeiro ano de vida.	<p>2.1 Identificar necessidades e dificuldades da equipa de enfermagem para a promoção da alimentação saudável;</p> <p>2.2 Empoderar a família para a promoção da</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de entrevista exploratória e aplicação de questionário para levantamento de necessidades e dificuldades na promoção da alimentação saudável em contexto de urgência;</li> <li>• Realização de sessão de formação para profissionais de enfermagem sobre a diversificação alimentar da criança hospitalizada;</li> </ul>		

	<p>alimentação saudável da criança através de educação para a saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realização de documento informativo sobre alimentação no primeiro ano de vida, com enfoque na diversificação alimentar;</li><li>• Realização de documento digital sobre diferentes dietas alimentares para consulta da equipa de enfermagem;</li><li>• Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil;</li><li>• Realização de documento informativo para pais/cuidadores sobre a gestão dos vómitos e diarreia;</li><li>• Entrevista à enfermeira gestora/equipa médica sobre critérios e processo de referenciação de</li></ul>		<p>Reflexão sobre “referenciação no SUP”</p>
--	--------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------

	<p>2.3 Encaminhar criança/jovem com excesso de peso/obesidade para cuidados especializados.</p> <p>2.4 Planear um projeto de melhoria contínua sobre a oferta de alimentos no Serviço de Urgência Pediátrica</p>	<p>crianças com excesso de peso/obesidade que recorrem ao SUP;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de crianças com excesso de peso/obesidade e encaminhamento das mesmas para cuidados especializados;</li> <li>• Sensibilização e implementação, em conjunto com a equipa multidisciplinar, mudanças da oferta alimentar na UP.</li> <li>• Aplicação de um questionário à equipa de enfermagem sobre a alimentação das crianças que recorrem ao SUP e que ficam internadas no SO/UCEP;</li> <li>• Entrevista com dietista e serviço de copa hospitalar para averiguar modo de funcionamento;</li> <li>• Adequar recursos físicos do SUP à realidade Pediátrica (exemplo: cadeiras de alimentação).</li> </ul>		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

				Realização de uma análise crítica e reflexiva sobre “Planear PMCQCE”
<b>Competências a desenvolver</b>	<b>Competências específicas</b> (regulamento n.º 422/2018): E1.1; E1.2; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3; 3.4. <b>Competências comuns</b> (regulamento n.º 140/2019): A1.1; A1.2; A2.2; B1.1 ;B 2.2;B 2.3; B3.1; D1.1; D1.2: D2.1; D2.2; D2.3.			

## Legenda

### **Competências Comuns de EE (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4746 - 4750):**

"A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas"

"A1.2 - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade"

"A2.2 - Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente"

"B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade"

"B1.2 - Orienta projetos institucionais na área da qualidade"

"B2.2 - Planeia programas de melhoria contínua"

"B2.3 - Lidera programas de melhoria contínua"

"B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo"

"C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão"

"C1.2 - Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade"

"D1.1 - Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro"

"D1.2 - Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional"

"D2.1 - Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho"

"D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica"

"D2.3 - Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho".

### **Competências EEESIP (Regulamento nº 422/2018, 2018, p.19193 - 19194):**

"E1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem"

"E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem"

"E2.1 - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados"

"E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas"

"E2.3 - Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados"

"E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência"

"E2.5 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade"

"E3.1 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil"

"E3.2 - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais"

"E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura"

"E3.4 - Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde".

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ashcraft, L., Asato, M., Houtrow, A., Kavalieratos, D., Miller, E. & Ray, K. (2019). Parent Empowerment in Pediatric Healthcare Settings: A Systematic Review of Observational Studies. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research* 12:199–212. <https://doi.org/10.1007/s40271-018-0336-2>
- Cattaneo, L. & Chapman, A. (2010). The Process of Empowerment. A Model for Use in Research and Practice. *American Psychologist*, vol. 65, n.º 7, 646-659. <https://doi.org/10.1037/a0018854>
- Cheng, H., George, C., Dunham, M., Whitehead, L. & Denney-Wilson, E. (2021) Nurse-led Interventions in the prevention and treatment of overweight and obesity in infants, children and adolescents: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies* 121 (2021) 104008. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104008>
- Clark, H., Coll-Seck, A., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglish, S., Ameratunga, S., Balabanova, D., Bhan, M., Bhutta, Z., Borrazzo, J., Claeson, M., Doherty, T., El-Jardali, F., George, A., Gichaga, A., Gram, L., Hipgrave, D., Kwamie, A., Meng, Q., Mercer, R. ... & Costello, A. (2020). A future for the world's children? A WHO–UNICEF–*Lancet* Commission. *Lancet* 2020; 395: 605–58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1)
- Direção Geral de Saúde (2013). Programa nacional de Saúde Infantil e Juvenil: norma n.º 010/2013. DGS
- Direção Geral de Saúde (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores. DGS
- Direção Geral de Saúde (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. DGS
- Dunst, C. & Espe-Sherwindt, M. (2016). Family-Centered Practices in Early Childhood Intervention in: *Handbook of Early Childhood Special Education*. P. 37 -55. Springer

Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellof, M., Embleton, N., Mis, N., Hojsak, I., Hulst, J., Indrio, F., Lapillonne, A. & Molgaard, C. (2017) Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. . Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, volume 64, Number 1, January 2017. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>

Goldschmidt, K. & Mele, C. (2021). Disruption of patient and family centered care through the COVID-19 pandemic. *Journal of Pediatric Nurse*. 2021; 58:102-3. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.03.001>

Hockenberry, M. (2017). Perspectives of Pediatric Nursing. In Hockenberry, M.; Wilson, D. & Rodgers, C. *Wong's Essential of Pediatric Nursing*. 10<sup>th</sup> Edition (P. 35 – 63). Elsevier  
Institute of Patient and Family Centered care. N.d. What is PFCC? <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>

Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Motra, J., Teixeira, P., Rodrigues, S., Lobato, L., Magalhães, V., Correia, D., Carvalho, C., Pizarro, A., Marques, A., Vilela, S., Oliveira, L., Nicola, P., soares, S. & Ramos, E. (2017) Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física IAN-AF 2015-2016. Relatório de resultados. Universidade do Porto.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing company.

Mis, N. Braegger, c., Bronsky, J., Campoy, C., Domellof, M., Embleton, N., Hojsak, I., Hulst, J., Indrio, F., Lapillonne, A., Mihatsch, W., Molgaard, C., Vora, R. & Fewtrell, M. (2017) Sugar in Infants, Children and Adolescents: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, Volume 65, Number 6. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001733>

Organização Mundial de Saúde (2022). WHO European Regional Obesity Report 2022

Organização Mundial de Saúde (2021a) Infant and young child feeding.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

Rêgo, C., Lopes, C., Pinto, E., Nazareth, M. & Graça, P. (2013). Alimentação e Crescimento nos Primeiros Anos de Vida: a propósito do EPACI Portugal 2012.

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. *Diário da República*, 2ª série (Nº26 de 06-02-2019), 4744 - 4750.  
<https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento nº 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, 2ª série (Nº133 de 12-07-2018), 19192 - 19194.  
<https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>

Rito, S.; Menes, S.; Baleia, J. & Gregório, M.J. (2021). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2019. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.

Rodgers, C. (2017) Health Promotion of the Infant and Family in Hockenberry, M.; Wilson, D. & Rodgers, C. *Wong's Essential of Pediatric Nursing*. 10<sup>th</sup> Edition (P. 587- 636). Elsevier

Rodrigues, S.; Parisod, H.; Barros, L & Salantera, S. (2021). Measuring Empowerment Counselling in Routine Primary Health Care: Psychometric Properties of a Portuguese Adaptation of the Empowering Speech Practices Scale. *Journal of Pediatric Nursing* 61 (2021) e79–e86. <https://doi.org/0.1016/j.pedn.2021.04.031>

Smith, W. (2018) Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing* 42, 57–64.  
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>

## Apêndice IV – Caracterização dos Locais de Estágios

## **Caracterização dos diferentes contextos de ensinios clínico**

### **Consulta de Desenvolvimento**

O estágio na consulta de desenvolvimento decorreu num hospital na área metropolitana de Lisboa e teve a duração de duas semanas. Esta consulta encontra-se inserida no escopo de atuação da consulta externa de pediatria, onde se incluem outras especialidades como endocrinologia, Infeciologia, consulta de vigilância da criança prematura, consulta de vigilância da criança com diabetes *mellitus* Tipo I e pediatria geral, bem como, hospital de dia, sendo realizada por duas EEESIP. A consulta de pediatria é composta por cinco gabinetes para observação médica e dois de enfermagem. A sala de espera dispõe de mesas e cadeiras para que as crianças possam brincar, um trocador de fraldas, uma casa de banho, um espaço para a amamentação e as paredes encontram-se pintadas com motivos aquáticos. O método de trabalho na consulta é o de enfermeiro de referência, na medida em que cada uma das enfermeiras assume a responsabilidade pelo planeamento, prestação e avaliação cuidados prestados a um certo número de clientes (Parreira et al., 2022) Os Projetos de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE) implementados na consulta consistem na consulta autónoma de Enfermagem para Adolescentes com Obesidade e um projeto de capacitação parental para crianças com perturbação da linguagem ou da relação.

### **Cuidados de Saúde Primários**

O estágio em Cuidados de Saúde Primários (CSP) teve lugar numa Unidade de Saúde Familiar (USF), modelo A, na zona ARS Lisboa e Vale do Tejo. A equipa funciona de forma multidisciplinar, numa organização em rede de micro-equipa aberta e flexível, constituída por um médico e um enfermeiro. A equipa da USF é constituída por 6 médicos, 5 enfermeiros, dos quais dois são EEESIP e 2 secretários clínicos, estando, aquando da realização do meu estágio, a ocorrer algumas mudanças, designadamente no que concerne à saída de profissionais médicos e de enfermagem, o que requereu alguma reorganização das equipas. O método de trabalho é de enfermeiro de referência. A USF onde estagiei tem como missão ser o ponto de referência em saúde da comunidade que serve, guiando cada individuo para nos seus objetivos individuais de saúde. A sua visão é trabalhar junto de uma população com dificuldades prévias de acesso aos CSP, oferecendo um serviço de qualidade, personalizado e focado na continuidade. Os seus

valores são a acessibilidade, a personalização, a proatividade, a capacitação, cooperação e solidariedade. Esta USF tem duas salas de espera e uma sala de espera alocada à população pediátrica, com desenhos e motivos infantis, onde se pode verificar a existência de material informativo para os pais e jovens, como por exemplo, sobre prevenção de maus-tratos infantis, promoção do aleitamento materno, entre outros. Existe uma sala para amamentação, equipada com um trocador de fraldas e um cadeirão. Existe uma sala para vacinação, duas salas de tratamentos, quatro gabinetes de enfermagem e seis gabinetes para observação médica. Os registos de enfermagem são realizados no sistema de informação Sclinico, sendo o processo de enfermagem realizado com base na linguagem CIPE®.

A USF onde estagiei tem uma população de 8750 utentes inscritos – 64 têm menos de um ano de vida, 462 têm entre 05-09 anos, 433 entre 10 -14 anos e 403 entre 15-19 anos, segundo dados de junho de 2023 (BI-CSP). Cumprindo a execução dos programas de saúde infantil e juvenil, que são programas de acordo com as idades-chave do Programa Nacional de vigilância de saúde infantil/juvenil e o programa nacional de vacinação, no que a pediatria concerne. A equipa de enfermagem disponibiliza, sempre que possível, a opção de realização de visita domiciliária para realização do teste de rastreio de doenças metabólicas.

### **Serviço de Internamento de Pediatria**

O estágio no Serviço de Internamento de Pediatria (SIP) teve a duração de 5 semanas e decorreu num hospital na área metropolitana de Lisboa. O SIP é composto por duas alas, a ala A e a ala B, com 18 vagas cada e uma unidade de cuidados intermédios composta por 6 vagas. Ficam internadas neste serviço crianças com patologia do foro médico ou cirúrgico e, caso necessitem maior vigilância e se verifique um maior grau de complexidade dos cuidados de enfermagem as crianças ficam na unidade de cuidados intermédios. Existe também a unidade de cuidados hospitalares domiciliários, que consiste numa equipa de enfermeiros, auxiliares de ação médica e médicos que prestam cuidados no domicílio a crianças que ainda não cumpram critério para ter alta clínica, mas que podem permanecer no seu domicílio, por exemplo, um recém-nascido que necessite realizar antibioterapia durante sete dias. A referenciação para os cuidados domiciliários pode ser realizada pela equipa de enfermagem ou médica e tem critérios bem definidos,

como a imposição da presença de um adulto responsável pela criança, em permanência, condições de salubridade adequadas, condição de saúde da criança, competências parentais, entre outros. Concomitantemente, existe o Hospital de dia, que consiste numa estrutura organizacional com espaço físico e meios técnicos próprios, onde são prestados cuidados de saúde programados, em ambulatório, num período diurno, exceto aos fins de semana ou feriados, período em que se encontra encerrado.

Estruturalmente, contém 5 gabinetes, duas salas de enfermagem, uma sala de tratamentos, uma sala de atividades com material lúdico para as crianças brincarem e uma sala multiusos, para utilização dos utentes. A equipa é composta por 35 enfermeiros, dos quais 9 são EEESIP, 1 Enfermeiros especialista de reabilitação e 1 especialista em Saúde Mental. Destes, 6 enfermeiros constituem a equipa de hospitalização domiciliária e 2 enfermeiros estão afetos ao Hospital de dia. O método de trabalho é o método individual de trabalho, sendo a distribuição dos elementos do turno pelas alas realizada pelo enfermeiro chefe de equipa do turno, que é tipicamente um enfermeiro especialista. Para além disso, o enfermeiro responsável gere as vagas e os recursos (medicação, roupa, entre outros) durante o turno. Os registos de enfermagem são realizados no sistema de informação Sorian, com o qual não tinha tido contacto prévio, sendo o processo de enfermagem realizado com base nas atividades de vida diárias.

No SIP prestam-se CCF, incentivando a presença, participação e colaboração dos pais/família durante o internamento, os cuidados prestados são promotores do aleitamento materno, estando integrado no projeto “hospital amigo dos bebés”, são respeitadores do sono da criança/jovem e é atribuído um importante ónus ao controlo e gestão da dor das crianças. São realizados procedimentos relacionados com a segurança dos utentes, como a colocação e verificação de pulseira identificativa do utente, bem como de uma pulseira com um mecanismo eletrónica que permite visualizar a localização das crianças durante o internamento, bloqueando as portas caso se aproximem indevidamente da saída.

### **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

O estágio de Neonatologia decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), de um hospital na zona metropolitana de Lisboa e teve a duração de 5 semanas. A unidade compreende 5 vagas de intensivos, 10 vagas de intermédios e 3

vagas polivalentes. Estruturalmente, possui uma sala para extração de leite materno, com duas bombas para extração mecânica de leite, frigorífico e material necessário para a extração de leite materno e um quarto de isolamento, muitas vezes utilizado em casos de RN em fim de vida iminente para respeito e conforto da família. Os cuidados de enfermagem nesta unidade são altamente diferenciados, verificando-se uma elevada instabilidade das funções dos RN prematuros internados, especificamente nos cuidados intensivos. Devido à organização estrutural e às condições de uma unidade, os pais não ficam em permanência na unidade, podendo, no entanto, se assim desejarem.

A equipa de enfermagem é composta por 39 elementos, dos quais 6 são EEESIP, 1 EER. O método de trabalho é individual, em que cada enfermeiro fica responsável por até 3 RN nos cuidados intensivos e 4 nos cuidados intermédios. Existem dois projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem a decorrer no serviço e dois que irão iniciar brevemente. Existem diversos grupos de trabalho, das mais variadas áreas de cuidados ao RN, a destacar o grupo de apoio à parentalidade, que promove reuniões semanais com os pais para partilha de experiências, o grupo de apoio à alimentação, onde consta o apoio à amamentação. Os registos de enfermagem são realizados no sistema de informação Sclinico, onde os processos de enfermagem são realizados com base na linguagem CIPE®.

### **Serviço de Urgência Pediátrica**

O estágio de Urgência decorreu num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) num hospital da zona metropolitana de Lisboa e teve a duração de 5 semanas. Este SUP é composto por uma sala de triagem com dois postos de trabalhos, 5 gabinetes para observação médica, uma sala de enfermagem, uma sala de técnicas (alocada a procedimentos médicos como pequena cirurgia e ortopedia) onde se encontra disponível uma bala de protóxido de Azoto para controlo da dor durante os procedimentos invasivos. Existe também uma sala de reanimação onde são prestados cuidados a crianças em situação de risco de vida urgente/emergente, com recursos como ventilador, plano duro, estabilizadores cervicais, entre outros. Adjacente existe a Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP)/Serviço de Observação (SO), com dois quartos de isolamento, um espaço de coorte com 3 vagas com camas e um espaço de coorte com 3 vagas com berços. Os pais podem permanecer junto da criança 24 horas, sendo que

apenas uma pessoa pode pernoitar. Existe também uma sala de enfermagem, uma central de enfermagem com telemetria e uma sala para os pais onde se encontra um “cantinho da amamentação”. Ficam internadas crianças em situação aguda ou complexa de doença, com necessidade de maior vigilância, desde os primeiros dias de vida aos 17 anos e 365 dias. Para além disso, neste local é realizado o recobro pós-cirúrgico de crianças submetidas a cirurgia ortopédica, de otorrinolaringologia ou cirurgia plástica.

A equipa de Enfermagem é composta por 27 enfermeiros, dos quais 5 EEESIP e 1 EEER. Os enfermeiros são distribuídos semanalmente pelos diferentes postos de trabalho, ficando 2 a 3 enfermeiros na triagem/sala de tratamentos e 2 enfermeiros na UCEP/SO, que podem ficar responsáveis por até 3 utentes cada. O método de trabalho é individual, havendo um trabalho de grande proximidade entre enfermeiros e técnicos auxiliares. Existem diversos grupos de trabalho, nas mais diversas áreas como urgência/emergência, criança com diabetes *mellitus* tipo I, amamentação, entre outros. No âmbito do grupo de trabalho da dor, encontra-se de momento a decorrer um projeto de investigação sobre a utilização do protóxido de azoto como estratégia farmacológica de controlo da dor. Os registos de enfermagem são realizados no sistema de informação Sclinico, onde os processos de enfermagem são realizados com base na linguagem CIPE®.

**Apêndice V – Capacitar Para Cuidar: Capacitação Parental De Pais De Crianças Com Perturbação Do Desenvolvimento**



**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

**Unidade Curricular de Estágio**

**Capacitar para Cuidar:  
Capacitação Parental de pais de crianças com  
perturbação do desenvolvimento**

**Sara Margarida Ferreira Silva Lobo n.º 2802**

—  
Professor Orientador:

Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues

—  
Lisboa

Julho 2023

## INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio e consiste numa análise crítica e reflexiva sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) na capacitação parental de pais de crianças com perturbações do desenvolvimento, seguidos na Consulta de Desenvolvimento, de um Hospital na área metropolitana de Lisboa, onde decorreu o meu estágio. Esta reflexão foi realizada utilizando o ciclo de reflexivo de Gibbs, constituído por seis etapas – descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação (Jasper, 2003).

O estágio em consulta de desenvolvimento, que se integra no escopo de atuação da consulta de pediatria, teve a duração de duas semanas e cuja finalidade era observar as práticas de enfermagem refletindo sobre as mesmas, de forma a aferir a intervenção do EEESIP.

No decorrer do estágio pude observar, participar e refletir sobre as mais diversas situações, tendo sido particularmente interessante, para o meu desenvolvimento e aquisição de competências, não só de EEESIP mas também de Enfermeiro Especialista (EE), a participação em duas sessões de um projeto de enfermagem denominado “Capacitação Parental para pais de crianças com perturbações da relação/linguagem”. Este projeto consiste na realização de dez sessões em semanas diferentes, para pais e/ou família de crianças com perturbações da relação e/ou da linguagem, idealmente, na ausência das crianças, sendo abordadas diversas temáticas relacionadas com a promoção do desenvolvimento, o mais precoce e intensivamente possível. As sessões são pensadas, estruturadas e ministradas pelos EEESIP, sendo a referência para as mesmas, muitas vezes, feitas pela equipa médica e discutidas em equipa multidisciplinar. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) os enfermeiros têm o dever ético e legal de formar os pais acerca da melhor forma de lidar com a doença dos seus filhos, em prol do seu desenvolvimento de autonomia e qualidade de vida. As sessões em que participei foram para a mãe o pai de uma criança de 22 meses com o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).

## A PEA

é uma perturbação do neurodesenvolvimento que afeta o funcionamento mental e que na grande maioria dos casos tem origem pré-natal. O diagnóstico e a intervenção dirigida o mais precocemente possível melhora o prognóstico (DGS, 2019, p. 11).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2019), a abordagem terapêutica deve ser individualizada, a nível da consulta de especialidade hospitalar em articulação com a equipa local de intervenção precoce (ELI) e equipas locais de intervenção escolar, devendo “assentar na intervenção não farmacológica de base relacional, de acordo com a situação clínica e o contexto individual” (p.5). Após o diagnóstico, o acompanhamento apropriado deve facultar o treino de competências sociais, de comunicação e de autonomia, bem como o suporte familiar e apoio social, com o fim de auxiliar as pessoas com PEA a utilizar essas competências e melhor conviver com as suas especificidades.

Deste modo, devem ser implementados instrumentos de informação e de formação dirigidos aos pais, bem como desenvolvidas estratégias promotoras de esperança, facilitando a expressão de sentimentos e dúvidas por parte dos pais. Estes devem ser parceiros dos profissionais de saúde no cuidar do seu filho, sendo seu direito participar em todo o processo de cuidados (OE, 2011).

Inicialmente farei a descrição das sessões em que participei, refletindo sobre as mesmas, articulando com evidência científica. Apresentarei as minhas considerações finais e por fim, as minhas referências bibliográficas, realizadas segundo a norma APA, 7.<sup>a</sup> Edição.

## CAPACITAR PARA CUIDAR

Deslocou-se à consulta de pediatria, no âmbito da consulta de desenvolvimento de enfermagem, a Sra. J e o Sr. P, pais do D., uma criança de 22 meses com o diagnóstico de PEA, mais especificamente perturbação da relação e da comunicação, no sentido de assistir à 3.<sup>a</sup> sessão do projeto de capacitação parental para pais de crianças com perturbação da relação e da linguagem, cujo tema era “tomada de turnos”. Antes da sessão, foi-me explicado o propósito e finalidade da mesma, mostrado as diferentes sessões, explicada em maior pormenor o conteúdo daquela sessão em particular, bem como, fornecido contexto da família em questão. Estes pais foram pais muito jovens, 17 e 19 anos, a avó materna da criança não aceitou a gravidez, forçando a que a J. tivesse de ir habitar com o P. na casa da sua mãe, que tem sido o seu maior apoio. A J. foi diagnosticada com depressão e o P. encontra-se a gozar baixa médica por crises convulsivas. O D. ainda não frequenta a creche. Esta mãe, apesar de jovem, demonstrase muito atenta ao desenvolvimento da criança, tendo demonstrado as suas primeiras preocupações aos seis meses de vida da criança. Em abril de 2023 o D. começou a ser seguido na consulta de desenvolvimento. Os pais começaram por justificar que o D. tinha ido pois não tinham conseguido ajuda de alguém que pudesse ficar com ele, pelo que, a mãe ficou mais atenta à sessão e o pai mais focado nas necessidades da criança, brincando e interagindo com ele.

Antes de iniciar a sessão a enfermeira C. interagiu com a criança, disponibilizando brinquedos para que esta pudesse brincar. Quando a criança se demonstrou calma, adaptada ao ambiente e entretida, deu então início à sessão, focando a sua atenção na família, mas interagindo e interrompendo sempre que o D. se agitava, demonstrava desinteresse na atividade que estava a realizar, ou mesmo, exemplificando na prática o que estava a ser falado na sessão. Num momento em que o D. executou uma atividade como lhe tinha sido demonstrado batemos palmas, o que desorganizou o D., começando a chorar e tendo necessidade de ser consolado e acalmado, tendo-lhe sido fornecido tempo e espaço para tal. No final, a mãe demonstrou relatou com que tinha dificuldade em terminar atividades com o D., sendo uma altura muitas vezes propicias e birras, pelo que a enfermeira disponibilizou as estratégias sugeridas na sessão, em suporte de papel para que os pais pudessem ler e ter disponível em casa. A mãe, num momento de grande

fragilidade e vulnerabilidade, partilhou que estava a ser muito difícil a articulação com a escola onde o D. irá ingressar, no sentido de agilizar todos os tramites necessários à sua adaptação e que sente que o diagnóstico do D. era por sua “culpa” pois “não o estimulei o suficiente e ele nunca brincou com outras crianças, pois eu não tinha outras crianças que ele pudesse brincar”. Nesta altura, a enfermeira valorizou e desmistificou os receios da mãe, fazendo uma gestão emocional, através do toque, da valorização das preocupações, da disponibilização de informação... Aferiu ainda se a mãe já tinha seguimento por parte da assistente social, ao que a mãe acedeu, dando assim reforço positivo e tranquilizando a J. a Enfermeira, ao longo de toda a sessão adequou não só a linguagem e comunicação não verbal ao D., mas também aos pais, fazendo sempre por lhes tratar pelo nome e não “mãe” e “pai”. Nesta sessão, tive uma postura menos interventivas, mais de observação ativa, intervindo muito pontualmente.

Na semana seguinte, pude assistir a outra sessão, que congregou duas sessões programadas numa, abordando os temas da comunicação não-verbal e aprendizagem por imitação. Tal como da vez anterior, foi-me explicado e mostrado o conteúdo na sessão previamente, podendo colocar as minhas questões nessa altura e tendo, durante a sessão, já alguma apropriação dos conteúdos. Assim, quando a sessão deu início, estavam presentes a J. e o D., tendo sido referido pela J. que o P. não podia estar presente por motivos de saúde. Para que mãe pudesse escutar a sessão com maior atenção possível, fui brincando e interagindo com o D., sentando-me no chão, para que pudesse ficar ao nível da sua face. Aqui, pude colocar em prática todas as estratégias de comunicação verbal e não-verbal que foram sendo transmitidas à mãe, bem como demonstrando a brincadeira por tomada de turnos, que tinha sido abordada na sessão anterior. Assim, à medida que a sessão ia decorrendo eu fui brincando com o D. e a enfermeira ia fazendo a articulação entre o que estava a ser dito e como se poderia aplicar na prática, o que a mãe manifestou ser bastante facilitador. Ao longo da sessão, fui disponibilizando um brinquedo à vez, demonstrando ao D. o que era pretendido, tentando incentivar a atenção conjugada, recompensando com o brinquedo, palmas, reforço positivo, entre outros. Ao contactar com bolas de sabão, foi evidente o agrado do D., tendo sido incentivado a que comunicasse quando queria mais, que fez através do contacto ocular (ainda que por vezes muito fugaz), dança, pequenos, mas intencionais vocalizos. A brincadeira com as bolas de sabão possibilitou ainda, que a criança

aprendesse por imitação, designadamente a brincadeira do “mais cinco!” que fizemos juntos.

Na primeira sessão senti que ainda tinha estabelecido uma relação terapêutica com o D. e com os seus pais, pelo que me esforcei para o fazer. Fiquei feliz quando o D. brincou comigo e um pouco frustrada quando, o D. teve uma crise de choro pois ficou assustado com o facto de termos batido palmas de forma mais entusiasta. Contudo, essa situação permitiu que, na sessão seguinte, já tivéssemos essa sensibilidade sonora em consideração, aumentando a minha sensação de confiança. Nesta segunda sessão, senti-me feliz e, acima de tudo, muito gratificada e recompensada, por não só, ter sido capaz de estabelecer uma relação com a mãe, mas também com o D., permitindo-me assim brincar e estimulá-lo de forma que interagisse comigo. Para além disso, senti-me grata pela orientação e confiança que recebi da minha enfermeira orientadora, que me permitiu participar ativamente nestas sessões.

Considero que ambas as sessões correram muito bem, mas que como tive dois contatos, na segunda sessão já consegui individualizar mais os cuidados, tendo em atenção às especificidades do D. e pensando e mobilizando estratégias que me permitissem comunicar e interagir com ele. Penso que, apesar de o D. ter estado presente em ambas as sessões, apesar de não ser o mais aconselhado, pois os pais dispensam a sua atenção a cuidar do D., como eu pude participar, a minha enfermeira orientadora pode focar-se nos pais do D. e eu no D., e conseguimos ir fazendo uma interligação *in loco* do que estava a ser dito e o que estava a ser realizado.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2017, p. 3)

Posto isto, estas duas sessões foram muito enriquecedoras para a minha prática profissional, não só pela aquisição de novos conhecimentos, mas pelo desenvolvimento

das competências explanados no regulamento das competências do EEESIP, como “E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, através da implementação e gestão de um plano de saúde, formulado em parceria, promotor da parentalidade, bem como, “da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.” e ainda o diagnóstico e intervenção precoce nas doenças comuns e situações de risco que sejam passíveis de afetar de forma negativa a vida ou qualidade de vida da criança/família. Relativamente à competência E2. “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;”, considero que foi trabalhada pois fui capaz de fazer a gestão do bem-estar da criança, otimizando as respostas, para além de que, estas sessões de capacitação parental providenciam cuidados à criança e família promotores de ganhos em saúde e, também promovem a adaptação à doença crónica. A competência E3. “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” foi, igualmente, desenvolvida pois estas sessões permitem a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como, a adequação da comunicação com a criança e família face ao seu estágio de desenvolvimento e cultura (Regulamento n.º 422/2018).

Para além disso, foi ainda possível desenvolver a adquirir competências comuns dos EE, como A1 – “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, através de cuidados e tomadas de decisão baseadas nos princípios, valores e normas deontológicas; A2 – “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, através da proteção dos direitos humanos e práticas de cuidados seguras, em privacidade e mantendo a dignidade da criança e família; B1 — “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.”, através da mobilização de conhecimentos e habilidades necessárias à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade; B3 – “Garante um ambiente terapêutico e seguro”, através da promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual inspirador de segurança e proteção da criança e família; C1 — “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.”, otimizando o processo de cuidados, colaborando nas decisões da equipa de saúde; D1 — “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”, tendo consciência de mim enquanto

pessoa e enfermeira, gerando resposta de adaptabilidade individual e organizacional, refletindo e nas práticas e discutindo-as; por fim, D2 — “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, através da realização de pesquisa bibliográfica e de questionamento dos enfermeiros peritos no assunto (Regulamento n.º 140/2019).

Não obstante, creio que esta oportunidade de participar nestas sessões me permitiram adquirir e desenvolver não só competências, mas também, conhecimentos, habilidade e recursos para a minha prática enquanto futura EEESIP. Especificamente, o que concerne a importância da intervenção precoce, que se justifica fundamental, uma vez que os primeiros três anos de vida de uma criança são um período de grande sensibilidade às influências ambientais, demonstrando-se uma janela de oportunidade para a aprendizagem e é determinante na modelagem da estrutura e função do cérebro. Neste período, verifica-se que algumas experiências terão o seu máximo efeito no desenvolvimento ou aprendizagem de determinada competência ou comportamento (Carvalho et al., 2016). Tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde, o enfermeiro deve concretizar intervenções no sentido de sinalizar e proporcionar apoio às crianças com doença crónica e família, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados (DGS, 2013)

Segundo o Decreto-Lei n.º 281/2009,

Quanto mais precocemente forem accionadas as intervenções e as políticas que afectam o crescimento e o desenvolvimento das capacidades humanas, mais capazes se tornam as pessoas de participar autonomamente na vida social e mais longe se pode ir na correcção das limitações funcionais de origem (p.2798).

A intervenção precoce tem como finalidade proporcionar recursos e apoios às famílias de crianças desde o nascimento aos seis anos de vida, com atrasos no desenvolvimento, incapacidade ou risco grande de atraso no desenvolvimento, envolvendo as redes de apoio social informal e formal, que direta ou indiretamente, irão influenciar o funcionamento da criança e sua família (Carvalho et al., 2016). Para tal, impõe-se a universalidade do acesso aos serviços de intervenção precoce, de forma que todos os casos possam ser identificados e sinalizados tão rapidamente quanto possível. Impondo, posteriormente, a definição de um plano individual que atenda às necessidades das famílias (Decreto-Lei n.º 281/2009).

O objetivo primordial da intervenção precoce é promover a competência e confiança da pessoa de referência para a criança, no sentido da prestação de apoio e não da prestação de serviços, ou seja, fortalecer as famílias para otimizar os padrões de interação familiar. Assim, as famílias são apoiadas, partindo dos seus pontos fortes, diferenciados e únicos. O papel da família é reconhecido e respeitado, considerando-a a principal unidade de intervenção e elemento-chave na tomada de decisão e na prestação de cuidados à criança (Carvalho, L. et al. (2016). Em consulta, o ambiente da mesma, assim como a atitude dos profissionais, deverão facilitar um à-vontade suficiente para os pais se exprimirem sem receio, exigindo um tempo de consulta mínimo para se criar esse ambiente e permitir a formulação de dúvidas e expectativas, bem como a discussão das situações (DGS, 2013).

Desta forma, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) explana que

Cabe à equipa de saúde identificar, numa perspetiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-las, proporcionar-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados. Há que definir um programa individual de vigilância e promoção da saúde que facilite o desenvolvimento de capacidades e potencialidades (p. 34).

Assim, a referenciação de crianças com perturbações do desenvolvimento deve ter em consideração não só os sinais de alerta identificados, mas também as preocupações verbalizadas pelas famílias (DGS, 2019), estas são as pessoas que mais convivem com a criança e a conhecem em ambientes onde não estão sob pressão (DGS, 2013). Snidjer et al. (2022), verificaram que os pais demonstram preocupação com o desenvolvimento dos seus filhos muito precocemente, mas que sentem que não são reconhecidas e consideradas devidamente pelos profissionais de saúde, evidenciando uma diferença de cerca de 22 meses, desde a identificação de sinais e o diagnóstico de PEA. Para colmatar esta falha, propõe a aposta na formação dos profissionais e nos cuidados centrados na família, no sentido de envolver a família nas tomadas de decisão, permitindo que colaborem e participem nos cuidados de saúde aos seus filhos. Este facto demonstra-se fulcral uma vez que o diagnóstico das PEA é clínico e baseado na entrevista clínica, na avaliação do desenvolvimento e do comportamento (DGS, 2019). Deve procura-se caracterizar o nível de participação dos pais, consoante um processo de negociação,

liderança e decisão, consoante a necessidade de maior ou menos complexidade dos cuidados, sendo este processo caracterizado pela supervisão da responsabilidade do EEESIP (OE, 2017). No sentido de estabelecer a participação dos pais nos cuidados, importa que se estabeleça uma comunicação onde predomine a partilha de conhecimentos e, para tal, é fundamental a capacitação, com correspondente disponibilização de suporte necessário à dotação dos pais de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos (OE, 2017).

Para situações futuras e, considerando o meu contexto profissional, retenho a importância do brincar terapêutico. Segundo Neijs et al. (2023), crianças com PEA podem melhorar a sua interação social, comunicação e capacidade de brincar através de intervenções baseadas no brincar. Estas terão impacto não só na criança, mas também nos pais, podendo melhorar a relação pais-filho. Para além disso, a importância dos cuidados centrados na família, especificamente, em situações em que se verificam perturbações do desenvolvimento, onde o reconhecimento da família com aliados nos cuidados, aumentando o seu controlo sobre a situação (IPFCC, n.d). Para além disso, é esperado que o enfermeiro preste cuidados, envolvendo os pais nos mesmo, incitando a sua autonomia e reforçando a articulação com os recursos disponíveis na comunidade. Estar aberto e disponível para o outro possibilita o conhecimento das suas potencialidades e limitações (OE, 2011). E portanto,

o sentido do cuidar é a intersubjectividade, com a integração dos componentes éticos, morais e espirituais. Nesta perspectiva, torna-se importante ter em conta, para além de um compromisso na assumpção dos cuidados centrados na família, os antecedentes de experiências promotoras de esperança nos pais e as dimensões que a definem: afectiva; cognitiva; comportamental; afiliativa; temporal e contextual (OE, 2011, p.11).

Ou seja, acima de tudo, somente capacitando e empoderando os pais, incentivando a sua participação no cuidado à criança com perturbação do desenvolvimento, pode o EEESIP, através da aquisição de conhecimentos, recursos e competências nesse sentido, promover a autonomia dos pais, levando a um maior bem-estar físico, emocional e psicossocial da criança.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho, L., Almeida, I., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Serrano, S., Brito, A., Lança, c., Pimentel, J., Pinto, A., Grande, c., Brandão, T. & Franco, V. (2016) - Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: um guia para profissionais. Associação Nacional de Intervenção Precoce.

Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro. Diário da República, 1.ª série — N.º 193 — 6 de Outubro de 2009

Direção Geral de saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Norma n.º 010/2013. DGS

Direção Geral de Saúde (2019). Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto. Norma n.º 002/2019. DGS

Institute of Patient and Family Centered care (N.d.). What is PFCC?  
<https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>

Jasper, M. (2003). Beginning Reflective Practice. Cheltenham: NelsonThornes Ltd.

Neijs, L.D., Tisseur, C., Kluwen, L., Berckelaer-Onnes, I., Swaab, h. & Ester, W. (2023). Effectivity of Play-Based Interventions in Children with Autism Spectrum Disorder and Their Parents: A Systematic Review. Journal of Autism and Developmental Disorders (2023) 53:1588–1617. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05357-2>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Guia de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE, Série I, Número 3, Volume III.

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, 2ª série (N.º26 de 06-02-2019), 4744 - 4750. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento nº 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. Diário da República, 2ª série (Nº133 de 12-07-2018), 19192 - 19194. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>

Snijder, M., Langerak, I., Kaijdoe, S., Buruma, M., Verschuur, R., Dietz, C., Buitelaar, J. & Oosterling, I. (2022). Parental Experiences with Early Identification and Initial Care for their Child with Autism: Tailored Improvement Strategies. *Journal of Autism and Developmental Disorders* (2022) 52:3473–3485. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05226-y>

---

**Apêndice VI – Sessão de Formação “Promoção da Alimentação Saudável no 1.º Ano de Vida nos Cuidados de Saúde Primários”**

## Plano de Sessão de formação

<b>Título</b>	Promoção da Alimentação Saudável no primeiro ano de vida nos Cuidados de saúde primários								
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenciar problemática da obesidade infantil;</li> <li>- Demonstrar a importância da promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida;</li> <li>- Reconhecer a importância da intervenção de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários na prevenção da obesidade infantil;</li> <li>- Refletir sobre as práticas.</li> </ul>								
<b>Data da Sessão</b>	14 de julho de 2023 às 14 horas								
<b>Local da Sessão</b>	Sala de Enfermagem da USF								
<b>Plano de conteúdos</b>	Introdução e objetivos	Temática do projeto de estágio	Obesidade Infantil	Alimentação no 1.º ano de vida	Intervenção de enfermagem	Diversificação alimentar	Considerações finais	Discussão	Referências bibliográficas
<b>Tempo de exposição</b>	2 min	2 min	3 min	2 min	1 min	5 min	1 min	15 min	1 min
<b>Meios/métodos utilizados</b>	Meios audiovisuais Método expositivo participativo								
<b>Avaliação</b>	Questionário								

# Promoção da Alimentação Saudável no 1º ano de vida

nos Cuidados de Saúde Primários

Sara Lobo, n.º 2802

## Sumário

- Apresentação dos objetivos;
- Alimentação como um Direito;
- Obesidade Infantil;
- Intervenção de Enfermagem em CSP;
- Alimentação no primeiro ano de vida;
- Diversificação Alimentar:
  - Especificidades;
  - Evicções;
  - Métodos de Introdução alimentar:
    - Introdução Tradicional;
    - Auto-alimentação;
    - Introdução Mista;
- Considerações Finais;
- Referências Bibliográficas.

