



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**A Alimentação no Primeiro Ano de Vida: A Intervenção
de Enfermagem nas Crianças de Origem Asiática
Meridional**

Rita Cabral de Soveral Puppe dos Santos Pinto



Lisboa

2022

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**A Alimentação no Primeiro Ano de Vida: A Intervenção
de Enfermagem nas Crianças de Origem Asiática
Meridional**

Rita Cabral de Soveral Puppe dos Santos Pinto



Orientadora: Professora Cristina Maria Rosa Jeremias



Lisboa

2022

PENSAMENTO

“Entretanto quando se acolhe com todo o coração a pessoa diferente, permite-se-lhe continuar a ser ela própria, ao mesmo tempo que se lhe dá a possibilidade dum novo desenvolvimento. As várias culturas, cuja riqueza se foi criando ao longo dos séculos, devem ser salvaguardadas para que o mundo não fique mais pobre. (...) Para isso, «precisamos de comunicar, descobrir as riquezas de cada um, valorizar aquilo que nos une e olhar as diferenças como possibilidades de crescimento no respeito por todos. Torna-se necessário um diálogo paciente e confiante, para que as pessoas, as famílias e as comunidades possam transmitir os valores da própria cultura e acolher o bem proveniente das experiências alheias».”

Papa Francisco, Carta Encíclica *Fratelli Tutti*, 2020

AGRADECIMENTO

Ao João, pela sua presença constante, motivação, tolerância e orgulho incondicional. Por acreditar sempre em mim e me ajudar a manter orientada nas prioridades da vida.

À minha família, por toda a ajuda, apoio e incentivo.

À Professora Cristina, pela confiança nas minhas competências, partilha do seu conhecimento, disponibilidade constante e orientação ao longo deste curso.

Às Orientadoras Clínicas, pela orientação e interesse demonstrados, mesmo em tempos difíceis e atípicos como os que vivemos.

Aos Enfermeiros Chefes que autorizaram e proporcionaram a realização dos vários contextos de estágio.

À Carolina, com quem partilhei este percurso e que foi uma ajuda constante e incansável. Pela sua amizade e carinho, que me ajudou nos momentos mais difíceis, ouvindo-me e dando-me força para melhorar.

Aos meus amigos, por compreenderem as minhas ausências e pouca disponibilidade, e por fazerem o esforço em manter os momentos de convívio.

Às minhas colegas de equipa, pela compreensão do meu humor e cansaço durante este percurso, apoiando-me e dando-me força para continuar.

A todas as crianças e famílias com quem me cruzei, que tornaram possível este projeto.

A todos, um Muito Obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

CC - Cuidados Centrados na Família

CESIJ - Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

CPP - Cuidados Paliativos Pediátricos

DGS - Direção-Geral de Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Enf - Enfermeiro

GEE - Gabinete de Estratégia e Estudos

IPFCC - Institute for Patient - and Family - Centered Care

LM - Leite Materno

NHACJR - Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN - Recém-Nascido

SIP - Serviço de Internamento de Pediatria

SRDP - Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (2020) e a Direção-Geral de Saúde (2019) advertem para a importância da alimentação no primeiro ano de vida para a saúde da criança e do futuro adulto, divulgando planos de intervenção nesse sentido. Diversos autores estudam a correlação entre a cultura/religião e os estilos de vida e crenças de saúde, tornando-se clara a sua influência. Com o aumento da imigração, torna-se imperativa a adequação dos cuidados de saúde e da intervenção de enfermagem à cultura e/ou crenças religiosas dos clientes, de forma a ir ao encontro das necessidades específicas de cada cliente e sua família. Assim, ao longo deste projeto procurou-se identificar, desenvolver e implementar intervenções de enfermagem culturalmente competentes, facilitadoras da promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida de crianças de origem asiática meridional, sustentado pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger, pela Filosofia de Cuidados Centrados na Família assim como a Intervenção de Cuidados Antecipatórios.

Este relatório reflete o desenvolvimento de competências específicas e comuns de EEESIP através da metodologia reflexiva, tendo como objetivos gerais: (1) Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP que permitam prestar cuidados à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde/doença, nos diferentes contextos pediátricos e etapas de desenvolvimento; (2) Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança, de origem da Ásia Meridional, nos diferentes contextos pediátricos.

A análise crítica e reflexiva acompanhou constantemente a realização das atividades ao longo dos diferentes contextos de estágio, evidenciando o desenvolvimento de competências e a contribuição de conhecimento e estratégias direcionadas para o tema deste relatório e, consequentemente, para o desenvolvimento da Enfermagem.

Palavras-chave: Alimentação, Recém-Nascido, Lactente, Ásia Meridional, Enfermagem Transcultural

ABSTRACT

The World Health Organization (2020) and the Direção-Geral de Saúde (2019) warn for the importance of feeding in the first year of life for the children's health and future adult, disclosing intervention plans in this regard. Several authors study the correlation between culture/religion and the lifestyle and health beliefs, making its influence clear. With the immigration increase, it becomes imperative to adapt health care and nursing intervention to the clients' culture, in order to meet the specific needs of each client and their family. That so, throughout this project, we sought to identify, develop and implement culturally competent nursing interventions that facilitate the promotion of healthy eating in the first year of life of Southern Asian origin children, supported by Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality, Family-Centered Care Philosophy and the Anticipatory Care.