## Objetivos

Apresentar aos enfermeiros da unidade de saúde familiar a temática do projeto de estágio em desenvolvimento;

Sensibilizar os enfermeiros para a problemática da obesidade infantil;

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida;

Sensibilizar os enfermeiros para a importância da intervenção de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários na prevenção da obesidade infantil;

Refletir sobre as práticas.

# Alimentação como um Direito

"Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno (...)"

UNICEF, 1989, p. 21

A nutrição nos primeiros anos de vida é essencial para a saúde a longo prazo, para o desenvolvimento cognitivo e para a obtenção de resultados económicos favoráveis (Clark et al., 2020), podendo ainda reduzir a morbilidade e mortalidade, reduzir o risco de doenças crónicas e promover o desenvolvimento de modo geral (OMS, 2021a).

Meta da Saúde PNS  
2021-2023



4

# Obesidade Infantil

A obesidade é uma doença multifatorial, complexa, definida pelo excesso de adiposidade, que representa um risco para a saúde. Deriva de uma série de exposições sociais, ambientais e económicas, que interagem com fatores comportamentais e biológicos individuais, que se acumulam ao longo da vida. A obesidade adquirida na infância frequentemente persiste pela adolescência e pela adultícia, evidenciando a dificuldade do tratamento e enfatizando a importância da prevenção, o mais precocemente possível.

OMS, 2022



5

# Intervenção de Enfermagem

- Estimular a adoção de comportamentos promotores de saúde:
  - "A nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados;" (DGS, 2013, p.9)

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS						
	Primeira Consulta	1 MÊS	2 M	4 M	6 M	9 M
Alimentação	1	1	1, 12	1, 12, 14	1, 12, 14	1, 12, 14
Vitamina D*						
Saúde Oral					4	4
Higiene						
Posição de deitar	2					
Hábitos de sono		7, 8	8	13	13	13
Hábitos intestinais e cólicas		9	9			
Desenvolvimento**	3, 4	4	4	4	4	4
Acidentes e segurança	4	4	4	4	4	4
Temperatura normal e febre						
Sintomas/sinais de alerta	5			10	10	
Sinais/sintomas comuns		10				
Vacinação – vantagens e reações						
Vida na creche/ama/ outros atendimentos				15, 16	15, 16	15
Relação emocional	6	11	11	4	4, 17	4, 18, 19



6

## Alimentação no Primeiro Ano de Vida

- Crescimento mais acelerado nos primeiros seis meses de vida (Rodgers, 2017);
- Importantes aquisições motoras, sensoriais e cognitivas (DGS, 2019b);
- Conhecer e respeitar as “janelas de treino”, respeitando o padrão maturativo (DGS, 2019a).

### Aleitamento Materno

- Exclusivo até aos 6 meses
  - deve manter-se a par da diversificação alimentar e durante a introdução na dieta familiar - até aos 12-24 meses;
- Pode utilizar-se, em complementaridade ou em alternativa, fórmulas infantis, caso o AM seja insuficiente a suprimir as necessidades do bebé.

DGS, 2019

### Diversificação Alimentar

- Treino de paladares, texturas e modulação comportamental;
- As características do lactente e as tradições culturais do agregado familiar devem ser tidas em conta.

DGS, 2019

## Diversificação Alimentar

**4-6**  
MESES

Aquisição de experiências ao nível do sabor e da mastigação

- Maturidade Renal e GI;
- Erupção dentária;
- Desaparece o reflexo de extrusão;
- Deglutição mais coordenada;
- Maior controlo postural;
- Melhores capacidades comunicativas;
- Aumento da motricidade fina;
- Coordenação olho-mão;
- Maior necessidade de independência;

ESPGHAN, 2017; OMS, 2021

## Evicções

- Alimentos Ultraprocessados (ex: bolachas)
- Açúcar (ex: sumos, sobremesas, bolos, doces)
- Sal (ex: enchidos, batatas fritas, etc.)

DGS, 2019; ESPGHAN, 2017;





## Métodos de Introdução Alimentar

- Introdução tradicional - alimentação à colher
- Baby Led Weaning ou Baby-Led Introduction to Solids (BLISS)
- Introdução Mista



10

## Introdução Alimentar

Aos 6 meses	
<input checked="" type="checkbox"/>	<p><b>Puré de legumes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 legume do grupo dos legumes base (batata normal ou doce, curgete, chuchu ou couve flor)</li> <li>• 1 legume dos fornecedores de betacarotenos (cenoura ou abóbora)</li> <li>• 1 do grupos dos antioxidantes ( cebola, alho ou alho-francês)</li> <li>• 1 do grupo das folhas (alface, brócolos, couve coração, etc.)</li> </ul>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p><b>Papa</b></p> <p>Láctea - preparada com água</p> <p>Não-Lactéa - Preparada com o leite que a criança consuma</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p><b>Fruta</b></p> <p>Maçã, Pera ou banana</p> <p>Cozida, assada ou ao vapor, em puré</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p><b>Carnes brancas</b></p> <p>30 gr/dia de frango, Peru, coelho</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p><b>Peixe</b></p> <p>30 gr/dia de pescada, linguado, solha, faneca</p>



### Importante

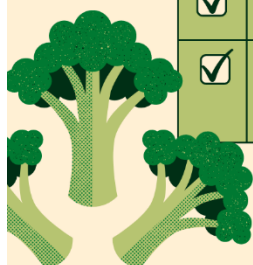
- Começar por cozer os legumes e fazer um puré e ir aumentando progressivamente a textura;
- Adicionar 1 colher de chá por dose de azeite, no final da cozedura;
- Começar por substituir uma refeição de leite por sopa;
- Oferecer fruta como sobremesa
- Idealmente, iniciar pelo pure de legumes e não pela papa

DGS, 2019

11

## Introdução Alimentar

Aos 9 meses	
<input checked="" type="checkbox"/>	<p><b>Gema de Ovo</b></p> <p>Oferecer 1/3 de gema e ir aumentando gradualmente;</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p><b>Yogurte Natural</b></p> <p>Sem aromas, sem adição de açúcar;</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p><b>Leguminosas</b></p> <p>Bem demolhadas, sem casca</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p><b>Frutos Secos</b></p> <p>Triturados, sem sal;</p>



### Importante

- Segundo a ESPGHAN (2017) os alimentos potencialmente alergénicos podem ser introduzidos independentemente do risco de alergia (história familiar positiva para a atopia);
- Importa reduzir o volume lácteo, que ainda assim, é responsável por cerca de 40% das necessidades proteicas diárias.
- Alterar, aos poucos, a textura da sopa, tornando-a mais granulosa para facilitar a inclusão de alimentos mais sólidos.



Carvalho, 2019; DGS, 2019

12

# Introdução Alimentar



## Aos 10-11 meses

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Clara de Ovo</b> começar com quantidades mais pequenas e aumentar até oferecer o ovo todo
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Peixes gordos</b> Sardinha, cavala, salmão
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Carnes Vermelhas</b> Vaca, borrego, porco

## Aos 12 meses

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Frutas</b> Morango, kiwi e maracujá;
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Leite de vaca</b>

### Importante

Após o 1º ano de vida a criança é inserida na dieta da família, o que só por si denota a grande importância que os hábitos alimentares do agregado familiar têm na estruturação/modelação e na sedimentação do comportamento.

DGS, 2019

13

## Baby Led Weaning (BLW)

### Principais características

- Aleitamento Materno - de preferência, exclusivamente até aos 6 meses;
- Controlado pelo bebé - o bebé come sozinho desde o início da DA;
- Alimentação da família - o bebé come o mesmo que a família mas como "finger food";
- Alimentação em família - o bebé está à mesa com a família durante as refeições.

Daniels et al., 2015

14

## Baby Led Weaning (BLW)

### Vantagens

- Menor risco de obesidade;
- Maior qualidade da dieta;
- Efeitos favoráveis nas práticas alimentares dos pais;
- maior desenvolvimento de competências motoras

### Desvantagens

- Risco de Deficiência de Ferro;
- Risco de engasgamento;
- Oscilação ponderal

Daniels et al., 2015

15



## Baby Led Weaning (BLW)...

### ... em segurança

- Nunca deixar o bebé sozinho;
- Iniciar a DA perante os sinais de prontidão;
- O bebé deve estar sentado;
- Não deve ser colocada comida na boca do bebé - auto-alimentação;
- Textura dos alimentos: deve ser possível esmagar o alimento com o polegar;
- Corte dos alimentos - tamanho do punho do bebé ou dedo mindinho do adulto.

Utami & Wanda, 2019

16



## Baby Led Weaning (BLW)

### Cortes dos legumes



fonte: <https://solidstarts.com/foods/avocado/>

17



## Introdução Mista

- Início da DA com método tradicional



- Método de Auto-alimentação: BLW ou BLISS

Fernandes et al., 2023; Moreira et al., 2023

18

## Considerações Finais

### Primeiro ano de vida

Transições

Manutenção do **Aleitamento Materno** até aos seis meses, ou depois

### Diversificação Alimentar

- Cultural, ético, experimentação, descoberta;
- Diferentes métodos, princípios iguais:
  - Respeitar sinais de prontidão;
  - Evicção de sal, açúcar e ultraprocessados;
  - Aguardar 2-3 dias para introdução de novos alimentos;

**Enfermeiro** como facilitador



19

## Obrigada!



20

## Referências Bibliográficas

- Carvalho, T. (2019). Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro. E-book n.º 53. APN
- Clark, H., Coll-Seck, A., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglish, S., Ameratunga, S., Balabanova, D., Bhan, M., Bhutta, Z., Borrazzo, J., Claeson, M., Doherty, T., El-Jardali, F., George, A., Gichaga, A., Gram, L., Hipgrave, D., Kwamie, A., Meng, Q., Mercer, R. ... & Costello, A. (2020). A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. *Lancet* 2020; 395: 605-58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1)
- Daniels, L., Heath, A., Williams, S., Cameron, S., Fleming, E., Taylor, B., Wheeler, B., Gibson, R. & Taylor, R. (2015) Baby-Led Introduction to SolidS (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatrics* (2015) 15:179. DOI 10.1186/s12887-015-0491-8
- Direção Geral de Saúde (2013). Programa nacional de Saúde Infantil e Juvenil: norma n.º 010/2013. DGS
- Direção Geral de Saúde (2019a). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores. DGS Direção-Geral da Saúde (2019b) Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. DGS
- Fernandes, C., Martins, F., Santos, A., Fernandes, M. & Verissimo, M. (2023) Complementary Feeding Methods: Associations with Feeding and Emotional Responsiveness. *Children* 2023, 10, 464. <https://doi.org/10.3390/children10030464>
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellof, M., Embleton, N., Mis, N., Hojsak, I., Hulst, J., Indrio, F., Lapillonne, A. & Molgaard, C. (2017) Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, volume 64, Number 1, January 2017. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
- Moreira, P., Nunes, L., Neves, R., Belin, C., Fuhr, J., Gomes, E., Mariath, A. & Bernardi, J. (2023) Adherence to different methods for introducing complementary food to 7-month-old babies: a randomized clinical trial. *Rev Paul Pediatr.* 2023;41:e2021235. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021235>
- Organização Mundial de Saúde (2021a) Infant and young child feeding. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Organização Mundial de Saúde - OMS. (2022). WHO European Regional Obesity Report 2022
- Rodgers, C. (2017) Health Promotion of the Infant and Family in Hockenberry, M.; Wilson, D. & Rodgers, C. Wong's Essential of Pediatric Nursing. 10th Edition (P. 587- 636). Elsevier
- United Nations International Children's Fund (UNICEF) (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. UNICEF. [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)
- Utami, A. & Wanda, D. (2019). Is the baby-led weaning approach an effective choice for introducing first foods? A literature review. *Enfermería Clínica, Volume 29, Supplement 2*, Pages 87-95. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.014>

## Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

**Sessão de Formação:** *Promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida nos cuidados de saúde primários*

**Formador:** Sara Lobo – Aluna do 1.º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, orientada pela EEESIP xxx.

Obrigada por ter assistido à sessão de formação! A sua avaliação referente a esta sessão é muito importante, pois fomenta a melhoria contínua do desenvolvimento e de futuras sessões de formação.

Assim, solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, através da colocação de um (x) no local que considera mais adequado:

1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo, nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

### Relativamente aos conteúdos

	1	2	3	4	5
Sessão de formação com conteúdos pertinentes.					
Foram cumpridos os objetivos da sessão de formação.					
A sessão foi útil para o exercício profissional.					
Material informativo e bibliografia apropriada.					
A sessão teve uma duração oportuna.					

### Relativamente ao formador

	1	2	3	4	5
Formador com domínio adequado dos conteúdos apresentados.					
Linguagem clara e objetiva					
Interação adequada entre formador e formandos.					

Sugestões:

**Apêndice VII – Folheto “Alimentação Saudável na Criança até aos 2  
Anos de Vida**

## Apêndice VII – Folheto “Alimentação Saudável na Criança até aos 2 Anos de Vida

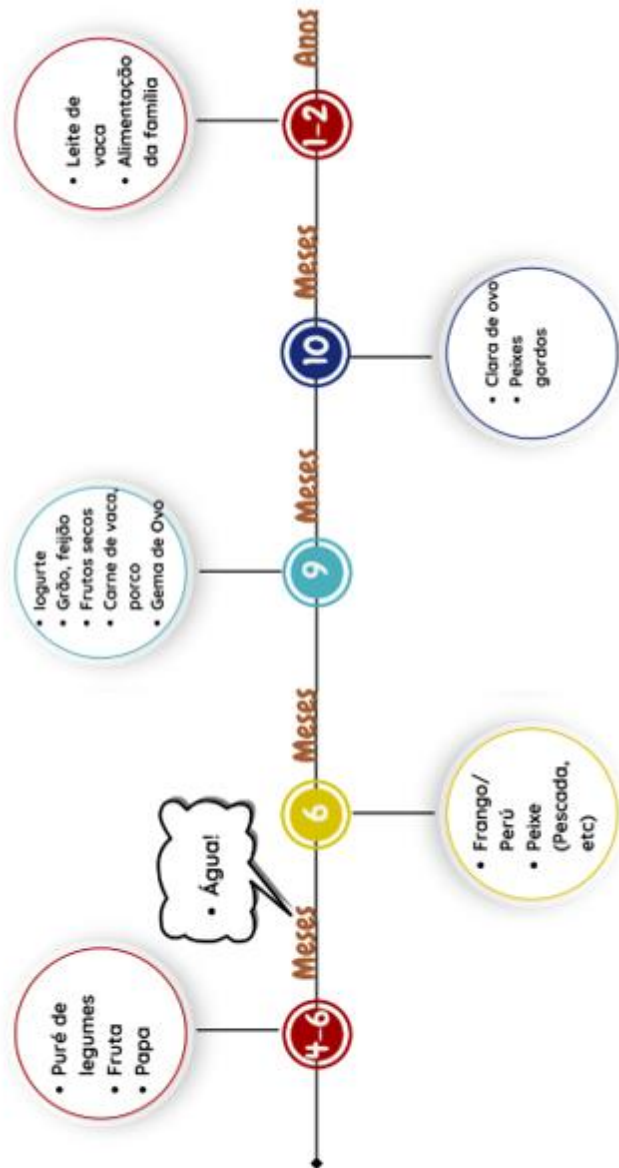
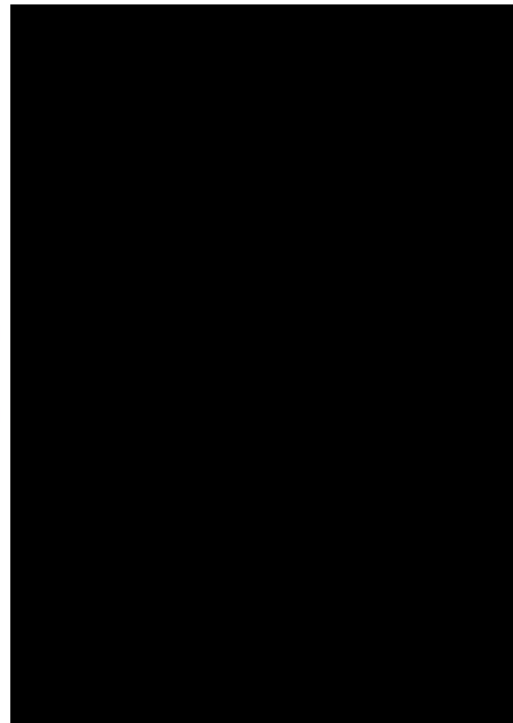


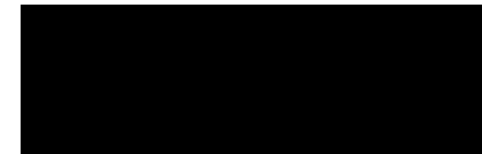
Imagem 1. Sugestão de introdução de novos alimentos



Realizado por: Enf.ª Sara Lobo, aluna de Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica da ESEL  
Sob Orientação: Enf.ª Andreia Gonçalves



### Alimentação Saudável na Criança até aos 2 anos de vida

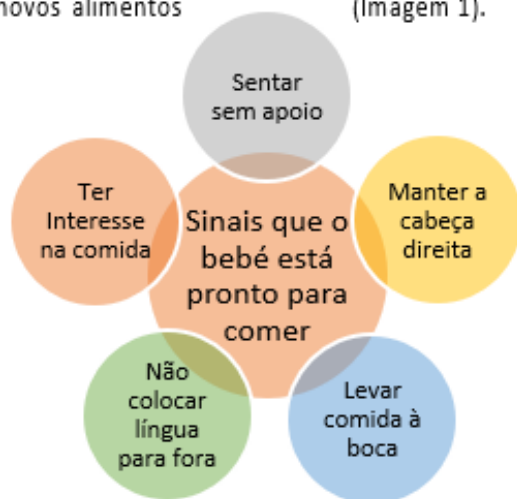


A alimentação saudável durante a infância é essencial para a saúde a longo prazo, podendo reduzir o risco de doenças crónicas, sendo promotora do desenvolvimento de modo geral.

Quando o bebé nasce deve ser amamentado exclusivamente (de preferência até aos 6 meses). Caso não seja possível poderá fazer como suplemento ou em alternativa ao leite materno, fórmula infantil.

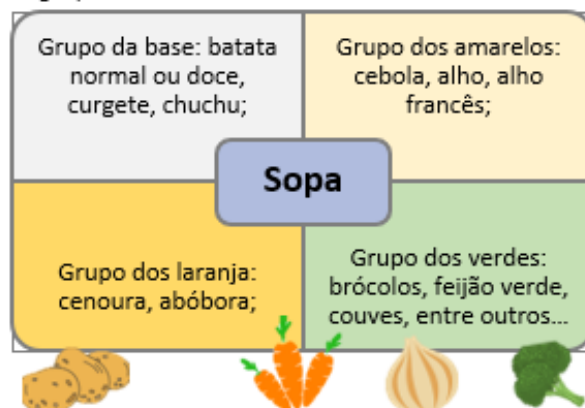


Entre os 4 e os 6 meses o leite já não será suficiente para dar resposta às necessidades nutricionais do bebé. Nesta altura, deverá iniciar a Introdução de novos alimentos (Imagem 1).



Deve oferecer um alimento novo de cada vez, fazendo um intervalo de 2-3 dias entre alimento novo, para perceber se o bebé faz alergia. Começar com alimentos em puré e ir aumentando ao longo do tempo.

A primeira sopa deve ser feita com **1 legume** de 4 grupos, **sem sal**:



Acrescentar o azeite no fim da cozedura (1 colher de chá por dose).

A fruta é sobremesa e não uma refeição principal. Aos 12 meses o bebé pode fazer a mesma refeição que a família, desde que com as devidas adaptações (por exemplo, redução do sal).

Até aos 2 anos os bebés não devem ingerir **sal**, **açúcar** e mel, bem como **alimentos ultraprocessados** (salsichas, fast food, entre outros).

As refeições devem ser variadas e equilibradas, com doses adequadas à idade da criança, respeitando o apetite da criança.

Não se deve usar a alimentação com recompensa ou castigo.



#### Glossário:

**Papa láctea** – Preparada com água

**Papa não-láctea** – Preparada com leite da criança

**Fórmula Infantil** – Leite em pó específico para a idade da criança

Fontes: Direção Geral de Saúde (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de orientação para profissionais e educadores. DGS; Associação Portuguesa de Nutrição (n.d.). Alimentação no primeiro ano de vida. diversificação alimentar. APN

**Apêndice VIII – Planejamento de um Projeto de Melhoria Contínua da  
Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**

**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

**UC Estágio**

**Planeamento de um Projeto de Melhoria Continua da  
Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**

**Sara Margarida Ferreira Silva Lobo n.º 2802**

**—**  
Professor Orientador:

Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues

**—**  
Lisboa

**Fevereiro 2024**

## INTRODUÇÃO

No âmbito da realização de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica estagiei num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de um hospital na zona Metropolitana de Lisboa, verificando, nas entrevistas realizadas para caracterização do contexto de estágio e da observação direta das práticas o potencial de implementação de um projeto de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem (PMCQCE), que tenha como ónus a melhoria da oferta alimentar às crianças que recorrem ao SUP, bem como as que ficam internadas na Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP) ou no Serviço de Observação (SO).

Assim, e considerando que o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista versa a importância deste na implementação e liderança de projetos de melhoria continua, bem como da adoção de uma praxis baseada na evidência apresento aqui as primeiras fases da planificação do PMCQCE que terá continuidade neste SUP. Este PMCQCE foi realizado com base nas recomendações da ordem dos enfermeiros e a sua estrutura consiste na identificação e descrição do problema, na identificação dos problemas e dimensão do mesmo, na formulação dos objetivos iniciais, na compreensão das causas, no planeamento e execução das tarefas/atividades, na verificação dos resultados, na proposta de medidas corretivas/standardização e treino da equipa e, por fim, no reconhecimento e partilha do sucesso (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Por se pressupor um trabalho em equipa, aqui apenas serão apresentadas as etapas de identificação e descrição do problema, da sua compreensão e dimensão, os seus objetivos iniciais, a análise SWOT realizada e algumas atividades que já estão planeadas e outras que foram realizadas.

# 1. Planeamento do Projeto de Melhoria Continua

A necessidade da realização deste PMCQCE foi discutida com a enfermeira gestora do SUP e foi feito o convite a toda a equipa de enfermagem a participar no desenvolvimento e implementação do mesmo. O convite foi aceite e este projeto será um dos PMCQCE em funcionamento no serviço. Desta forma, as restantes etapas serão, como sugerido pela ordem dos enfermeiros, discutidas em equipa.

## 1.1. Identificação do Problema

Segundo a Convenção sobre os Direitos das Crianças (1989), a criança é “todo o ser humano menor de 18 anos” (p.8) e todas as decisões a ela relativa deverão ter em vista o seu superior interesse. Assim, todas as crianças têm direito ao acesso a uma alimentação nutritiva e a que os seus pais/cuidadores tenham acesso e sejam apoiados na aquisição de conhecimentos básicos sobre saúde e nutrição da criança (UNICEF, 1989).

A alimentação nos primeiros anos de vida é um inquestionável determinante da saúde, pelo que as necessidades nutricionais são muito específicas exigindo uma personalização da dieta à criança (Direção-Geral da Saúde, 2021). Por um lado, verifica-se um aumento de crianças com excesso de peso e obesidade em Portugal (Rito et al., 2023) e por outro uma enorme prevalência de desnutrição secundária à hospitalização (Carter et al., 2019). O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 estabelece como prioritária a promoção da alimentação saudável, bem como do desenvolvimento infantojuvenil e da literacia em saúde (Direção-Geral da Saúde, 2022b).

Sabe-se que, especificamente, o período da diversificação alimentar (desde que a criança começa a comer outro alimento que não leite [materno ou artificial] até ao primeiro ano de vida (Direção-Geral da Saúde, 2019) é determinante para o ótimo crescimento e desenvolvimento das crianças. A exposição repetida de alimentos saudáveis neste período influenciará os padrões de aceitação alimentar e assim determinar o rumo subsequente do padrão alimentar (Moore et al., 2022).

Assim, demonstra-se fundamental a adequação da oferta alimentar a todas as faixas etárias que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica, isto é, crianças dos 0 aos 17 anos

e 365 dias de vida. Neste sentido, após a aplicação de um questionário aos enfermeiros do SUP, verifica-se que 56,3% discorda totalmente que a oferta alimentar alocada ao uso em balcão, isto é, crianças que não estão internadas, seja adequada às diferentes faixas etárias. Relativamente às refeições principais apenas 6,3% dos enfermeiros considera que estas sejam adequadas às diferentes faixas etárias, com a maioria a discordar totalmente que a oferta de lanches seja adequada às crianças internadas. Para além disso, 60 % discorda totalmente e 40% discorda que a oferta alimentar disponibilizada nas máquinas de venda automática seja adequada à população que recorre ao SUP. A maioria dos enfermeiros considera que o SUP não dispõe de recursos materiais (cadeiras de alimentação, talheres, entre outros) adequados para que as crianças se alimentem. Por fim, 25% dos enfermeiros considera não ter conhecimentos adequados no âmbito da alimentação infantil, mas 93,8% gostaria de ter mais formação sobre alimentação (por exemplo, dieta cetogénica, alimentação em crianças com dificuldade respiratória, alimentação em criança com gastroenterite aguda). As sugestões apresentadas focam-se na maior diversificação de alimentos oferecidos, designadamente no que concerne a refeições secundárias (gelatina, fruta, entre outros), na melhoria das relações entre profissionais relacionado com a alimentação (por exemplo, copa da pediatria), haver uma maior consideração em relação aos alimentos que as crianças favorecem, como pacotes de fruta, entre outros. É evidente a necessidade de adequação dos “snacks” disponíveis.

Presentemente, a crianças que recorram ao SUP ou que fiquem internadas na UCEP ou em SO, sem possibilidade de solicitação de uma refeição, os alimentos disponíveis são: bolachas (Maria ou de água e sal), iogurtes naturais açucarados ou com aromas, chá preto ou de camomila, pão, queijo de barrar e doce. Para a eventualidade de admissões no período em que a cozinha se encontra encerrada e, caso haja disponível, ficam duas sopas e duas frutas em puré no frigorífico. Não existe qualquer opção de fruta fresca, nem de outra forma, durante o período de funcionamento do balcão.

Para além disso, às crianças admitidas em UCEP não é realizado qualquer avaliação do risco nutricional, sendo frequentemente descuradas as avaliações antropométricas que permitam uma avaliação do ganho/perda ponderal durante o internamento.

Assim, surge o presente PMCQCE no sentido de se adequar a intervenção de enfermagem, no que à alimentação concerne, às crianças desde o nascimento até aos 17

anos e 365 dias, através da melhoria da oferta alimentar, nomeadamente através da disponibilização de fruta em puré, da otimização do ambiente em que a criança come e da facilitação de uma prática baseada na evidência.

## 1.2 Perceber o problema

No sentido de melhor compreender o problema foi realizada uma revisão da literatura, que consistiu na pesquisa de artigos científicos nas bases de dados (CINAHL, MEDLINE e COCHRANE), *google scholar* e literatura cinzenta.

A infância corresponde a um período de acelerado crescimento e desenvolvimento, para o qual a alimentação contribui enormemente. Nos primeiros dois anos de vida, especificamente, as crianças estão muito suscetíveis a vacilações no crescimento, com os hábitos alimentares a determinar a incidência de excesso de peso/obesidade ou desnutrição (primária ou secundária) (Lutter et al., 2021; Moore et al., 2022). A ocorrência de desnutrição, nestes anos formativos, tem como consequências uma morbilidade e mortalidade significativa, um atraso do desenvolvimento motor e um maior risco de doenças não-comunicáveis (Carter et al., 2019; Lutter et al., 2021; McCarthy et al., 2019). Por outro lado, crianças obesas ou com excesso de peso apresentam um maior risco de desenvolverem doenças como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, morte prematura, entre outros, para além dos efeitos psicológicos, como baixa autoestima, depressão e isolamento social (Lutter et al., 2021).

A alimentação é um processo complexo, que envolve mais que a supressão das necessidades calóricas, sendo igualmente um momento cultural, de conhecimento, de modulação de comportamento, de experimentação para a criança (Lutter et al., 2021). As preferências alimentares são estabelecidas muito cedo na vida, permanecendo durante a vida, o que demonstra a importância da oferta de uma dieta variada que permita expor a criança a diferentes sabores e texturas, de forma que a criança favoreça uma alimentação saudável (Lutter et al., 2021). No entanto, verifica-se que, cada vez mais, as crianças consomem alimentos preparados comercialmente e alimentos menos saudáveis com elevadas quantidades de sal, açúcar e gorduras não saudáveis, como biscoitos, bolachas, batatas fritas, entre outros (Lutter et al., 2021). Segundo Moore e colegas (2022) o consumo de purés de fruta ou vegetais, sem adição de açúcar, fortificados com ferro, comercialmente fabricados (pacotes de fruta), pode reduzir o consumo de alimentos

açucarados como bolachas. A ingestão de alimentos com açúcares adicionados antes dos 12 meses de vida está associada a um aumento da obesidade em idade pré-escolar (Lutter et al., 2021), sendo, portanto recomendável que se proteja a introdução de alimentos com açúcares adicionados após os dois anos de vida (Moore et al., 2022).

O estado nutricional comprometido durante a admissão ou o agravamento do mesmo durante a hospitalização afeta negativamente os resultados clínicos, verificando-se, frequentemente, um aumento no tempo de permanência no hospital (McCarthy et al., 2019). De facto, o estado nutricional das crianças pode piorar rapidamente durante ou após um processo de doença, caso as necessidades nutricionais adicionais não sejam cumpridas, sendo ainda frequente uma diminuição do apetite induzida pela doença (Degefa et al., 2019). A avaliação do estado nutricional é, assim, extremamente importante, devendo ser aplicada uma escala para tal. A Ordem dos Nutricionista, recomenda a STRONGKids®, que pode ser aplicada, por exemplo, por enfermeiros, na admissão. Consoante o score é proposta uma atuação, nomeadamente num score elevado, deve o serviço de nutrição ser referenciado (Matos et al., 2017).

O fornecimento de uma alimentação adequada é determinante para a recuperação da criança hospitalizada, uma vez que contribui para o seu bem-estar e qualidade de vida. Como tal, os estabelecimentos hospitalares, devem garantir a qualidade da alimentação fornecida, de forma a manter ou auxiliar na recuperação das crianças doentes, bem como, de forma de prevenir a deterioração do seu estado nutricional (Direção-Geral da Saúde, 2021).

São relatadas, no entanto, na evidência algumas barreiras para a fraca nutrição durante a hospitalização como a limitada oferta alimentar, comida pouco adequada à faixa etária, horários pouco flexíveis (McCarthy et al., 2019), a criança sentir fome e comer comida que não é fornecida pelo hospital e a qualidade da comida (Carter et al., 2019). Para além disso, o ambiente hospitalar pode ser intimidante e confuso para a criança, pelo que a alimentação pode ser desafiante (McCarthy et al., 2019). Uma reavaliação continuada dos menus e da oferta alimentar hospitalar é necessária para que se providenciem escolhas alimentares aceitáveis, que atendam às necessidades das crianças hospitalizadas (Carter et al., 2019).

Para além disso, urge uma abordagem sustentável relativa à alimentação, uma vez que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), os estabelecimentos de saúde são um dos maiores consumidores de comida e, como tal, modelam e promovem a saúde e a sustentabilidade através das suas escolhas alimentares, que incluem a redução da oferta de carne, eliminar comida processada, entre outros. Assim, ao adequar a oferta alimentar às crianças hospitalizadas menos comida será desperdiçada.

### 1.3 Formulação de objetivos iniciais

- Otimizar a oferta alimentar no Serviço de Urgência Pediátrica.
- Uniformizar a intervenção de enfermagem no âmbito da promoção da alimentação saudável no serviço de urgência Pediátrica.
- Reforçar os recursos físicos relacionados com a alimentação.
- Fomentar a prática baseada na evidência.

### 1.4 Perceber as causas

Nesta fase de planeamento foi realizada uma análise SWOT, onde se identificaram os pontos fortes (S), pontos fracos (W), as oportunidades (O) e as ameaças (T) deste PMCQCE. Para tal, realizei uma entrevista com a Nutricionista que está alocada à Pediatria, no sentido de melhor compreender os diversos aspetos que se relacionam com a oferta alimentar no SUP.

<p><b>Pontos Fortes:</b></p> <p>Equipa motivada e envolvida no projeto;</p> <p>Investimento na melhoria dos cuidados de enfermagem;</p> <p>Ganhos em saúde;</p> <p>Melhoria do ambiente de cuidados;</p> <p>Projeto inovador no SUP;</p>	<p><b>Pontos fracos:</b></p> <p>Ligação entre SUP e serviço de nutrição;</p> <p>Falta de conhecimento sobre dietas alimentares;</p> <p>Necessidade de formação sobre alimentação infantil;</p> <p>Fraca interligação com serviços comunitários;</p>
<p><b>Oportunidades:</b></p> <p>Melhoria de ligação entre SUP e Serviço de nutrição;</p> <p>Promoção da Saúde;</p>	<p><b>Ameaças:</b></p> <p>Custos;</p> <p>Entraves burocráticos;</p>

Diminuição de custos pela redução de complicações associadas a alimentação inadequada; Visibilidade do Serviço e Hospital; Realização de Investigação no âmbito da alimentação infantil; Melhoria dos recursos físicos.	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### 1.5 Planear executar tarefas

Resultante do questionário aplicado à equipa de enfermagem, das entrevistas realizadas, da observação direta dos cuidados e da pesquisa realizada foram planeadas, nesta fase, as seguintes atividades:

- Pedido de recursos materiais – elaboração de documento a solicitar fundos para aquisição de recursos materiais para o SUP (cadeiras de alimentação, almofadas de apoio, colheres e babetes) à liga de voluntários do Hospital;
- Aquisição de recursos materiais, com os fundos disponibilizados pela liga de voluntários, e colocação à disposição dos utentes para sua utilização;
- Sessão de Formação à equipa de Enfermagem sobre o período de diversificação alimentar e a hospitalização, abordando as questões da desnutrição;
- Realização de um documento informativo sobre a diversificação alimentar e a hospitalização, para a equipa de enfermagem;
- Realização de um documento sobre dietas hospitalares, com exemplos, para a equipa de enfermagem;
- Realização de um documento sobre leites adaptados disponíveis no hospital, com exemplos, para a equipa de enfermagem;
- Realização de uma Norma de Procedimentos sobre os cuidados de enfermagem à criança com vómitos e diarreia no SUP;
- Realização de apresentação para exposição na sala de espera do SUP sobre a gestão dos vómitos e diarreia na criança, para os pais/cuidadores/criança que recorrem ao SUP;

- Realização de documento expositivo sobre gestão de vômitos e diarreia na criança, com recurso a QR Code, para os pais/cuidadores/Crianças que recorrem ao SUP;
- Propor a integração da avaliação da Escala STRONGKids® na admissão de crianças em UCEP; apurar os procedimentos necessários à sua integração no sistema de informação;
- Propor a realização de um grupo de trabalho sobre a alimentação infantil, que ficasse responsável pela continuidade de formação à equipa, facilitasse a interligação entre as equipas multidisciplinares envolvidas na alimentação das crianças;
- Capacitar a equipa de enfermagem, através de sessões de formação, sobre a identificação e referenciação de crianças com excesso de peso/obesidade;
- Identificar estratégias de ligação entre cuidados hospitalares e comunitários no âmbito da identificação, referenciação e prevenção da obesidade infantil;
- Incentivar a investigação no SUP no âmbito da alimentação infantil;
- Planear atividades alusivas à alimentação saudável no dia da alimentação saudável (16 de outubro), para as crianças internadas;

Algumas destas atividades já foram realizadas, como a aquisição de materiais físicos para o SUP, a sessão de formação sobre diversificação alimentar e respetivo documento informativo, bem como, a norma procedimental e a apresentação para colocar nos monitores da sala de espera. Outras atividades já foram iniciadas, mas estão pendentes de revisão pela enfermeira gestora.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados de Enfermagem assumem, cada vez mais, uma maior importância e exigência a nível técnico e científico, pelo que a diferenciação e a especialização dos profissionais de saúde é fundamental. Neste sentido, o regulamento das competências comuns aos Enfermeiros Especialistas (2019) enfatiza que o Enfermeiro especialista (EE) é aquele que demonstra uma prática respeitadora dos direitos humanos, que colabora na conceção e operacionalização de projeto na área da qualidade a nível institucional participando na disseminação necessária à sua apropriação. É também, aquele que reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e eventualmente uma revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua. O EE demonstra uma prática baseada na evidência, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem da equipa, sendo agente ativo no âmbito da investigação (Regulamento n.º 140/2019).

Por sua vez, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) trabalha em parceria com criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que a criança se encontre inserida, no sentido de promover a saúde, prestando cuidados à criança saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde assim como identifica recursos de suporte, mobilizando-os (Regulamento n.º 422/2018). Assim, este PMCQCE permite a implementação de um plano de saúde promotor da saúde, estabelecido em parceria com a criança e família, bem como promover o crescimento e desenvolvimento das crianças que recorrem ao SUP e aquelas que ficam internadas. Permitirá, ainda a identificação e atuação adequada nas doenças comuns ou situações de risco que possam afetar de forma negativa a vida ou qualidade de vida das crianças, nomeadamente, no que concerne à desnutrição, através da identificação do estado nutricional com recurso a uma escala de avaliação do risco nutricional. A adequação da alimentação e o conhecimento sobre os cuidados alimentares em determinadas situações de saúde, como por exemplo, a diabetes inaugural, irá promover a majoração dos ganhos em saúde e, sendo a alimentação um aspeto tipicamente controlado pelos pais irá permitir que se promova a adaptação da criança à situação crónica (Regulamento n.º 422/2018).

O regulamento n.º 613/2022, que define o ato do enfermeiro, enfatiza que o enfermeiro “quando integrado em equipas multiprofissionais, atua em cooperação, articulação, complementaridade e, ou coordenação de outros profissionais, cuja atuação seja funcionalmente interdependente ou complementar à sua” (Ordem dos Enfermeiros, 2022,p. 180).

Este PMCQCE continuará a ser planeado e executado, necessitando de, não só, mais pessoas na sua constituição, mas também de tempo para que algumas das atividades sejam concretizadas. Este projeto permitiu não só a aquisição de competências de EE e EEESIP, mas também a exploração de novas competências e habilidades enquanto enfermeira, pelo que contribui enormemente para o meu crescimento profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carter, L. E., Klatchuk, N., Sherman, K., Thomsen, P., Mazurak, V. C., & Brunetwood, M. K. (2019). Barriers to oral food intake for children admitted to hospital. In *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* (Vol. 80, Issue 4, pp. 195–199). Dietitians of Canada. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2019-012>
- Degefa, N., Tadesse, H., Aga, F., & Yeheyis, T. (2019). *Sick Child Feeding Practice and Associated Factors among Mothers of Children Less Than 24 Months Old, in Burayu Town, Ethiopia*.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Alimentação Saudável dos 0-6 anos. Linhas de Orientação para profissionais e educadores*.
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Manual de Dietas Hospitalares. Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*.
- Lutter, C. K., Grummer-Strawn, L., & Rogers, L. (2021). Complementary feeding of infants and young children 6 to 23 months of age. *Nutrition Reviews*, 79(8), 825–846. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa143>
- Matos, C., Faria, A., Vasconcelos, C., Asseiceira, I., Tomada, I., Dias, M., & Moreira, R. (2017). *NOP 001/2017 Norma de Orientação Profissional. Identificação do Risco Nutricional em Idade Pediátrica*.
- McCarthy, A., Delvin, E., Marcil, V., Belanger, V., Marchand, V., Boctor, D., Rashid, M., Noble, A., Davidson, B., Groleau, V., Spahis, S., Roy, C., & Levy, E. (2019). Prevalence of malnutrition in pediatric hospitals in developed and in-transition countries: The impact of hospital practices. In *Nutrients* (Vol. 11, Issue 2). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/nu11020236>
- Moore, A. M., Fisher, J. O., Morris, K. S., Croce, C. M., Paluch, R. A., & Kong, K. L. (2022). Frequency of Sweet and Salty Snack Food Consumption Is Associated with Higher

Intakes of Overconsumed Nutrients and Weight-For-Length z Scores During Infancy and Toddlerhood. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 122(8), 1534–1542. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2022.02.013>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.

Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento n.º 613/2022. Regulamento que define o ato do Enfermeiro. In *Diário da República: Vol. 2.ª série* (Issue N.º 131, pp. 179–182).

Organização Mundial da Saúde. (2020). *WHO Guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities*.

Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M. do C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T., Dinis, A., & Roscôa, C. (2023). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022*.

**Apêndice IX – Alimentação na Neonatologia: Importância das  
Competências Oro-Motoras: Entrevista a Enfermeira Perita**

**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

UC Estágio

**Alimentação na Neonatologia: importância das  
competências oro-motoras  
Entrevista a Enfermeira Perita**

Sara Margarida Ferreira Silva Lobo n.º 2802

—  
Professor Orientador:

Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues

—  
Lisboa

Dezembro 2023

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na preparação, transcrição e reflexão de uma entrevista realizada a uma enfermeira perita na alimentação no recém-Nascido (RN) prematuro, no âmbito da realização de estágio do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Na preparação para a realização deste estágio e nos primeiros turnos senti a necessidade de compreender todo o processo que se relaciona com a alimentação do RN prematuro, designadamente no que concerne à estimulação de competências oromotoras, o seu treino e desenvolvimento constante, o início da alimentação entérica e posteriormente o início da alimentação oral, bem como a intervenção do enfermeiro neste processo. Optei, então, por realizar uma entrevista a uma enfermeira perita na área da alimentação infantil e que tem vindo a desenvolver trabalho neste âmbito na unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) onde estagiei. Assim, questioneei se seria oportuno realizar uma entrevista semiestruturada a esta enfermeira no sentido de desenvolver o meu conhecimento neste âmbito. A senhora enfermeira aceitou e combinámos uma data para o fazer. A construção do guião da entrevista foi orientada pela revisão da literatura e pela participação num seminário acerca da temática.

Importa ressaltar que a criança que nasce prematuramente e tem necessidade de internamento na Neonatologia encontra-se numa situação que pode ameaçar a sua vida, com uma alteração na proximidade parental e num ambiente imprevisível que despoleta no RN uma resposta ao stress que pode provocar alterações duradouras ao cérebro em desenvolvimento (Altimier & Phillips, 2016; Coughlin, 2017). Já quando expostos a experiências que nutrem (*nurture*) e responsivas, estas experiências são protetoras para o RN, minimizando o risco inerente à estadia na neonatologia (Coughlin, 2017). Assim, importa adotar medidas neuro protetoras durante a hospitalização devido ao rápido crescimento cerebral e desenvolvimento neurológico que ocorre neste período (Altimier & Phillips, 2016). Altimier e Phillips (2016) propõe a a otimização da nutrição do RN como uma medida neuro protetora, particularmente através da oferta de leite materno pelas suas sobejas vantagens, enfatizando que o processo de alimentação é responsável pelo atraso na alta hospitalar, sendo responsável por muitas das readmissões hospitalares. Reiteram que a alimentação oral é um processo complexo para o RN prematuro que

requer profissionais de saúde competentes de forma que a experiência alimentar seja prazerosa, segura e eficaz. Para os autores, é determinante que os pais e os profissionais de saúde detenham conhecimento não, só sobre alimentação, mas também sobre técnicas de alimentação, bem como, sobre a importância da realização de contacto pele-a-pele para o sucesso da alimentação, especificamente da amamentação.

A intervenção de enfermagem na introdução da alimentação oral no RN prematuro deverá estar assente em protocolos, suportados por instrumentos de avaliação (Curado et al., 2017), como por exemplo, a "*Early Feeding Skills*" (EFS), que é a escala utilizada nesta UCIN, implementada, também pela enfermeira a quem realizei a entrevista. Esta escala possibilita a realização de uma observação geral (onde se avalia a postura, estado de alerta, tónus muscular e linha basal de saturação e no final da alimentação, a tolerância alimentar) e uma avaliação específica (quatro dimensões, com diversos itens, que são "Capacidade de se manter interessado na alimentação", "Capacidade para organizar o funcionamento oro-motor" "Capacidade para coordenar a deglutição" e a "Capacidade para manter a estabilidade fisiológica" (Curado et al., 2017, p. 134).

Não é demais referir ainda que para muitas mães o sucesso da alimentação e o aumento ponderal estão intrinsecamente relacionados com perceção destas sobre a sua capacidade parental (Curado et al., 2017). De facto, o internamento na UCIN demonstra-se como um episódio traumático para os pais, não só pelo nascimento antecipado do seu filho, mas por todas as dificuldades que poderão de ter de ultrapassar durante a hospitalização. Os pais devem ser empoderados durante este processo, através da transmissão de conhecimentos e da existência de recursos físicos a que possam recorrer (como folhetos), da possibilidade de deterem algum controlo sobre as decisões relativas aos seus filhos, participarem ativamente no cuidado aos RN (dar banho, mudar a fralda, posicionar, fazer contacto-a-pele) (Umberger et al., 2018).

A estrutura deste trabalho compreende a apresentação do guião da entrevista, seguindo-se a transcrição da mesma. Posteriormente, teço as minhas considerações finais onde faço uma relação sobre a entrevista e reflito sobre a importância do treino e estímulo de competências, bem como, da necessidade de utilização de instrumentos de avaliação da alimentação oral.



## GUIÃO DE ENTREVISTA

Apresentação, contextualização do projeto;

Caracterização da Enfermeira Perita, mantendo a sua privacidade e confidencialidade;	Nome
	Anos de profissão
	Anos a exercer na UCIN
	Área de Interesse

Na sua opinião, qual é a importância da alimentação dos RN na UCIN?

Na sua opinião, qual a intervenção do Enfermeiro em relação à alimentação do RN prematuro?

Como é que se avalia se o RN está pronto ou não para iniciar a alimentação?

Quer-me falar sobre a utilização pelos enfermeiros da EFS?

Que intervenções se podem realizar para promover as competências oro-motoras do RN prematuro?

Na sua opinião, qual é a importância dos pais e seu empoderamento relativamente à alimentação?

---

## ENTREVISTA A ENFERMEIRA PERITA

A entrevista decorreu na sala polivalente da UCIN, com três RN e suas mães presentes, realizando contacto pele-com-pele, estando asseguradas as condições de privacidade e confidencialidade, devido à disposição da sala. Comecei por me apresentar e por contextualizar a entrevista com o meu tema de relatório, frisando que a privacidade e confidencialidade da Enfermeira seria prezada e mantida e questionei se seria oportuna a realização da entrevista naquele momento, tendo obtido uma resposta afirmativa.

A enfermeira LM é enfermeira há 14 anos e exerce funções desde essa altura na UCIN onde decorreu o meu estágio. A enfermeira LM é uma das coautoras do artigo “Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral”, tendo sido uma das responsáveis pela implementação da escala EFS na UCIN, dando formação aos seus pares neste âmbito, tarefa que continua a desempenhar, fazendo parte do grupo de trabalho da alimentação na Neonatologia.

**Entrevistador: Na sua opinião, qual é a importância da alimentação na neonatologia?**

Enfermeira: Aqui na UCIN, a alimentação surge como o ponto [de partida] para uma possível alta. Normalmente, nos prematuros acaba por ser a última competência que falta adquirir, tendo em consideração todos os pormenores do internamento e de todos os sistemas do RN. A alimentação é o passo para a alta, daí ter assim tanta importância, como tudo o resto, como a estabilidade respiratória e autonomia para respirar autonomamente, a alimentação surge como o grande passo para ir para casa.

**Qual a intervenção do enfermeiro na alimentação destes RN, que nascem muitos deles antes de terem competências oro-motoras desenvolvidas, para que possam ir para casa com autonomia alimentar?**

Acho que é importante uma intervenção prévia à alimentação. Estar atento aos sinais que o bebé vai dando relativamente às competências que já possui. Nós podemos falar de alimentação mesmo antes da alimentação ocorrer em si. Importa ir fazendo uma avaliação de todos os reflexos, como eles se coordenam, mesmo ao fazer sucção não nutritiva com dedo enluvado, perceber como está o nível de sucção, força, entre outros.

O que a escala (a EFS) nos possibilita, e foi o que nos impulsionou a implementá-la nesta UCIN, é ter em atenção aos aspetos que nos indicam que o RN estará pronto para começar a alimentação oral.

**Como é aplicada a escala aqui na UCIN? Como faz a sua interpretação na prática de cuidados?**

Inicialmente, a alimentação, na Neonatologia, em Portugal, era baseada nas perceções de cada um. Mesmo em relação à idade (corrigida) adequada para o início da alimentação oral era apontada para as cerca das 34 semanas. Mas há sempre bebés diferentes e há bebés de 32 semanas que podem já demonstrar sinais de prontidão. A escala foi possibilitar - e a validação para a população portuguesa, que isso também era importante, porque é uma escala americana, que é uma população totalmente diferente da nossa e, ao validarmos e adequarmos à nossa população, foi importante [para] - estruturar o pensamento e a linguagem, no que concerne a alimentação. Agora existe uma estrutura na avaliação das competências do RN, apesar de existirem várias escalas que permitem avaliar diversos aspetos relacionados com a alimentação, esta foi importante por toda a sua estrutura e principalmente pela primeira fase de avaliação das competências para iniciar a alimentação (avaliação geral).

**No artigo, de que é coautora, verifiquei que atribuem valores aos diversos itens. Isso é realizado na prática? Como se interpretam os resultados?**

Essa atribuição de valores foi apenas para tratamento estatístico durante a validação da escala. Na prática, a escala é uma escala qualitativa. Não existe, no sistema de informação onde se aplica a escala, um valor associado. Ou seja, ela é uma escala de observação. Quando a preenchemos, nunca vai dar um *score*. Contudo, a sua aplicação permite a associação de comentários em que se podem destacar as principais dificuldades do RN durante a alimentação. Ou seja, se a dificuldade foi a nível da deglutição ou respiração, entre outros. Mais do que associar um *score*, importou, na altura, estruturar o pensamento e uniformizar a linguagem dos profissionais.

**A escala é, então, aplicada apenas quando o RN inicia a alimentação oral?**

Exatamente. Devemos sempre avaliar os sinais de prontidão antes disso, nomeadamente os reflexos orais. Mas quando a criança inicia a alimentação oral, vai-se

registando as avaliações que são feitas, associando uma pequena descrição, para que possa haver continuidade de cuidados e ser mais perceptível a evolução da criança a nível da competência alimentar. Neste momento, aplicamos a escala, uma vez por turno, não a trabalhamos tanto quanto desejaríamos devido ao enorme fluxo de trabalho.

### **Como avaliam se a criança está pronta ou não iniciar a alimentação oral?**

Baseamo-nos na escala, porque a primeira fase da escala consiste na avaliação de 5 itens: se o bebé está alerta; como é a sucção do bebé; como é a sua postura – se está organizado, com os membros à linha média, qual o seu nível de energia; se tem Saturação de oxigénio superior a 93%.... Basta um dos itens não estar presente para que não se possa iniciar a alimentação. Devemos assim perceber se há algo que possamos fazer para dar resposta ao item que não está presente, nomeadamente, dando tempo para que o RN descanse, aumentando o aporte de O<sub>2</sub>, se necessário... se a sucção não estiver organizada, fazer um pouco de sucção não-nutritiva e então, voltar a fazer uma observação geral. Caso a avaliação de todos itens esteja adequada, então pode iniciar-se a alimentação oral.

**Na avaliação específica, se houver algum item que ainda esteja em desenvolvimento, como por exemplo, se o RN perder leite pela comissura labial, que estratégias podem ser mobilizadas para dar resposta a este item?**

Sim, de facto existem vários problemas que podem ocorrer durante a alimentação, nesse caso em concreto, de perda de leite pela comissura labial, existe, nomeadamente, uma intervenção na escala, que talvez não seja tão comum ser utilizada, que é regular o fluxo do biberão, isto é, baixar um pouco o biberão, de forma que a tetina não esteja totalmente preenchida com leite, o que levanta outras questões, como a entrada de ar durante a mamada. Na verdade, existem pequenos ajustes que podemos fazer, que auxiliam na administração de leite por biberão, pois, ao diminuir o fluxo de leite na tetina, o bólus de leite com que a criança fica na boca será menor e, portanto, ela terá maior facilidade em deglutir, uma vez que se conseguirá organizar melhor. Para além disso, ao baixar ligeiramente o biberão a criança irá parar de fazer sucção, irá deglutir e respirar e depois continuar a alimentação.

Ao longo da alimentação, a aplicação da escala, permite a avaliação de diferentes aspetos que, caso estejam presentes, requerem uma intervenção. Por exemplo, se a criança fizer sons de clique durante a sucção, pode ser necessário que se faça um apoio das estruturas [faciais], pois ao fazer sons de clique significa que o RN não está a fazer uma boa selagem e o apoio do mento pode ajudar nesse sentido. Há aspetos que podem ser melhorados no momento ou que poderão ser trabalhadas nas vezes seguintes, pelo que o registo da avaliação é fundamental.

### **A avaliação destes itens também pode ser realizada durante a amamentação?**

Sim, sem dúvida. Apesar de ser mais desafiante pois requer uma maior disponibilidade da nossa parte [equipa de enfermagem] para estar presente com a mãe e RN durante toda a duração da mamada. Infelizmente, com os rácios atuais, conseguimos observar a pega e o posicionamento e corrigir algo, se detetado no início da mamada, mas a verdade é que depois temos outras crianças para cuidar e para alimentar e não conseguimos ficar lado a lado durante toda a mamada. Ou seja, a escala pode ser aplicada durante a amamentação e alerta-nos para algumas intervenções que podemos de facto realizar durante a mamada, mas pelo que já referi, nem sempre a utilizamos durante a amamentação.

### **Que estratégias para promover competências oro-motoras de podem utilizar na neonatologia no sentido de preparar o RN para a alimentação oral?**

Diversas, há de facto muito que se pode fazer, não só em termos de treino de competências, que deve ocorrer previamente à iniciação da alimentação oral, mas também no que concerne as técnicas de alimentação. Realizei, recentemente, formação à equipa sobre a alimentação por sonda-dedo, exatamente pelas suas vantagens, por trabalhar a parte da motricidade oral. A adesão, por parte da equipa tem sido lenta, não só devido à complexidade dos cuidados das crianças na unidade, mas também por, devido a necessidade de vagas, as crianças que estão em fase de aquisição de autonomia alimentar, serem transferidas para o serviço de internamento de pediatria.

A introdução de biberão é sempre questionada aos pais previamente, informando e promovendo sobre a amamentação, mas a verdade é que, para ter alta, o RN deve demonstrar autonomia alimentar e os pais não costumam estar presentes 24 horas e,

como tal, este é o método que mais frequentemente utilizamos quando as crianças não são amamentadas.

Uma estratégia que utilizamos com muita frequência é colocar o bebé na mama da mãe, com a mama vazia, durante a alimentação entérica para que, não só, o RN treine, mas também para promover a estimulação da produção de leite, promover a vinculação, estabilização do RN...

### **Que outros aspetos são importantes durante a alimentação Oral?**

A organização, o tónus muscular, o estado de alerta do RN, todos estes fatores são determinantes para a alimentação oral. De facto, durante a alimentação o RN deve estar muito bem contido, com os membros à linha média para que não se desorganize durante a alimentação, o que nem sempre é feito.

### **Qual a importância dos pais e seu *empowerment* no processo de alimentação do RN?**

É extremamente importante. De tal modo, que quando introduzimos a escala na unidade, fizemos questão de formular um folheto onde constasse alguma da informação que é avaliada pela EFS, com linguagem adequada aos pais, durante, designadamente, a administração de leite por biberão. Tentamos sempre, incluir os pais e capacitá-los sempre durante a alimentação, transmitindo conhecimentos aos pais e dotando-os de capacidades.

**Na sua opinião, enquanto enfermeira perita nesta área, considera que deverá haver formação e treino no âmbito da alimentação do RN? Nomeadamente, na interpretação da EFS...**

Nós introduzimos a escala aqui [na UCIN] em 2009, nessa altura, toda a gente preenchia a escala, pois demos formação para que pudéssemos recolher os dados, nesta e noutras unidades a nível nacional. Isso fez com que a equipa de enfermagem, nessa altura, ficasse com um bom treino e perfeitamente capacitada para a aplicação da escala, até porque fizeram formação primeiro e utilizavam a EFS muitas vezes. Nessa altura, estavam bem qualificados para a aplicação da escala e para esta visão [a importância da alimentação oral no RN prematuro]. Já passaram 13 anos e as equipas têm vindo a mudar, temos neste momento uma equipa muito jovem, pelo que tenho tido a perceção, como

parte do grupo da alimentação aqui do serviço, de que há agora uma grande necessidade de formação neste sentido. Mesmo para desmitificar que o oferecer um biberão envolve mais do que o ato mecânico de o fazer. Estamos agora numa fase de retomar o assunto e de capacitar os colegas mais novos nesse sentido.

A transcrição da entrevista foi revista pela Sra. Enf.<sup>a</sup> LM, que não apresentou qualquer sugestão de alteração, concordando com a mesma.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da intervenção de enfermagem no âmbito da alimentação, no RN prematuro, ser vasta, as condições de trabalho, como os rácios enfermeiro/cliente, a necessidade de vagas que surgiu com um aumento do número de grávidas que aflui ao hospital, o facto da equipa ser composta por alguns elementos mais novos, interferem na qualidade e quantidade de estímulos e treino que é realizado nos RN prematuros, bem como, no *empowerment* das famílias sobre a alimentação. Assim, se evidencia a importância da utilização de um instrumento de avaliação, como a EFS, aqui abordada, pois permite que, havendo formação nesse sentido, a linguagem entre os enfermeiros seja uniforme e que a evolução do RN seja evidente na continuidade dos cuidados.

De facto, existe necessidade, nesta UCIN, de intervenção nesta área, de forma a motivar os seus membros a ter uma prática baseada na evidência, com qualidade e segurança, não esquecendo que o sucesso da alimentação oral está em tudo relacionado com o estímulo e treino precoce das competências oro-motoras. A promoção do aleitamento materno é determinante, não só pelas competências oro-motoras do RN, mas também pelos mais diversos benefícios que daqui advém para o RN prematuro. Quando este não é possível, a alimentação oral pode ser realizada de mais do que uma forma, mas de facto, para que se possam prestar cuidados com qualidade o enfermeiro muitas vezes sente-se obrigado a abdicar de algumas intervenções para que as necessidades humanas básicas de todos os RN a seu cargo sejam cuidadas.

Pela minha observação, nomeadamente no momento da realização da entrevista, os enfermeiros fazem e promovem consistentemente a realização do contacto pele-a-pele entre mãe/pai e RN. São escrupulosamente cuidadosos com os estímulos sonoros e luminosos, tendo estipulada dois momentos designados de "hora da sesta", em que diminui a luz da sala e se procura ativamente diminuir o ruído, para promover o descanso dos RN.

Foi com agrado que verifiquei que grande parte, se não todos, os RN ventilados ou em Ventilação Não Invasiva, têm chucha e fazem sucção não-nutritiva, quando pertinente, respeitando o RN e os seus marcos de desenvolvimento.

Os RN, quer sejam pré-termo ou de termo, internados nesta UCIN, por vezes, largos meses internados, têm de superar diversas conquistas antes de poderem ter alta. Uma delas, consiste no sucesso na alimentação oral, isto é, em serem capaz de se alimentar sem recurso a um dispositivo médico (salvo raras exceções). Contudo, tal como discutido com a enfermeira LM e a minha enfermeira orientadora, o ónus que se atribui a esta competência é pouco e tardiamente atribuído, quando comparado com, por exemplo, a estabilidade respiratória. Foi também discutido com a enfermeira LM que sendo a autonomia alimentar geralmente o último aspeto a estar concluído antes da alta do RN, provoca muitas vezes, nos pais, alguma frustração quando não os conseguem alimentar ou pelo menos não de acordo com as expectativas que tinham estipulado.

A realização da entrevista aqui transcrita surge como um meio para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista (EE) e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), uma vez que permitiu que atingisse alguns objetivos específicos a que me propus atingir. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), a competência do EE assenta “num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (p.4746), assim como, “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (p.4749). Para além disso, segundo o regulamento n.º 422/2018 (2018), o EEESIP “Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias” (p.19193).

Ou seja, ao preparar-me para a entrevista fiz pesquisa bibliográfica e assisti a um seminário sobre a promoção das competências oro-motoras, o que permitiu que refletisse e estruturasse o meu pensamento para a entrevista. A entrevista, permitiu que desenvolvesse não só a minha comunicação com um dos meus pares, mas que adequasse e dirigisse a entrevista para obter os resultados pretendidos. Mais que isso, permitiu que refletisse sobre a importância da intervenção de enfermagem na alimentação oral do RN prematuro e da importância de haver conhecimento neste âmbito. Após a realização da entrevista, pude aplicar muito do conhecimento obtido, como a estratégia de regulação do fluxo da tetina, apresentado pela Senhora Enfermeira LM, fazer treino de competências orais em muitos dos RN a quem prestei cuidados,

transmitir conhecimentos aos pais de RN sobre competências orais e sobre alimentação, pude estimular competências oro-motoras em RN prematuros, com necessidades de cuidados intensivos e fui compartilhando e discutindo este tema com a minha enfermeira orientadora.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Coughlin, M. (2017). Trauma-informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant*, 13(5), 1–4. <https://doi.org/10.1038/jp.2017.124>
- Curado, M. A. dos santos, Maroco, J. P., Vasconcellos, T., Gouveia, L. M., & Thoyre, S. (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(12), 131–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16070>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II Série (N.º 133, de 12-07-2018), 19192-19194. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, II Série (N.º 26, de 6-02-2019), 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Umberger, E., Canvasser, J., & Hall, S. L. (2018). Enhancing NICU parent engagement and empowerment. *Seminars in Pediatric Surgery*, 27(1), 19–24. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2017.11.004>

**Apêndice X – A Intervenção do Enfermeiro Especialista com a  
Criança/Jovem com Excesso de Peso ou Obesidade na Urgência  
Pediátrica**

**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

**UC Estágio**

**A intervenção do enfermeiro especialista com a  
criança/jovem com excesso de peso ou obesidade na  
Urgência Pediátrica**

**Sara Margarida Ferreira Silva Lobo n.º 2802**

**Professor Orientador:**

**Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues**

**Lisboa**

**Fevereiro 2024**

## INTRODUÇÃO

A obesidade infantil é uma doença multifatorial, que resulta de um excedente calórico consumido face às calorias gastas, sendo influenciado por fatores metabólicos, hereditários, culturais, psicológicos e socioeconómicos. A obesidade infantil pode dar origem a diversas doenças crónicas não-transmissíveis, como diabetes *mellitus* tipo II, hipertensão arterial, entre outros, podendo resultar numa diminuição da autoestima da criança, isolamento social, sendo por vezes desencadeante de distúrbios alimentares (Fisher, 2024; Köse & Yıldız, 2021; Rito et al., 2023). A realidade portuguesa, no que à obesidade infantil concerne, ao contrário do que se tinha verificado em 2019, verificou um aumento da prevalência do excesso de peso e da obesidade, com 31,9% das crianças dos 6 aos 8 anos a apresentar excesso de peso e 13,5% das crianças, dessas mesmas idades, apresentavam obesidade (Rito et al., 2023).

Assim, aquando da realização do estágio num Serviço Urgência Pediátrica (SUP), enquadrado no curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, deparei-me, no meu local de estágio da potencialidade de implementação de uma ficha de referenciação de crianças e jovens com excesso de peso/obesidade, para consulta médica/nutrição. Contudo, apesar do reconhecimento da sua importância, a sugestão apresentada foi negativamente recebida, devido à falta de recursos humanos que possibilitem a resposta adequada à dimensão do problema.

Segundo o Regulamento n.º 422/2018 é competência do EEESIP, para a prestação de cuidados a nível avançado à criança/jovem e família, diagnosticar e intervir precocemente nas doenças comuns e situações de risco que possam ter um efeito negativo na vida ou qualidade de vida da criança/jovem, sendo essencial, não só deter conhecimentos sobre estas situações, mas também o ser capaz de encaminhar as crianças para outros profissionais mais especializados. Não obstante, o EEESIP tem como desígnio a prestação de cuidados à díade criança/família, em parceria, de modo a maximizar a sua saúde, devendo procurar sempre trabalhar com a família e criança para que adotem comportamentos potenciadores de saúde, mas deve, quando são ultrapassadas as suas capacidades/recursos para tal, mobilizar os recursos comunitários que dão suporte à criança/jovem e família. Para tal, deverá existir um trabalho em

parceria com os agentes da comunidade de forma a garantir uma melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.

Assim, este trabalho consiste numa análise reflexiva sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista na identificação, referenciação e empoderamento da criança (e família), com excesso de peso ou obesidade infantil.

## ANÁLISE REFLEXIVA

O Programa Nacional de Saúde 2021-2030 (DGS, 2022a) estabelece como prioritária a atuação a nível da prevenção das doenças crónicas não-transmissíveis, particularmente as que resultam de uma alimentação inadequada, tendo como eixo de intervenção a promoção da alimentação saudável, a promoção da saúde infantil-juvenil, a promoção do aleitamento materno, bem como a promoção da literacia em saúde, ressaltando que “cada contacto conta”. Por sua vez, o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030 é perentório na recomendação de haver “Reforço e reorientação dos serviços de saúde para a promoção de uma alimentação saudável” bem como “Desenvolvimento de estratégias que melhorem a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que, pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar.” (DGS, 2022, p. 20).

Nesse sentido, questioneei a enfermeira gestora do SUP e a equipa de enfermagem sobre a exequibilidade da implementação de uma ficha de referenciação de enfermagem para crianças com excesso de peso/obesidade, que recorrem ao SUP ou ficam internadas em Unidade de Cuidados Especiais Pediátrica, para avaliação em consulta hospitalar. Foi realizada entrevista à médica responsável pela consulta de obesidade, que reconhecendo a importância da referenciação e da intervenção, refere ser inexecutável, pois não tem mais vagas disponíveis em consulta, seguindo um vasto número de crianças, grande parte, referenciadas dos cuidados de saúde primários, devido à inexistência de equipa de nutrição. Refere ainda que prioriza na sua consulta crianças com obesidade, mas com comorbilidades associadas, sendo crianças que segue durante um longo período, pelo que não sobejam vagas, de forma a manter os cuidados de excelência que requerem. Foi discutido a necessidade de implementação de políticas de saúde no âmbito da prevenção da obesidade, nomeadamente a melhoria da alimentação nas escolas e na maior oferta de espaços para a realização de exercício físico.

Foi com alguma consternação que recebi esta informação, exigindo alguma reflexão e pesquisa bibliográfica de forma a consolidar o sucedido numa futura atuação.

Assim, a evidência ressalva que:

O SUP pode providenciar uma oportunidade para identificar obesidade e atuar sobre a mesma, uma vez que, diversas crianças recorrem ao SUP, onde passam algum tempo à espera e são frequentemente pesadas. Para além disso, os pais parecem estar mais recetivos à identificação e referenciação neste contexto (Friedman et al., 2022). Este pode, inclusivamente, ser um excelente momento para a promoção da saúde, por ser uma intervenção oportunista, ou seja, se uma criança/jovem recorre ao SUP devido a uma complicação da obesidade, a intervenção poderá ser mais eficaz por esse mesmo motivo (Schofield et al., 2022). Por outro lado, as crianças/jovens que recorrem ao SUP têm tipicamente uma situação aguda de doença, por vezes urgente ou emergente, com duração limitada e por vezes com recursos escassos, podendo repercutir-se, por exemplo, na documentação das intervenções (Friedman et al., 2022). Para além disso, nem todos os profissionais de saúde detêm conhecimentos suficientes para trabalhar esta questão com as famílias, havendo ainda um enorme estigma associado ao excesso de peso/obesidade (Friedman et al., 2022).

A referenciação deverá surgir quando o doente necessita de suporte adicional ou de intervenções mais extensas ou prolongadas, que necessitam de ser realizadas noutro contexto (CSP, outros departamentos hospitalares ou grupos de apoio) (Adams et al., 2023).

De facto, os cuidados de saúde primários desempenham um importante papel na deteção precoce e no tratamento de doenças, bem como na aquisição de resultados de saúde positivos através da promoção da saúde e da prevenção de doenças e de dificuldades desenvolvimentais (Organização Mundial de Saúde, 2022).

As intervenções que previnem o excesso de peso e a obesidade tem o potencial de mitigar a trajetória da obesidade até à idade adulta e, como tal, melhorar a qualidade de vida a longo prazo, reduzir o risco de doenças crónicas e diminuir os custos associados à saúde (Whitehead et al., 2021).

Curiosamente, o período de realização do meu estágio coincidiu com a reforma organizativa do Serviço Nacional de Saúde (SNS), através da implementação das Unidades Locais de Saúde alargada a todo o território nacional. A integração dos Agrupamento de Centro de Saúde (ACES), hospitais e centros hospitalares permite a qualificação da resposta do SNS, facilitando os processos e articulação entre equipas de profissionais de

saúde, com foco na experiência e nos percursos entre os diversos níveis de cuidados de forma a melhorar a participação de todos os envolvimento na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde (Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de Novembro, 2023).

Esta situação demonstrou-se como uma importante oportunidade para refletir sobre a ação, de forma a poder estruturar uma atuação futura. Compreendendo os motivos apresentados pela equipa médica não posso deixar de pensar que o potencial de identificação e referenciação por parte dos enfermeiros no Serviço de Urgência é enorme. Assim, para uma vez futura e como sugestão reflito sobre:

- A necessidade de formar a equipa de enfermagem para que se sintam empoderados na abordagem à criança com excesso de peso/obesidade, envolvendo a família;
- A necessidade de realização de recursos para a transmissão de conhecimentos (físicos ou informáticos) na sala de espera, como um pequeno vídeo ou passagem de diapositivos a sensibilizar a população sobre a problemática da obesidade infantil;
- Com a reformulação do SNS, compreender de que forma pode o contexto hospitalar melhor interligar com os cuidados de saúde primários, nomeadamente através de contactos por e-mail ou telefone;
- A importância dos registos de enfermagem no sistema de informação Sclinico, que se pode demonstrar uma forma de comunicação entre os cuidados hospitalares e na comunidade;
- O recurso ao boletim de saúde infantil e juvenil como fonte de transmissão de informação entre profissionais de saúde, designadamente, aquando da identificação de criança com excesso de peso/obesidade, que não é seguido em consulta de especialidade, documentar tais dados no boletim e incentivar a família/criança a marcar consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil;
- A importância de valorizar cada contacto com a família, intervindo de forma a promover os estilos de vida saudáveis, a mudança e o empoderamento das famílias/criança com excesso de peso ou obesidade;

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade é uma doença multifatorial e, nem sempre abordada em contexto de urgência por não ser uma doença aguda. Contudo, a sua identificação e intervenção precoce é determinante para o futuro da criança. O EEESIP tem, neste âmbito, uma importantíssima intervenção, como potencializador da saúde da criança, do trabalho em parceria com as famílias, bem como na dinamização da equipa de enfermagem para a melhoria das práticas e para manutenção de uma praxis baseada na evidência (Regulamento n.º 140/2019).

A interligação e funcionamento harmonioso entre os diferentes níveis de cuidados (primários, secundários e terciários) irá maximizar o cuidado à criança, particularmente à criança com excesso de peso/obesidade, cuja intervenção requer uma intervenção muito individualizada e continuada recorrendo a diversos métodos e estratégias para a mudança, aquisição e manutenção de comportamentos. Cabe aos profissionais dos vários contextos agilizar essa ligação no sentido de facilitar o acesso aos cuidados de saúde, bem como à maximização da saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, E. J., Morris, L., Marshall, G., Coffey, F., Miller, P. D., & Blake, H. (2023). Effectiveness and implementation of interventions for health promotion in urgent and emergency care settings: an umbrella review. *BMC Emergency Medicine*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00798-7>
- Direção Geral de Saúde (2022a). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. DGS
- Direção geral da saúde (2022b). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030. DGS
- Fisher, B. (2024). Health Problems of the school Aged child . In M. Hockenberry, E. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition, pp. 483–488). Elsevier .
- Friedman, N., Erez-Granat, O., Inbar, A., & Dubnov-Raz, G. (2022). Obesity screening in the pediatric emergency department – A missed opportunity? *Heliyon*, 8(12). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e12473>
- Köse, S., & Yıldız, S. (2021). Motivational support programme to enhance health and well-being and promote weight loss in overweight and obese adolescents: A randomized controlled trial in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 27(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.12878>
- Organização Mundial de Saúde. (2022). *Pocket book of Primary health care for children and adolescents. Guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence.*
- Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro, 4 (2023).
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, 2ª série (Nº26 de 06-02-2019), 4744 - 4750. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento nº 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. Diário da República, 2ª série (Nº133 de 12-07-2018), 19192 - 19194. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>

Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M. do C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T., Dinis, A., & Roscôa, C. (2023). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022*.

Schofield, B., Rolfe, U., McClean, S., Hoskins, R., Voss, S., & Bengner, J. (2022). What are the barriers and facilitators to effective health promotion in urgent and emergency care? A systematic review. *BMC Emergency Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00651-3>

Whitehead, L., Kabdebo, I., Dunham, M., Quinn, R., Hummelshoj, J., George, C., & Denney-Wilson, E. (2021). The effectiveness of nurse-led interventions to prevent childhood and adolescent overweight and obesity: A systematic review of randomised trials. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 77, Issue 12, pp. 4612–4631). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jan.14928>

## Apêndice XI – Cuidados de Enfermagem à Criança com Drepanocitose: Foco na Alimentação



**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

**Unidade Curricular de Estágio**

**Cuidados de Enfermagem à Criança com Drepanocitose:  
Foco na Alimentação  
Análise Reflexiva**

**Sara Margarida Ferreira Silva Lobo n.º 2802**

**Professor Orientador:**

**Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues**

**Lisboa**

**Novembro 2023**

## ANÁLISE REFLEXIVA

No âmbito da realização de Estágio num Serviço de Internamento de Pediatria, estabeleci como um dos objetivos gerais “Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no cuidado à criança, jovem e família, nos processos saúde/doença e nos diferentes contextos de saúde” e como objetivo específicos “Conhecer o contributo do EESIP na dinâmica do serviço e na gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados” e “Prestar cuidados de enfermagem à criança e família em contexto de internamento”. Para o atingir, propus-me a, entre outras atividades, realizar pesquisa bibliográfica sobre as principais patologias mais recorrentes no serviço e respetivos cuidados de enfermagem.

Após entrevista à minha enfermeira orientadora e participação na prestação de cuidados, percebi que havia uma elevada percentagem de crianças com Anemia das Células Falciformes ou Drepanocitose. Por não ter um contacto muito frequente com crianças com esta patologia na minha prática de cuidados, senti necessidade de pesquisar sobre a mesma e perceber de forma se relaciona com a alimentação infantil, em linha com o expectável como competência do Enfermeiro Especialista (EE) e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

A Anemia das Células Falciformes ou drepanocitose resulta de uma mutação na hemoglobina, levando a que os glóbulos vermelhos adquiram a forma de uma foice. É uma alteração genética autossómica recessiva que afeta cerca de 30 milhões de pessoas a nível mundial, afetando principalmente indivíduos de origem Africana, do Médio Oriente e da Índia (Purnell & Rayborn, 2020). O fluxo migratório, em Portugal, levou a um aumento da expressão desta patologia, particularmente em algumas zonas do distrito de Lisboa, como é o caso do Hospital onde realizei estágio, verificando-se em 2021 uma prevalência de 1:988 de crianças diagnosticadas com drepanocitose (Vilarinho et al., 2022). Tem como morbilidade associada problemas renais, esplénicos, vascular, entre outros (Purnell & Rayborn, 2020).

A crise vaso-oclusiva é uma das complicações mais frequentes da drepanocitose, consiste na agregação das células falciformes que impede o fluxo sanguíneo, causando isquemia, podendo ser despoletada por um período de stress como ansiedade,

sofrimento emocional, desidratação, acidose, hipoxemia, entre outros (Purnell & Rayborn, 2020). Estas crises são responsáveis pela necessidade de hospitalização, uma vez que se associam a dor severa, síndrome torácica aguda, infecções, falência orgânica e morte (Bernier et al., 2018; Purnell & Rayborn, 2020)

A principal abordagem das crises vaso-oclusivas compreende uma correta avaliação da dor, o controlo da mesma a medidas farmacológicas como anti-inflamatórios não-esteroides e opioides e não-farmacológicas, como a distração e aplicação de calor, transfusões sanguíneas e hidratação (Bernier et al., 2018; Dike et al., 2023; Purnell & Rayborn, 2020). A hidratação é extremamente importante, uma vez que eritrócitos pouco hidratados levam a um aumento da viscosidade e podem contribuir para a ocorrência de crises vaso-oclusivas (Umeakunne & Hibbert, 2019). A hidratação oral é fortemente encorajada, sendo a hidratação intravenosa recomendada quando a criança não é capaz de o fazer oralmente, ou tenha indicação para não o fazer, como por exemplo num jejum pré-operatório (Bernier et al., 2018; Purnell & Rayborn, 2020). Para além disso, a criança deverá evitar atividades física e condições meteorológicas que levem a uma sudorese excessiva, bem como, deverá optar por uma dieta restrita em sódio, evitar alimentos ultra processados e snacks, no sentido de impedir que água saia dos eritrócitos (Umeakunne & Hibbert, 2019).