This report reflects the development of specific and common competencies as a pediatric nurse specialist through the reflective methodology, with two general objectives: (1) Develop common and specific competences of a pediatric nurse specialist that allow to provide care to children and their family, in the health/sickness processes, in the different pediatric contexts and stages of development; (2) Develop competences within the scope of promoting healthy eating habits, in the first year of life of the Southern Asia children, in the different pediatric contexts.

Critical and reflective analysis constantly accompanied the performance of activities throughout the different internship contexts, showing the skills development and the contribution of knowledge and strategies directed to the subject of this report and, consequently, to the development of Nursing.

Key-words: Feeding, Newborn, Infant, South Asia, Transcultural Nursing

ÍNDICE

Introdução	9
1. Justificação da Problemática	11
2. Referencial Teórico de Enfermagem	16
3. Enquadramento Conceptual	21
3.1. Alimentação do recém-nascido e do lactente.....	21
3.2. Cultura.....	25
3.3. Religião	26
4. Metodologia	28
5. Percurso de desenvolvimento profissional – aquisição das competências de enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria.....	30
5.1. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP que permitam prestar cuidados à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde/doença, nos diferentes contextos pediátricos e etapas de desenvolvimento.....	31
5.1.1. Conhecer a prática diferenciada de cuidados do EESIP nos diferentes contextos de saúde	31
5.1.2. Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família.....	35
5.1.3. Desenvolver competências no âmbito das doenças comuns e situações de risco que possam afetar a criança/jovem e família	42
5.1.4. Desenvolver competências de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento e à cultura da criança/jovem e família	47
5.2. Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança, de origem da Ásia Meridional, nos diferentes contextos pediátricos.....	56
6. Considerações finais	69
Referências Bibliográficas	72

Anexos

Anexo I - Esquema do Modelo *Sunrise* de Madeleine Leininger

Anexo II - Escala *Early Feeding Skills* – Versão modificada

Apêndices

Apêndice I - Mapa Conceptual

Apêndice II - Descrição dos Contextos de Estágio e Cronograma

Apêndice III - Descrição das Atividades e Resultados Esperados do Estágio

Apêndice IV - Análise Reflexiva “Cuidados Paliativos Pediátricos”

Apêndice V - Planeamento de sessão de formação “Os Posicionamentos e o Neurodesenvolvimento numa UCIN”

Apêndice VI - Análise reflexiva “Situação de risco”

Apêndice VII - Tradução do Guia de Acolhimento para inglês (SIP)

Apêndice VIII - Anexo Covid-19 em português e inglês (SIP)

Apêndice IX - Atualização do Guia de Acolhimento e tradução para inglês, urdu e árabe (UCIN)

Apêndice X - Tradução para inglês de folhetos da UCIN

Apêndice XI - Planeamento de sessão de formação “Os cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família de origem asiática meridional”

Apêndice XII - Análise reflexiva “Aleitamento materno”

Apêndice XIII - Planeamento do Folheto “Preparação de leite de fórmula para lactentes”

Apêndice XIV - Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar

Apêndice XV - Apresentação da Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar

Apêndice XVI - Planeamento do Folheto “Introdução alimentar na dieta vegetariana”

Apêndice XVII - Planeamento do Póster “Diversificação alimentar no primeiro ano de vida”

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi realizado o presente relatório de estágio. A sua elaboração tem como finalidade desenvolver competências científicas, técnicas, comunicacionais e relacionais para a conceção, gestão, prestação, supervisão e avaliação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família (ESEL, 2019). Ao longo deste documento irá estar explanado o percurso formativo de implementação do projeto de estágio intitulado de “A alimentação no primeiro ano de vida: a intervenção de enfermagem nas crianças de origem asiática meridional”, que permitiu o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP).

A escolha deste tema surge do meu interesse pessoal sobre outras culturas e dos desafios que me são colocados diariamente, na prática clínica, na prestação de cuidados a clientes de outras religiões e culturas, em especial pertencentes a diásporas provenientes da Ásia Meridional. Por trabalhar numa unidade de neonatologia, as diferenças e desconhecimento sobre as especificidades culturais dificultam o cuidar de excelência ao recém-nascido e sua família. Esta dificuldade é consequência do meu desconhecimento sobre os elementos organizadores da cultura, comportamentos e crenças que interferem nos cuidados de saúde, nas relações familiares e sociais das famílias, pertencentes às comunidades imigrantes oriundas da Ásia Meridional. Todos estes aspetos vão influenciar o crescimento e desenvolvimento da criança e os seus hábitos de saúde, como a alimentação. A temática da alimentação surge pelas dificuldades sentidas na prática clínica na promoção do aleitamento materno, adequação da introdução dos novos alimentos e, também, pela relevância que a alimentação no primeiro ano de vida da criança tem na sua saúde a curto e longo prazo. Assim, a escolha desta temática surge pela necessidade de conhecer em profundidade as especificidades culturais relativamente à alimentação do recém-nascido e lactente, de forma a conseguir prestar cuidados de enfermagem culturalmente competentes ao cliente pediátrico de origem Asiática Meridional. Para tal, procurou-se identificar e desenvolver intervenções de enfermagem culturalmente competentes tendo como referenciais orientadores a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger, a Filosofia

de Cuidados Centrados na Família assim como a Intervenção dos Cuidados Antecipatórios.