Uma das consequências da drepanocitose é uma falha no crescimento, possivelmente causada por uma ingestão nutricional inadequada, uma disfunção endócrina ou por hipermetabolismo, que pode ser agravada por deficiências nutricionais. Para além disso, a criança com drepanocitose tem um maior gasto energético e uma diminuição da síntese de proteína (Gotesman et al., 2022). Os nutrientes da dieta ingerida e aminoácidos do catabolismo proteico corporal que são canalizados para a rápida produção de glóbulos vermelhos, repõem as células falciformes hemolisadas, que estão constantemente a ser retiradas da circulação, levando a um aumento da energia necessária e a uma redução da disponibilidade dos nutrientes necessários ao crescimento e desenvolvimento da criança, podendo levar a desnutrição (Umeakunne & Hibbert, 2019). Verifica-se ainda uma deficiência das vitaminas D, A e E (Dike et al., 2023). Desta forma, a alimentação demonstra-se como essencial para colmatar os gastos energéticos aumentados e uma maior necessidade metabólica associada a doenças

crônicas, verificando-se ajuda a melhorar as comorbilidades associadas à drepanocitose (Gotesman et al., 2022).

Na pesquisa realizada encontra-se descrito uma forte associação entre a drepanocitose e alterações do comportamento alimentar, particularmente a Pica. Apesar de não ter observado nenhum caso durante o estágio, considero importante este conhecimento, uma vez que poderá facilitar a detecção destes comportamentos nas crianças com drepanocitose. A Pica consiste na ingestão de alimentos não-nutritivos, consistentemente, por mais de um mês, podendo estar associada a anemia ferropénica, ainda que pouco estudado, mas também a fatores psicológicos ou emocionais, como stress, perturbação compulsiva-obsessiva (Rodrigues et al., 2021).

Reich e colegas (2023), evidenciam que o conhecimento, atitudes, crenças e percepções dos profissionais de saúde afetam grandemente a qualidade dos cuidados à pessoa com drepanocitose, nomeadamente através da contenção na administração de analgesia adequada devido a parcialidades que possam existir (por exemplo, racismo, receio de dependência de opióides). Assim, no sentido de minimizar estas barreiras no cuidado à pessoa com drepanocitose é proposto que os profissionais de saúde adquiriam mais conhecimento, habilidades e prestem cuidados baseados na evidência.

Posto isto, reflito que, de facto, o aprofundamento das questões relacionadas com a alimentação da criança com drepanocitose foi fundamental para a minha aquisição de competências de EE e de EEESIP, pois, os meus conhecimentos cingiam-se à questão da dor e da anemia, mas desconhecia as questões associadas à importância da hidratação e da especificidade da alimentação da criança com drepanocitose. Esta pesquisa permitiu um novo olhar e um cuidado mais holista da criança com drepanocitose, permitindo uma prestação de cuidados mais completa, segura e fundamentada. Para além disso, possibilitou um melhor e maior envolvimento dos pais nos cuidados aos seus filhos, pois considero que é algo que podem facilmente “controlar”, isto é, a analgesia e transfusões sanguíneas que possam ser necessárias estão maioritariamente restritas aos profissionais de saúde, mas a alimentação e a hidratação é algo que os pais podem assumir como sua responsabilidade e assim participar ativamente nos cuidados, caso desejem.

Assim, importa referir que segundo o Regulamento n.º 140/2019, o EE “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.” (p. 4746). e também “(...) demonstra a capacidade de autoconhecimento (...), reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.” (p. 4749) e “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (p. 4749). Ou seja, ao reconhecer uma fragilidade a nível dos conhecimentos, mas mantendo um nível de curiosidade, de procura da melhor evidência, de crescimento profissional e pessoal, estou a adquirir as competências supracitadas.

Não obstante, segundo o Regulamento n.º 422/2018, o EEESIP, deve assistir a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde, bem como, “Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.” (p. 19193). E, portanto, ao compreender de que forma a alimentação se relaciona com a drepanocitose a minha intervenção será mais diferenciada, será uma prática baseada na evidência, sempre com o intuito de que a criança e família obtenham ganhos em saúde. Para além disso, um dos principais motivadores de hospitalização em crianças com drepanocitose são, como referido em cima, as crises vaso-oclusivas, pelo que a mobilização de estratégias de controlo e gestão.

Assim, numa futura situação de prestação de cuidados de enfermagem à criança com drepanocitose não só serei capaz de mobilizar a evidência sobre a patologia em si, mas adequar o processo de enfermagem face às necessidades da criança, nomeadamente no que concerne à alimentação. Isto é, durante a anamnese questionarei sobre os hábitos alimentares e de hidratação da criança, se faz alguma atividade física, controlo e gestão da dor e qual o conhecimento que a criança e família têm sobre a patologia. Depois poderei adequar as minhas intervenções à criança, atendendo à necessidade de uma dieta hiperproteica, incentivando a hidratação, por exemplo, através da criação de estratégias que envolvam a brincadeira (sugerir, por exemplo, um desafio

à criança adequando à sua idade e desenvolvimento), tentar adequar a dieta durante a hospitalização aos gostos da criança sempre que possível, transmitir conhecimento à família sobre os cuidados alimentares no domicílio.

No meu local de estágio existe um grupo de trabalho dedicado à criança com drepanocitose, desenvolvendo um trabalho exímio na facilitação das múltiplas transições que a criança e família passa, nomeadamente, nos episódios inaugurais de agudização da doença, existe um projeto que consiste no acompanhamento da criança em consulta e de acompanhamento telefónico, pela equipa de enfermagem, até 48 horas após a alta, para determinar o estado de saúde da criança e esclarecer eventuais dúvidas que possam existir. Para além disso, está a ser criado um grupo de trabalho sobre a alimentação em idade pediátrica, que tem determinado com um dos seus objetivos a formação à equipa e famílias e criação de recursos (digitais ou físicos) sobre a alimentação em determinadas patologias, sendo a drepanocitose uma delas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernier, K. M., Strobel, M., & Lucas, R. (2018). Assessing the Effect of an Educational Intervention on Nurses' and Patient Care Assistants' Comprehension and Documentation of Functional Ability in Pediatric Patients with Sickle Cell Disease. *Journal of Pediatric Nursing, 41*, 117–122. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.04.001>
- Dike, C. R., Hanson, C., Davies, H. D., Obaro, S., Yu, F., Harper, J., Grace, H., Lebensburger, J., Raulji, C., Ma, J., & Mannon, P. (2023). The relationship between nutrition, gut dysbiosis, and pediatric sickle cell pain outcomes: A pilot study. *Pediatric Blood and Cancer, 70*(7). <https://doi.org/10.1002/pbc.30397>
- Gotesman, M., Elgar, G., Santiago, L. H., Alvarez, A., Pak, Y., Lin, H. J., Lasky, J. L., & Panosyan, E. H. (2022). Pediatric Patients With Sickle Cell Disease at a Public Hospital: Nutrition, Compliance and Early Experience With L-Glutamine Therapy. In *In Vivo* (Vol. 36, Issue 4, pp. 1761–1768). International Institute of Anticancer Research. <https://doi.org/10.21873/invivo.12889>
- Purnell, M. C., & Rayborn, M. (2020). Novel hydration and nutritional strategies for sickle cell disease. *EJHaem, 1*(1), 230–234. <https://doi.org/10.1002/jha2.9>
- Reich, J., Cantrell, M. A., & Smeltzer, S. C. (2023). An Integrative Review: The Evolution of Provider Knowledge, Attitudes, Perceptions and Perceived Barriers to Caring for Patients with Sickle Cell Disease 1970–Now. In *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing* (Vol. 40, Issue 1, pp. 43–64). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/27527530221090179>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II Série (N.º 133, de 12-07-2018), 19192-19194. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, II Série (N.º 26, de 6-02-2019), 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

- Rodrigues, N., Shih, S., & Cohen, L. L. (2021). Pica in Pediatric Sickle Cell Disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 28*(1), 6–15. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09671-x>
- Umeakunne, K., & Hibbert, J. M. (2019). Nutrition in sickle cell disease: recent insights. *Nutrition and Dietary Supplements, Volume 11*, 9–17. <https://doi.org/10.2147/nds.s168257>
- Vilarinho, L., Garcia, P., & Pinho e Costa, P. (2022). *Programa Nacional de Rastreio Neonatal. Relatório 2021*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.

## Apêndice XII – Revisão Da Literatura “Alimentação e Prematuridade”

**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

UC Estágio

**Alimentação e Prematuridade  
Revisão da Literatura**

Sara Margarida Ferreira Silva Lobo n.º 2802

—  
Professor Orientador:

Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues

—  
Lisboa

Janeiro 2024

## Introdução

A realização de estágio num contexto com tão grande especificidade como a Neonatologia, motivou a realização de uma revisão da literatura sobre os cuidados de enfermagem que se relacionam com a alimentação, desde a estimulação das competências oro motoras, ao treino das mesmas até à alimentação oral bem-sucedida.

É competência do Enfermeiro Especialista (EE) nortear a sua prática pela evidência mais recente, responsabilizando-se por ser facilitador da aprendizagem e desempenhando um papel de consultor quando a tomada de decisão envolve um nível de competência da sua área de especialidade. Para além disso, envolve a família nos cuidados, fomentando um ambiente gerador de segurança e de proteção dos indivíduos (Regulamento n.º 140/2019).

De igual modo, compete ao Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações que possam negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. Ao promover as competências oro-motoras, o EEESIP promove o crescimento e o desenvolvimento da criança prematura, na medida em que irá contribuir para o sucesso da alimentação oral que, por sua vez, pode contribuir para a diminuição do tempo de internamento. Ao incluir os pais na prestação de cuidados, através do treino de competências com chucha, a promoção da amamentação e do contacto físico com o RN, está a promover-se a vinculação (Regulamento n.º 422/2018).

## Alimentação e Prematuridade

O Recém-Nascido (RN) prematuro completa a sua organogênese num ambiente não fisiológico (Crippa et al., 2020). As experiências sensoriais às quais os RN prematuros estão expostos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) alteram o seu neurodesenvolvimento, pelo que se demonstra fundamental a adoção de medidas neuroprotetoras, ou seja, estratégias que previnem a morte das células neuronais (Altimier & Phillips, 2016). A nutrição demonstra-se como essencial no processo de maturação desta população tão vulnerável, sendo particularmente importante para o desenvolvimento cerebral (Crippa et al., 2020). A alimentação é um processo complexo que envolve a interação dos sistemas nervosos central e periférico, do mecanismo orofaríngeo e dos sistemas cardiovascular e gastrointestinal, com apoio das estruturas craniofaciais e do sistema musculoesquelético (Goday et al., 2019). De facto, o RN prematuro não tem ainda desenvolvidas as competências oro-motoras necessárias para a alimentação oral e o seu desenvolvimento motor é ainda imaturo para tal. Especificamente, apresentam bocas pequenas, bochechas sem *sucking pads* (impedem o colapso das bochechas e auxiliam na estabilização da língua e mandíbula durante a alimentação) (Brantes & Curado, 2023).

O desenvolvimento oro-motor consiste num complexo processo, estando a alimentação oral do RN pré-termo dependente da coordenação dos reflexos de sucção, deglutição e respiração. Contudo, estes reflexos podem ainda não estar presentes ou suficiente desenvolvidos no momento do nascimento, pelo que a sua avaliação e devida estimulação se demonstra fundamental para a aquisição de autonomia alimentar do RN (Brantes & Curado, 2023). A coordenação entre estes reflexos costuma estar presente entre as 32 e as 34 semanas de idade corrigida, ainda que por curtos períodos (Brantes & Curado, 2023). A sucção pode ser nutritiva ou não-nutritiva. A sucção não-nutritiva consiste em várias sucções intercaladas por repouso e são realizadas cerca de uma a duas sucções por segundo. Já a sucção nutritiva caracteriza-se pela realização de pressão negativa intraoral, cerca de uma por segundo, estando necessariamente coordenada com a necessidade de deglutição (Brantes & Curado, 2023). Nos RN pré-termo a sucção não é ritmada e, portanto, existe uma descoordenação com os restantes reflexos envolvidos da

alimentação, o que pode levar a que a mesma seja menos eficaz que nos RN de termo (Brantes & Curado, 2023). A avaliação da sucção é realizada através da colocação de um dedo enluvado na boca do RN de forma a compreender as estruturas anatómicas da boca, como o palato duro, a linha gengival e a mobilidade da língua (lateralização, freio da língua, entre outros), bem como o movimento dos músculos da face, pressão aplicada, selagem realizada e coordenação com a respiração (Lau, 2020). A deglutição consiste na coordenação de vários músculos da boca, da faringe, da laringe e do esófago, sendo controlada pelos nervos cranianos e envolve uma fase preparatória, uma fase oral em que o leite é empurrado para a zona posterior da cavidade oral pela língua, uma fase faríngea, que aciona o mecanismo de proteção das vias aéreas e envolve uma paragem na respiração para que o leite possa passar para o esófago e uma fase esofágica que corresponde à passagem do leite até ao estômago (Brantes & Curado, 2023). Relativamente à respiração, esta é menos frequente durante a sucção e deglutição, pelo que o RN deverá ter suficientes reservas de oxigénio para que se possa alimentar. A coordenação entre a sucção e deglutição com a respiração consiste na capacidade do RN de sugar e deglutir o leite eficazmente de forma a minimizar a interrupção do fluxo de ar (Brantes & Curado, 2023).

A alimentação entérica deverá ser iniciada o mais precocemente possível, preferencialmente com Leite Materno, que se demonstra como uma medida protetora e preventiva, uma vez que reduz o risco de causas comuns de mortalidade e morbidade, nomeadamente reduzindo o risco de ocorrer enterocolite necrosante, sepsis, retinopatia da prematuridade (Altimier & Phillips, 2016; Brantes & Curado, 2023; Crippa et al., 2020). Também o contacto pele com pele deve ser incentivado e promovido uma vez que acarreta benefícios para o RN, mãe/pai e aumenta a produção de leite materno, facilitando o aleitamento materno (Altimier & Phillips, 2016).

A intervenção, no que concerne a alimentação, deverá ser individualizada e deverá ter em consideração as capacidades que o RN demonstra, a presença de comorbilidades que possam requer um maior aporte calórico, a tolerância do RN aos volumes ingeridos, entre outros (Crippa et al., 2020). O treino das competências oro-motoras envolve intervenções que permitam uma estimulação pré-oral (quando o RN ainda não tem os reflexos orais presentes) como a analgesia pré-entubação traqueal e a minimização das

intervenções invasivas; uma estimulação oro-motora, muito relacionada com a diminuição dos estímulos nocivos e, designadamente, a utilização de colostro para a realização de cuidados orais; e sucção nutritiva e não-nutritiva, que consiste no oferecimento de chucha durante a alimentação entérica, na avaliação dos sinais de prontidão alimentar e qualidades das competências para a alimentar, assim como o registo da mesma (Brantes & Curado, 2023). A estimulação de competências oro-motoras deve ser iniciada o mais precocemente possível nos RN que se sabe que serão alimentados por sonda nasogástrica (SNG) durante longos períodos (Liotto et al., 2020), uma vez que estes possuem um maior risco de apresentar dificuldades alimentares e comportamentos de defesa faciais (Steinberg et al., 2021). As perturbações alimentares podem ser causadas por fatores em diferentes domínios, por exemplo, doença crónica pulmonar pode causar polipneia e dispneia que vão interferir com a aquisição de habilidades alimentares e de deglutição (Goday et al., 2019). O sucesso da alimentação oral do RN pré-termo depende, não só, das competências oro-motoras, mas também do seu estado clínico, comportamento, organização e das condições ambientais durante a alimentação (Lau, 2020), verificando-se ainda que uma experiência alimentar positiva é aquela em que o RN não apresenta sinais de stress, uma vez que repetidas experiências negativas podem originar comportamentos não adaptativos no RN (Brantes & Curado, 2023). De facto, os processos de doença, lesões ou atrasos no desenvolvimento podem levar a um comprometimento das competências alimentares (Goday et al., 2019), que estão diretamente relacionadas com um aumento do tempo de internamento (Altimier & Phillips, 2016).

A introdução da alimentação oral é uma intervenção complexa que deve ter por base uma avaliação minuciosa da maturação, do desenvolvimento da criança, do peso, do nível de atividade, respiração, sucção e coordenação da sucção e deglutição com a respiração (Curado et al., 2017). Na verdade, a avaliação da alimentação envolve a avaliação de diversos aspetos, como as estruturas faciais (boca, língua, palato e mandíbula), funções oro-motoras (tónus muscular, comportamento do RN, coordenação entre sucção, deglutição e respiração), bem como da energia que o RN despende durante a alimentação (Brantes & Curado, 2023). A intervenção de enfermagem neste âmbito é vasta e consiste na educação e incentivo dos pais a realizar estimulação oral positiva, ensino sobre sinais de fome e técnicas de alimentação; minimizar estimulações periorais

negativas (adesivos, aspiração, entre outros); promover a sucção não-nutritiva, nomeadamente durante as alimentações por SNG; providenciar que a criança prove e cheire o leite materno; garantir que as experiências alimentares são positivas e agradáveis; promover e incentivar o aleitamento materno; utilizar escalas de avaliação dos sinais de prontidão para a alimentação entérica (Altimier & Phillips, 2016). Os sinais de prontidão para a alimentação são a idade – corrigida e gestacional, o estado clínico, estabilidade cardio-respiratória, motora (tónus, postura), coordenação dos reflexos de sucção, deglutição e respiração, estabilidade térmica, manutenção de estado de alerta, sinais de fome (levar mãos à boca, reflexo de busca e acordar para a alimentação) e tolerância da alimentação entérica (Brantes & Curado, 2023). A avaliação das competências oro-motoras permite a individualização dos cuidados, bem como, a utilização de uma linguagem comum que favoreça a comunicação entre os diversos profissionais e famílias, pelo que a utilização de uma escala, como a *Early Feeding Skills Assessment Scale* (EFS) é essencial (Brantes & Curado, 2023). A EFS permite a avaliação de competências precoces na alimentação oral enquanto indica medidas de suporta à alimentação e pressupõe uma observação geral e específica (que consiste em 28 itens da escala) do RN ao longo do processo de alimentação, devendo antes desta iniciar avaliar-se a postura, estado de alerta, o tónus muscular e a saturação média de oxigénio. Ao fim de 5 minutos após o término da alimentação deverá avaliar-se a tolerância alimentar (Curado et al., 2017). No sentido de maximizar o desenvolvimento de competências para a alimentação oral podem ser utilizadas diversas técnicas de alimentação, como a amamentação, o oferecimento de leite por biberão, por copo, a trans lactação, que consiste na colocação de uma sonda de baixo calibre no mamilo da mãe, conectada a uma seringa e à medida que o bebé faz sucções na mama o leite vai sendo administrado por gavagem, permitindo assim o treino de competências e facilitando o aumento da produção de leite. Outra técnica semelhante é a sonda-dedo, que consiste na colocação de uma sonda no dedo indicador ou mindinho, conectada a uma seringa ou colocada no reservatório do leite e colocar na boca do RN, que ao fazer sucções permite a passagem do leite até à boca (Brantes & Curado, 2023).

O sucesso da alimentação oral nos primeiros meses de vida, irá ditar o sucesso da alimentação nos primeiros anos da criança (Brantes & Curado, 2023). De facto, a diversificação alimentar é uma importante transição na vida da criança e sua família e

envolve diversas alterações, nomeadamente a nível da musculatura oral e das funções oro-motoras (Brantes & Curado, 2023). Os RN pré-termo poderão apresentar diversas dificuldades neste períodos, devido à sua imaturidade, déficits neurológicos, comorbilidades, como por exemplo, uma perturbação alimentar e pressupõe a aquisição de competências motoras, bem como de maturidade do trato digestivo, devendo ser iniciada numa janela de oportunidade crítica, mas que expõe o RN a desvios do crescimento, ou seja, um aumento repentino de peso ou uma estagnação do mesmo. De facto, a literatura reporta que cerca de 80% dos RN de muito baixo peso ao nascer demonstram uma demora no ganho ponderal até ao 3º ano de vida, que poderá levar a atrasos no desenvolvimento e a nível cognitivo (Crippa et al., 2020; Elfzzani et al., 2019). O rápido aumento de peso está, no entanto, associado a um risco mais elevado de obesidade, patologia cardiovascular e diabetes mellitus tipo 2 (Crippa et al., 2020). A DA deverá ser iniciada entre os 5 e 8 meses de idade cronológica, desde que a criança apresente sinais de prontidão (Elfzzani et al., 2019), uma vez que a introdução de alimentos sólidos sem que a criança tenha desenvolvido capacidades motoras finas e grossas pode demonstrar-se pouco segura e contribuir para comportamentos alimentares anormais (Cleary et al., 2020). De facto, as crianças nascidas prematuramente apresentam um elevado risco de desenvolver disfunções orais, uma vez que a existência de comorbilidades como a displasia bronco pulmonar ou comprometimento neurodesenvolvimental podem dificultar o desenvolvimento fisiológico de competências orais (Liotto et al., 2020; Steinberg et al., 2021).

## Referências bibliográficas

- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Brantes, A. L., & Curado, M. A. (2023). *Competências oro-motoras do recém-nascido. Manual de apoio à alimentação oral* (1ª Edição). LIDEL.
- Cleary, J., Dalton, S. M. C., Harman, A., & Wright, I. M. (2020). Current practice in the introduction of solid foods for preterm infants. *Public Health Nutrition*, 23(1), 94–101. <https://doi.org/10.1017/S1368980019002337>
- Crippa, B. L., Morniroli, D., Baldassarre, M. E., Consales, A., Vizzari, G., Colombo, L., Mosca, F., & Gianni, M. L. (2020). Preterm's nutrition from hospital to solid foods: Are we still navigating by sight? In *Nutrients* (Vol. 12, Issue 12, pp. 1–9). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/nu12123646>
- Curado, M. A. dos santos, Maroco, J. P., Vasconcellos, T., Gouveia, L. M., & Thoyre, S. (2017). Validation of the Early Feeding Skills Assessment Scale for the Portuguese population. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(12), 131–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16070>
- Elfzzani, Z., Kwok, T. C., Ojha, S., & Dorling, J. (2019). Education of family members to support weaning to solids and nutrition in infants born preterm. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2019, Issue 2). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012240.pub2>
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus De Camargo, O., Browne, J., & Phalen, J. A. (2019). Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. In *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* (Vol. 68, Issue 1, pp. 124–129). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>

- Lau, C. (2020). To Individualize the Management Care of High-Risk Infants With Oral Feeding Challenges: What Do We Know? What Can We Do? *Frontiers in Pediatrics*, 8. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00296>
- Liotto, N., Cresi, F., Beghetti, I., Roggero, P., Menis, C., Corvaglia, L., Mosca, F., & Aceti, A. (2020). Complementary feeding in preterm infants: A systematic review. In *Nutrients* (Vol. 12, Issue 6, pp. 1–13). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/nu12061843>
- Steinberg, C., Menezes, L., & Nóbrega, A. C. (2021). Oral motor disorder and feeding difficulty during the introduction of complementary feeding in preterm infants. *CODAS*, 33(1), 1–6. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019169>

**Apêndice XIII – Sessão de Formação “Alimentação e Prematuridade:  
da Estimulação à Aquisição de Competências. Intervenção de  
Enfermagem”**

## Apêndice XIII – Sessão de Formação “Alimentação e Prematuridade: da Estimulação à Aquisição de Competências. Intervenção de Enfermagem”



### Plano de Sessão de formação

<b>Título</b>	Alimentação e Prematuridade: da estimulação à aquisição de competências. Intervenção de Enfermagem								
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstrar a importância da promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida;</li> <li>- Reconhecer a importância da intervenção de enfermagem na aquisição e desenvolvimento de competências oro-motoras do RN prematuro;</li> <li>- Explicar a diversificação alimentar em criança prematura;</li> <li>- Refletir sobre as práticas.</li> </ul>								
<b>Data da Sessão</b>	12 de Janeiro de 2024 às 14 Horas								
<b>Local da Sessão</b>	Zoom								
<b>Plano de conteúdos</b>	Introdução	Temática do projeto de estágio	Nutrição Infantil	Alimentação e prematuridade	Intervenção de Enfermagem	Diversificação alimentar	Considerações finais	Discussão	Referências bibliográficas
<b>Tempo de exposição</b>	2 min	2 min	3 min	4 min	3 min	3 min	3 min	15 min	1 min
<b>Meios/métodos utilizados</b>	Meios audiovisuais Método expositivo participativo								
<b>Avaliação</b>	Questionário								

# Alimentação e Prematuridade: da Estimulação à aquisição de competências

Intervenção de enfermagem

Sara Lobo



## Sumário

Nutrição Infantil

Alimentação Saudável

Alimentação e Prematuridade

Competências Oro-motoras

Intervenção de Enfermagem

Diversificação Alimentar

Referências Bibliográficas

# Objetivos

- Demonstrar a importância da promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida;
- Reconhecer a importância da intervenção de enfermagem na aquisição e desenvolvimento de competências oro-motoras do RN prematuro;
- Explicar a diversificação alimentar em criança prematura;
- Refletir sobre as práticas.



## Nutrição Infantil

Alimentação Nutritiva como Direito da Criança  
(UNICEF, 1989)

A nutrição nos primeiros anos de vida é essencial para a saúde a longo prazo, para o desenvolvimento cognitivo e para a obtenção de resultados económicos favoráveis (Clark et al., 2020), podendo ainda reduzir a morbilidade e mortalidade, reduzir o risco de doenças crónicas e promover o desenvolvimento de modo geral (OMS, 2021a).

# Alimentação Saudável

Meta da Saúde

“A alimentação inadequada, integrando, entre outros fatores, o índice de massa corporal elevado e os riscos associados à alimentação, é uma das principais causas de doenças crónicas, perda de qualidade de vida e mortalidade prematura em Portugal(…)”

(DGS, 2022, p. 35)



4

## Alimentação e Prematuridade

### Cuidados neuroprotetores

Minimizar o impacto da estimulação sensorial no desenvolvimento cerebral do RN (Altimier & Phillips, 2016);



© Konradt & Phillips, 2016. All rights reserved.

### Alimentação

Processo complexo que envolve SNC e periférico, mecanismo orofaríngeo, sistema cardiovascular e GI, com apoio das estruturas craniofaciais e sistema musculoesquelética (Goday et al., 2019);

### Aleitamento Materno

Deve ser iniciada precocemente; Medida protetora e preventiva; Incentivar contacto pele com pele. (Altimier & Phillips, 2016; Crippa et al., 2020)

5

### Competências oro motoras

Sucção; Deglutição; Coordenação sucção, deglutição e respiração. (Curado et al., 2017)



# Competências oro-motoras

## Sucção

Nutritiva  
Não-Nutritiva

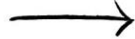
## Deglutição

Coordenação de vários músculos da boca, da faringe, da laringe e do esôfago, sendo controlada pelos nervos cranianos

## Respiração

Menos frequente durante a sucção e deglutição

(Brantes & Curado, 2023)



COORDENAÇÃO

6



# Alimentação Oral

- Avaliação da maturação, desenvolvimento, peso, atividade, competências oro-motoras do RN (Curado et al., 2017) e das estruturas faciais (boca, língua, palato e mandíbula) (Brantes & Curado, 2023).



Educação para a Saúde aos pais

Promover e Incentivar o Aleitamento Materno

Minimizar estímulos negativos

Utilização de Escalas de avaliação

Early Feeding Skills Assessment Scale

(Altimier & Phillips, 2016)

7

(Curado et al., 2017)



# Sinais de prontidão

- Idade Corrigida e Gestacional
- Estabilidade Cardio-Respiratória
- Estabilidade Motora
- Coordenação da sucção, deglutição e respiração;
- Estabilidade térmica;
- Manutenção de estado de alerta;
- Sinais de fome;
- Tolerância da alimentação entérica.

(Brantes & Curado, 2023)

8

# Intervenção de Enfermagem

- Cuidados de Enfermagem Individualizados
- Treino das competências
  - Colostroterapia
- Registos de enfermagem

(Brantes & Curado, 2023)



O sucesso da alimentação oral do RN pré-termo depende, não só, das competências oro-motoras mas também do seu estado clínico, comportamento, organização e das condições ambientais durante a alimentação (Lau, 2020).

9



# Técnicas de Alimentação

- Amamentação
- Biberão
- Copo
- Translactação
- Sonda-dedo

(Brantes & Curado, 2023)

10

# Diversificação Alimentar

relação com a Prematuridade

## Transição

Momento de desenvolvimento de novas competências (Crippa et al., 2020; Elfzani et al., 2019); Mudança nas estruturas faciais e funções oro-motoras (Brantes & Curado, 2023).

## Início

5 a 8 meses de idade cronológica (Elfzani et al., 2019);

## Barreiras

Imaturidade; Déficits neurológicos; Distúrbios alimentares; (Crippa et al., 2020; Elfzani et al., 2019)

## Crescimento

Demasiado lento; Demasiado rápido; (Crippa et al., 2020)

## Distúrbios alimentares

Potenciado pelas comorbilidades (Liotto et al., 2020; Steinberg et al., 2021).



11

# Diversificação Alimentar

Recomendações

12

## ● Sinais de Prontidão

Maturidade Renal e GI;  
Erupção dentária;  
Desaparecimento do reflexo de extrusão;  
Deglutição mais coordenada;  
Maior controlo postural;  
Melhores capacidades comunicativas;  
Aumento da motricidade fina;  
Coordenação olho-mão;  
Maior necessidade de independência;

ESPGHAN, 2017; OMS, 2021

## ● Momento de Aprendizagem

Não utilizar a alimentação como castigo ou recompensa;  
Minimizar as distrações durante a refeição.

## ● Mais do que comer

A alimentação é um evento cultural, ético, de descoberta e exploração

## ● A DA é um momento de:

- Treino de paladares, texturas e modulação comportamental (DGS, 2019);
- Aquisição de experiências ao nível do sabor e da mastigação (OMS, 2021)

## ● Volume Lácteo

- As refeições (puré de legumes e fruta ou papa) substituem uma alimentação de leite (DGS, 2019);
- Importa reduzir o volume lácteo que corresponde a 40% das necessidades proteicas diárias do lactente (DGS, 2019);

## ● Por segurança e Aprendizagem

- O lactente deve estar sentado ou ligeiramente inclinado durante a alimentação (DGS, 2019);
- Os alimentos devem ser oferecidos à colher (DGS, 2019);

# Diversificação Alimentar

Recomendações



# Diversificação Alimentar



Obrigada!

# Referências bibliográficas

- Altamier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Brantes, A. L., & Curado, M. A. (2023). Competências oro-motoras do recém-nascido. Manual de apoio à alimentação oral (1a Edição). LIDEL.
- Clark, H., Coll-Seck, A., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglis, S., Ameratunga, S., Balabanova, D., Bhan, M., Bhutta, Z., Borrizzo, J., Claeson, M., Doherty, T., El-Jardali, F., George, A., Gichaga, A., Gram, L., Hipgrave, D., Kwamie, A., Meng, Q., Mercer, R. ... & Costello, A. (2020). A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. *Lancet* 2020; 395: 605–58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1)
- Cleary, J., Dalton, S. M. C., Harman, A., & Wright, I. M. (2020). Current practice in the introduction of solid foods for preterm infants. *Public Health Nutrition*, 23(1), 94–101. <https://doi.org/10.1017/S1368980019002337>
- Crippa, B. L., Morniroli, D., Baldassarre, M. E., Consales, A., Vizzari, G., Colombo, L., Mosca, F., & Gianni, M. L. (2020). Preterm's nutrition from hospital to solid foods: Are we still navigating by sight? In *Nutrients* (Vol. 12, Issue 12, pp. 1–9). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/nu12123646>
- Curado, M. A. dos santos, Maroco, J. P., Vasconcellos, T., Gouveia, L. M., & Thoyre, S. (2017). Validation of the Early Feeding Skills Assessment Scale for the Portuguese population. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(12), 131–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16070>
- Direção Geral de Saúde (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores. DGS
- Direção Geral de Saúde (2022). Plano Nacional de Saúde 2021–2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. DGS

# Referências bibliográficas

- Elfzani, Z., Kwok, T. C., Ojha, S., & Dorling, J. (2019). Education of family members to support weaning to solids and nutrition in infants born preterm. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2019, Issue 2). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012240.pub2>
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus De Camargo, O., Browne, J., & Phalen, J. A. (2019). Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. In *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* (Vol. 68, Issue 1, pp. 124–129). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- Lau, C. (2020). To Individualize the Management Care of High-Risk Infants With Oral Feeding Challenges: What Do We Know? What Can We Do? *Frontiers in Pediatrics*, 8. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00296>
- Liotto, N., Cresi, F., Beghetti, I., Roggero, P., Menis, C., Corvaglia, L., Mosca, F., & Aceti, A. (2020). Complementary feeding in preterm infants: A systematic review. In *Nutrients* (Vol. 12, Issue 6, pp. 1–13). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/nu12061843>
- Organização Mundial de Saúde (2021) Infant and young child feeding. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744 – 4750. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Steinberg, C., Menezes, L., & Nóbrega, A. C. (2021). Oral motor disorder and feeding difficulty during the introduction of complementary feeding in preterm infants. *CODAS*, 33(1), 1–6. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019169>
- United Nations International Children's Fund (UNICEF) (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. UNICEF. [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

## Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

**Sessão de Formação:** *Diversificação alimentar e Hospitalização*

**Formador:** Sara Lobo – Aluna do 1.º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, orientada pela EEESIP xxxx

Obrigada por ter assistido à sessão de formação! A sua avaliação referente a esta sessão é muito importante, pois fomenta a melhoria contínua do desenvolvimento e de futuras sessões de formação.

Assim, solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, através da colocação de um (x) no local que considera mais adequado:

1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo, nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

### Relativamente aos conteúdos

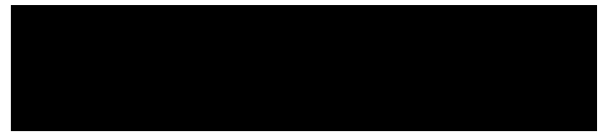
	1	2	3	4	5
Sessão de formação com conteúdos pertinentes.					
Foram cumpridos os objetivos da sessão de formação.					
A sessão foi útil para o exercício profissional.					
Material informativo e bibliografia apropriada.					
A sessão teve uma duração oportuna.					

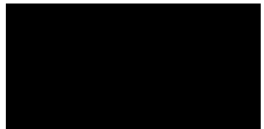
### Relativamente ao formador

	1	2	3	4	5
Formador com domínio adequado dos conteúdos apresentados.					
Linguagem clara e objetiva.					
Interação adequada entre formador e formandos.					

Sugestões:

**Apêndice XIV – Norma Procedimental “Cuidados de Enfermagem à Criança/Jovem com Vômitos e Diarreia no Serviço de Urgência Pediátrica”**



<b>DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL</b>	
<b>Cuidados de Enfermagem à criança/jovem com vômitos e diarreia no serviço de Urgência Pediátrica</b>	
<b>Procedimento Multissetorial</b>	

## 1. OBJETIVO

- a) Uniformizar a prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem (0 aos 17 anos e 365 dias) com vômitos e diarreia no Serviço de Urgência Pediátrica.

## 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- a) Aplica-se a todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica, do Hospital xxx, que prestam cuidados à criança/jovem com vômitos e diarreia.

## 3. RESPONSABILIDADES

- a) Indicar os responsáveis pela:
  - Implementação do procedimento – Enf.<sup>a</sup> Sara Lobo

## 4. SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

- a) CVP – Catéter Venoso Periférico
- b) SO – Serviço de Observação
- c) SRO – Soro de Rehidratação Oral
- d) SUPed- Serviço de Urgência Pediátrica
- e) UCEP – Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos

## 5. DEFINIÇÕES E CONCEITOS

- a) Desidratação “Redução do volume de líquidos ou perda de líquido corporal” (Ordem dos Enfermeiros, 2011,p. 48).
- b) Diarreia “fluxo e defecação de fezes soltas, líquidas, não moldadas; aumento de frequência de defecções, acompanhada de aumento dos ruídos intestinais, cólicas e urgência na defecação.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 49).
- c) Vômitos “Expulsar ou trazer de volta alimentos processados ou conteúdo gástrico através do esófago e para fora da boca (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.80).

## 6. DESCRIÇÃO

### 6.1. Enquadramento:

A gastroenterite aguda pressupõe a alteração da consistência das fezes/aumento do número de dejeções, com ou sem vômitos ou febre, sendo um dos principais motivos de admissão hospitalar em idade pediátrica. As complicações associadas são o choque, a desidratação, alterações neurológicas (letargia, convulsões, etc.), entre outros (Guarino et al., 2014).

Vomitar consiste na passagem forçada de conteúdo gástrico pela boca, sendo um processo bem definido, complexo e coordenado, frequentemente acompanhado de náusea e de esforço para vomitar. Pode ter diversas causas, como doenças infecciosas agudas, aumento da pressão intracraniana, ingestões tóxicas, intolerâncias ou alergias alimentares, entre outros. O tratamento consiste na prevenção de complicações como a desidratação ou desnutrição. A administração de anti-emético (ondasetron) está indicada quando a criança não tolera nada oralmente, devendo de seguida iniciar SRO polifracionado. A alimentação deverá retomar o mais brevemente possível, ainda que em pequenas quantidades (Guarino et al., 2014; Organização Mundial de Saúde, 2022; Triggs & Gilbert, 2024).

A diarreia é um sintoma que resulta de distúrbios que envolvem as funções digestivas, de absorção e secretórias. É causada pelo transporte anormal de água e eletrólitos. A diarreia aguda consiste no aumento da frequência e da consistência das dejeções, geralmente causado por um agente infeccioso no trato gastrointestinal (patogéneos virais, bacterianos e parasíticos), podendo também estar associada a infeções respiratórias ou urinárias, bem como antibioterapia ou utilização de laxantes. A transmissão ocorre tipicamente por via fecal-oral. O tratamento consiste na hidratação com SRO, uma vez que este promove a reabsorção de sódio e de água; a alimentação deverá ser restabelecida o quanto antes. (Guarino et al., 2014; Organização Mundial de Saúde, 2022; Triggs & Gilbert, 2024). A dieta deverá ser pobre em fibras e em resíduos, no sentido de reduzir o volume e o número de dejeções, reduzir a estimulação do trato gastrointestinal e melhorar a absorção alimentar (Direção-Geral da Saúde, 2021).