De forma a desenvolver competências de EEESIP foram definidos dois objetivos gerais para o meu percurso de aprendizagem: (1) Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP que permitam prestar cuidados à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde/doença, nos diferentes contextos pediátricos e etapas de desenvolvimento; (2) Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança, de origem da Ásia Meridional, nos diferentes contextos pediátricos. Estes objetivos desenvolveram-se ao longo do estágio de 18 semanas, perfazendo um total de 500 horas, realizado em diferentes contextos: Serviço de Internamento de Pediatria Médica, Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, Serviço de Urgência Pediátrica, Unidade de Saúde Familiar, Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento. As vivências experienciadas nestes contextos aliadas à prática reflexiva contínua, permitiram-me analisar o desenvolvimento de competências caracterizadoras de Enfermeiro Especialista (EE) e de EEESIP definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 140/2019 (2019) e no Regulamento n.º 422/2018 (2018).

O presente relatório encontra-se elaborado de acordo com as orientações do Regulamento de Mestrado (ESEL, 2019) e com o Guia Orientador para elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2020), seguindo a norma APA 6ª edição. Este relatório está organizado em sete capítulos, sendo eles a introdução, a justificação da problemática, o referencial teórico de enfermagem, o enquadramento conceptual, a metodologia, o percurso de desenvolvimento profissional de aquisição de competências de EEESIP e as considerações finais.

Para a realização deste relatório de estágio recorreu-se à pesquisa em várias bases de dados como a MEDLINE, CINAHL, ScienceDirect, Google Académico, obras técnicas e literatura cinzenta.

1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

No Serviço onde exerço funções sou desafiada, diariamente, pela dificuldade na prestação de cuidados a clientes pertencentes a diferentes culturas e religiões. Entre a diversidade de famílias com origens em diferentes culturas, encontramos uma grande prevalência de famílias que são provenientes da Ásia Meridional – Bangladeche, Paquistão, Índia, Nepal -, sendo concomitante com os dados do Gabinete de Estratégia e Estudos (GEE) e da Câmara Municipal de Lisboa (2018). De facto, nos últimos anos registou-se um crescente número de imigrantes de comunidades asiáticas existentes em Portugal, mais em específico na cidade de Lisboa (Câmara Municipal de Lisboa, 2018).

Relativamente à população proveniente do Nepal, residiam em Portugal: 5 835 indivíduos em 2016, 7437 indivíduos em 2017, 11 489 indivíduos em 2018 e 16 849 indivíduos em 2019, ocupando o 12º lugar no ranking das comunidades imigrantes (GEE, 2021d). Em 2019, do total dos imigrantes nepaleses, residiam na cidade de Lisboa 10 080 indivíduos, cerca de 60% da população nepalesa residente em Portugal (GEE, 2020d).

De acordo com o GEE (2021a), relativamente à população indiana, residiam em Portugal: 7244 indivíduos em 2016, 7990 indivíduos em 2017, 11393 indivíduos em 2018 e 17619 indivíduos em 2019, ocupando o 11º lugar no ranking das comunidades imigrantes. De salientar que em 2019, do total de imigrantes indianos, 8715 indivíduos residiam na cidade de Lisboa, representando 49% desta população.

Sobre a população do Bangladeche, de acordo com o GEE (2021b), residiam em Portugal: 2799 indivíduos em 2016, 3450 indivíduos em 2017, 5325 indivíduos em 2018 e 7964 indivíduos em 2019, ocupando o 17º lugar no ranking das comunidades imigrantes. Destes 7964 indivíduos, 6076 residiam na cidade Lisboa, representando 76% desta população (GEE, 2021b).

Relativamente à população proveniente do Paquistão, residiam em Portugal: 3175 indivíduos em 2016, 3380 indivíduos em 2017, 4373 indivíduos em 2018 e 5310 indivíduos em 2019, ocupando o 20º lugar no ranking das comunidades imigrantes (GEE, 2021c). Em 2019, do total dos imigrantes paquistaneses, residiam na cidade de Lisboa 3461 indivíduos, cerca de 65% da população paquistanesa residente em Portugal (GEE, 2020c).

A Câmara Municipal de Lisboa (2018) refere que as freguesias de Lisboa com maior população imigrante são Santa Maria Maior, Arroios, Misericórdia e Santo

António e que, os imigrantes provenientes da Ásia, como Bangladeche e Paquistão, concentram-se maioritariamente na área do Martim Moniz e Almirante Reis. O aumento de imigrantes da Ásia Meridional a chegar a Portugal, e especificamente nesta zona de Lisboa, vai afetar a representação de clientes do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, justificando o aumento de clientes pertencentes a estas comunidades, internados na Unidade de Neonatologia onde exerço funções.

Ao trabalhar numa unidade de neonatologia, deparo-me com várias dificuldades na adequação dos cuidados de enfermagem a famílias de origem da Ásia Meridional como o apoio à amamentação, a realização de ações de educação para a saúde ao longo do internamento e as orientações no momento da alta. Estas dificuldades têm na génese o desconhecimento sobre os elementos organizadores da cultura, comportamentos e crenças que interferem nos cuidados de saúde e no tipo de relações familiares e sociais das famílias pertencentes às comunidades imigrantes oriundas da Ásia Meridional.

Vários são os estudos realizados que identificam dificuldades nas sessões de educação para a saúde e no apoio na alimentação das crianças de famílias imigrantes, devido à complexidade da intervenção com pessoas de outras culturas, crenças, com outros hábitos, comportamentos de saúde e idiomas. Choudhry e Wallace (2012), no seu estudo realizado no Reino Unido, identificaram como dificuldade na promoção da amamentação o nível de aculturação das mães, referindo que as mães com níveis de aculturação mais baixos seguem os costumes do país de origem (no caso das mulheres da Ásia Meridional, estas privilegiam a amamentação exclusiva), e as mães com níveis de aculturação mais elevados seguem os costumes que acreditam ser os do Reino Unido, privilegiando o leite artificial. Neste sentido, os autores referem a importância da educação para a saúde e encorajamento das escolhas conscientes, de forma a desmistificar a ideia de que as práticas da Europa são as mais adequadas, fomentando as crenças de saúde cientificamente adequadas do país de origem em conjunto com as diretrizes do país de acolhimento. Sobre a temática da introdução alimentar no primeiro ano de vida, Nielsen, Krasnik e Holm (2015) concluem que os profissionais de saúde devem ajudar os pais, desde o início da introdução alimentar, a integrar os requisitos e características alimentares do país de origem com as recomendações de saúde locais, de forma a proporcionar hábitos de alimentação saudável e culturalmente aceites. Os autores complementam que, é vontade das famílias imigrantes (como os Paquistaneses) integrar os hábitos alimentares tanto do país de origem, como o de acolhimento.

Acrescendo às diferenças culturais que influenciam a alimentação do lactente, existe também a barreira da comunicação que foi exacerbada nos últimos tempos devido à pandemia por Covid-19, que limitou as visitas na unidade onde exerço funções, sendo apenas permitido estar presente um dos progenitores de cada vez. Com as limitações decorrentes desta realidade, a comunicação tornou-se difícil porque embora sejam as mães que estão maioritariamente presentes junto dos filhos, são os pais que falam a língua portuguesa ou inglesa, dificultando o processo de intervenção na amamentação e nas ações de educação para a saúde. Estas barreiras sentidas, na minha prática de cuidados, foram já identificadas por Phaneuf (2005) referindo que as diferenças culturais (diferenças no olhar, no sorriso, no papel do homem e da mulher na família/sociedade), a língua falada, os valores e a religião podem divergir entre a cultura do enfermeiro e do cliente, levando a constrangimentos. Wheeler (2014) adverte que nas famílias com perfil patriarcal, na qual o pai é o único elemento que fala a língua inglesa (ou a língua do país de acolhimento), a informação transmitida pode não chegar à mãe corretamente traduzida, podendo tornar-se uma barreira nos cuidados, aspeto também sentido por mim na prática clínica.

Os obstáculos que identifiquei motivaram o meu interesse em conhecer a realidade cultural e religiosa das famílias provenientes da Ásia Meridional – Bangladeche, Paquistão e Índia, de forma a ser capaz de prestar cuidados de enfermagem de excelência, culturalmente competentes.

A preocupação na adequação dos cuidados de saúde a esta população é também proferida pela Câmara Municipal de Lisboa (2018), que citando a Estratégia Territorial de Desenvolvimento Social no Eixo Pena-Anjos-Almirante Reis (2016) refere que

a diversidade de origens da população estrangeira residente na cidade de Lisboa, carece ainda de abordagens específicas, quer na promoção da saúde, quer no acesso aos cuidados de saúde, em que a barreira linguística e a falta de informação clara sobre o funcionamento do sistema, muitas vezes impedem usufruir deste direito básico. Carecendo de abordagens específicas, problemas de saúde diversos encontram-se também associados a aspetos culturais específicos que terão que ser melhor percebidos por parte dos serviços, de forma a melhor responder a estes novos públicos (p.41).

A Câmara Municipal de Lisboa (2018) identifica estratégias de propostas de resolução destes problemas, sendo alguns deles a capacitação dos profissionais de saúde na prestação de cuidados aos grupos imigrantes “(...) aprendendo a lidar com barreiras de conceitos, hábitos e sensibilidades” (p.42), a disponibilização de intérpretes nas unidades de saúde e a promoção da literacia em saúde nas

comunidades imigrantes. A Câmara Municipal de Lisboa (2019) reforça novamente esta preocupação no Plano de Ação 2019-2020 de Desenvolvimento de Saúde, Qualidade de Vida e Bem-estar de Lisboa, propondo a intervenção em domínios de maior vulnerabilidade. Os imigrantes enquadram-se neste sector, pela especificidade cultural e barreira linguística, que podem potenciar problemas de saúde diversos, que necessitam de abordagens mais específicas. Neste sentido, um dos objetivos estratégicos do Plano de Ação 2019-2020 é “Promover o acesso ao Serviço Nacional e Saúde a migrantes e refugiados” (Câmara Municipal de Lisboa, 2019, p.26).