O grau de desidratação é, geralmente, avaliado através da perda ponderal. Contudo, nem sempre existe um peso atual prévio à situação de doença, pelo que nem sempre este é um indicador fidedigno. Assim, a avaliação dos sinais de desidratação demonstra-se como fundamental: alteração do estado de consciência (irritabilidade até letargia); alteração da resposta a estímulos; diminuição da elasticidade e do turgor cutâneo; tempo de reperfusão capilar superior a 2 segundos, taquicardia, olhos encovados e fontanela deprimida. A abordagem terapêutica consiste na hidratação oral, através da administração de SRO (entre 50 -100 ml/kg) e ondasetron intravenoso caso a criança não tolere a hidratação oral ou tenha

uma alteração do estado de consciência ou se encontre em risco de vida (Duffy, 2024; Guarino et al., 2014; Triggs & Gilbert, 2024)

É recomendado a lavagem e desinfecção das mãos adequada, o isolamento ou afastamento de outros crianças, bem como, a adequada utilização de Equipamento de Proteção Individual (Guarino et al., 2014)

**6.2. Recursos:** Unidade de atendimento destinada à criança/jovem, hospitalizadas ou em balcão, individualizada e equipada; Soro de Rehidratação Oral (SRO); Medicação antiemética; Material para Punção Venosa (se necessário); Material para soroterapia; Material para colheita de espécimen (fezes);

### **6.3. Descrição:**

#### Balcão:

- Triar a criança/Jovem avaliando sinais de desidratação, ponderar necessidade de instruir sobre pausa alimentar e de ingestão de líquidos (dieta zero) até observação médica;
- Tentativa de tolerância oral: Administrar Ondasetron Per Os e passados 30 minutos oferecer SRO polifracionado (uma seringa de 5 ml a cada 5 minutos). No final do SRO a criança deve ser novamente observada pela equipa médica; caso vomite durante este processo a Equipa de Enfermagem deve ser informada; Registrar o processo no Sclinico.
- Caso a tentativa de tolerância falhe e consoante indicação médica, a medicação antiemética deverá ser administrada por via intravenosa, em cateter venoso periférico e, se necessário, realizar soroterapia; esta intervenção deverá ficar registada em nota de enfermagem;

#### UCEP

- Realizar a Avaliação Inicial: especificar se Vômitos, Diarreia ou Desidratação é o motivo do internamento ou sintoma associado; questionar sobre alergias; Colher dados sobre alimentação habitual – número de Refeições, tipo de dieta; preferências alimentares/alergias, bem como, sobre padrão intestinal habitual e o atual, nomeadamente características das fezes e quantidade;
- Avaliar, diagnosticar e planear intervenções sobre vômito, nomeadamente data e hora do último vômito, características e quantidade (se aplicável); Após vômito iniciar pausa alimentar e de ingestão de líquidos de cerca de 30 minutos;
- Se prescrito, administrar ondasetron; após 30 minutos iniciar SRO polifracionado (5 ml a cada 5 minutos); no final, caso a criança não se mantenha nauseada ou a vomitar, deverá ser restabelecida a alimentação oral o mais precocemente

possível, adequando a dieta (Ligeira ou Pobre em Resíduos e fibras) e em quantidades pequenas; Registrar em Diário de Enfermagem.

- Avaliar o conhecimento da mãe e/ou pai sobre vômitos, adequando as intervenções ao foco levantado;
- Avaliar, diagnosticar e planejar intervenções sobre a diarreia, registrando se há ou não aumento da frequência das dejeções, se as fezes são ou não líquidas; se há presença de ruídos intestinais (opcional), cólicas (opcional) e urgência na defecação (opcional);
- Avaliar o conhecimento da mãe e/ou pai sobre vômitos, adequando as intervenções ao foco levantado;
- Avaliar Desidratação, designadamente se se verificar diminuição da elasticidade da pele, hidratação das mucosas, sensação de sede, diminuição do débito urinário, se a urina está concentrada e se há afundamento das fontanelas (se aplicável);
- Avaliar o conhecimento da mãe e/ou pai sobre desidratação.

#### SO

- Devem ser colhidos os dados necessários para a realização de um plano de cuidados individualizado.

#### **6.4. Registos:**

Balcão: Registos em Nota de Enfermagem, livres ou através de *Template*

- “Gerir Tentativa de Tolerância Oral” selecionando as intervenções realizadas, ensinamentos realizados e aquisição, ou não, do conhecimento;
- “Vigiar Sinais de Desidratação” avaliando o estado geral, a fontanela anterior (se aplicável), se os olhos estão encovados ou não, a hidratação da pele e mucosas;
- “Vigiar Vômitos” avaliando as suas características, quantidade, ensinamentos realizados e aquisição, ou não, do conhecimento;
- Caso necessário, “inserir cateter venoso periférico”, registando o motivo, local, calibre do cateter, ensinamentos e aquisição do conhecimento;

#### UCEP:

- Avaliar Vômito (Sem horário); se vômito presente: “Planejar a dieta” (sem horário); “planejar a ingestão de líquidos” (sem horário); “Executar técnica preventiva da aspiração” (sem horário); “Vigiar reflexo de vômitos” [se identificada alguma alteração] (sem horário); “Interromper a ingestão de líquidos” (agora); “Ensinar sobre vômito” (sem horário até aquisição de conhecimento passando a SOS); “Vigiar a refeição” (Sem horário).

- Avaliar o conhecimento da mãe e/ou pai sobre prevenção do vômito, gerando foco “Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e/ou do pai sobre prevenção do vômito”: “Ensinar a mãe e/ou o pai sobre alimentação/dieta/prevenção do vômito” [Selecionar as indicadas] (sem horário até aquisição do conhecimento, passando a SOS);
- Avaliar diarreia (sem horário); se diarreia presente: “Planejar a dieta” (sem horário); “planejar a ingestão de líquidos” (sem horários); “Aplicar protector cutâneo” [se aplicável] (Sem horário); “Manter a pele seca” (Sem horário); vigiar e monitorizar a eliminação intestinal (7h/15h/22h);
- Avaliar o conhecimento da mãe e/ou pai sobre diarreia, gerando o foco “Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e/ou do pai sobre prevenção da diarreia”: “Ensinar a mãe e/ou pai sobre (...)” complicações da doença/desidratação/doença/prevenção de eritema da fralda (sem horário até aquisição do conhecimento, passando a SOS);
- Avaliar a desidratação; Se Desidratação Presente: “Gerir Ingestão de Líquidos” (sem horário); “Administrar Líquidos” (sem horário); “Monitorizar peso corporal” (turno fixo manhã ou tarde); “Monitorizar entrada e saída de líquidos” [Se aplicável] (7h/15h/22h).
- Se criança tiver/precisar de CVP: “Cuidados com cateter Intervenoso Periférico” (especificar local, calibre do catéter e data da colocação); “Otimizar cateter venoso periférico” (sem horário); “Vigiar penso do cateter” (sem horário); “Vigiar local de inserção do cateter” (sem horário); “Inserir cateter venoso periférico” (agora); “Remover cateter venoso periférico” (SOS).

#### SO:

- Realizar nota de enfermagem corrida, onde constem sinais de desidratação, presença ou ausência de vômito e/ou diarreia, suas características e quantidades, intervenção realizada e efeito surtido. Tolerância ou não de SRO e posteriormente alimentação, Presença de CVP; realização de soroterapia. Características da eliminação intestinal. Educação para a saúde realizada aos pais/cuidador.

Alta: Na nota de alta deve constar os ensinamentos realizados, se o conhecimento está ou não adquirido e se algum diagnóstico permanece ativo.

**6.5. Fluxograma** (não se aplica)

**6.6. Indicadores** (não se aplica).

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Manual de Dietas Hospitalares. Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável*. DGS

Duffy, E. (2024). The Child with Fluid and Electrolyte Imbalance . In *Wong's Nursing Care of the Infants and Children* (12th Edition, pp. 739–761). Elsevier.

Guarino, A., Ashkenazi, S., Gendrel, D., Lo Vecchio, A., Shamir, R., & Szajewska, H. (2014). European society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition/european society for pediatric infectious diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: Update 2014. In *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* (Vol. 59, Issue 1, pp. 132–152). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000375>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE ® Versão 2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.

Organização Mundial de Saúde. (2022). *Pocket book of Primary health care for children and adolescents. Guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence*.

Triggs, N., & Gilbert, C. (2024). The Child with Gastrointestinal Dysfunction. In M. Hockenberry, E. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition, pp. 812–870). Elsevier .

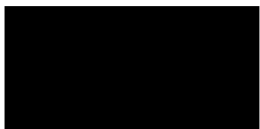

## 8. HISTÓRICO DE ATUALIZAÇÕES

- a) Preencher a tabela infra de acordo com os itens apresentados.

EDIÇÃO	DATA	ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO
00	dd/mm/aaaa	Breve descrição das alterações efetuadas (tópicos principais)
01	dd/mm/aaaa	Breve descrição das alterações efetuadas (tópicos principais)

## 9. ANEXOS

- a) “Não aplicável”.

Elaboração	Revisão	Aprovação	Próxima edição
Enf.ª Sara Lobo			



**Apêndice XV – Sessão de Formação “Diversificação Alimentar e Hospitalização”**

## Apêndice XV – Sessão de Formação “Diversificação Alimentar e Hospitalização”



### Plano de Sessão de formação

Título	Diversificação Alimentar e Hospitalização								
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenciar a problemática da obesidade infantil;</li> <li>- Demonstrar a importância da promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida;</li> <li>- Reconhecer a importância da intervenção de enfermagem relativamente à alimentação durante a hospitalização;</li> <li>- Refletir sobre as práticas.</li> </ul>								
Data da Sessão	06 de fevereiro de 2024 às 10 horas								
Local da Sessão	Zoom								
Plano de conteúdos	Introdução e objetivos	Temática do projeto de estágio	Obesidade Infantil	Alimentação no 1.º ano de vida	Diversificação alimentar	DA e hospitalização	Considerações finais	Discussão	Referências bibliográficas
Tempo de exposição	2 min	2 min	2 min	5 min	5 min	5 min	5 min	20 min	1 min
Meios/métodos utilizados	Meios audiovisuais Método expositivo participativo								
Avaliação	Questionário								





# DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR E HOSPITALIZAÇÃO

ENF SARA LOBO

## SUMÁRIO

- Alimentação Saudável no Primeiro Ano de Vida
  - Enquadramento Teórico
  - Aleitamento Materno e Diversificação Alimentar
  - Princípios da Diversificação Alimentar
- Diversificação Alimentar durante a hospitalização
- Aspetos a desenvolver no serviço em relação ao tema
- Mensagens para casa
- Referências bibliográficas
- Discussão



## OBJETIVOS

- Evidenciar a problemática da obesidade infantil;
- Demonstrar a importância da promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida;
- Reconhecer a importância da intervenção de enfermagem relativamente à alimentação durante a hospitalização;
- Refletir sobre as práticas.

1

## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

### Direito da Criança

"Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno (...)".

UNICEF, 1989, p. 21

A nutrição nos primeiros anos de vida é essencial para a saúde a longo prazo, para o desenvolvimento cognitivo e para a obtenção de resultados económicos favoráveis (Clark et al., 2020), podendo ainda reduzir a morbilidade e mortalidade, reduzir o risco de doenças crónicas e promover o desenvolvimento de modo geral (OMS, 2021a).



2



# ALIMENTAÇÃO SAUĐAVEL

NO PRIMEIRO ANO DE VIDA



(DGS, 2019b, Lutter et al., 2021 & Rodgers, 2017) 4

# ALIMENTAÇÃO SAUĐAVEL

NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

## Aleitamento Materno

- Exclusivo atē aos 6 meses
  - deve manter-se a par da diversificaçāo alimentar e durante a introduçāo na dieta familiar - atē aos 12-24 meses;
  - Pode utilizar-se, em complementaridade ou em alternativa, fōrmulas infantis, caso o AM seja insuficiente a suprimir as necessidades do bebē.

Lutter et al., 2021, DGS, 2019, OMS, 2021



## Diversificaçāo Alimentar

- Deve iniciar-se quando o LM jā nāo fornece os nutrientes necessārios (Lutter et al., 2021);
- Conhecer e respeitar as "janelas de treino", respeitando o padrāo maturativo (DGS, 2019);
- Treino de paladares, texturas e modulaçāo comportamental (DGS, 2019);
- Aquisiçāo de experiēncias ao nīvel do sabor e da mastigaçāo (OMS, 2021)
- As caracterīsticas do lactente e as tradiçōes culturais do agregado familiar devem ser tidas em conta (DGS, 2019).
- Diferentes mētodos
  - Tradicional
  - BLW
  - Mista

# DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

## QUANDO?



Entre 4 – 6 meses



Maturidade Renal e GI;	Erupção dentária;	Desaparece o reflexo de extrusão;
Deglutição mais coordenada;	Maior controlo postural;	Melhores capacidades comunicativas;
Aumento da motricidade fina;	Coordenação olho-mão;	Maior necessidade de independência;

ESPGHAN, 2017, Ha et al., 2023, Lutter et al., 2021, OMS, 2021

6

# DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

## A REALIDADE PORTUGUESA

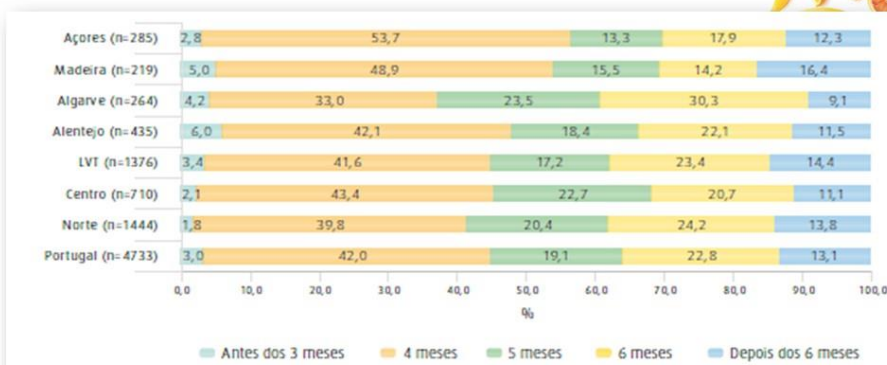
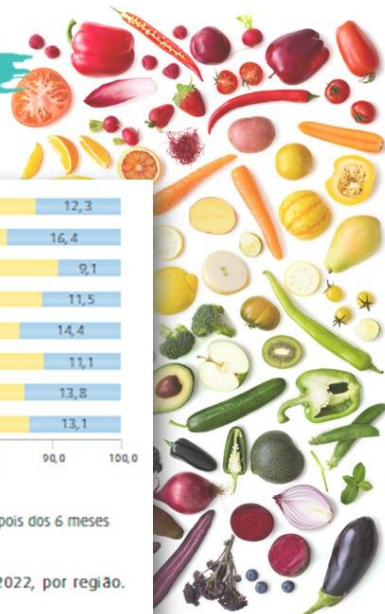


Figura 21 – Início da diversificação alimentar das crianças do estudo COSI Portugal 2021/2022, por região.

Rito et al., 2023

7

# DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

## MÉTODO TRADICIONAL

### 4-6 Meses

- Puré de Legumes
- Fruta
- Papa

### 9 Meses

- Iogurte
- Leguminosas
- Ovo
- Carnes vermelhas
- Frutos secos

### 6 Meses

- Carnes brancas
- Peixe

### Depois dos 12 meses

- Leite de vaca

### Recomendações:

- Começar com puré e ir alterando a textura gradualmente;
- Adicionar 1 colher de chá por dose de azeite, no final da cozedura;
- Começar por substituir uma refeição de leite por sopa;
- Oferecer fruta como sobremesa;
- Idealmente, iniciar pelo puré de legumes e não pela papa;
- Começar por oferecer 30 gr/dia de proteína;
- Reduzir o volume lácteo, que ainda assim, é responsável por cerca de 40% das necessidades proteicas diárias.
- Após o 1º ano de vida a criança é inserida na dieta da família, o que só por si denota a grande importância que os hábitos alimentares do agregado familiar têm na estruturação/modelação e na sedimentação do comportamento.

DGS, 2019

8

## PURÉ DE LEGUMES

- 1 legume do grupo dos legumes base (batata normal ou doce, curgete, chuchu ou couve flor);
- 1 legume dos fornecedores de betacarotenos (cenoura ou abóbora);
- 1 do grupos dos antioxidantes (cebola, alho ou alho-francês);
- 1 do grupo das folhas (alface, brócolos, couve coração, etc.).

DGS, 2019

8

# DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

## BABY-LED WEANING

Aleitamento Materno	Controlado pelo bebê	Alimentação da família	Alimentação em família	Vantagens:	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>Exclusivamente e até aos 6 meses;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O bebê come sozinho desde o início da Diversificação Alimentação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O bebê come o mesmo que a família mas como "finger food";</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O bebê está à mesa com a família durante as refeições;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menor risco de obesidade;</li> <li>Maior qualidade da dieta;</li> <li>Efeitos favoráveis nas práticas alimentares dos pais;</li> <li>Maior desenvolvimento de competências motoras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risco de Deficiência de Ferro;</li> <li>Risco de engasgamento;</li> <li>Oscilação ponderal</li> </ul>

Daniels et al., 2015, Lutter et al., 2021

## CORTES DOS ALIMENTOS



Fonte: <https://solidstarts.com/foods/mango/>



# DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

## SIM E NÃO

- Alimentos potencialmente alergênicos podem ser introduzido, após os 4 meses, independentemente do risco de alergia (história familiar positiva para a atopia);
- Quanto mais tarde são introduzidos, maior o risco de alergia.

- Não devem ser oferecidos:
  - Alimentos Ultraprocessados (ex: bolachas)
  - Alimentos com adição de Açúcar (ex: sumos, sobremesas, bolos, doces)
  - Alimentos com Adição de Sal (ex: enchidos, batatas fritas, etc.)



(DGS, 2019, ESPGHAN, 2017; Lutter et al., 2021)

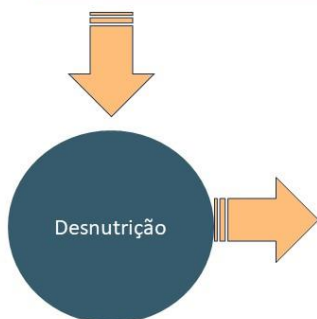
10

# DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

## E HOSPITALIZAÇÃO

Os primeiros anos de vida são críticos para que a criança aprenda a aceitar uma alimentação saudável e a estabelecer um padrão dietético que promova um crescimento saudável. É, igualmente, uma altura propícia a distúrbios do crescimento, déficits de micronutrientes e doenças comuns da infância.

(Lutter et al., 2021)



- Comum entre o 1.º mês e o 1.º ano de vida quando existe uma maior necessidade metabólica e uma menor reserva calórica (McCarthy et al., 2019), o que leva a stress catabólico (Prasadajudio et al., 2023).
- Pode progredir para uma doença aguda ou crónica devido a instabilidade energética derivado ao catabolismo elevado, diminuição de apetite ou aumento de perdas de energia.
- Diretamente relacionada com uma hospitalização mais prolongada (Prasadajudio et al., 2023), pois interfere com a resposta imunitária (Degefa et al., 2019, McCarthy et al., 2019), bem como impacta na trajetória de crescimento e desenvolvimento cognitivo (McCarthy et al., 2019).

11

# DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

## E HOSPITALIZAÇÃO



### Durante processo de doença

- AM mais frequente
- Alimentos moles, variados e do agrado da criança

### Após processo de doença

- Refeições mais frequentes e com progressiva maior quantidade, para compensar a perda de nutrientes durante a doença.
- A manutenção da DA ajuda a preservar o consumo de nutrientes e auxiliar na convalescença.



(Degefa et al., 2019)

12

# DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

## E HOSPITALIZAÇÃO

### Fatores influenciadores

- Inexistência de registos de dados antropométricos;
- Utilização incorreta de curvas de crescimento;
- Medições antropométricas incorretas ou falta de equipamento para tal;
- Inexistência de registos sobre o estado nutricional da criança e a falta de referências;
- Ingesta inadequada devido a procedimentos médicos/comida do hospital;
- Não priorização do cuidado nutricional;
- Inexistência de escalas de avaliação do estado nutricional;
- Educação e treino inadequado dos profissionais de saúde.



(McCarthy et al., 2019)

13

# DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

## E HOSPITALIZAÇÃO

1º NÍVEL				
<b>Dieta Padrão</b>		<b>Dieta Padrão Pediátricas</b>		
Dieta Geral	Dieta Leve	Dieta Pediátrica 4 meses	Dieta Pediátrica 5 meses	
		Dieta Pediátrica 6 meses	Dieta Pediátrica 7 meses	
		Dieta Pediátrica 8-11 meses	Dieta Pediátrica 1-2 anos	
		Dieta Pediátrica 3-6 anos	Dieta Pediátrica 7-11 anos	
		Dieta Pediátrica 12-17 anos		
<b>Dieta de opção individual</b>		<b>Dieta de textura modificada</b>		
Dieta Ovolacto-vegetariana	Dieta Vegetariana	Dieta Mole	Dieta Cremosa	Dieta Líquida

2º NÍVEL			
As dietas de 2º nível podem ser variantes das seguintes dietas de 1º nível			
<b>Dieta restrita em energia</b> Dieta Hipoproteica	<b>Dieta Hiperenergética</b>	<b>Dieta restrita em sal</b> <b>Dieta restrita em açúcares simples e gordura saturada</b>	<b>Dieta restrita em fibra dietética e resíduos</b>
Dieta Padrão Dieta leve	Dieta Padrão Dieta geral Dieta leve	Dieta Padrão Dieta leve	Dieta Padrão Dieta leve
Dieta de opção individual Dieta ovolacto-vegetariana Dieta vegetariana	Dieta de opção individual Dieta ovolacto-vegetariana Dieta vegetariana	Dieta Padrão Dieta pediátricas a partir dos 12 meses	Dieta Padrão Dieta pediátricas a partir dos 12 meses
Dieta de textura modificada Dieta mole Dieta cremosa Dieta líquida	Dieta de textura modificada Dieta mole Dieta cremosa Dieta líquida	Dieta de opção individual Dieta ovolacto-vegetariana Dieta vegetariana	Dieta de textura modificada Dieta mole Dieta cremosa Dieta líquida
		Dieta de textura modificada Dieta mole Dieta cremosa Dieta líquida	

(DGS, 2021)

# DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

## E HOSPITALIZAÇÃO

2º NÍVEL		
As dietas de 2º nível podem ser variantes das seguintes dietas de 1º nível		
<b>Dieta sem lactose</b> Dieta isenta de glúten	<b>Dieta de baixo teor microbiano</b>	<b>Dieta restrita em potássio</b> <b>Dieta restrita em fósforo</b>
Dieta Padrão Dieta geral Dieta leve	Dieta Padrão Dieta leve	Dieta Padrão Dieta leve
Dieta Padrão Pediátricas Dieta pediátricas dos 6 meses aos 17 anos	Dieta de textura modificada Dieta mole Dieta cremosa Dieta líquida	Dieta Padrão Pediátricas Dieta pediátricas a partir dos 12 meses
Dieta de opção individual Dieta ovolacto-vegetariana Dieta vegetariana	Dieta Padrão Pediátricas Dieta pediátricas a partir dos 12 meses	Dieta de textura modificada Dieta mole Dieta cremosa
Dieta de textura modificada Dieta mole Dieta cremosa Dieta líquida		

(DGS, 2021)

# DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

## E HOSPITALIZAÇÃO

### Manifestações Clínicas

- **Sistêmico:** Choque anafilático
- **GI:** Dor abdominal, vômitos, cólicas e diarreia
- **Respiratório:** Tosse, pieira, rinite
- **Pele:** Urticária, rash, dermatite atópica



# ASPETOS A DESENVOLVER

## Prática Baseada na Evidência

Melhoria da oferta alimentar  
**Evicção de Sal e Açúcar no primeiro ano de vida**

**Recursos físicos**

Disponibilização de refeições  
“fora de horas”

Melhor articulação  
multidisciplinar

17



## MENSAGENS PARA CASA

- AM é o alimento de eleição até aos 6 meses de vida;
- A DA deve ser iniciada quando o AM já não suprir as necessidades nutricionais do lactente;
- A alimentação do lactente deve ser variada;
- Evicção de açúcar, sal e alimentos ultra processados;
- A DA é um evento cultural, social, de aprendizagem e não só de nutrição;
- A alimentação da criança doente deve ir ao encontro das suas necessidades nutricionais;
- A introdução de alimentos alergénios atempada previne a alergia alimentar;

18

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, T. (2019). Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro. E-book n.º 53. APN
- Clark, H., Coll-Seck, A., Banerjee, A., Peterson, S., Dalgligh, S., Ameratunga, S., Balabanova, D., Bhan, M., Bhutta, Z., Borrazzo, J., Claeson, M., Doherty, T., El-Jardali, F., George, A., Gichaga, A., Gram, L., Hipgrave, D., Kwame, A., Meng, Q., Mercer, R., ... & Costello, A. (2020). A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. *Lancet* 2020; 395: 605-58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1)
- Daniels, L., Heath, A., Williams, S., Cameron, S., Fleming, E., Taylor, B., Wheeler, B., Gibson, R. & Taylor, R. (2015) Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatrics* (2015) 15:179. DOI 10.1186/s12887-015-0491-8
- Degefa, N., Tadesse, H., Aga, F. & Yeheyis, T. (2019). Sick Child Feeding Practice and Associated Factors among Mothers of Children Less Than 24 Months Old, in Burayu Town, Ethiopia. *International Journal of Pediatrics*, vol. 2019, Article ID 3293516, 7 pages, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/3293516>
- Direção Geral de Saúde (2013). Programa nacional de Saúde Infantil e Juvenil: norma n.º 10/2013. DGS
- Direção Geral de Saúde (2019a). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores. DGS Direção-Geral de Saúde (2019b) Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. DGS
- Direção Geral de Saúde (2021) Manual de dietas hospitalares. Programa nacional promoção da alimentação saudável. DGS
- Fernandes, C., Martins, F., Santos, A., Fernandes, M. & Verissimo, M. (2023) Complementary Feeding Methods: Associations with Feeding and Emotional Responsiveness. *Children* 2023, 10, 464. <https://doi.org/10.3390/children10030464>
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Mis, N., Hojsak, J., Hulst, J., Indrio, F., Lapillonne, A. & Molgaard, C. (2017) Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, volume 64, Number 1, January 2017. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
- Ha, E.K., Lee, S.W., Kim, J.H., Lee, E., Cha, H.R., Han, B.E., Shin, J. & Han, M.Y. (2013). Associations between Delayed Introduction of Complementary Foods and Childhood Health Consequences in Exclusively Breastfed Children. *Nutrients*, 15, 3410. <https://doi.org/10.3390/nu15153410>
- Lutter, C., Grummer-strawn, L. & Rogers, L. (2021) Complementary feeding of infants and young children 6 to 23 months of age. *Nutrition Reviews* Vol. 79(8):825-846. doi: 10.1093/nutrit/nuaa143
- McCarthy, A., Delvin, E., Marci, V., Belanger, V., Marchand, V., Boctor, D., Rashid, M., Noble, A., Davidson, B., Groleau, V., Spahis, S., Roy, C. & Levy, E. (2019). Prevalence of Malnutrition in Pediatric Hospitals in Developed and In-Transition Countries: The Impact of Hospital Practices. *Nutrients* 2019, 11, 236. doi:10.3390/nu11020236
- Moreira, P., Nunes, L., Neves, R., Belin, C., Fuhr, J., Gomes, E., Mariath, A. & Bernard, J. (2023) Adherence to different methods for introducing complementary food to 7-month-old babies: a randomized clinical trial. *Rev Paul Pediatr*. 2023;41:e2021235. <https://doi.org/10.1590/1984-1984-0452/2023/41/2021235>
- Organização Mundial de Saúde (2021) Infant and young child feeding. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Prasadajudim, M., Devaera, Y., Noormanto, N., Kuswiyanto, R., Sudarmanto, B., Andriastuti, M., Sidiartha, I., Sitorus, N. & Basrowi, R. (2023) Disease-Related Malnutrition in Pediatric Patients with Chronic Disease: A Developing Country Perspective. *Current Developments in Nutrition* 7, 100021. <https://doi.org/10.1016/j.cdnut.2022.100021>
- Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M.C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, r., Sancho, T., Dinis, A. & Rascó, C. (2023) Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022 PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
- Rodgers, C. (2017) Health Promotion of the Infant and Family in Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C. Wong's Essential of Pediatric Nursing, 10th Edition (P. 587- 636). Elsevier
- Rodgers, C. (2017) Health Problems of Infants in Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C. Wong's Essential of Pediatric Nursing, 10th Edition (p. 637-682) Elsevier
- United Nations International Children's Fund (UNICEF) (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. UNICEF. [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)
- Utami, A. & Wanda, D. (2019). Is the baby-led weaning approach an effective choice for introducing first foods? A literature review. *Enfermeira Clínica, Volume 29, Supplement 2*, Pages 87-95. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.014>

19

## OBRIGADA!

## DISCUSSÃO

Se uma criança de 6 meses estiver internada em UCEP, após o período crítico da doença, pode/deve iniciar-se a DA?

Se uma criança de > de 6 meses estiver internada, já tendo iniciado DA, mas estando em fase de introdução de novos alimentos, continua-se ou mantém-se o que já faz?

6

## Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

**Sessão de Formação:** *Diversificação alimentar e Hospitalização*

**Formador:** Sara Lobo – Aluna do 1.º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Obrigada por ter assistido à sessão de formação! A sua avaliação referente a esta sessão é muito importante, pois fomenta a melhoria contínua do desenvolvimento e de futuras sessões de formação.

Assim, solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, através da colocação de um (x) no local que considera mais adequado:

1 – Discordo totalmente; 2- Discordo; 3 – Não concordo, nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente.

### Relativamente aos conteúdos

	1	2	3	4	5
Sessão de formação com conteúdos pertinentes.					
Foram cumpridos os objetivos da sessão de formação.					
A sessão foi útil para o exercício profissional.					
Material informativo e bibliografia apropriada.					
A sessão teve uma duração oportuna.					

### Relativamente ao formador

	1	2	3	4	5
Formador com domínio adequado dos conteúdos apresentados.					
Linguagem clara e objetiva.					
Interação adequada entre formador e formandos.					

Sugestões:

**Apêndice XVI – Documento Informativo “Manutenção da  
Diversificação Alimentar na Urgência Pediátrica”**

## Apêndice XVI – Documento Informativo “Manutenção da Diversificação Alimentar na Urgência Pediátrica”



# Manutenção da Diversificação Alimentar na Urgência Pediátrica

A nutrição nos primeiros anos de vida é essencial para a saúde a longo prazo, para o desenvolvimento cognitivo (Clark et al., 2020), podendo ainda reduzir a morbilidade e mortalidade, reduzir o risco de doenças crónicas e promover o desenvolvimento de modo geral (OMS, 2021). Durante um processo de doença aguda a ingestão nutricional pode estar comprometida, sendo necessário especial atenção às necessidades nutricionais durante a doença e a convalescença (Lutter et al., 2023)

## Recomendações

Inicia entre 4-6 meses;

A introdução de alimentos alergênicos não deve ser adiada;  
Evicção de sal, açúcar adicionado e alimentos ultra processados

Inicia com purés, indo aumentando a textura;

Não utilizar a alimentação como castigo ou recompensa;

Minimizar as distrações durante a refeição. (DGS, 2019)

### 4-6 Meses

- Puré de Legumes
- Fruta
- Papa

### 9 Meses

- Iogurte
- Leguminosas
- Ovo
- Carnes vermelhas
- Frutos secos

### 6 Meses

- Carnes brancas
- Peixe

### Depois dos 12 meses

- Leite de vaca

## Métodos de DA

Introdução tradicional (à colher);  
Baby-Led Weaning;  
Introdução Mista  
(Fernandes et al., 2023)

## Durante o internamento

Privilegiar a amamentação durante a fase aguda da doença;  
Retomar diversificação alimentar posteriormente.  
(Degefa et al., 2019)

## Durante processo de doença

Diminuição da ingesta, que em conjunto com gasto energético mais elevado, pode levar a desnutrição  
(McCarthy et al., 2019)

### Intervenção de Enfermagem:

Avaliação de dados antropométricos;  
Plano de cuidados individualizado  
Registos sobre estado nutricional  
Empowerment Parental relativamente a alimentação

Realizado por: Enf. Sara Lobo sob orientação de Enf.   
Orientador: Prof. Doutora Sónia Rodrigues

# Referências Bibliográficas

- Clark, H., Coll-Seck, A., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglish, S., Ameratunga, S., Balabanova, D., Bhan, M., Bhutta, Z., Borrazzo, J., Claeson, M., Doherty, T., El-Jardali, F., George, A., Gichaga, A., Gram, L., Hipgrave, D., Kwamie, A., Meng, Q., Mercer, R. ... & Costello, A. (2020). A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. *Lancet* 2020; 395: 605–58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1)
- Degefa, N., Tadesse, H., Aga, f. & Yeheyis, T. (2019). Sick Child Feeding Practice and Associated Factors among Mothers of Children Less Than 24 Months Old, in Burayu Town, Ethiopia. *International Journal of Pediatrics*, vol. 2019, Article ID 3293516, 7 pages, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/3293516>
- Direção Geral de Saúde (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores.
- Fernandes, C., Martins, F., Santos, A., Fernandes, M. & Verissimo, M. (2023) Complementary Feeding Methods: Associations with Feeding and Emotional Responsiveness. *Children* 2023, 10, 464. <https://doi.org/10.3390/children10030464>
- Lutter, C., Grummer-strawn, L. & Rogers, L. (2021) Complementary feeding of infants and young children 6 to 23 months of age. *Nutrition Reviews* VR Vol. 79(8):825–846. doi: 10.1093/nutrit/nuaa143
- McCarthy, A., Delvin, E., Marcil, v., Belanger, v., Marchand, V., Boctor, D., Rashid, M., Noble, A., Davidson, B., Groleau, V., Spahis, S., Roy, C. & Levy, E. (2019). Prevalence of Malnutrition in Pediatric Hospitals in Developed and In-Transition Countries: The Impact of Hospital Practices. *Nutrients*, 11, 236; doi:10.3390/nu11020236
- Organização Mundial de Saúde (2021) Infant and young child feeding. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>



**Apêndice XVII – Sessão de Formação “1, 2, 3 Uma Colher de Cada Vez  
- Alimentação Saudável nos Dois Primeiros Anos de Vida”**

## Apêndice XVII – Sessão de Formação “1, 2, 3 Uma Colher de Cada Vez - Alimentação Saudável nos Dois Primeiros Anos de Vida”



### Plano de Sessão de formação

<b>Título</b>	“1 2 3 uma colher de cada vez - Alimentação Saudável nos dois primeiros anos de vida”								
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar a importância da alimentação saudável nos dois primeiros anos de vida;</li> <li>- Evidenciar a problemática da obesidade infantil;</li> <li>- Discutir em grupo as vivências das famílias no âmbito da alimentação.</li> </ul>								
<b>Data da Sessão</b>	23 de Outubro de 2023 às 11 Horas								
<b>Local da Sessão</b>	Sala Polivalente do Internamento de Pediatria								
<b>Plano de conteúdos</b>	Introdução e objetivos	Temática do projeto de estágio	Desenvolvimento Infantil	Alimentação no 1.º ano de vida	Diversificação alimentar	Recomendações	Considerações finais	Discussão	Referências bibliográficas
<b>Tempo de exposição</b>	2 min	1 min	4 min	3 min	5 min	3 min	1 min	15 min	1 min
<b>Meios/métodos utilizados</b>	Meios audiovisuais Método expositivo participativo								
<b>Avaliação</b>	Questionário preconizado para utilização no local de estágio								

1 2 3

## Uma colher de cada vez

Alimentação saudável nos dois primeiros anos de vida

Enfermeira Sara Lobo

## Assuntos



Primeiros dois anos do bebé



O bebé vai começar a comer!



Recomendações





## O bebê até aos 2 anos

Do nascimento aos 12 meses

Do Primeiro ao Segundo Ano de vida



## O bebê até aos 2 anos

Do nascimento aos 12 meses

- Crescimento e desenvolvimento motor, cognitivo e social muito rápido;
- Inicialmente o bebê é totalmente dependente dos pais, ficando cada vez mais independente;
- Momento importante que influencia a saúde futura.



## O bebê até aos 2 anos

Do Primeiro ao Segundo Ano de vida

- Crescimento mais lento;
- Maior atividade e descoberta;
- O ambiente influencia o crescimento e desenvolvimento da criança;
- Diminuição normal do apetite e do que a criança come;
- Mais independentes e com personalidade cada vez mais vincada.





## Alimentação

- É essencial para a saúde a longo prazo e para o desenvolvimento cognitivo;
- Reduz a morbidade e mortalidade;
- Reduz o risco de doenças crónicas;
- Promove o desenvolvimento de modo geral.



## Alimentação

- É mais do que comer!
- Está relacionada com fatores sociais, culturais, familiares, éticos e até da criança;
- Deve ser flexível e individual para cada criança e família.



## O bebé está pronto para comer?



Se tiver entre 4 e 6 meses



Se já se sentar sozinho



Se já conseguir manter a cabeça direita



Se já conseguir levar comida à boca



Se tiver interesse pela comida



Se já não colocar tanto a língua para fora



# O bebê vai começar a comer!

- Por volta dos seis meses de idade, só o leite (materno ou fórmula) não é suficiente;
- É necessário introduzir outros alimentos.



Um alimento de cada vez



2 - 3 dias de intervalo entre alimento novo

Começar com alimentos em puré e ir aumentando a textura ao longo dos meses



## Como?

- Puré de legumes
- Fruta
- Papa

• Água!

- Iogurte
- Grão, feijão
- Frutos secos
- Carne de vaca, porco
- Gema de Ovo

- Leite de vaca
- Alimentação da família

4-6 Meses

6 Meses

9 Meses

10 Meses

1-2 Anos

- Frango/Perú
- Peixe (Pescada, etc)



- Clara de ovo
- Peixes gordos



## Dos 4 -6 Meses

SEM SAL!

### Sopa

- Puré de legumes
  - 1 legume de cada grupo



Base:  
Batata  
Batata doce  
Chuchu  
Curgete  
Couve-flor

#### Grupo dos Laranja:

Cenoura  
Abóbora



Grupo dos Amarelos:  
Cebola  
Alho Francês  
Alho

Grupo dos Verdes:  
Alface  
brócolos  
couves  
Feijão verde



SEM AÇÚCAR!

### Fruta

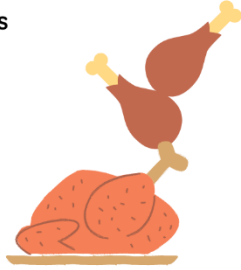
- Até aos 6 meses - 1 peça de fruta por dia
- Depois dos 6 meses - 2 peças de fruta por dia
- Não é uma refeição mas sim uma sobremesa



## Aos 6 meses

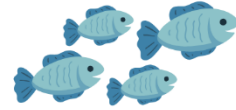
### Carne

- Carnes Brancas
  - Frango
  - Perú
  - Coelho
- 30 gr/dia



### Peixe

- Peixes magros
  - Pescada
  - Faneca
  - Linguado
  - Solha
- 30 gr/dia



## Depois dos 9 meses

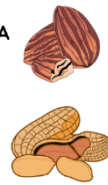
### Ovo

- Ovo
  - Gema - ir aumentando a quantidade oferecida



### Frutos Secos

- Ao natural, bem triturados, NUNCA inteiros
  - Amendoim
  - Nozes
  - Amêndoas
  - etc



### Leguminosas

- Bem demolidas, sem cascas
  - Grão
  - Feijão
  - Fava
  - Lentilha
  - Ervilhas



## Entre 1 - 2 Anos

### Leite de Vaca

- Só após os 12 meses
  - Não mais que 500 ml de produtos lácteos por dia

### Cereais e derivados, Tubérculos

4 a 11 porções

Hortícolas  
3 a 5 porções

Fruita  
3 a 5 porções

Gorduras e Óleos  
1 a 3 porções

Lacticínios  
2 a 3 porções





Carnes, Pescado e Ovos  
1,5 a 4,5 porções

Leguminosas  
1 a 2 porções

Água



# É boa ideia evitar...

- Alimentos Ultraprocessados (ex: salsichas, fast food) 
- Açúcar (ex: sumos, sobremesas, bolos, doces) 
- Sal (ex: enchidos, batatas fritas, etc.) 
- Comida pré-feita (boiões de sopa, entre outros). Prefira os alimentos da época! 



## Não esquecer!



- O bebé deve estar sentado numa cadeira própria durante a refeição;
- Não utilizar a alimentação como castigo ou recompensa;
- Minimizar as distrações durante a refeição;
- Deve deixar o bebé mexer, cheirar e provar a comida.



- A fase de introdução de alimentos permite que se estabeleçam hábitos alimentares;
- Deve oferecer alimentos variados, saudáveis!
- As refeições devem ser tidas em família ou sempre com supervisão de um adulto.

## Por fim...

Os dois primeiros anos são anos muito especiais na vida de uma criança...

A par das muitas mudanças esta altura é uma altura de muitas aquisições, de conquistas, de experiências, de crescimento e de desenvolvimento!

Esta é o melhor momento para ensinar o bebé a comer de forma saudável, para que cresça e se torne um adulto com hábitos também saudáveis!





## Dúvidas



Obrigada!



## Referências Bibliográficas



- Carvalho, T. (2019). Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro. E-book n.º 53. APN
- Clark, H., Coll-Seck, A., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglish, S., Ameratunga, S., Balabanova, D., Bhan, M., Bhutta, Z., Borrizzo, J., Claeson, M., Doherty, T., El-Jardali, F., George, A., Gichaga, A., Gram, L., Hipgrave, D., Kwamie, A., Meng, Q., Mercer, R. ... & Costello, A. (2020). A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. *Lancet* 2020; 395: 605-58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1)
- Direção Geral de Saúde (2019a). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores. DGS
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellof, M., Embleton, N., Mis, N., Hojsak, I., Hulst, J., Indrio, F., Lapillonne, A. & Molgaard, C. (2017) Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, volume 64, Number 1, January 2017. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
- Franklin, Q. & Prows, C. (2017) Developmental and Genetic Influences on
- Child Health Promotion in: Hockenberry, M.; Wilson, D. & Rodgers, C. *Wong's Essential of Pediatric Nursing* . 10th Edition (p. 114 - 151) Elsevier
- Rodgers, C. (2017) Health Promotion of the Infant and Family in: Hockenberry, M.; Wilson, D. & Rodgers, C. *Wong's Essential of Pediatric Nursing* . 10th Edition (p.587-635) Elsevier
- Rodgers, C. (2017) Health Promotion of the Toddler and Family in: Hockenberry, M.; Wilson, D. & Rodgers, C. *Wong's Essential of Pediatric Nursing* . 10th Edition (p.685-731) Elsevier
- Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (n.d) Roda dos Alimentos. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>



### Serviço de Pediatria - Internamento

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “À Conversa com os Pais”

Departamento da Criança e do Jovem

Relativamente ao conteúdo da sessão apresentada considera que:

		1	2	3	4	5	
O tema foi...	Pouco interessante						Muito interessante
A informação transmitida foi...	Insuficiente						Mais do que o necessário
O tempo da sessão foi...	Insuficiente						Mais do que o necessário

Relativamente ao formador considera que:

		1	2	3	4	5	
Tem conhecimento sobre o tema	Pouco conhecimento						Muito conhecimento
Foi claro na apresentação	Pouco claro						Muito claro
Estava disponível para esclarecer dúvidas	Pouco disponível						Muito disponível

De uma forma geral

		1	2	3	4	5	
Considera este tipo de sessões...	Pouco importantes						Muito importantes

Sugestões para novos temas a apresentar:

---



---



---

**Apêndice XVIII – Preparação de Consulta de Vigilância Infantil e  
Juvenil**



**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

**Unidade Curricular de Estágio**

**Preparação de Consulta de Vigilância Infantil e Juvenil  
Análise Reflexiva**

**Sara Margarida Ferreira Silva Lobo n.º 2802**

**Professor Orientador:**

**Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues**

**Lisboa**

**Lisboa**

**Julho 2023**

## INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio e consiste na preparação de uma consulta de vigilância infantil, com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), interligado com as recomendações da *American Academy of Pediatrics*, dados recolhidos e temas discutidos durante a mesma. Após a apresentação dos dados, farei uma análise reflexiva sobre a mesma, tecerei as minhas considerações finais e apresentarei as minhas referências bibliográficas, realizadas consoante a norma da APA, 7.ª Edição.

A consulta teve lugar numa Unidade de Saúde Familiar (USF), na zona de Lisboa e Vale do Tejo, onde decorreu o meu estágio em contexto de Cuidados de Saúde primários (CSP). Este estágio teve a duração de cinco semanas e tinha como objetivo a aquisição e o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), bem como a aquisição de competências relacionadas com o *empowerment* parental para a promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida. Durante o estágio participei e observei diversas consultas de vigilância de saúde infantil, a maioria das quais em pequenos lactentes, pelo que, optei por preparar uma consulta dos dois meses, onde poderia abordar o tema do meu projeto, na vertente do aleitamento materno, mas principalmente, as competências do EEESIP.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2022) a promoção da Saúde consiste no processo de empoderar pais e crianças para aumentar o controlo sobre a sua saúde e para os encorajar a adotar comportamentos saudáveis (alimentação saudável, promoção do desenvolvimento, saúde oral e mental, entre outros).

A família compreende o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento. Entende-se a mesma como contexto/mesos sistema, sendo os pais, os responsáveis pela maioria dos cuidados prestados, não excluindo a importância de outras pessoas significativas/prestador informal de cuidados, e/ou contextos na vida da criança/jovem, pelo que, nesta perspetiva, são alvo da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 4).

Assim, inicialmente comecei por fazer um planeamento prévio à consulta, onde consultei o processo clínico da criança, elaborei um documento com questões orientadoras da consulta e discuti-a com a minha enfermeira orientadora. Realizei a consulta com supervisão, registei no meu documento, mas não tive oportunidade de registar no sistema de informação utilizado na USF. Após a consulta de enfermagem a criança foi observada pelo médico, que se desloca ao gabinete onde a consulta de enfermagem foi realizada e, no fim da observação médica, foram administradas as vacinas. No final, refleti e discuti com a minha enfermeira orientadora sobre o ocorrido.

## CONSULTA DE VIGILÂNCIA INFANTIL E JUVENIL

Nome: A.B.

Idade: 2 meses e 7 dias

Data de nascimento: 22/4/2023

**Informação obtida previamente à consulta:** aguarda consulta oftalmologia por mãe com retinose pigmentar com visão tubular. Aleitamento materno exclusivo, 1 irmão, a fazer vitamina D.

**Tem alguma questão ou preocupação que queira discutir?** Aleitamento Materno

Estiveram presentes a mãe, o pai e a A.

<b>Peso</b>	5,370	Percentil 50-85
<b>Comprimento</b>	57 cm	Percentil 50
<b>Perímetro Cefálico</b>	40 cm	Percentil 85-95
<b>Índice de Massa Corporal</b>	16,53	Percentil
<b>Anca</b>	-	Avaliado pelo médico
<b>Visão</b>	Sem sinais de alerta	Reflexo do olho vermelho realizado no momento da alta hospitalar
<b>Audição</b>	Sem sinais de alerta	Passou no Rastreo Auditivo Neonatal Universal
<b>Exame Físico</b>	Boa vitalidade, fontanela anterior normotensa, pele corada e hidratada, tónus muscular adequado	
<b>Desenvolvimento</b>	Sem alterações	Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan, constante no PNSIJ
<b>Vacinação</b>	Foram administradas as vacinas dos dois meses	Segundo Programa
<b>Relação emocional/comportamento</b>	Mãe e pai atentos às necessidades da bebé; bebé consolável com os pais	Mãe com alguma labilidade emocional. Antecedentes pessoais de depressão, para a qual está medicada

<b>Risco de Maus-Tratos</b>	Criança com sinais de boa higiene corporal, vestuário adequado, existência de rotinas, sem lesões corporais, sem outros sinais, sintomas ou indicadores de negligência (DGS, 2011)		
<b>Segurança do ambiente</b>	Criança trazida em dispositivo de retenção automóvel adequado ao pedo, com os respetivos cintos devidamente colocados. Dispositivo colocado no chão		
<b>Cuidados Antecipatórios</b>	<b>Alimentação</b>	Aleitamento Misto – Aleitamento materno na maioria das alimentações e suplementação com cerca de 60 ml de leite adaptado, 2 a 3 vezes por dia. Segundo mãe, prepara 150 ml de LA, mas bebé só faz cerca de 60ml.	Reforçados ensinios sobre aleitamento materno: oferecer uma mama sempre antes do leite adaptado, uma mama de cada vez. Feita correção da pega e do posicionamento a amamentar; preparação de leite adaptado e quantidades do mesmo.
	<b>Vitamina D</b>	Mantém a administração, consoante prescrição médica	
	<b>Posição de Deitar</b>	Segundo os pais, colocada em decúbito dorsal para dormir. Dorme em berço próprio, no quarto dos pais	Reforçados ensinios sobre prevenção do Síndrome de morte súbita do lactente
	<b>Hábitos de sono</b>	Dorme entre alimentações.	

	<b>Hábitos intestinais e cólicas</b>	Duas a três dejeções por dia, pais referem sensação de desconforto abdominal por períodos.	Reforçado ensino sobre massagem abdominal
	<b>Desenvolvimento</b>	Conversa com bebé, vocalizos e sons, colocação em decúbito ventral por períodos, durante o dia	Disponibilizadas atividades promotoras do desenvolvimento – Escala de Avaliação do Desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i> , constante no PNSIJ
	<b>Acidentes e Segurança</b>	Sem sinais preocupantes	Discutido com os pais vigilância do irmão mais velho, incluindo- o no cuidado à bebé, mas sempre com supervisão.
	<b>Sintomas/sinais de alerta</b>	Pais conhecedores de alguns sinais/sintomas de alerta	Reforçado ensinos sobre: febre, acidentes, vômitos e diarreia.
	<b>Vacinação – vantagens e reações</b>	Explicadas vacinas a administrar bem como sinais de alarme. Bebê a mamar durante a administração de vacinas	Segundo informação no Programa nacional de vacinação
	<b>Relação emocional</b>	Boa relação familiar	Sugeridas algumas atividades para envolver irmão mais velho no cuidado ao bebé,

			bem como importância de dar atenção exclusiva ao irmão mais velho e alguns exemplos de atividades (ir às compras, ao parque, entre outras)
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## ANÁLISE REFLEXIVA

As consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil permitem uma monitorização regular do crescimento e desenvolvimento desde o nascimento até aos 18 anos de vida (OMS, 2022). O profissional de CSP desempenha um papel importante na deteção precoce, bem como, no tratamento de doenças e na obtenção de resultados de saúde positivos, através da promoção da saúde e da prevenção de doenças e de dificuldades desenvolvimentais (OMS, 2022). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2017) o EEESIP presta cuidados com segurança e competência à criança saudável ou não, proporciona educação para a saúde, identifica e mobiliza recursos de suporte, trabalha em parceria com a criança/jovem e família, em qualquer que seja o contexto em que estes estejam inseridos, no sentido de promover o mais elevado estado de saúde possível. O EEESIP tem como foco de intervenção a promoção do crescimento e do desenvolvimento da criança e jovem, com orientação antecipatória às famílias, para que se possam maximizar o potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar; a deteção precoce e encaminhamento de situações que afetem negativamente a vida ou qualidade de vida, entre outros (OE, 2017).

A consulta dos dois meses compreende uma das consultas para idades-chave, que corresponde, não só a acontecimentos importantes na vida do bebé (etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo, emocional, entre outros), mas também, a harmonização com o esquema cronológico proposto pelo Programa Nacional de Vacinação, de forma a minimizar as deslocações aos serviços de saúde (DGS, 2013).

No início da consulta, comecei por me apresentar e solicitei autorização para realizar a consulta, explicando ser no âmbito da realização do estágio do Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica, ao que os pais acederam. Na semana anterior, no contexto da administração da vacina contra a tuberculose, da A., onde tive oportunidade de estar presente, já tinha tido contacto com o J. e muito fugazmente com a S. que se encontrava na sala de espera, por sua escolha, com o irmão da A., o I., de 3 anos. Segundo a OMS (2022), as famílias devem ser parceiras equitativas e ativos no cuidado à criança, independentemente da sua educação ou contexto socioeconómico. Os pais devem ser encorajados a participar, a partilhar as suas dúvidas e questões, devendo ser reconhecido

e apreciado os esforços familiares no cuidar à criança. Importa respeitar a cultura, prioridades e crenças sem discriminar a criança e família, bem como reconhecer-lhe a capacidade de confrontarem os seus problemas utilizando as suas forças, recursos e capacidade de resolução de problemas (OE, 2017). Assim, estabelecendo a família como contexto da criança, os cuidados de enfermagem implicam que se estabelece uma comunicação efetiva, de forma a envolver a família nos cuidados, incitando a sua participação e parceria nos cuidados, capacitando-os e negociando os cuidados. Esta parceria é caracterizada pela articulação em equidade, de forma dinâmica e flexível, cuja operacionalização advém dos relacionamentos estabelecidos, da sua natureza aberta e de colaboração, entre criança/família e a equipa de enfermagem (OE, 2017).

Neste sentido, questionei se os pais tinham alguma questão ou inquietação que quisessem expor, pois segundo o PNSIJ (2013), em todas as consultas devem ser auscultadas as preocupações dos pais, ou da criança, no que concerne à saúde, bem como intercorrências que possam ter ocorrido desde o contacto anterior, ao que a S. prontamente me respondeu que sim, que a amamentação não estava “a correr nada bem” (sic), que “no início até estava bem, mas agora já não” (sic). Quando solicitei que me explicasse o porquê de ter essa perceção, a S. respondeu que sentia que a bebé não ficava “saciada” e que ficava frequentemente a chorar após a mamada, “maldispota e difícil de consolar” (sic). A S. demonstrou-se com grande labilidade emocional, com choro fácil, referindo que gostaria muito de amamentar, que com o primeiro filho amamentou até aos quatro meses de vida, mas que gostaria de amamentar a A. até aos seis meses de vida. Solicitei, aos pais, que me explicassem de que forma decorre a mamada, percebendo que ambas as mamas são oferecidas em todas as mamadas, durante 5/10 minutos, sem esvaziar por completo uma mama, antes de oferecer a outra, suplementando, ocasionalmente com cerca de 60 ml de Leite Adaptado. Para além disso, a S. referiu ainda que, por vezes, no fim de uma mamada, extrai mecanicamente entre 70 a 150 ml de leite materno. Tal como preconizado pela OE (2017) e DGS (2013), promovi o aleitamento materno pois sabe-se que o aleitamento materno não tem paralelo na provisão de um alimento ideal para o bebé, por ser seguro, limpo, conter anticorpos protetores do bebé de doenças comuns. Para além disso, pude observar a mamada e corrigir a pega de forma que a aréola seja visível por cima da boca do bebé, que deve estar bem aberta, com o lábio inferior virado para fora e com o queixo a tocar na mama.

Foi ainda possível fazer pequenos ajustes ao posicionamento, de modo que o bebê fique próximo da mãe, com a cara virada para a mama, com o corpo alinhado com a cabeça e devidamente suportado (OMS, 2022). Hagan e colegas (2017) recomendam que se aconselhem os pais que, aos dois meses, o bebê pode chorar mais, mas que a tendência é diminuir com o tempo, devendo procura estratégias para tranquilizar o bebê. Também neste período o bebê pode necessitar de um ambiente mais tranquilo durante a mamada, demonstrando-se este um momento crucial de vinculação entre mãe e bebê. Segundo Pérez-Escamilla e colegas (2023), comportamentos de instabilidade (como choro excessivo, irritabilidade) são frequentemente interpretados como problemas digestivos, alergias, reações adversas ao leite materno ou fome como resultado de hipogalactia. No entanto, a sensação de hipogalactia é responsável pela introdução desnecessária de leite adaptado. Reforcei, igualmente, que o choro é a forma de comunicar dos bebês e que estes não choram apenas quando têm fome, sendo recomendável que verificassem, nessas alturas se a criança teria de eructar, se tinha aerocolia em excesso, se estaria desconfortável (com frio, calor, a necessitar de trocar a fralda). Segundo a evidência, a falta de apoio e aconselhamento neste sentido, contribui para o início de suplementação com leite adaptado de forma autónoma pelos pais (Pérez-Escamilla et al. 2023).

Durante a realização do exame físico à A. fui realizando a avaliação do desenvolvimento, bem como o questionamento sobre outras questões. Tal como exposto no PNSIJ (2013), não descurando a observação completa da criança, deverão ser realizadas ações com vista a caracterizar os aspetos relacionais e deteção precoce de situações rastreáveis. A avaliação desenvolvimento da criança pode ser realizado desde o momento em que a criança entra na sala de consulta, até que sai, mas sobretudo, em conversa com os pais, devendo ser realizado de forma dinâmica e continua, em todos os encontros com a criança. Para que a criança possa atingir o máximo das suas potencialidades, deverão ser realizadas ações destinadas a estimular e desenvolver o desenvolvimento, através da informação e ensino aos pais. O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, favorecem o exercício da parentalidade, sendo desígnio do EEESIP a implementação de intervenções que promovam as competências parentais (OE, 2017).

Questionei sobre rotinas, dinâmica e estrutura familiar, evidenciando a importância da integração do irmão mais velho nos cuidados à bebé, mas também da realização de atividades exclusivas com o I. no sentido de minimizar a rivalidade entre irmãos. A rivalidade entre irmãos refere-se ao ciúme e ressentimento face a uma nova criança na família, designadamente quando essa criança detém a atenção adultos. A demonstração desta inveja ocorre, por vezes, através de pequenas agressões físicas ao bebé ou até da retirada de objetos significativos (chucha, biberão, entre outros), pelo que toda a intervenção deve ser supervisionada por um adulto (Rodgers, 2017). Segundo a Hagan et al. (2017), os pais podem encorajar os irmãos, de forma responsável, a participar no cuidado ao bebé, para que estes se possam sentir apreciados e desenvolver uma conexão com o bebé, devendo reservar algum tempo, de forma habitual, para estar sozinhos com o filho mais velho, desempenhando atividades como ler, falar, entre outros. Foi, ainda, oferecido reforço positivo quanto à participação do J. nos cuidados às crianças e de apoio à mãe, como a realização de tarefas domésticas ou a disponibilização de tempo para que a S. possa descansar.

A intervenção do EEESIP tem por finalidade a promoção das competências da criança e família, com vista a maximizar e potenciar a saúde, promover o crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios (OE, 2017). Estes devem facultar aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, à promoção e proteção dos direitos da criança e exercício da parentalidade (DGS, 2013). Assim, relativamente aos cuidados preventivos da síndrome de Morte súbita do lactente, foi feito reforço positivo e reforçados ensinamentos, nomeadamente na colocação da criança em decúbito dorsal para dormir, em berço próprio, com um colchão firme e evitando o sobreaquecimento do ambiente e a colocação de objetos no berço (fralda de pano, brinquedos, entre outros) (OMS, 2022). Prestado reforço positivo sobre correta colocação no ovo, bem como, validação sobre sinais e sintomas de alarme.

Nesta consulta, após consulta médica, que foi realizada no mesmo local que a consulta de enfermagem, na presença da enfermeira, foram administradas as vacinas conforme o PNV. Foram explicadas aos pais as especificidades de cada vacina, efeitos adversos e devida atuação se se verificarem, bem como locais de administração. Questionei a S. se gostaria de amamentar enquanto administrava as vacinas, explicando

que o AM funciona como estratégia não farmacologia de controlo da dor (DGS, 2012), ao que a mãe acedeu, demonstrando-se bastante agradada. As vacinas foram administradas sem intercorrências.

Reservei um momento para questionar a S. como se encontrava, o que estava a sentir, incentivando a expressão de sentimentos. A mãe referiu dor e desconforto no local da cicatriz da cesariana, tendo sido observada pela enfermeira e pela médica. Segundo a DGS (2013), no primeiro ano de vida é extremamente importante que se dê atenção ao estado emocional materno, devido ao risco de depressão pós-parto, encaminhando precocemente os casos que poderão interferir com o desenvolvimento da criança. Neste sentido e atendendo ao facto de a S. ter sido diagnosticada com depressão antes da conceção da A. Tendo sido medicada na altura, que suspendeu durante a gravidez. Segundo Hagan e colegas (2017), estima-se que 10% a 20% das mulheres sofram de depressão antes, durante e após o parto, pelo que reforcei a importância de solicitar auxílio caso verifique ser necessário, bem como, pedir ajuda e incentivada a recorrer à unidade caso se surgissem dúvidas ou preocupações.

No fim da consulta, refleti e discuti com a minha enfermeira orientadora sobre a consulta, nomeadamente, no que concerne aos tempos estipulados de consulta (20 minutos), que atendendo às necessidades da família não foi cumprido, o que impactou na disponibilização de tempo para a realização de registos em SClínico. Apesar de já ter contacto com este sistema de informação, não estava familiarizada com a sua especificidade, pelo que me levaria mais tempo do que havia disponível para fazer os registos. Contudo, quando a oportunidade surgiu, revi com a minha enfermeira orientadora os registos realizados.

## CONCLUSÃO

Esta experiência foi muito importante para a minha aprendizagem e crescimento profissional pois possibilitou-me a compreensão dos diferentes momentos de uma consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, como a preparação que antecede a consulta, através da consulta do processo da criança, bem como a criação de um documento de registo da consulta para me auxiliar na realização da consulta. Para além disso, exigiu-me alguma flexibilidade no sentido de tornar a consulta o mais individualizada possível, não descurando os parâmetros a avaliar, nem os cuidados antecipatórios recomendados no PNSIJ. Assim, considero que desenvolvi algumas competências de EEESIP como:

E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (Regulamento n.º 422/2018).

Bem como, competências do EE:

A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão. A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos. A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas. B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. D1.2 — Gera respostas de

adaptabilidade individual e organizacional. D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

De acordo com a OE (2017) devem ser criados e aproveitadas todas as oportunidades para trabalhar com a família e criança, no sentido da adoção de comportamento potenciadores de saúde. O EEESIP, na procura da excelência dos cuidados deve respeitar a informação existente, através da avaliação da estrutura e contexto da família, a cultura e crenças da mesma, enquanto estabelece uma parceria com vista ao envolvimento, participação nos cuidados, capacitação e negociação com a família. Deve ainda, facilitar a comunicação expressiva de emoções, bem como demonstrar rigor técnico/científico nos diversos aspetos da prática, como no controlo da dor, saúde e bem-estar físico, emocional, psicossocial e espiritual, entre outros (OE, 2017).

Por fim, urge referir que nem sempre a gestão do tempo possibilita a realização de todas as atividades pensadas e, infelizmente, o registo informático da consulta não foi possível ser realizado por mim. A necessidade de priorizar as consultas seguintes sobrepôs-se à disponibilidade de tempo para que eu realizasse os registos com supervisão. Contudo, pude discutir e rever os registos com a minha enfermeira orientadora posteriormente. Considero de extrema importância a realização de registo informáticos, mas de facto, o sistema não é muito intuitivo, pelo que requeria algum dispêndio de tempo, que não foi possível na altura. A duração das consultas e entre as mesmas, não é propícia à realização de registos de qualidade, imediatamente, sendo utilizada a estratégia de registar mais tarde os diagnósticos e intervenções realizadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral da Saúde (2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. DGS
- Direção Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da Dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Norma: 022/2012. DGS
- Hagan, J., Shaw, J. & Duncan, P. (2017). Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. 4th ed. Elk Grove Village. American Academy of Pediatrics.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (2022). Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352485/9789289057622-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A., Bégin, F., Chapman, D., Grummer-Strawn, L., McCoy, D., Menon, P., Neves, P., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C., Richter, L, on behalf of the 2023 Lancet Breastfeeding Series Group (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, vol 401, 472-485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
- Rodgers, C. (2017). Health promotion of the toddler and family in Hockenberry, M.; Wilson, D. & Rodgers, C. *Wong's Essential of Pediatric Nursing*. 10th Edition: p. 685-731
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, 2ª série

(Nº26 de 06-02-2019), 4744 - 4750. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento nº 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. Diário da República, 2ª série (Nº133 de 12-07-2018), 19192 - 19194. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>

**Apêndice XIX – Folheto “Guia Orientador: Introdução Alimentar. O  
Bebé Vai Começar a Comer... E Agora?!”**

## Apêndice XIX – Folheto “Guia Orientador: Introdução Alimentar. O Bebê Vai Começar a Comer... E Agora?!”

### Recomendações para os pais

- Deve esperar 2-3 dias para introduzir novos alimentos;
- O bebé deve estar sentado numa cadeira própria durante a refeição, que deve ser em família;
- Evite oferecer comida pré-feita (boiões de sopa, entre outros). **Prefira os alimentos da época!**
- Deve deixar o bebé mexer, cheirar e provar a comida;
- Não utilize a comida como recompensa ou castigo;
- Não deve usar telemóveis, tablets ou televisão durante a refeição.



#### E depois dos 12 meses?

- O seu bebé já poderá comer o mesmo que o resto da família;
- Diminua a quantidade de sal na refeição;
- Ofereça ao seu bebé uma alimentação variada, com diferentes texturas, aromas e sabores!
- Faça escolhas saudáveis! Os hábitos alimentares da criança vão ditar o resto da sua infância.



Em caso de dúvidas, contacte o seu Enfermeiro/Médico de Família



Elaborado por Enf.ª Sara Lobo, estudante de Mestrado de ESIP, da Escola Superior de enfermagem de Lisboa, sob orientação da enf.ª Prof. Sónia Rodrigues



# Guia Orientador Introdução Alimentar


O bebé vai começar a comer...  
E agora?!


# Vou começar a comer!


Nome: \_\_\_\_\_


## 4-6 MESES

- Puré de legumes - 4 no máximo, 1 cada grupo\***

 1 base (batata normal ou doce, curgete, chuchu, couve flor)

 1 laranja (Cenoura ou abóbora)


 1 branco (cebola, alho francês, alho)


 1 verde (brócolos, couve coração, feijão verde, ...)

- Papa láctea** - preparada com água

**Papa Não-Láctea** - preparada com leite;

- Fruta**

 Começar pela Banana, Pera ou Maçã - cozida, assada ou em vapor;


 Depois posso comer frutas da época;

### Depois dos 6 MESES

- Carne**

 Frango, Peru e Coelho - 30 gr /dia no puré de legumes;


- Peixe**

 Pescada, linguado, solha ou faneca - 30 gr/dia no puré de legumes;


**Já posso beber água!**

## 9 MESES


- Gema de ovo**

 Oferecer 1/3 de gema e ir aumentando gradualmente;


- Iogurte natural**

 Sem aromas, sem adição de açúcar;

- Feijão, grão, favas**

 Bem demolhados, sem casca;

- Frutos secos**


 Triturados, sem sal;

**Já posso começar a comer a comida sem ser triturada!**


**Já posso comer almoço e jantar!**

## 10-11 MESES


- Clara de ovo**

 começar com quantidades mais pequenas e aumentar até oferecer o ovo todo;

- Peixes gordos**

 Sardinha, cavala, salmão;


- Carne**

 Vaca, borrego, porco;


**Já posso comer almoço e jantar!**

## 12 MESES

- Fruta**

 Morango, kiwi e maracujá;

- Leite de Vaca** - só

 depois dos 12 meses

### PRECISO DE:

- Cadeira da papa;**

- Babetes (Muitos!);**

- Colher** (Não posso comer sopa ou papa no biberão!);

- Muita paciência, mimo e diversão!**

### Importante

Até fazer um ano devo continuar a beber leite!

**Não posso comer sal!**

**Não posso comer açúcar, nem mel** (até aos 2 anos)!

### Não esquecer

Começar com purés e aumentar a textura;

\*Adicionar um colher de chá de azeite ao puré de legumes no fim da cozedura.



**Apêndice XX – Cuidados de Enfermagem à Criança com Obesidade  
no Serviço de Internamento de Pediatria**



**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

**Unidade Curricular de Estágio**

**Cuidados de Enfermagem à Criança com Obesidade no  
Serviço de Internamento de Pediatria  
Jornal de Aprendizagem**

**Sara Margarida Ferreira Silva Lobo n.º 2802**

**Professor Orientador:**

**Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues**

**Lisboa**

**Novembro 2023**

## INTRODUÇÃO

Este jornal de aprendizagem surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório e pretende a reflexão sobre um acontecimento vivido durante a realização do estágio, através do ciclo de Gibbs, à luz da evidência disponível e interligando com as competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). No final, apresento as minhas referências bibliográficas realizadas com a APA, 7.<sup>a</sup> Edição.

A situação aqui versada trata o caso de uma jovem de 10 anos, internada de madrugada, no Serviço de Internamento de Pediatria, de um hospital da área metropolitana de Lisboa, com o diagnóstico de Epifisiólise do Fémur. Durante a entrevista inicial, para realização de anamnese, foram identificados hábitos alimentares pouco saudáveis e aqui se reflete sobre a intervenção da EEESIP que orientou o meu estágio face esta situação.

A Obesidade infantil é uma doença multifatorial, resultante de interações de diversos fatores que têm associado uma série de morbilidades, uma delas sendo a epifisiólise do fémur. Perante isto, a prevenção da obesidade demonstra-se como a abordagem de eleição, seguindo-se do reconhecimento e referenciação o mais precocemente possível da criança com obesidade para serviços especializados. A evidência demonstra que uma intervenção que envolva a família é muito eficaz e evidencia ganhos em saúde.

### O EEESIP

presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2017, p.4).

## ANÁLISE REFLEXIVA

Pela 01h30 da madrugada deu entrada no Serviço de Internamento de Pediatria, vinda do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), uma criança de 10 anos, do sexo feminino, C., na companhia da sua mãe. A C. recorreu ao SUP por dor na região inguinal à esquerda há dois dias, sem traumatismo, que agravou após esforço físico, tendo sido acrescentado pela mãe que a C. manifesta esta queixa álgica desde setembro. Para além de dor, a C., apresenta claudicação e tem como antecedentes pessoais uma cirurgia em março de 2023 a uma luxação da anca direito e obesidade. Após análises ao sangue e controlo radiológico, é realizado o diagnóstico de Epifisiólise do fémur à esquerda. Perante isto, fica internada para observação por ortopedia de manhã, ficando em pausa alimentar até essa altura, para determinação de necessidade de intervenção cirúrgica ou não.

A C. foi transferida para o leito e foi realizado acolhimento ao serviço, com a disponibilização de um kit, contendo produtos de higiene pessoal, uma manta e material lúdico, em concordância com o que se encontra explanado na Carta da Criança Hospitalizada (1988, p. 8) "Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho". De seguida, foi solicitado que a C. respondesse a umas breves questões, no sentido de realizar a avaliação inicial, que não seriam extensas, devido ao avançado da hora. A C. e mãe assim acederam. A Enfermeira A. começou por questionar se havia algo que a C. não gostasse de comer, obtendo um sorriso tímido de volta e a resposta "Não gosto de peixe, na escola dou o peixe às minhas amigas", acrescentando que em casa só come peixe se for frito. Sorrindo e brincando com a C. a enfermeira A. continuou a questionar sobre os hábitos alimentares desta e a C. continuou a partilhar, sempre de sorriso no rosto, colaborando com a recolha de informação. Também a mãe participou na entrevista, inicialmente com respostas mais curtas, ficando progressivamente mais envolvida e participativa à medida que a conversa ia decorrendo. Apurou-se, assim, que ao pequeno-almoço a C. ingeria cereais (arroz tufado com chocolate), ao lanche da manhã, que faz na escola, ingere pão com queijo e leite, havendo a opção, uma vez por semana de barra de fruta ou chocolate, optando sempre pela opção de chocolate, por ser essa a sua preferência, voltando a ingerir pão ao lanche com sumo. Almoça na escola e o jantar, em casa, consiste tipicamente em proteína animal (predominantemente porco ou vaca),

frango é geralmente em forma de *nuggets*, pizza ocasionalmente e douradinhos. Para além disso, não come sopa todos os dias em casa.

Foram colhidos os dados antropométricos da C., verificando-se um peso de 50 kg, correspondente ao Percentil >97 (DGS, 2013), altura de 145 cm, correspondente ao percentil 85 (DGS, 2013) e um Índice de Massa corporal de 23,8 kg/m<sup>2</sup> correspondente a um percentil >97.

Foi ainda questionada se realiza atividade física, referindo que praticou andebol federado até janeiro do presente ano, que gostava muito, mas que parou devido a uma lesão músculo-esquelética (luxação da anca), necessitando de intervenção cirúrgica. Presentemente, refere gostar de dançar, mas que passa os seus tempos livres nas redes sociais e que o único exercício físico que pratica se cinge às aulas de educação física.

Quando questionada C. e mãe sobre hábitos de sono, referiram que os pais da C. estão separados e que quando está com a mãe, a C. dorme cerca de 9 horas por noite e na casa do pai cerca de 8 horas. Foi ainda acrescentado que a C. sofre de roncopatia.

A C. refere ter boa relação com a mãe com o pai, com quem passa alguns fins de semana. Refere que tem boa relação com a irmã mais velha e com avó materna, bem como com a sua mãe. Foi questionada sobre as suas amigas, referindo ter três amigas na escola, socializando com os restantes colegas.

Posto isto, no final da entrevista a Enfermeira A. evidenciou à C. e à sua mãe a necessidade de referenciação para o serviço de nutrição, para que a C. pudesse ter um acompanhamento mais especializado, não só pelos hábitos alimentares familiares, mas também pelo facto de quer a C., quer a mãe e a avó apresentarem excesso de peso e se identificarem hábitos sedentários. Foi ainda relevado que o excesso de peso poderá ter sido uma das causas da patologia atual, facto que surpreendeu a mãe, que afirmou que não tinha cogitado essa relação e que de facto, estaria interessada em mudar hábitos, para benefício, não só próprio, mas sobretudo da C. Foram questionadas sobre se já estariam a ser acompanhadas de alguma forma em relação à obesidade, ao que responderam negativamente. Foi reforçada a importância de uma abordagem familiar, em que todos os membros da família fossem envolvidos. Ambas acederam, pelo que ficou

combinado que se iria realizar a referenciação para a especialidade, questionado sobre eventuais dúvidas e na ausência das mesmas, a C. e mãe foram descansar.

Posteriormente, foi preenchido o formulário de referenciação e registado toda a informação no sistema de informação, bem como transmitida essa informação durante a passagem de ocorrências.

No início desta interação senti-me um pouco renitente pois já era muito tarde e o desejável era que a C. fosse dormir o quanto antes para que pudesse descansar, mas no decorrer da intervenção de enfermagem fui-me sentindo progressivamente mais confortável, pois a adesão foi extraordinária. Senti-me realizada pela importância da intervenção e pelo facto de ter sido realizada uma referenciação para um serviço especializado. Inicialmente, fiquei um pouco nervosa com a possível reação da mãe da C., receando que a intervenção fosse mal interpretada, que ambas se pudessem sentir julgadas, mas de facto, através do sentimento de humor e da leveza que a enfermeira A. conduziu a entrevista, pude de facto tranquilizar e fui ganhando confiança para também intervir, quando oportuno.

Considero que esta intervenção foi muito positiva, sem descurar que, idealmente, teria decorrido num horário mais oportuno, mas a verdade é que “cada contacto conta” e que ao não intervir, a oportunidade poderia dissipar-se e poderia não surgir, de novo, a hipótese de referenciar esta criança para os cuidados que precisa. Desejaria ter tido a oportunidade de acompanhar este processo, que infelizmente não ocorreu, devido a incompatibilidade de horário, mas de facto, a continuidade de cuidados foi determinante, pois a Enfermeira A. continuou a acompanhar este caso, mas fez questão de o partilhar durante a passagem de ocorrências.

Perante esta situação, senti necessidade de compreender o que contempla a evidência científica, constatando que de facto, a hospitalização se tem vindo a demonstrar como uma oportunidade desperdiçada para diagnosticar e intervir em casos de crianças com excesso de peso e obesidade (Myers et al., 2020). Segundo a OE (2017), o EEESIP deve criar e aproveitar as oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos que sejam potenciadores de saúde.

A obesidade resulta de um excesso de calorias consumidas face às calorias utilizadas e pode ser multifatorial, podendo ter influências metabólicas, hereditárias, culturais, psicológicas e socioeconómicas. A criança apresenta um risco duas a três vezes superior de ser obesa se os seus pais também sofrerem de obesidade. A obesidade infantil pode resultar em diversas doenças crónicas não transmissíveis, como Diabetes *Mellitus* tipo II, Hipertensão arterial, apneia obstrutiva do sono, problemas ortopédicos, entre outros, mas também, pode resultar numa baixa autoestima, isolamento social e pode desencadear distúrbios alimentares (Fisher, 2024; Köse & Yıldız, 2021; Rito et al., 2023). Em Portugal, ao contrário do que tinha vindo a acontecer, verificou-se um aumento da prevalência do excesso de peso e da obesidade infantil, verificando-se que em 2022, 31,9% das crianças do 6 aos 8 anos tinham excesso de peso e 13,5% obesidade (Rito et al., 2023).

Fisher (2024) clarifica, através de uma abordagem ecológica (figura 1.), os diversos fatores que se relacionam com a obesidade, destacando a importância das instituições, da comunidade e dos fatores sociais no desenvolvimento de hábitos alimentares e de prática de atividade física, com o objetivo de retirar alguma da culpa que a criança ou jovem possa sentir face ao seu excesso de peso.