Com o aumento da diversidade cultural nas sociedades, a enfermagem transcultural torna-se essencial na prática de cuidados de enfermagem de forma a conseguir dar resposta às necessidades específicas de cada cliente, baseado na individualidade da sua cultura e todas as características que daí advêm (Vilelas & Janeiro, 2012). Torna-se fundamental que os enfermeiros procurem compreender as especificidades de cada cultura que influenciam os cuidados de enfermagem, as analisem e deem respostas adequadas, de forma a satisfazer as necessidades e conseguir a cooperação e aceitação nos cuidados (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014; Vilelas & Janeiro, 2012). Importa lembrar que nem todos os elementos de uma cultura/religião se inserem nas ideias e comportamentos culturais estereotipados, sendo por isso fundamental que os enfermeiros procurem, junto das famílias, compreender as especificidades culturais da família de quem cuidam, e assim adaptar os seus cuidados (Jeremias, 2009). Thibodeaux e Mooney-Doyle (2014) ressaltam que para os enfermeiros se tornarem culturalmente competentes, devem compreender a cultura o outro, mas também como a sua própria cultura pode influenciar a capacidade de prestar cuidados.

Com base no referido, torna-se visível que a minha dificuldade na adequação dos cuidados de enfermagem com a população da Ásia Meridional é um problema para a minha intervenção como para a de outros profissionais, sendo já identificado pelas entidades locais da cidade de Lisboa, e implementadas algumas estratégias de resolução. Consequente desta dificuldade e necessidade de adaptação dos cuidados, e devido à importância que a alimentação no primeiro ano de vida tem na saúde e bem-estar do indivíduo, a curto e longo prazo, desenvolvi a temática deste relatório. Assim, o presente documento centra-se na criança e família durante o primeiro ano de vida, em todas as etapas alimentares, consoante os hábitos alimentares culturalmente aceites e cientificamente adequados, das famílias provenientes da Ásia Meridional. Enquanto futura EEESIP torna-se evidente a consciencialização e

desenvolvimento desta área temática de forma a promover a excelência dos cuidados de enfermagem aos recém-nascidos, lactentes e famílias oriundos da Ásia Meridional, integrando estes uma minoria populacional e um grupo vulnerável. Surge, assim, o tema do projeto de estágio “A alimentação no primeiro ano de vida: a intervenção de enfermagem nas crianças de origem asiática meridional”.

Apesar de a população proveniente da Ásia Meridional ter várias expressões religiosas, este projeto incide nas famílias islâmicas, uma vez terem maior expressão em Portugal. Segundo a Comunidade Islâmica de Lisboa estima-se que residam em Portugal cerca de 60 mil muçulmanos, estando a vaga de imigração proveniente da Ásia Meridional responsável pela ampliação da comunidade islâmica na última década (Nunes, 2018). A população da Ásia Meridional, de origem paquistanesa e bangladechiana é maioritariamente muçulmana, sendo que em 2020, 96% da população do Paquistão e 90% da população do Bangladesh têm expressão islâmica (World Population Review, 2021). Na Índia e Nepal a população muçulmana é de 14% e 4% respetivamente (World Population Review, 2021). Dessa forma, direciono a minha abordagem para as famílias do Paquistão e Bangladesh.

2. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

Para a elaboração do relatório de estágio foi utilizado como quadro conceptual de enfermagem a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, a Filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF) e a Intervenção dos Cuidados Antecipatórios, que serão orientação para a aquisição de competências comuns e específicas do EEESIP.

Madeleine Leininger desenvolveu a **Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural**, também conhecida pela Teoria da Enfermagem Transcultural com o objetivo de prestar "... um cuidar culturalmente coerente e responsável que seja razoavelmente adequado às necessidades de cultura, valores, crenças e realidades do modo de vida do cliente" (Welch, 2004, p.569). Para Leininger, o cuidar refere-se às ações, atitudes e práticas para assistir ou ajudar os outros em direção à cura e bem-estar (McFarland, 2018b). Neste sentido, o cuidar é o cerne da enfermagem e os cuidados culturalmente congruentes são essenciais (Leininger, 2006). Neste seguimento, Leininger (2006) refere-se aos quatro conceitos do metaparadigma – pessoa, ambiente, saúde e enfermagem – como questionáveis, limitados, inapropriados e inadequados para explicar a enfermagem transcultural na sua totalidade, criticando a exclusão dos conceitos cuidar e cultura do metaparadigma. Relativamente ao conceito de pessoa, a teórica refere-se aos seres humanos, famílias, clãs ou grupos coletivos, utilizando maioritariamente o termo ser humano por apresentar um significado transcultural universal, com dignidade e respeito pelas pessoas, sendo geralmente mais aceite transculturalmente (Leininger, 2006). O conceito de pessoa, no conhecimento transcultural, pode não ser utilizado e não é o conceito central e dominante em algumas culturas, podendo o termo pessoa levar a conflitos culturais. O conceito de ambiente apresenta uma dimensão multifacetada e complexa em todas as culturas, sendo este um construto central da teoria de Leininger (Leininger, 2006). A teórica define-o como a totalidade das situações geofísicas ou os ambientes geográficos e ecológicos das culturas. No contexto ambiental também estão incluídos os significados, simbologia, valores e pontos de vista partilhados por uma cultura, assim como as dimensões físicas, ecológicas, espirituais, sociopolíticas, familiares e tecnológicas que influenciam o cuidado cultural, a saúde e o bem-estar (Leininger, 2006). O conceito de saúde encontra-se definido como um estado de bem-estar culturalmente definido e constituído, que deve ser mantido de forma a ajudar os indivíduos ou grupos nas suas atividades de vida, culturalmente congruentes