Os fatores socioculturais demonstram-se como muito influentes nas questões da alimentação, uma vez que, a disponibilidade de alimentos no ambiente da criança, a alimentação da família, o poder socioeconómico da mesma, irá ditar a alimentação que a criança faz quando ainda não é autónoma nesse âmbito (Fisher, 2024). Em algumas famílias, a comida é servida em grandes porções, sendo a criança incentivada a não deixar comida no prato, utilizando, por vez, a comida como recompensa ou castigo, o que, por sua vez, terá impacto na regulação e no reconhecimento e respeito pelos sinais de saciedade da criança (Fisher, 2024). No caso da C., a alimentação familiar poderá ser determinante para o sucesso da intervenção e para que possa haver uma mudança de hábitos alimentares, pois, como citado em cima, a C. tem, em casa, uma alimentação pouco saudável e pouco variada. De facto, segundo Hoeg e colegas (2020) o envolvimento parental é vital para a concretização e manutenção de perda de peso.



alimentar em contexto escolar (Fisher, 2024), tendo vindo a ser feito um trabalho extenso neste âmbito em Portugal, nomeadamente através de medidas como a produção do Programa Nacional de Promoção de Alimentação Saudável 2022-2030, a elaboração do manual de dietas escolares, a criação de políticas promotoras da alimentação saudável nas escolas, como o Despacho n.º 8127/2021, que regulamenta a oferta nos bufetes e máquinas de venda livre nas escolas, entre outros. De facto, verifica-se que a prevenção e tratamento da obesidade em contexto escolar acarreta benefícios para a criança/jovem com obesidade (Cheng et al., 2021). Não obstante, os ambientes urbanos podem não ser propensos à realização de atividade física, com cada vez mais crianças a descolar-se de e para a escola de carro (Fisher, 2024; Rito et al., 2023) e, o facto de o tempo de ecrã estar a aumentar, surgindo como uma forma de distração das crianças, o que aumenta o sedentarismo das mesmas. Bem como, uma maior exposição ao marketing alimentar (Cheng et al., 2021; Fisher, 2024; Rito et al., 2023). No caso da C., após uma situação de doença músculo-esquelética a única atividade física que faz é na escola e dança, ocasionalmente em casa, referindo despender muito do seu tempo nas redes sociais no seu telemóvel.

Uma das principais complicações da obesidade é a epifisiólise do fémur, que consiste na deslocação da placa epifisária do fémur, sendo muito comum ocorrer em crianças entre os 8 e os 15 anos de idade, causando dor, desconforto e claudicação, sem traumatismo aparente (Duncan & Temples, 2021; Fisher, 2024). A incapacidade física, que desta patologia pode resultar, influenciará a participação da criança em atividades sociais, potenciando sentimentos de inferioridade, vergonha ou inadequação e, em alguns casos, conduzindo ao isolamento social (Mendes et al., 2022).

O melhor tratamento para a obesidade é a prevenção, demonstrando-se fulcral a identificação e referenciação atempada, demonstrando-se fundamental a intervenção do enfermeiro para tal (Fisher, 2024; Köse & Yıldız, 2021; Myers et al., 2020). O tratamento da obesidade é complexo, devendo incluir uma abordagem multidisciplinar a nível da alimentação, da atividade física, da mudança comportamental e, em alguns casos, a utilização de medidas farmacológicas (Fisher, 2024; Köse & Yıldız, 2021). A intervenção de enfermagem deve empoderar a criança e família, para que estes possam definir e concretizar os seus objetivos de saúde, através da aquisição de conhecimentos e

habilidades, recorrendo a recursos para tal (Earle et al., 2022). Foi muito interessante ver como esta mãe foi ganhando consciência da situação, à luz dos novos dados e conhecimento que ali lhe foram transmitindo, reconhecendo no final, a necessidade de uma mudança no sentido de maximizar a saúde da C., evidenciando assim o processo de *empowerment*, em que a mãe da C. reconhece, no final da intervenção, a perda de peso com um objetivo a concretizar e deseja adquirir recursos, conhecimento e habilidades para o fazer.

De facto, é competência do EEESIP assistir a criança/jovem e família, na maximização da saúde, não só através da implementação e gestão de um plano de saúde, realizado em parceria, através da negociação da participação de todos os intervenientes no processo de cuidar, da utilização de estratégias e técnicas de comunicação apropriadas, bem como a transmissão de conhecimentos e aprendizagens, mobilizando recursos, entre outros, mas também do diagnóstico precoce e intervenção atempada em situações que possam afetar de forma negativa a vida da criança/jovem, realizando o devido encaminhamento para outros profissionais quando necessário, identificando e atuando nos comportamentos de risco, avaliando e facilitando a aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com a saúde (Regulamento n.º 422/2018).

Também neste caso em particular pude constatar e refletir com a minha enfermeira orientadora, a intervenção do EEESIP no cuidar à criança/jovem em situação de especial complexidade, nomeadamente na promoção da adaptação à doença crónica/incapacidade e na prestação de cuidados que deem resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e jovem, nomeadamente através da adequação da comunicação ao estágio de desenvolvimento e cultura da criança e família (Regulamento n.º 422/2018). Para além disso, esta intervenção, foi totalmente fundamentada pela evidência, tendo igualmente sido promovido um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual promotor de segurança e proteção da família, como explanado no Regulamento n.º 140/2019.

A alimentação é, sem dúvida, um processo cultural, pelo que, para algumas culturas, o excesso de peso pode ser considerado como um fator revelador de influência, poder e até de saúde (Fisher, 2024). Numa próxima ocasião gostaria de poder explorar

mais este apeto, questionando qual o entendimento e o valor cultural do peso para a criança e família.

Não obstante os hábitos alimentares, a atividade física demonstra-se determinante para a manutenção de um peso saudável, pelo que, numa próxima oportunidade procurarei utilizar estratégias que promovam a realização de atividade física, como a promoção da limitação do tempo de ecrãs por dia, a promoção de atividades que vão ao encontro das preferências da criança, por exemplo, no caso da C., poderia ter incentivado que dançasse mais, recorrendo a vídeos disponíveis na internet e eventualmente incluir as suas amigas nessa atividade.

Para a minha prática de cuidados futura, retenho igualmente a importância da anamnese, que consiste na colheita de dados sobre a criança e família, que irão possibilitar a estruturação de um plano de cuidados individualizado, mas também que se procure aproximar a realidade durante a hospitalização à de casa (Fox, 2024). Assim como a importância de questionar a criança/famílias sobre os seus conhecimentos relativamente à sua situação de saúde, de forma a melhor personalizar e individualizar os cuidados. Além disso, lembrar a necessidade da realização de uma avaliação antropométrica o mais breve possível, fazendo reavaliações ao longo da hospitalização (Myers et al., 2020), registando-as, adequadamente nos sistemas de informação, sempre que possível, no boletim de saúde infantil da criança, assim como, transmitir esses dados na passagem de ocorrências, bem como as intervenções realizadas, estratégias adotadas, conhecimentos transmitidos, questões da família, entre outros.

De facto, tal como descrito na evidência, o aumento da literacia em saúde, particularmente sobre alimentação e atividade física demonstra-se como um dos mais eficazes métodos de prevenção e tratamento da obesidade infantil (Cheng et al., 2021). Diferentes níveis de literacia da família, requerem a adequação da comunicação por parte do enfermeiro, demonstrando-se como uma importante veículo e estratégia de transmissão de conhecimentos e recursos, motivação e de estabelecimento de relação entre enfermeiro e família (Hoeeg et al., 2020).

## CONCLUSÃO

Esta experiência foi muito enriquecedora para o meu percurso formativo e profissional pois permitiu, não só a concretização dos objetivos que me propus concretizar neste estágio, mas também e, acima de tudo, porque a reflexão sobre a mesma se traduziu em crescimento. Contudo, poderiam ter sido abordadas outras questões como o conhecimento que a família e a C. têm sobre a Obesidade Infantil, que recursos têm ou não, designadamente, quem prepara as refeições em casa, que recursos económicos tem esta família, entre outros, pelo que numa próxima oportunidade terei estas questões em consideração.

A obesidade infantil é uma das mais preocupantes doenças da atualidade, sendo certo que a sua prevenção é o caminho a seguir, a sua identificação, nos dias que correm é determinante e, de facto, nem sempre é realizada. No meu caso em concreto, por assumir que já tenha sido feita, ou pelo facto de trabalhar num serviço de urgência pediátrica, em que esta doença não é o motivo de ida à urgência. No entanto, retenho aqui a importância da equipa multidisciplinar e de haver a possibilidade de referenciação.

A comunicação, com humor, sem julgamentos, em termos que a criança e família compreende foi dos aspetos que mais me marcaram nesta situação, pois pude ver a forma como a C. se ia “abrindo” e partilhando os seus hábitos, sabendo que talvez não fossem os mais corretos, mas sem medo de os partilhar, por se sentir inserida num ambiente seguro.

Não posso deixar de referir novamente o importante que foi ver a postura desta mãe durante todo o processo, a abertura que demonstrou. O reconhecimento da necessidade de mudança dos hábitos alimentares, quer da C., quer da família e a disponibilidade demonstrada para o fazer, tornando-o um objetivo pessoal. Assim, pude observar o processo de *empowerment* e refletir sobre o mesmo.

Considero também fundamental a reflexão sobre a importância dos registos de enfermagem e da passagem de informações entre turnos, pois só assim poderá haver continuidade de cuidados. A avaliação e registos dos dados antropométricos durante o internamento, bem como, o registo de intervenções de enfermagem no âmbito dos estilos de vida saudáveis são determinantes, não só para a valorização e acuidade dos

cuidados prestados, mas também para a compreensão do processo desta F., na mudança do seu estilo de vida e na aquisição ou não de hábitos mais saudáveis.

De facto, a intervenção do EEESIP pode ser impactante na vida das crianças e famílias que cuida, através da mobilização das suas competências, da individualização dos cuidados e da sua intencionalidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cheng, H., George, C., Dunham, M., Whitehead, L., & Denney-Wilson, E. (2021). Nurse-led interventions in the prevention and treatment of overweight and obesity in infants, children and adolescents: A scoping review. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 121). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104008>
- Duncan, A. W., & Temples, H. S. (2021). Slipped Capital Femoral Epiphysis: Early Intervention and Referral. *Journal of Pediatric Health Care*, 35(2), 242–250. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.08.007>
- Earle, R., Littlewood, R., Nalatu, S., & Walker, J. (2022). Empowerment Approaches in Childhood Weight Management: A Systematic Review. In *Childhood Obesity* (Vol. 18, Issue 1, pp. 2–30). Mary Ann Liebert Inc. <https://doi.org/10.1089/chi.2021.0049>
- Fisher, B. (2024). Health Problems of the school Aged child . In M. Hockenberry, E. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition, pp. 483–488). Elsevier .
- Fox, J. (2024). Family Centered Care of the child during illness and hospitalization. In M. Hockenberry, E. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition, pp. 648–374). Elsevier .
- Hoeeg, D., Mortil, A. M. A., Hansen, M. L., Teilmann, G. K., & Grabowski, D. (2020). Families' Adherence to a Family-Based Childhood Obesity Intervention: A Qualitative Study on Perceptions of Communicative Authenticity. *Health Communication*, 35(1), 110–118. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1545335>
- Instituto de Apoio à Criança (1988). Carta da Criança Hospitalizada. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf)
- Köse, S., & Yıldız, S. (2021). Motivational support programme to enhance health and well-being and promote weight loss in overweight and obese adolescents: A randomized controlled trial in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 27(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.12878>

Mendes, C., Silva, A., Raposo, M., Pereira, M., & Barreiros, T. (2022). A qualidade de vida da criança com doença crónica em idade escolar –uma revisão integrativa da literatura. *Vitalle - Revista de Ciências Da Saúde*, 34(3), 43–55.

Myers, J., Werk, L. N., Hossain, M. J., & Lawless, S. (2020). Quality Improvement Project to Promote Identification and Treatment of Children With Obesity Admitted to Hospital. *American Journal of Medical Quality*, 35(5), 411–418.  
<https://doi.org/10.1177/1062860619898534>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II Série (N.º 133, de 12-07-2018), 19192-19194.  
<https://dre.pt/application/conteudo/115685379>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, II Série (N.º 26, de 6-02-2019), 4744-4750.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M. do C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T., Dinis, A., & Roscôa, C. (2023). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022*.

**Apêndice XXI– Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Desenvolvimento de  
Competências Oromotoras para a Alimentação em Criança em  
Situação Complexa: Estudo De Caso.**



**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

UC Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Saúde Infantil e Pediátrica no desenvolvimento de  
competências oromotoras para a alimentação em criança  
em situação complexa**

Estudo de caso

Sara Margarida Ferreira Silva Lobo n.º 2802



Professor Orientador:

Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues



Lisboa

Janeiro 2024

## INTRODUÇÃO

Este estudo de caso surge no âmbito da realização de estágio numa Neonatologia, de um hospital da zona metropolitana de Lisboa, enquadrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Tem como objetivo a descrição, análise e compreensão de uma situação dos cuidados, à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, no sentido de adquirir competências de Enfermeiro Especialista (EE) e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

O presente estudo de caso versa o caso de uma criança de 7 meses de idade cronológica, aqui designada por LX, nascida às 24 semanas de gestação, diagnosticada com uma estenose subglótica, razão que motivou a colocação de uma cânula de traqueostomia, estando ventilada em ventilação não-invasiva. Por apresentar disfagia a líquidos, alimentava-se exclusivamente por sonda nasogátrica (NSG), fazendo treino de competências para tal, tendo sido introduzido os alimentos sólidos durante a realização do meu estágio. A família nuclear da LX é constituída pela sua mãe IS, de 29 anos, o pai VX de 30 anos e o irmão de fratria paterna JX de 7 anos. Os principais recursos desta família consistem numa “tia” que visita com regularidade a LX. A família alargada, ainda que havendo contacto regular, encontra-se geograficamente afastada, pelo que o apoio à família é limitado.

Segundo Meleis, as transições resultam de uma alteração na vida, saúde, relações e nos ambientes das pessoas (Meleis et al., 2000). A experiência da transição inicia-se assim que o evento ou a mudança é antecipada, neste caso, a mãe de LX iniciou uma transição com a ameaça de parto prematuro. A transição define-se como a passagem de um estado de relativa estabilidade para outro estado de relativa estabilidade. As transições podem ser complexas e multidimensionais e de diferentes tipos – **situacional** (quando ocorre um evento que exige uma definição ou redefinição de papéis, como o nascimento ou a morte de um familiar, entre outros), **desenvolvimental** (associada a eventos relacionados com desenvolvimento – individual ou familiar – como a passagem pela infância, adolescência, e assim sucessivamente), **saúde/doença** (alteração de papel que resulta de uma alteração na condição de saúde, quer seja a passagem de um estado saudável para a vivência de uma doença crónica ou até o agravamento do estado de saúde) e **organizacional** (relacionado com transições nos ambientes em que as pessoas

se inserem, resultando de mudanças na esfera social, económica ou política) (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000). A vivência de uma transição envolve a consciência de que a mesma está a acontecer e requer a percepção, o conhecimento e o reconhecimento da mesma; o envolvimento que a pessoa demonstra ao longo do processo (por exemplo, procurar mais informação, preparação para os acontecimentos, entre outros); Mudança e diferença, uma vez que toda a transição envolve uma mudança, mas nem todas as mudanças são uma transição e o reconhecimento de que a realidade difere da expectativa ou que a situação atual é diferente da anterior; um intervalo temporal ("*Time Span*"), pois todas as transições são caracterizadas por um fluxo e movimento de tempo; pontos ou eventos críticos, como eventos gerados de mudança, designadamente morte, nascimento, entre outros. As transições podem ser únicas, múltiplas, sequenciais ou simultâneas e, podem ou não, estar relacionadas entre si (Meleis et al., 2000).

Existem fatores, durante o processo de transição, que podem ser facilitadores ou inibidores da mesma, sendo fundamental que o enfermeiro os compreenda. Podem ser fatores pessoais, da comunidade ou da sociedade (Meleis, 2010). Para além disso, uma transição saudável caracteriza-se por indicadores de processo e de resultado. Os primeiros incluem o sentir-se conectado, a interação, o desenvolvimento de confiança e de mecanismos de *coping* são fundamentais pois permitem a avaliação dos enfermeiros se os clientes se direcionam no sentido da saúde ou se, por outro lado, no sentido da vulnerabilidade e do risco (Meleis et al., 2000). Os indicadores de resultado, são a mestria (desenvolvimento de competências para lidar com as situações), o bem-estar subjetivo e a integração fluida da identidade (reformulação da identidade) (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

Os enfermeiros são frequentemente os principais cuidadores dos clientes e suas famílias quando vivenciam uma transição. As terapêuticas de enfermagem destinam-se a promover os resultados de saúde, incorporando dimensões subjetivas, comportamentais e interpessoais. São exemplos de terapêuticas de enfermagem a avaliação da preparação, a preparação para a transição, através da educação, preparação e implementação de novas habilidades e o *Role supplementation* que surge na forma de clarificação de papel e de *role taking*, através do treino de papel e de modelagem de papel, quando o cliente ou família expressa dificuldade no reconhecimento ou no desempenho do papel (percebido pelo próprio como significativo), através de comportamentos e sentimentos

de incapacidade de resposta às obrigações/expectativas (insuficiência de papel) (Meleis, 2010).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017) o EEESIP

(...) presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...), de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível (p. 3).

O EEESIP deve estabelecer na sua prestação de cuidados à criança/jovem uma relação de parceria com a família, envolvendo a mesma nos cuidados, com equidade, de forma dinâmica e flexível (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Neste estudo caso farei a caracterização da etiologia e patologia, resultado de uma revisão da literatura sobre a patologia em estudo e devidos cuidados de enfermagem, apresentarei a história de enfermagem, evidenciarei os tratamentos relacionados, apresentarei o plano de cuidados elaborado, seguido de um capítulo sobre a discussão e recomendações para o futuro, seguindo-se as minhas considerações finais e por fim as minhas referências bibliográficas, elaboradas segundo as normas da APA 7.<sup>a</sup> Edição.

## CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOLOGIA

Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2023) mais de 1 em cada 10 recém-nascidos (RN) nascem prematuramente, sendo esta a principal causa de morte nos primeiros cinco anos de vida. Os RN prematuros podem experimentar alterações no desenvolvimento na estrutura e funcionamento de alguns órgãos e sistemas devido à interrupção da organogênese intrauterina e consequente exposição ao ambiente extrauterino numa altura em que a plasticidade dos órgãos é excepcionalmente elevada. Assim, as crianças prematuras apresentam um risco superior de desenvolver resultados de saúde adversos, muitas vezes exacerbados pelas diversas comorbilidades (Baldassarre et al., 2020).

A estenose laringotraqueal consiste no estreitamento total ou parcial da via aérea, podendo afetar a supra-glote, glote, sub-glote e/ou traqueia, sendo a estenose subglótica a mais comum. Esta condição é responsável pela necessidade de realização de traqueostomia em crianças com menos de um ano de vida. A estenose adquirida representa cerca de 95% das estenoses laringotraqueais e em cerca de 90% dos casos resulta da entubação endotraqueal. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, consoante a dimensão da estenose que a criança apresenta (Carta et al., 2022).

A alimentação oral é um processo multissistémico, complexo que envolve a integração dos lábios, bochechas, línguas, maxilar, faringe, palato e laringe (Li et al., 2022). O grau de prematuridade, a hospitalização prolongada e as perturbações neurológicas afetam a função pulmonar e oro-motora para a alimentação e deglutição, verificando-se, nestes casos, um maior risco de aspiração. As crianças com história de prematuridade, atrasos do desenvolvimento e traqueostomizadas, têm um risco mais elevado de desenvolver perturbações alimentares ou da deglutição (Sobotka et al., 2022). As experiências desagradáveis como a entubação, a presença de SNG, as aspirações de secreções podem contribuir negativamente nos reflexos de sucção e deglutição (Li et al., 2022). Uma perturbação alimentar em idade pediátrica define-se como uma ingesta oral deficitária que não é adequada à idade da criança e que é associada a disfunções médicas, nutricionais, capacidades alimentares e psicossociais (Sobotka et al., 2022). A disfagia, por outro lado, é uma disfunção baseada nas capacidades da criança que pode ter um efeito

importantíssimo na ingestão nutricional e, conseqüentemente, no crescimento e desenvolvimento das crianças (Sobotka et al., 2022).

## HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

A LX nasceu com 24 semanas e 4 dias de gestação, tendo sido uma gravidez vigiada, destacando-se deste período uma infecção urinária materna por *Escherichia Coli* (*E. Coli*) no 2º trimestre da gravidez. IS foi internada às 24 semanas e 2 dias de gestação por ameaça de parto pré-termo, altura em que realizou indução maturativa total, bem como, uma toma de ampicilina por leucocitose. Uma hora antes do parto, com a rutura da membrana amniótica, verificou-se a saída de líquido amniótico purulento, com cheiro fétido. No dia 30 de abril de 2023, nasce, de parto eutócico, espontâneo, a LX com um índice de APGAR de 6/9/9 e um peso de 679 gr, 31 cm de comprimento e perímetro cefálico de 21 cm. Por sinais de dificuldade respiratória é entubada e ventilada, sendo de imediato transportada para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), onde permaneceu até ao momento do meu último turno de estágio, em dezembro de 2023.

Nas primeiras análises verificaram-se parâmetros infecciosos, vindo assim a confirmar-se uma sepsis precoce a *E.Coli*. Desenvolveu também uma sepsis tardia a *S. Haemolyticus*, uma pneumonia associada ao ventilador (*e.Coli* ESBL), uma Pneumonia CMV/infecção CMV (com presença de CMV nas secreções brônquicas e na urina) tendo, assim, cumprido diversos ciclos de antibioterapia ao longo da sua vida. Por apresentar persistência do canal arterial com repercussões hemodinâmicas fez encerramento cirúrgico do mesmo em dia 17 de vida. Esteve ventilada endotraquealmente, posteriormente, pela traqueostomia, passando a ventilação não-invasiva. Fez alimentação parentérica até ao dia 27 de vida, tendo iniciado alimentação entérica com 4 dias de vida, tendo sido percecionado um aumento do risco de aspiração por apresentar disfagia a líquidos e alguma aversão oral, recusando chucha, dedo enluvado ou a sua própria mão, pelo que se alimentava exclusivamente por SNG. Para além da estenose subglótica, tinha como diagnósticos médicos doença das membranas hialinas grau II; anemia neonatal (necessidade de diversas administrações de concentrado eritrocitário); hérnia umbilical redutível e retinopatia da prematuridade grau III.

O regime terapêutico consistia em amoxicilina e ácido clavulânico (8/8h), salbutamol (SOS), Budesonido (12/12h), colecalciferol (24/24h), multivitamínico (24/24h), ferro (24/24h), dexametasona (12/12h), domperidona (8/8h), hidrato de cloral (SOS).

### **1.1 Avaliação física, semiologia e comportamentos**

A avaliação aqui apresentada compreende a avaliação realizada durante o meu estágio e será apresentada com linguagem CIPE®.

**Desenvolvimento Infantil:** através da aplicação da Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Direção-Geral Da Saúde [DGS], 2013), na coluna correspondente aos 3 meses (uma vez que a LX tinha 4 meses de idade corrigida) verifiquei que a LX não fixa o olhar, sorri ocasionalmente, quando colocada em decúbito ventral não apoiava nos braços, quando colocado um objeto no seu campo de visão segue brevemente com o olhar, por vezes vira a face em direção a um som, tem frequentemente as mãos fechadas.

**Pele:** Pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresentava uma maceração perianal com perda de integridade cutânea, a aplicar creme e protetor cutâneo, mantendo a zona o mais seca possível. Na região peri-estoma, desenvolveu um esfacelo, com aplicação de penso com propriedades absorventes e antibacterianas.

**Dispneia:** Apresentava períodos de polipneia, tiragem subcostal que agravava à manipulação ficando muito polipneica, com tiragem global e balanceio da cabeça e evidente necessidade de aspiração de secreções. Encontrava-se ventilada não invasivamente, fazendo curtos períodos de oxigenoterapia convencional. Por vezes, fazia episódios de baixa de saturação e de bradicardia, com necessidade de realização de ventilações com máscara com insuflador, revertendo rapidamente ao seu estado basal.

**Limpeza das vias áreas:** necessidade frequente de aspiração de secreções através da cânula de traqueostomia e por vezes na orofaringe, verificando-se um elevado desconforto durante este procedimento, através da fáceis de dor, choro, agitação psicomotora.

**Ingestão nutricional:** No início do meu estágio, a LX alimentava-se exclusivamente de leite adaptado, por SNG, em perfusão por bomba perfusora, por não tolerar em bólus ou por gavagem. Fazia treino de competências orais, nomeadamente estimulação da

sucção não-nutritiva com chucha, colocação da mão da LX na sua boca para que fizesse sucções; posteriormente, iniciou a diversificação alimentar com papa, com uma textura mais espessa. Nas primeiras vezes apenas provou, indo aumentando progressivamente a aceitação, já ingerindo cerca de  $\frac{1}{3}$  da totalidade da papa (cerca de 100 ml) por dia.

**Conforto:** o momento do banho, realizado quase exclusivamente pela mãe, era um momento importante para ambas, de vinculação e de expressão de afetos.

**Sono/repouso:** a LX apresentava períodos de agitação noturna, com dificuldade em adormecer ou manter os ciclos de sono, com necessidade de administração de medicação SOS.

**Papel Parental:** mãe muito presente e participativa nos cuidados. Questionava frequentemente a equipa multidisciplinar, para entender a situação da LX. Prestava cuidados com alguma supervisão, nomeadamente na mudança do penso, sendo autónoma nos cuidados de higiene à LX. O pai visitava durante cerca de 1 hora, diariamente, trazendo consigo JX aos sábados (dia de visita dos irmãos na UCIN). VX interagia com a sua filha, conversava, brincava e dava colo e mimo, mas não estava incluindo nos cuidados físicos à criança, por sua vontade. JX refere “gosto muito da Lx, gosto de pôr música para ela”. Foi encorajado a fazer desenhos para a LX, que acedeu, encontrando-se expostos na cabeceira da cama.

## 2.2 Apreciação de acordo com Teoria das Transições de Afaf Meleis

Face ao exposto, pode dizer-se que esta família se encontra a vivenciar um processo de transição, que tal como refere Meleis (2000, 2010) é um processo complexo e inicia-se quando se antecipa uma transição. Assim, de seguida farei a exposição dos dados colhidos e observados, à luz da Teoria das Transições, encontrando-se a sua esquematização em apêndice (APÊNDICE II).

**Tipos, padrão e propriedades da Transição:** Esta família vivenciou múltiplas transições, algumas sequenciais, outras simultâneas. Quando IS apresentou ameaça de parto prematuro, iniciou o processo de transição desta família, sendo a primeira das quais uma transição situacional em que como nascimento de LX, VX e IS se tornam pais, depois com a prematuridade e associadas complicações vivenciam diversas transições saúde/doença, em que o estado de saúde de LX vai agravando e melhorando,

sucessivamente. No momento do meu estágio, esta família ultrapassava uma transição desenvolvimental, na medida em que a LX iniciava a sua diversificação alimentar, um importante marco do desenvolvimento infantil. O facto de agora o quotidiano de IS se passar numa organização (hospital) com as suas regras e funcionamento próprio, atravessavam também uma transição organizacional. De facto, esta família, particularmente IS, demonstravam-se conscientes deste processo, demonstrando um procura constante de conhecimento, de treino de capacidades, de aquisição de competências, demonstrando-se sempre muito envolvida nos cuidados a LX; IS referiu, nas entrevistas realizadas que existiram diversas mudanças. Este processo ocorre no intervalo de tempo que compreende o momento desde o nascimento até ao momento do meu estágio. Foram diversos os pontos ou eventos críticos, que despoletaram transições (o nascimento prematuro, o diagnóstico de estenose subglótica, o início da diversificação alimentar, entre outros).

**Fatores inibidores ou facilitadores:** Os fatores pessoais que esta família apresentou durante estas transições concernem o significado que possam ter atribuído às situações. Retrospectivamente, reflito que o ter tido um filho prematuro possa ter tido um impacto negativo para esta família, na medida em que a realidade fica aquém do perspectivado para esta família, tendo sido referido por IS que “foi muito difícil, quando ela nasceu, precisei de apoio psicológico e os grupos de apoio aqui da neonatologia foram muito importantes” (sic). Contudo, considero que no que concerne a diversificação alimentar, demonstrou-se como um momento importante, com grande significado para a família da LX, tal como expressado por IS; as crenças e a fé que IS apresenta constitui um fator facilitador, na medida em que a religião tem sido muito importante neste processo, tal como refere IS “tenho ido muito à missa e quando não consigo ir, rezo muito. Tem sido muito importante para mim” (sic); O facto de ser ávida de conhecimento e de antecipar dificuldades ao cuidado da LX “a traqueostomia é o que mais me assusta, mas tento sempre estar presente e ser eu a cuidar da LX, para que quando ela for para casa eu seja capaz de o fazer” (sic) foram fatores inibidores da transição. Outro fator facilitador de uma transição saudável é a comunidade, neste caso em particular, a comunidade religiosa, pois segundo IS, a espiritualidade assume um papel muito importante na sua vida, indo à missa com regularidade, rezando com frequência e apoiando-se na sua fé para ultrapassar os obstáculos. Um fator que poderá ser inibidor poderá ser a nível da

sociedade, na medida em que, no momento da realização do meu estágio a LX era uma criança com necessidades especiais, diferente da norma, prematura, traqueostomizada. Este facto, *per si*, demonstra-se como um impedimento, por exemplo, do retorno da mãe de LX ao trabalho, de alguns constrangimentos ao pai e irmão de LX.

**Indicadores de Processo e Resultado:** No momento do término do meu estágio não posso afirmar que o processo de transição estivesse já concluído, pelo que em termos de indicadores de resultado considero que a IS terá já integrado a sua nova identidade como mãe e também como cuidador, o pai não tanto ainda. Para além disso, a transição desenvolvimental que foi despoletada pelo início da diversificação alimentar era ainda muito recente. A transição saúde/doença também não está concluída pois a família da Lx ainda não demonstra mestria no cuidar da sua condição, nomeadamente, no que concerne a traqueostomia, troca de cânula de traqueostomia, realização de penso à mesma, aspiração de secreções. No entanto, existem evidências de alguns indicadores de processo, designadamente a interação muito positiva e constante que a família tem com a equipa de enfermagem e com a equipa multidisciplinar, no sentir-se conectados com a LX e também com a equipa multidisciplinar e de, aos poucos, por exemplo, a mãe da LX ir demonstrando confiança no cuidar à sua filha, com todas as suas especificidades, pedindo ajuda quando sentia necessário, comunicando com a equipa desvios da norma, questionando e também de ter recorrido a profissionais que lhe permitiram a aquisição de mecanismos de *coping*, bem como a ida às reuniões do grupo da parentalidade, que IS refere “ser muito importante, pois percebi que estamos todos a passar por algo semelhante e que nos podemos apoiar uns aos outros” (sic).

Desde o momento em que IS apresenta risco de parto prematuro esta família inicia um processo de transição, passando por muitas outras transições de diversos tipos, alternada ou simultaneamente, que vão requerendo por parte desta família uma série de adaptações, conhecimentos, habilidades e envolvimento no sentido de adquirir mestria, bem-estar subjetivo e integração de identidade. Para tal, a equipa de enfermagem teve de reconhecer que esta família estava a vivenciar um processo de transição adequando as terapêuticas de enfermagem para possibilitar uma transição saudável, através da transmissão de conhecimentos, do treino de habilidades, do envolvimento da família nos cuidados, na realização de intervenções quando os pais ainda não se sentiam capazes, do estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança.

## 2. TRATAMENTOS RELACIONADOS

Desde dia 172 de vida a LX faz fisioterapia da fala, uma vez por semana. Perto do fim do estágio, surgiu oportunidade de assistir a uma sessão de terapia da fala e de entrevistar a terapeuta da fala responsável pela L.X.; Segundo esta, a L.X apresentava uma alteração nos movimentos da língua, que não os fisiológicos, por exemplo, a língua não fazia movimentos posteriores, mas sim anteriores, pelo que na fase oral da deglutição o leite saía da boca, em vez de progredir pelo trato gastrointestinal. Para além disso, todos os reflexos orais eram muito imaturos e, a certa altura, ausentes, particularmente a deglutição, que é o reflexo com maiores défices. Contudo, a L.X tinha vindo a melhorar, levando as mãos à boca e fazendo alguns movimentos de sucção, ainda que imaturos. O reflexo de vômito está menos exacerbado, bem como o de mordida. A terapeuta incluía a mãe durante a terapia, deixando recomendações de exercícios que a mãe poderia fazer com a LX. A LX era também acompanhada pela fisioterapeuta, diariamente e consoante o seu estado clínico, para realização de fisioterapia respiratória.

## PLANO DE CUIDADOS

O Plano de Cuidados que aqui se apresenta foi realizado ao longo do estágio e avaliado no último turno aqui realizado. Centra-se nas necessidades da criança e formulado com base na linguagem CIPE®.

Diagnóstico	Resultado Esperado	Intervenções	Avaliação
<b>Papel Parental Comprometido</b>	Papel Parental adequado	Incentivar a participação da mãe e do pai; Envolver a mãe e o pai nos cuidados [de acordo com a sua vontade e capacidade]; Treinar competências com os pais, relacionadas com o cuidar à LX (mudança da fralda, mudança do penso de traqueostomia, banho); Avaliar autoeficácia [percebida pelos pais para cuidar da LX].	Papel Parental comprometido
<b>Ingestão alimentar comprometida</b>	Ingestão alimentar adequada	Avaliar os reflexos orais; Estimular os reflexos orais; Supervisionar a alimentação oral (Papa láctea); Transmissão de conhecimento à mãe, sobre estratégias facilitadoras da alimentação; Ensinar os pais sobre sinais de cansaço durante a alimentação; Interromper a alimentação se LX apresentar sinais de cansaço (aumento da dispneia, deglutição não eficaz, tosse, entre outros).	Ingestão alimentar comprometida
<b>Dispneia presente</b>	Eupneia	Elevar a cabeceira; Planear o repouso; Aspirar secreções [quando necessário];	Dispneia presente

		<p>Planear as manipulações de forma a agrupar os cuidados e permitir que a criança se recupere;</p> <p>Ensinar os pais sobre dispneia.</p>	
<b>Limpeza das vias aéreas comprometida em grau elevado</b>	Limpeza da via aérea não comprometida	<p>Aspirar as secreções [quando necessário];</p> <p>Vigiar as secreções (quantidade, cor e características);</p> <p>Informar a mãe e os profissionais de saúde sobre o impacto da aspiração de secreções na orofaringe na aquisição de competências alimentares;</p> <p>Incentivar a participação/presença dos pais durante a aspiração de secreções;</p>	Limpeza das vias aéreas comprometida em grau elevado
<b>Conforto comprometido</b>	Conforto mantido	<p>Supervisionar o banho;</p> <p>Realizar massagem corporal;</p> <p>Posicionar a LX, alternando decúbitos;</p> <p>Incentivar os pais a dar colo;</p>	Conforto comprometido
<b>Maceração (Peri anal) presente</b>	Sem maceração	<p>Avaliar a maceração;</p> <p>Trocar a fralda [se pais ausentes];</p> <p>Supervisionar a troca da fralda;</p> <p>Manter o local seco;</p> <p>Aplicar protetor cutâneo.</p>	Maceração presente [a melhorar]
<b>Ferida (pescoço à direita, periestoma)</b>	Sem Ferida	<p>Avaliar a ferida;</p> <p>Realizar penso de traqueostomia [na ausência dos pais];</p> <p>Supervisionar a realização do penso de traqueostomia;</p> <p>Ensinar os pais sobre sinais inflamatórios (exsudado, rubor, calor, dor e edema).</p>	Ferida presente [a melhorar]

<b>Risco de Aspiração presente</b>	Sem aspiração de líquidos	Avaliar o risco de aspiração; Elevação da cabeceira; Restrição total de líquidos [até indicação contrária];	Sem aspiração de líquidos
<b>Desenvolvimento Infantil Comprometido</b>	Desenvolvimento infantil estimulado	Avaliar o desenvolvimento infantil; Avaliar dos reflexos de sucção, deglutição e respiração; Estimular reflexos orais; Colocar brinquedos no campo de visão da criança; Incentivar que a família brinque com a criança; Brincar e conversar com a criança durante os cuidados; Avaliar o conhecimento da mãe e do pai sobre desenvolvimento infantil; Ensinar mãe e pai sobre desenvolvimento infantil; Incentivar a participação do irmão da LX nos cuidados.	Desenvolvimento infantil comprometido
<b>Risco de úlcera de pressão</b>	Sem úlceras por pressão até à alta	Alternar decúbitos a cada manipulação; Aplicar de creme hidratante; Alivar zonas de pressão;	Sem úlceras por pressão
<b>Dor presente</b>	Dor controlada ou ausente	Avaliar a dor, através da escala EDIN, a cada 3 horas; Utilizar medidas farmacológicas para controlo de dor [se dor moderada]; Utilizar medidas não-farmacológicas de controlo da dor (distração, musicoterapia, colo da mãe, contenção física); Prestar cuidados não traumáticos;	Dor ligeira, por períodos [troca de penso ou aspiração de secreções]
<b>Sono Comprometido</b>	Sono não comprometido	Adequar os estímulos sonoros e luminosos; Incentivar o sono diurno (sesta); Planear aos cuidados de enfermagem para maximizar os períodos de repouso;	Sono comprometido

		Avaliar conhecimento da mãe e do pai sobre o sono; Ensinar a mãe e o pai sobre o sono;	
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------	--

## DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES

O momento do nascimento de um filho constitui uma importante transição na vida de uma família (Meleis, 2010), no entanto quando a realidade não corresponde à expectativa da família, especificamente aquando do nascimento pré-termo ou de termo, mas com alguma patologia que requeira internamento na UCIN, pode verificar-se uma crise familiar (Sousa & Curado, 2020). De facto, a hospitalização representa um evento crítico que poderá desafiar o exercício parental dos pais (Sousa et al., 2023) ou até comprometer o processo de vinculação, levando a um afastamento emocional dos pais para com os seus filhos (Sousa & Curado, 2021).

Assim, é recomendado que na sua prática de cuidados os enfermeiros tomem os pais/família como parceiros, negociando o seu nível de participação que deverá ser orientada consoante os objetivos terapêuticos e no sentido de alcançar os resultados esperados (Sousa et al., 2023). De facto, um cuidado centrado na família promove o contato pele com pele, envolve os pais nas tomadas de decisão, providencia educação e apoio psicológico (Karlsson et al., 2022). Segundo a Carta dos direitos da criança hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2017), os pais têm direito a participar em todas as decisões relativas aos cuidados dos seus filhos, merecendo a devida informação, adaptada à sua compreensão, com os recursos necessários. Assim, os cuidados de enfermagem deverão garantir que os pais possuem suportes físicos e emocionais, capacidades técnicas e conhecimentos de maneira a desempenhar com mestria o seu papel (Sousa et al., 2023). Os pais devem ser incluídos na estimulação e promoção do desenvolvimento psicomotor das crianças, através da transmissão de informações e ensinios aos pais, no sentido a maximizar os ganhos em saúde (DGS, 2013).

De ressaltar ainda que os cuidados informados para o trauma permitem a compreensão do impacto das experiências adversas que os RN prematuros atravessam no seu desenvolvimento, bem como o reconhecimento dos sinais e sintomas de trauma nas crianças e sua família, minimizando a ocorrência de novos episódios de trauma (Coughlin, 2017). Para além disso e considerando o impacto dos estímulos no neurodesenvolvimento dos RN prematuros, a implementação de cuidados neuroprotetores assume inestimável importância, constituindo a alimentação um dos principais focos deste modelo (Altimier & Phillips, 2016). A aquisição de autonomia alimentar é um dos principais fatores para a alta da Neonatologia pelo que a intervenção de

enfermagem se demonstra fundamental (Curado et al., 2017), verificando-se que as perturbações alimentares são umas das mais frequentes razões para uma estadia mais prolongada na UCIN (Pados et al., 2021).