(Leininger, 2006). A saúde é assim um resultado do cuidado cultural (Leininger, 2006). Já, enfermagem, para a teórica, define-se como

learned humanistic and scientific profession and discipline which is focused on human care phenomena and activities in order to assist, support, facilitate, or enable individuals or groups to maintain or regain their wellbeing (or health), in culturally meaningful and beneficial ways or to help people face handicaps or death. (Leininger, 2006, p.7)

A enfermagem transcultural é assim uma área da enfermagem que compara e analisa as várias culturas e religiões, no sentido de compreender a relação com os valores do cuidar, expressão, crenças de saúde-doença e comportamentos, para conseguir adotar uma prática de cuidados de enfermagem holística, adequada a cada cultura (Welch, 2004; Leininger, 2006).

A teoria de Leininger é nomeada por teoria da diversidade e universalidade. Diversidade porque todos os indivíduos, integrados numa cultura, são dotados de especificidades nas suas crenças, modos de vida, hábitos e costumes; universalidade porque todas as culturas apresentam alguns aspetos em comum (Leininger, 2006). Alguns dos pressupostos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural são que, o cuidar humano através do cuidado transcultural é essencial para a saúde, recuperação e bem-estar dos indivíduos, famílias, grupos e instituições; o cuidado cultural é a forma holística mais lata de saber, explicar, interpretar e prever os fenómenos do cuidado cultural para orientar as práticas do cuidar em enfermagem; cada cultura tem crenças, valores e maneiras de cuidar e de tratamento características, que necessitam de ser descobertas, compreendidas e utilizadas no cuidado de enfermagem; o cuidado transcultural necessita da cooperação do cliente e do enfermeiro para tomar decisões e práticas culturalmente competentes; os indivíduos de culturas diferentes são capazes de informar os profissionais de saúde acerca das suas necessidades culturais e de que tipo de cuidados querem receber; e, a compreensão do contexto cultural do cliente é essencial para avaliar e responder apropriadamente às necessidades e preocupações dos clientes, de forma holística (McFarland, 2018b).

De forma a suplementar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, Leininger desenvolveu o Modelo de *Sunrise* (anexo I). Neste modelo, estão identificados os fatores da dimensão da estrutura social e cultural, sendo eles: tecnológicos; religiosos e filosóficos; parentescos e sociais; valores culturais, crenças e modos de vida; políticos e legais; económicos; e educacionais (Leininger, 2006). Estes fatores da dimensão social e cultural vão influenciar-se entre si e nas

expressões, padrões e práticas do cuidar e da saúde através do contexto ambiental, da linguagem e da etnohistória. O foco da intervenção está nos indivíduos, famílias, grupos, comunidades ou instituições inseridas nos vários contextos de saúde: o popular, o profissional e as práticas de cuidar de enfermagem. O enfermeiro deve então considerar todos estes fatores na apreciação e tomada de decisão no cuidado transcultural (Leininger, 2006).

O Modelo de *Sunrise* apresenta, também, os três tipos de tomada de decisão/modo de ação previstos teoricamente por Leininger, de forma a promover o cuidado de enfermagem culturalmente congruente: (1) Cuidados culturais de preservação/manutenção, referindo-se às ações dos enfermeiros que ajudam a manter e preservar as crenças e valores de cada cultura; (2) Cuidados culturais de acomodação/negociação, que remetem para intervenções de ajuda na promoção da adaptação e negociação das especificidades culturais do indivíduo, de forma a manter os cuidados culturalmente congruentes, seguros e eficazes para a promoção da saúde e bem-estar da pessoa; (3) Cuidados culturais de remodelação/reestruturação, que aludem às ações do enfermeiro e decisão mútua com o indivíduo, no sentido da reorganização e mudança do modo de vida para beneficiar os padrões, as práticas e os ganhos em saúde (Leininger, 2006). Desta forma o enfermeiro presta cuidados culturalmente congruentes e promove a manutenção da saúde e do bem-estar (Leininger, 2006).

Leininger define cuidados culturalmente congruentes como o conhecimento, atos e decisões de cuidados baseados na cultura, utilizados de maneira sensível e bem informada, para que se adequem de forma congruente e significativa aos valores culturais, crenças e modos de vida dos clientes (McFarland, 2018b). Desta forma, os cuidados culturalmente congruentes promovem a saúde e bem-estar do cliente e previnem doenças, deficiências ou a morte. A teórica descreve, também, que para atingir o cuidado culturalmente competente, o enfermeiro percorre três fases evolutivas do conhecimento em enfermagem transcultural (McFarland, 2018a). Na primeira fase o enfermeiro ganha uma consciência e sensibilidade cultural nas diferenças e semelhanças do cuidado cultural, sendo necessário conhecimento cultural baseado na evidência, de forma a sustentar as suas tomadas de decisão culturalmente congruentes (McFarland, 2018a). Na segunda fase o enfermeiro dota-se de conhecimento em profundidade acerca dos conceitos e princípios da enfermagem transcultural, para guiar a sua prática de cuidados (McFarland, 2018a). Na terceira fase o enfermeiro utiliza a observação e a experiência com os clientes,

documenta e avalia os resultados dos cuidados transculturais, baseados nos princípios teóricos e na evidência científica, de forma a prestar cuidados culturalmente congruentes (McFarland, 2018a). McFarland (2018a) acrescenta uma quarta fase em que o enfermeiro implementa projetos nos cuidados de saúde e na comunidade, baseados na evidência científica no âmbito dos cuidados transculturais, de forma a promover a melhoria dos cuidados culturalmente congruentes e aumentar os ganhos em saúde para várias populações.

Para além da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural importa compreender que o cliente pediátrico é constituído pela criança/jovem e sua família, sendo que a família e sua cultura têm um papel preponderante na saúde, bem-estar e desenvolvimento da criança/jovem. Assim, a **Filosofia de Cuidados Centrados na Família** é essencial na prestação de cuidados pediátricos, baseando-se em quatro conceitos principais, sendo eles: a dignidade e respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração (Institute for Patient - and Family – Centered Care [IPFCC], 2017; Coughlin, 2014).

As características centrais dos CCF são reconhecer a família como uma constante; facilitar a parceria e colaboração entre a família e os profissionais de saúde; providenciar cuidados individualizados; integrar a participação das famílias nos cuidados; honrar as diferenças culturais, raciais, éticas, religiosas e socioeconómicas; reconhecer e celebrar os pontos fortes e individualidades da família; respeitar e suportar os diferentes métodos de *coping*; transmitir a informação num contínuo, em parceria; e, reconhecer as necessidades dos membros da família em relação aos cuidados à criança (McGrath & Vittner, 2020; IPFCC, 2017; Hockenberry & Barrera, 2014). Segundo o IPFCC (2017) os CCF conduzem a melhores resultados nos cuidados de saúde e melhoram a satisfação dos clientes.

Os CCF também devem promover a capacitação e o *empowerment* das famílias (Hockenberry & Barrera, 2014). A capacitação da família assenta na criação de oportunidades para que os membros da família demonstrem as suas capacidades e competências e adquiram novas, para dar resposta às necessidades da criança. O *empowerment* refere-se à interação dos profissionais com a família, de maneira a que esta adquira sentido de controlo na sua vida e reconheça as mudanças positivas (Hockenberry & Barrera, 2014).

Para além da filosofia de CCF, os **cuidados antecipatórios**, como intervenção de enfermagem, são fundamentais para promoção da saúde e prevenção da doença. Estes estão definidos pela DGS (2013a) como

fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde. (p.7).

Os cuidados antecipatórios tornam-se pertinentes por se apresentarem como uma estratégia de promoção da saúde e prevenção da doença, já que se baseiam na premissa da transmissão de informação pertinente para a família, previamente ao desafio, evitando complicações negativas. Isto é, o enfermeiro antecipa uma possível dificuldade ou mudança no processo de crescimento e desenvolvimento da criança e transmite a informação necessária, para que a família se consiga adaptar e ultrapassar esse evento positivamente, promovendo a capacitação das famílias na utilização dessa informação e o desenvolvimento de competências parentais (Hockenberry, 2014; DGS, 2013a). Mas, para atingir este nível de capacitação, os enfermeiros devem basear-se nas necessidades identificadas pela família, considerar a família competente e proporcionar as oportunidades necessárias para a capacitação da mesma (Hockenberry, 2014). Assim, na óptica dos cuidados antecipatórios, o enfermeiro deverá transmitir a informação sobre uma temática, previamente a momentos de possível dificuldade de forma a que a família esteja preparada para a mudança e sua adaptação.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo do relatório irão ser abordados os conceitos centrais da temática a desenvolver, sendo eles: alimentação do recém-nascido e do lactente na dieta omnívora e vegetariana, cultura e religião.

3.1. Alimentação do recém-nascido e do lactente

De acordo com Hesslergrave (2009) o RN está definido como a criança dos zero aos 28 dias e o lactente como a criança dos 29 dias aos 12 meses. É nesta idade que existe um maior crescimento corporal, desenvolvimento de competências motoras, sensoriais, cognitivas e aquisições endócrinas e metabólicas, tornando-se uma fase de extrema vulnerabilidade, que necessita de ser suportada por uma alimentação e nutrição saudáveis (PNPAS, 2019). Assim, esta etapa de vida torna-se determinante na “... aquisição e sedimentação de hábitos alimentares saudáveis, mas também na expressão máxima do potencial individual de crescimento e de desenvolvimento neurocognitivo e ainda na modulação individual do risco de doenças crónicas do adulto (...)” (PNPAS, 2019, p.17).