De facto, as crianças que estão hospitalizadas por longos períodos incorrem em maiores riscos de dissipar marcos desenvolvimentais, o que terá não só um grande impacto no seu desenvolvimento, mas também na sua relação com os pais e família, afetando a sua vinculação, pelo que se deve transmitir informações e conhecimento aos pais sobre alimentação, sinais de fome e de prontidão, técnicas de alimentação, entre outros (Sobotka et al., 2022). A intervenção de enfermagem no âmbito da alimentação do RN prematuro deverá ser individualizada e considerar as capacidades demonstradas pelo RN, a presença de comorbilidades, a tolerância da alimentação, entre outros (Crippa et al., 2020). Através da estimulação precoce das competências oro-motoras os enfermeiros contribuem para a diminuição do risco do RN apresentar, mais tarde, dificuldades alimentares e comportamentos de defesa faciais (Li et al., 2022; Steinberg et al., 2021). A estimulação oral (positiva) pode melhorar a capacidade de sucção do RN prematuro, otimizar o desempenho na alimentação oral, promove o ganho ponderal, promovendo assim, o crescimento e desenvolvimento da criança (Li et al., 2022).

A alimentação oral na criança nascida prematuramente deverá pressupor uma avaliação minuciosa da maturação, do desenvolvimento da criança, do seu peso, no nível de atividade, bem como dos reflexos de sucção, deglutição e sua coordenação coma respiração (Curado et al., 2017). Neste sentido, os enfermeiros deverão prestar cuidados que se focam na educação dos pais e no incentivo à participação dos mesmos nos cuidados, através da estimulação oral positiva, reconhecimento de sinais de fome, promover a sucção não-nutritiva, a realização de contacto pele com pele, fazendo aleitamento materno sempre que possível (Altimier & Phillips, 2016; Brantes & Curado, 2023). A avaliação das competências oro-motoras facilitam a individualização dos cuidados de enfermagem (Curado et al., 2017). Considera-se que a experiência alimentar foi positiva se o RN não apresenta sinais de stress, em que se tem em consideração o estado geral do RN, do seu comportamento, organização e as condições ambientais em que a alimentação ocorre (Brantes & Curado, 2023; Lau, 2020).

A gestão do risco de aspiração é feita através da alimentação por SNG, sendo recomendada e encorajada a alimentação oral, adequando a textura, quantidade e idade

da criança, de forma que a criança treine as suas competências oro-motoras (Yi et al., 2019), ou seja, a um RN deverá ser oferecido pequenas quantidades de leite pela boca e a crianças prontas para iniciar a diversificação alimentar poderá ser oferecida pequenas quantidades de comida em puré.

O sucesso da alimentação oral nos primeiros meses de vida influenciará o decorrer da alimentação nos primeiros anos de vida da criança (Brantes & Curado, 2023). O início da diversificação alimentar constitui uma transição na vida da criança e família (Brantes & Curado, 2023) podendo ser particularmente desafiante para as crianças nascidas prematuramente devido à imaturidade, à possibilidade existência de deficits neurológicos, comorbilidades (por exemplo uma perturbação alimentar), devendo haver uma aquisição de novas competências motoras, de maturidade do trato digestivo (Crippa et al., 2020; Elfzzani et al., 2019). O *timing* para a início da diversificação alimentar, na criança prematura deverá ser ponderado uma vez que o início precoce (antes das 16 semanas de vida cronológica) está associado a um mais elevado risco de desenvolvimento de alergias alimentares e de anemia enquanto o início tardio (após 7-10 meses de idade cronológica) pode levar a comportamentos alimentares de evicção (Baldassarre et al., 2020). Segundo Elfzzani e colegas (2019) a diversificação alimentar deverá ser iniciada entre os 5 e 8 meses de idade cronológica, desde que a criança apresente as devidas competências e capacidades para tal. Neste caso em particular, importa ressaltar que no estudo que realizaram, Yi e colegas (2019), concluíram que a capacidade de deglutição aumentou quando as crianças traqueostomizadas eram alimentadas oralmente, antes do desenvolvimento dos centros aero-digestivos. Os autores sugerem que, apesar de traqueostomizadas, as crianças devem ser alimentadas oralmente, uma vez que há maior facilidade de aspirar o conteúdo alimentar através da cânula de traqueostomia. idade e situação.

Face ao exposto, considero que o plano de cuidados apresentados espelha o preconizado na evidência científica e denota a importância do envolvimento da família nos cuidados à criança com situação complexa. Por ser uma situação complexa, no momento da avaliação os ganhos ainda não eram muito visíveis, mas de facto já se objetivavam capacidades e aprendizagens nos pais da LX.

Não obstante, não posso deixar de refletir no facto de esta criança se encontrar internada, aos sete meses de idade cronológica numa UCIN e não numa unidade de cuidados intensivos neonatais ou outro local mais adequado. Foram diversas as reflexões em equipa sobre as dificuldades sentidas nos cuidados à criança, nomeadamente no momento de diversificação alimentar. Segundo a carta dos direitos da criança hospitalizada (2017), a criança tem direito a estar num ambiente adaptados às suas necessidades. Para além disso, os cuidados à LX estavam ainda muito organizados para dar resposta às necessidades de um RN, como por exemplo, alimentações a cada 3 horas, a não realização de uma pausa noturna alimentar que permitisse o descanso da LX. Quando estes aspetos foram discutidos a equipa foi capaz de fazer as alterações propostas (por exemplo mudar a hora da papa, das 18h para as 15h, pois a mãe referiu que, na hora de comer, a LX se encontrava já muito cansada, com pouco interesse, sendo esta também a hora do banho e da mudança do penso da traqueostomia).

Para uma vez futura, para além de ter recomendações supracitadas em mente, considero que devo manter a participação e envolvimento da família nos cuidados, empoderando-os para o cuidado à criança com situação complexa de saúde.

## CONCLUSÃO

O presente estudo de caso versa a situação de uma criança com situação complexa com necessidade de cuidados diferenciados, designadamente no que concerne a alimentação. A sua realização pressupõe a mobilização de diferentes conhecimentos, habilidades, competências e recursos. Não descurando a intervenção direcionada exclusivamente à LX, considero que grande parte da intervenção de enfermagem se encontra direcionada à família, no sentido de os empoderar para que possam adquirir mestria no cuidar à LX e assim, concluir as transições vivenciadas de forma saudável.

Considero que com a realização de este estudo caso fui capaz de evidenciar a aquisição das competências de EEESIP e algumas de EE, pois fui capaz de assistir a criança e família na maximização da sua saúde, cuidando da criança em situação de especial complexidade, dando resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018) da LX através da inclusão da família nos cuidados, da promoção da parentalidade, da transmissão de conhecimentos sobre alimentação, desenvolvimento infantil, entre outros, do treino de habilidades, através da supervisão da alimentação da LX, fazendo sugestões a IS que foi acendendo, respondendo às suas questões, fazendo reforço positivo, facilitando a adaptação à situação crónica da LX, comunicando com a família de forma adequada à sua compreensão e nível de conhecimentos.

Para além disso demonstrei uma prática baseada na evidência, recorrendo a diversos autores para justificar as intervenções de enfermagem. Fui também capaz de interligar com a equipa multidisciplinar no sentido de obter uma melhor compreensão do cuidar à LX. Mantendo, sempre, o respeito pelos direitos da LX e da família, garantindo sempre o seu direito à privacidade e confidencialidade (Regulamento n.º 140/2019).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

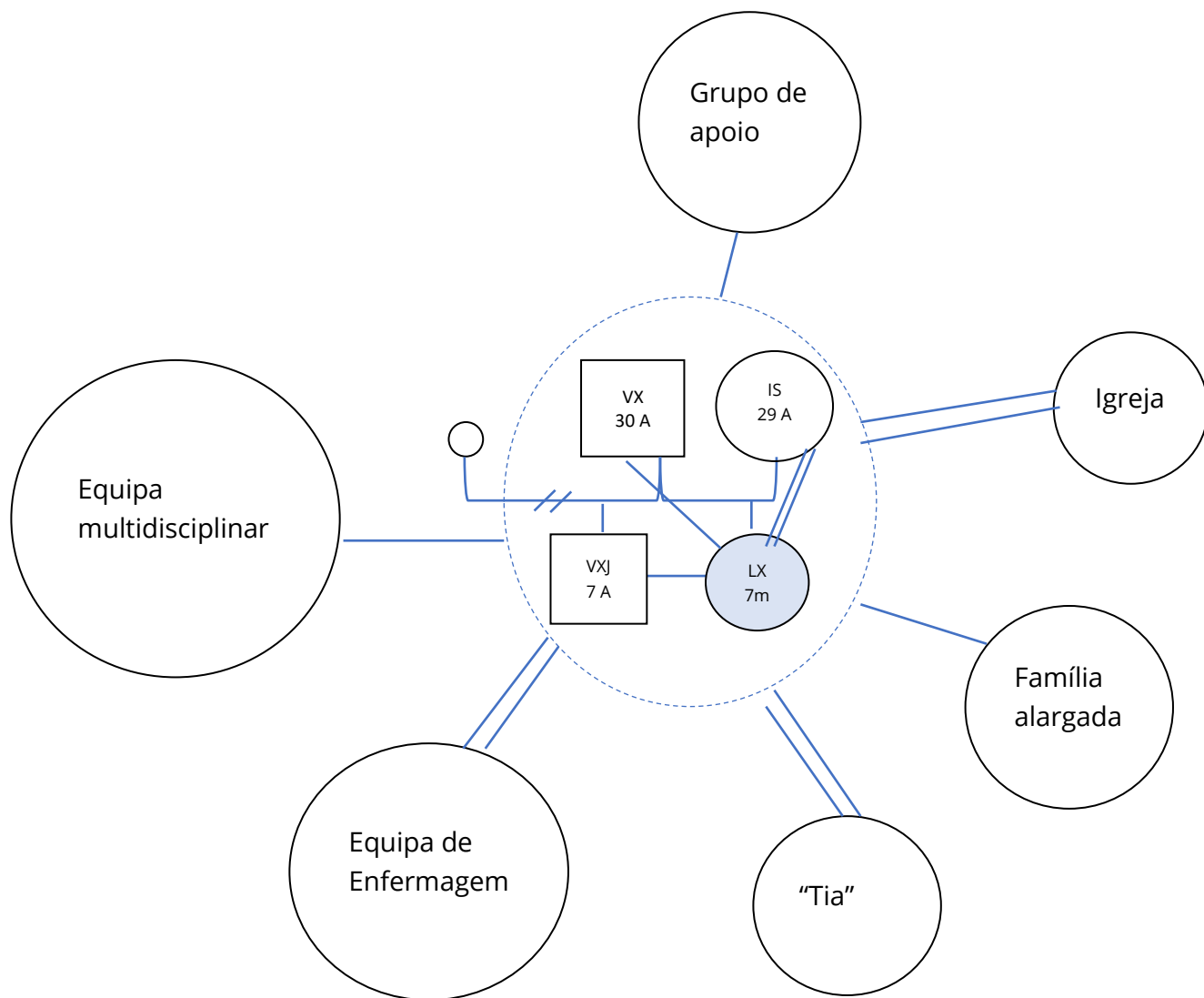
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Baldassarre, M. E., Gianni, M. L., Di Mauro, A., Mosca, F., & Laforgia, N. (2020). Complementary feeding in preterm infants: Where do we stand? In *Nutrients* (Vol. 12, Issue 5). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/nu12051259>
- Brantes, A. L., & Curado, M. A. (2023). *Competências oro-motoras do recém-nascido. Manual de apoio à alimentação oral* (1ª Edição). LIDEL.
- Coughlin, M. (2017). Trauma-informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant*, 13(5), 1–4. <https://doi.org/10.1038/jp.2017.124>
- Crippa, B. L., Morniroli, D., Baldassarre, M. E., Consales, A., Vizzari, G., Colombo, L., Mosca, F., & Gianni, M. L. (2020). Preterm's nutrition from hospital to solid foods: Are we still navigating by sight? In *Nutrients* (Vol. 12, Issue 12, pp. 1–9). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/nu12123646>
- Curado, M. A. dos santos, Maroco, J. P., Vasconcellos, T., Gouveia, L. M., & Thoyre, S. (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(12), 131–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16070>
- Direcção-Geral Da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Elfzzani, Z., Kwok, T. C., Ojha, S., & Dorling, J. (2019). Education of family members to support weaning to solids and nutrition in infants born preterm. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2019, Issue 2). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012240.pub2>
- Instituto de Apoio à Criança. (2017). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada*. [www.each-for-sick-children.org](http://www.each-for-sick-children.org)

- Karlsson, V., Blomqvist, Y. T., & Ågren, J. (2022). Nursing care of infants born extremely preterm. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 27(3). <https://doi.org/10.1016/j.siny.2022.101369>
- Lau, C. (2020). To Individualize the Management Care of High-Risk Infants With Oral Feeding Challenges: What Do We Know? What Can We Do? *Frontiers in Pediatrics*, 8. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00296>
- Li, L., Liu, L., Chen, F., & Huang, L. (2022). Clinical effects of oral motor intervention combined with non-nutritive sucking on oral feeding in preterm infants with dysphagia. *Jornal de Pediatria*, 98(6), 635–640. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2022.02.005>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 23(1), 12–28.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
- Pados, B. F., Hill, R. R., Yamasaki, J. T., Litt, J. S., & Lee, C. S. (2021). Prevalence of problematic feeding in young children born prematurely: a meta-analysis. *BMC Pediatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02574-7>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II Série (N.º 133, de 12-07-2018), 19192-19194. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, II Série (N.º 26, de 6-02-2019), 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Sobotka, S. A., Laudon, S., Jackson, A. J., Harendt, S. E., & Baker, C. D. (2022). A Literature Review of Feeding Disorders in Children with Tracheostomies and Ventilators. *Pediatric Annals*, 51(7), e291–e296. <https://doi.org/10.3928/19382359-20220504-05>
- Sousa, F., & Curado, M. A. (2020). fatores preditores do stress parental nas unidades de neonatologia estudo de pré-validação da EASPUN. *Pensar Enfermagem*, 24(1).

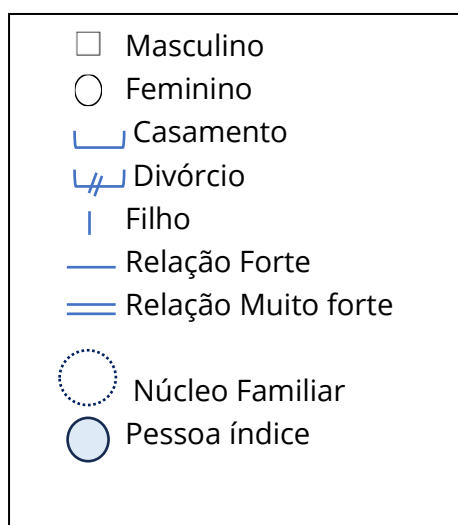
- Sousa, F., & Curado, M. A. dos S. (2021). Parental stress scale in the neonatology unit: Statistical validation for the portuguese population. *Enfermeria Global*, 20(4), 415–425. <https://doi.org/10.6018/eglobal.459491>
- Sousa, P., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15, 4–17. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>
- Steinberg, C., Menezes, L., & Nóbrega, A. C. (2021). Oral motor disorder and feeding difficulty during the introduction of complementary feeding in preterm infants. *CODAS*, 33(1), 1–6. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019169>
- Yi, Y. G., Oh, B. M., Yang, S., & Shin, H. I. (2019). Oral Feeding Challenges in Children With Tracheostomy Can Improve Feeding Outcomes, Even With the Finding of Aspiration. *Frontiers in Pediatrics*, 7. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00362>

## APÊNDICES

# APÊNDICE I - ECOMAPA E GENOGRAMA

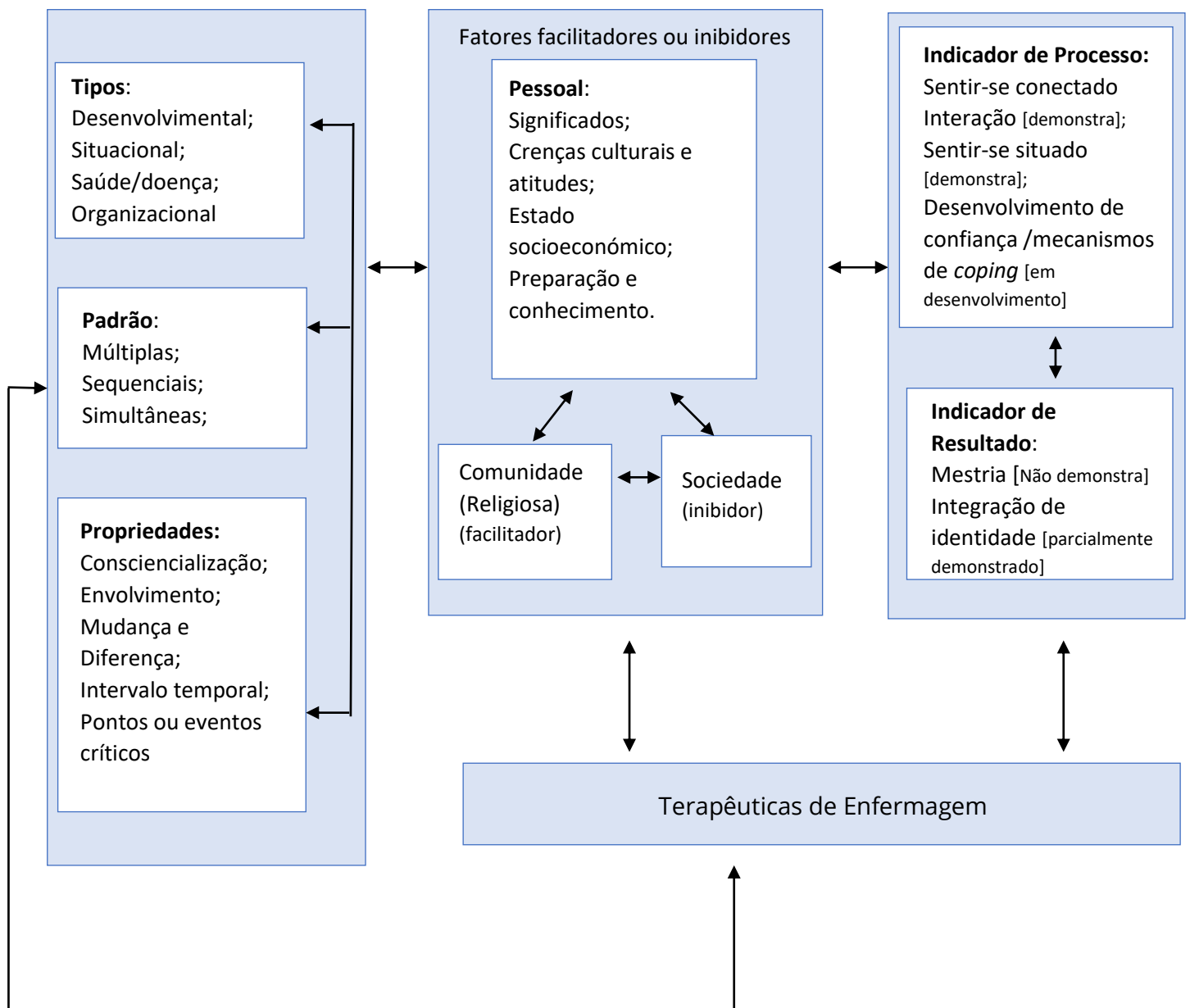


## LEGENDA



Realizado a 8/12/2023

## APÊNDICE II – ESQUEMATIZAÇÃO TEORIA DAS TRANSIÇÕES



Adaptado de: Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 23(1), 12-28.

**Apêndice XXII – Diapositivos sobre Gestão dos Vômitos e Diarreia da Criança, no Serviço de Urgência Pediátrica**

# O seu filho está a VOMITAR?

O que fazer?



## Depois de vomitar:

- Faça uma pausa de 30 minutos – nada para comer, nada para beber!
- Ofereça líquidos (Soro de Hidratação ou chá preto), aos poucos (uma colher de chá) a cada 5 minutos.
- Se ao fim de cerca de 30 minutos após a ingestão de líquidos a criança tiver parado de vomitar, deve começar a comer. Alimentos leves e em pouca quantidade (exemplo: fruta cozida, bolacha maria ou de água e sal (Depois dos 2 anos)
  - Se o bebé mamar ou beber leite adaptado, deve voltar a oferecer.



## Se não funcionar:

- A criança pode precisar de tomar medicação para parar de vomitar e depois tomar o Soro de Hidratação (5 ml a cada 5 minutos);



## O seu filho está com DIARREIA?

O que fazer?



- Ofereça líquidos (Soro de Hidratação ou chá preto). SEM AÇÚCAR!
- Ofereça uma alimentação adequada:
  - Se o bebê mamar ou beber leite adaptado, deve voltar a oferecer.
  - Diminuir os produtos lácteos, não oferecer folhas e legumes, não oferecer açúcar.
  - Optar por frutas e legumes cozidos ou grelhados. Dar preferência ao arroz.



Deve estar atento a:

Diminuição da atividade

Choro sem lágrima

Palidez muito acentuada

Muito olheirento







**Apêndice XXIII – Protocolo de revisão sistemática da literatura  
qualitativa**

**1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

**UC Estágio**

**A experiência de pais com excesso de peso ou obesidade  
nos cuidados de saúde primários**

**Protocolo de revisão sistemática da literatura qualitativa**

**Sara Margarida Ferreira Silva Lobo n.º 2802**



**Professor Orientador:**

**Professora Doutora Sónia Borges Rodrigues**



**Lisboa  
Maio 2024**

**Título:** A experiência de pais com excesso de peso ou obesidade nos cuidados de saúde primários: Protocolo de revisão sistemática da literatura qualitativa

**Autores:** Sara Lobo, Sara Martins e Sónia Rodrigues

**Questão de revisão/objectivo:**

População	Crianças (do nascimento aos 17 anos e 365 dias) com excesso de peso ou obesidade
Interesse, Fenómeno de	Experiências dos pais de crianças com excesso de peso ou obesidade
Contexto	Cuidados de saúde primários

**Enquadramento:**

A Obesidade Infantil afeta, mundialmente, cerca de 390 000 000 de crianças com menos de 5 anos e mais de 390 000 000 de crianças entre os 5 e os 19 anos têm excesso de peso. A incidência desta condição tem vindo a aumentar nos últimos anos(Organização Mundial da Saúde, 2024). Na Europa, das crianças entre os 7-9 anos que participaram no *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*, 29% tinham excesso de peso e 12% obesidade (Organização Mundial da Saúde, 2022a) e em Portugal, segundo dados do COSI de 2022 cerca de 32% das crianças de 6-8 anos que participaram no estudo tinham excesso de peso e 13,5% obesidade (Rito et al., 2023).

A obesidade é uma doença crónica complexa e multifatorial definida pelo excesso de depósitos de gordura, resultado de um desequilíbrio entre a ingestão nutricional e gasto energético, sendo influenciada por fatores psicossociais, ambientes obesogénicos e variantes genéticas (OMS, 2024). Deriva de uma série de exposições sociais, ambientais e económicas, que interagem com fatores comportamentais e biológicos individuais, que se acumulam ao longo da vida. Sabe-se que quando adquirida na infância, a obesidade ou excesso de peso tende a persistir na adolescência e adultícia (Jebeile et al., 2022; OMS, 2022). Esta condição aumenta o risco de doenças crónicas não-transmissíveis, como a diabetes *mellitus* tipo II, doença cardiovascular, entre outros, verificando-se consequências psicossociais adversas e uma importante influência na qualidade de vida das

peças, no desempenho escolar e agravado pelo estigma, discriminação e *bullying* (OMS, 2024).

A falha de resposta dos sistemas de saúde na identificação do ganho excessivo de peso e depósito de gordura numa fase inicial agrava a progressão da obesidade. A obesidade e o excesso de peso, bem como comorbilidades associadas, podem ser largamente prevenidas e geridas (OMS, 2024). Os cuidados de saúde primários demonstram-se como o contexto ideal para a abordagem da criança com excesso de peso ou obesidade, uma vez que se verifica entre profissionais e famílias um aumento da confiança, que deriva do estabelecimento de uma relação terapêutica entre os mesmos (Snyder et al., 2024). Segundo o programa nacional de saúde infantil e juvenil, nas consultas de vigilância infantil deve ser promovida a manutenção do aleitamento materno, a alimentação saudável e atividade física e atentar às variações ponderais acentuadas, bem como o registo cuidado no boletim de saúde infantil e juvenil dos dados antropométricos, bem como interpretar as curvas de crescimento (Direcção-Geral Da Saúde, 2013).

Os profissionais de saúde na abordagem à criança com excesso de peso ou obesidade devem realizar a avaliação antropométrica, providenciar aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis, monitorizar fatores de risco de outras doenças crónicas não-transmissíveis (OMS, 2024). Quanto mais competentes na transmissão de informação e aconselhamento relativamente à obesidade infantil, mais eficaz e eficiente será a intervenção. Assim, os enfermeiros nas consultas de vigilância infantil e devem reconhecer as características do ambiente psicossocial das famílias para assim individualizar os cuidados, de forma a corresponder às suas necessidades, preocupações, especificidades, circunstâncias e prontidão para a mudança (Borges Rodrigues, 2022). Contudo, ainda se verifica alguma entropia entre os enfermeiros e pais de crianças com excesso de peso/obesidade, identificando-se como barreiras a possível quebrar da confiança e disrupção na relação terapêutica, a dificuldade da articulação com outros profissionais para a agilização de cuidados especializados, constrangimentos relacionados com tempo e com formação dos enfermeiros neste âmbito.

Conseqüentemente, verifica-se uma protelação da intervenção necessária (Sjunnestrand et al., 2019).

Foi realizada uma pesquisa preliminar no PROSPERO e no *JBI Evidence synthesis* não tendo sido encontrada nenhuma revisão sistemática concluída ou em construção sobre o tema em estudo. No motor de busca PROSPERO foi realizada a pesquisa com a frase "*childhood AND obesity AND Parent\* AND experience\* AND primary care*" gerando 8 resultados, dos quais nenhum se centrava nas experiências dos pais de crianças com obesidade em contexto de cuidados de saúde primários. Do motor de buscar *JBI Evidence Synthesis* foi realizada uma pesquisa com a frase "*Parent\* AND Childhood Obesity AND experience\**" surgindo 29 resultados, dos quais nenhum centrado na temática de interesse. Assim, verifica-se uma necessidade premente de sintetizar as experiências dos pais de crianças com excesso de peso ou obesidade infantil, nos cuidados de saúde primários de forma a adequar a intervenção de enfermagem.

**Palavras-chave:** obesidade infantil; criança; pais; cuidados de saúde primários; experiência.

### **Questão de revisão**

Quais as experiências e perspectivas dos pais de crianças com excesso de peso ou obesidade infantil nos cuidados de saúde primários?

### **Critérios de inclusão:**

#### **Participantes**

Nesta revisão qualitativa da literatura serão considerados estudos que incluam pais, cuidadores ou tutores legais de crianças (do nascimento 18 anos) com excesso de peso ou obesidade.

#### **Intervenções/fenómeno de interesse**

Esta revisão considerará estudos qualitativos que analisem as expectativas e experiências dos pais de crianças com excesso de peso ou obesidade, na consulta de vigilância de saúde infantil.

## Contexto

A revisão contemplará estudos realizados em contexto de cuidados de saúde primários.

## Tipos de estudo:

Esta revisão irá incluir estudos qualitativos, nomeadamente estudos fenomenológicos, *grounded theory* (teoria fundamentada), exploratória-descritiva e histórica, entre outros. Os estudos qualitativos descritivos que descrevam a experiência ou o efeito da experiência de pais de crianças com obesidade ou excesso de peso também serão considerados. Ficam excluídos estudos quantitativos, editoriais, comentários e resumos de conferências. Serão utilizados estudos dos últimos 10 anos, ou seja, de 2014 em frente.

## Metodologia

A revisão da literatura que aqui se propõe será realizada de acordo com a metodologia JBI para a realização de revisões sistemáticas da literatura de evidência qualitativa, será utilizada a *checklist* da JBI para verificação de pesquisa qualitativa.

## Estratégia de Pesquisa:

Foi realizada uma pesquisa inicial nas bases de dados da CINAHL, prospero e JBI *Evidence synthesis* para identificação dos artigos disponíveis sobre a temática e foi realizada uma estratégia de pesquisa para a base de dados CINAHL. Esta estratégia de pesquisa tem como objetivo identificar os estudos publicados e por publicar. Futuramente serão pesquisadas as bases de dados MEDLINE, CINAHL e Pubmed. Outras fontes e literatura cinzenta poderão ser consultadas como dissertações ou teses. A estratégia de pesquisa será adaptada à base de dados e todas as referências bibliográficas de todos os estudos incluídos será consultada para identificação de outros estudos a incluir. Serão considerados estudos de todos os contextos geográficos, contudo apenas serão incluídos estudos escritos em Português e Inglês.

	<b>Termos naturais</b>	<b>CINAHL</b>	<b>MEDLINE</b>	<b>Pubmed</b>
<b>População</b>	Children	Child	Child	Child

	Child Pediatric Paediatric Parents Parental Childhood Obesity Overweight	Child, Infant Child, Preshcool Adolescence Pediatric Obesity Obesity	Infant Child, Preshcool Adolescent Pediatric Obesity Obesity Overweight	Child, Preschool Adolescent Pediatric Obesity Obesity Overweight
<b>Interesse</b>	Parents Experiences Mother Father Caregiver Qualitative Studies Experiences Difficulties Challenges Questions	Parents Caregivers Mothers Fathers Life Experiences MH Parental Attitudes MH Parental Sensitivity Parental Notification Qualitative Studies <ul style="list-style-type: none"> <li>• Action Research</li> <li>• Document Analysis</li> <li>• Ethnographic Research</li> <li>• Ethnological Research</li> <li>• Ethnonursing Research</li> <li>• Grounded Theory</li> <li>• Naturalistic Inquiry</li> <li>• Phenomenological Research</li> </ul>	Parents Caregivers Mothers Fathers Parental Notification Perception Qualitative Research	Parents Caregivers Mothers Fathers Parental Notification Qualitative Research Life Change Events
<b>Contexto</b>	Primary Health Care	Primary Health Care	Primary Health Care	Primary Health Care

### Seleção dos estudos

Após a realização da pesquisa, serão identificados todos os estudos e eliminados os duplicados. Serão lidos os títulos e resumos dos estudos selecionados por dois investigadores para análise dos critérios de inclusão. Os estudos potencialmente relevantes serão guardados e a sua referência apontada. O texto na sua totalidade será posteriormente avaliado por dois investigadores para verificação dos critérios de inclusão. As razões de eliminação dos estudos selecionados serão documentadas e reportadas na revisão sistemática. Quaisquer desentendimentos

que possam surgir durante o processo de seleção dos estudos será resolvido através de discussão ou com o apoio de um terceiro investigador.

#### **Avaliação da qualidade metodológica**

Os estudos elegíveis serão criticamente avaliados por pelo menos dois investigadores para aferição da sua qualidade metodológica, para o qual será utilizada a *checklist* da JBI para avaliação da qualidade metodológica para pesquisa qualitativa. Os autores dos estudos serão contactados caso se constatem falhas de informação ou caso seja necessária informação adicional para clarificação.

#### **Extração de dados**

Os dados serão extraídos dos estudos incluídos nesta revisão por dois investigadores independentes utilizando uma ferramenta estandardizada da JBI para extração de dados, que será traduzida para português. Os dados extraídos incluirão detalhes específicos sobre a população, contexto, cultura, localização geográfica, metodologia dos estudos e o fenómeno de interesse relevante para o objetivo da revisão. Os resultados e sua ilustração serão extraídos e atribuídos um nível de credibilidade.

#### **Síntese de dados:**

Os resultados obtidos serão agregados ou sintetizados de forma a que se possa gerar um conjunto de afirmações que representem essa agregação, através da organização e categorização dos dados com base na semelhança no seu significado. Essas categorias serão submetidas a uma síntese com o objetivo de produzir um conjunto único de achados que possam ser utilizados com uma base para a prática baseada na evidência. Apenas dados inequívocos e credíveis serão incluídos nesta agregação. Os dados não-suportados serão apresentados em separado. Quando a agregação textual não for possível os dados serão apresentados sob forma de narrativa.

#### **Conflitos de interesses:**

As autoras declaram não existir qualquer conflito de interesse.

## Referências Bibliográficas

- Borges Rodrigues, S. (2022). *Empowerment counselling in nursing well-child visits for healthy family lifestyles* [Tese de Doutoramento , Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/134>
- Direcção-Geral Da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Jebeile, H., Kelly, A. S., O'Malley, G., & Baur, L. A. (2022). Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, *10*(5), 351–365. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(22\)00047-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00047-X)
- Organização Mundial da Saúde. (2022a). *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*.
- Organização Mundial da Saúde. (2022b). *WHO European Regional Obesity: Report 2022*.
- Organização Mundial da Saúde. (2024). *Obesity and Overweight* . <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M. do C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T., Dinis, A., & Roscôa, C. (2023). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022*.
- Sjunnestrand, M., Nordin, K., Eli, K., Nowicka, P., & Ek, A. (2019). Planting a seed-Child health care nurses' perceptions of speaking to parents about overweight and obesity: A qualitative study within the STOP project. *BMC Public Health*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7852-4>
- Snyder, B. A., He, H., & Duran-Aguilar, S. D. (2024). Improved Clinical Practice for Childhood Obesity Screening and Management. *Journal for Nurse Practitioners*, *20*(1). <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2023.104860>

## Apêndice I – Histórico de pesquisa

N.º pesquisa	Termos	Resultados obtidos
1.	MH Pediatric Obesity	17,543
2.	MH obesity AND MH child AND MH Infant AND MH Child, preschool AND MH adolescen*	512
3.	TI obesity OR TI obese OR TI overweight AND child* OR P?ediatic	92,239
4.	AB obesity OR AB obese OR AB overweight AND child* AND p?ediatic	96,271
5.	S1 OR S2 OR S3 OR S4	157,325
6.	MH Life experiences	42,166
7.	MH parental attitudes OR MH Parental sensitivity OR MH Parental notification	17,706
8.	TI experienc* OR TI difficult* OR TI challeng* OR TI question* OR AB experienc* OR AB difficult* OR AB challeng* OR AB question*	1,273,124
9.	MH parents OR MH caregivers OR MH mothers OR MH fathers	135,694
10.	S6 OR S7 OR S8	1,298,322
11.	TI parent* OR TI caregiver* OR TI mother* OR TI father* OR AB parent* OR AB caregiver* OR AB mother* OR AB father*	315,935
12.	S9 OR S11	355, 466
13.	S10 OR S12	1,514,092
14.	MH qualitative studies OR MH phenomenological research OR MH Ethnographic research OR Grounded theory or MH interviews OR MH thematic analysis OR MH focus groups OR MH narratives OR MH metasynthesis OR MH action research	354,051

15.	TI (focus group* OR qualitative OR descriptive OR ethnograph* OR fieldwork OR field work OR key informant OR grounded theory OR phenomenolo* OR metasynthesis OR meta synthesis OR meta-synthesis OR action research OR mixed methods) OR AB (focus group* OR qualitative OR descriptive OR ethnograph* OR fieldwork OR field work OR key informant OR grounded theory OR phenomenolo* OR metasynthesis OR meta synthesis OR meta-synthesis OR action research OR mixed method*)	338,636
16.	TI (semi structured OR semistructured OR unstructured OR informal OR indepth OR in-depth OR "face to face") OR AB (semi structured OR semistructured OR unstructured OR informal OR indepth OR in-depth OR "face to face")	140,316
17.	S14 OR S15 OR S16	571,653
18.	MH Primary health care	74,913
19.	S5 AND S13 AND S17 AND S19	190

## Apêndice II – Quadro de extração de dados

QUADRO DE EXTRAÇÃO DE DADOS	
Autores	
Título	
Ano de publicação	
Origem/país de origem (onde o estudo foi publicado ou conduzido)	
Objetivos e finalidade do estudo	
População do estudo e tamanho da amostra	
Metodologia/métodos	
Tipo de intervenção, comparador e detalhes destes (se aplicável)	
Duração da intervenção (se aplicável)	
Resultados e detalhes destes (se aplicável)	
Principais conclusões relacionadas com a questão da revisão	

## Anexos

Anexo I – Curso “Comer Bem na Escola e em Família” da Universidade  
do Porto

Comer bem na escola e em família



**U. PORTO**

**nau** SEMPRE  
A APRENDER

<https://nau.nau.edu.pt/certificacao/366cb4f25896413a914cfd4e462eb12>

## CERTIFICADO

Certifica-se que SARA MARGARIDA FERREIRA SILVA LOBO concluiu o curso  
**"Comer bem na escola e em família"** com uma duração estimada de 6 horas.

(António Pedro Soares Ricardo Graça)  
Diretor da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

EMITIDO EM:  
julho 17, 2023

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:  
[366cb4f25896413a914cfd4e462eb12](https://nau.nau.edu.pt/certificacao/366cb4f25896413a914cfd4e462eb12)

NAU Certificada por:



A pessoa mencionada neste certificado completou todas as atividades relativas ao curso em questão. Para mais informações sobre Certificação na plataforma NAU e requisitos para a sua obtenção visite [nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao](https://nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao). Este certificado é uma prova de aprendizagem, não tendo qualquer validade formal como prova de qualificação ou como formação conferente de grau.

**Anexo II – Workshop “Comportamento Alimentar na Infância: Um  
Diálogo entre Psicólogos e Nutricionistas”**

# Certificado de Participação

Certificamos que

## SARA LOBO

Participou no workshop intitulado 'Comportamento Alimentar na Infância: Um Diálogo entre Psicólogos e Nutricionistas', frequentando as quatro sessões correspondentes: 'Comportamento Alimentar na Infância: a Criança e a Família', 'Promoção da Mudança de Comportamento', 'Sinais de Alerta e Abordagem Preventiva no Comportamento Alimentar Infantil' e 'Perturbações Alimentares em Crianças'.

Este workshop ocorreu entre 30 de outubro e 20 de novembro de 2023 e teve a duração de 6 horas.

**Beatriz Maio**

Nº de formadora: F745857/2023

**Matilde Santos**

Nº de formadora: F741766/2023




**Anexo III – Participação no “Seminário do Projeto NIDCare: Prática Baseada na Evidência na Seleção das Técnicas de Alimentação Oral do Recém-Nascido”**

# Certificado

Declara-se que **Sara Lobo** participou no **Seminário do projeto NIDCare: Prática Baseada na Evidência na Seleção das Técnicas de Alimentação Oral do Recém-nascido**, que decorreu no dia 23 de novembro de 2023, das 10h às 16h00.

Lisboa, 27 de novembro de 2023



---

**A Coordenadora do CIDNUR**  
**Andreia Jorge Silva da Costa**