Segundo WHO (2020) a desnutrição é responsável por um terço das mortes das crianças até aos cinco anos a nível mundial, sendo que dois terços estão associados a uma alimentação inadequada durante o primeiro ano de vida. Deste modo, a promoção da alimentação saudável no RN e no lactente é fundamental para o seu desenvolvimento e para a aquisição de hábitos alimentares saudáveis, tornando-se também importante numa perspetiva de saúde pública, pelas consequências a longo prazo na saúde da população (PNPAS, 2019). Consequente da importância da alimentação, a OMS e a DGS apresentam várias recomendações sobre a alimentação dirigidas ao RN e ao lactente, tanto relativas à amamentação como à introdução alimentar, de forma a promover hábitos de alimentação saudáveis. A DGS enfatiza a importância da alimentação saudável definindo esta área como um dos programas de saúde prioritários, sendo essencial que os enfermeiros adotem uma conduta de promoção da alimentação saudável, de forma a otimizar as oportunidades de um crescimento e desenvolvimento saudáveis (Wilson, 2014).

Relativamente à alimentação do RN, o leite materno (LM) é o alimento mais adequado, sendo um alimento vivo, completo e natural (Levy & Bértolo, 2012). É consensual o aconselhamento do **aleitamento materno** em exclusivo até aos seis meses, já que este é o alimento ideal para suprir as necessidades nutricionais do

lactente, e em suplemento até aos 24 meses (PNPAS, 2019; WHO, 2009). Este deve ser oferecido em quantidade e horário livre. Numa situação em que seja necessário introduzir fórmula infantil, em complementação ao leite materno, é sempre mais benéfico o aleitamento materno parcial do que a alimentação exclusiva por fórmula (PNPAS, 2019).

O LM tem inúmeras vantagens para o RN: contém as quantidades de proteínas, gordura, minerais e vitaminas adequadas ao RN; apresenta benefícios imunológicos exclusivos; previne infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; apresenta um efeito protetor sobre as alergias e atopia; melhora a adaptação a outros alimentos; e, previne diabetes *mellitus* tipo 2, obesidade e linfomas (Wheeler, 2014; Levy & Bértolo, 2012). Para além das vantagens fisiológicas do leite materno, a amamentação tem também vantagens psicológicas para a mãe e para o RN (Wheeler, 2014).

Inicialmente o LM produzido é o colostro, um leite mais fluido e transparente (por ter menos gordura) e produzido em menor quantidade, mas fundamental para o RN por ser rico em proteínas, vitaminas lipossolúveis, imunoglobulinas e células do sistema imunitário (PNPAS, 2019). O LM seguinte, mais gordo, vai diferindo a sua composição diariamente e ao longo da mamada, adaptando-se às necessidades da criança, sendo constituído por compostos nutritivos e funcionais, exclusivos da espécie, garantindo a oferta nutricional ideal (PNPAS, 2019). O LM apresenta também efeitos positivos no crescimento e na saúde do RN, fundamentais para um saudável neurodesenvolvimento e para a proteção imunológica (PNPAS, 2019).

De acordo com PNPAS (2019) e WHO (2009), a partir dos seis meses de idade, o leite materno/fórmula infantil deixa de ser suficiente e torna-se necessário a introdução de outros alimentos, iniciando-se a fase da diversificação alimentar. Alguns lactentes poderão necessitar de iniciar a fase da diversificação alimentar mais cedo, para garantir um crescimento e desenvolvimento adequado. O PNPAS (2019) define a **diversificação alimentar** como o “(...) período durante o qual decorre a introdução de outros alimentos na dieta do lactente, para além do leite (materno ou fórmula infantil), em simultâneo com a redução gradual do aporte lácteo e até à introdução no modelo da dieta familiar (...)” (p.58). A introdução alimentar deverá ser realizada de forma gradual e os alimentos devem ser introduzidos com um intervalo de dois-três dias entre cada grupo de alimentos, para avaliar a tolerância dos mesmos (PNPAS, 2019). Ao longo de todo o segundo semestre de vida do lactente, deverá existir uma redução progressiva do volume de produtos lácteos, com a redução do volume de leite ingerido (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

A introdução de novos alimentos pode seguir vários tipos de dieta, de acordo com as crenças e hábitos da família. De acordo com PNPAS (2019), para a **dieta omnívora**, na ausência de leite materno ou necessidade de suplementação, é aconselhado uma fórmula infantil de baixo teor proteico. Aos seis meses de idade deverão introduzir-se as hortofrutícolas, cereais (creme de legumes, papas e frutas) e proteína animal. Em primeiro lugar introduzir a sopa, depois as papas e depois a fruta. O creme de legumes não deve ter mais de quatro legumes, cada um de grupo diferente: um do grupo dos legumes “base” (batata normal ou doce, chuchu, curgete, beringela ou couve-flor), um do grupo dos fornecedores de betacarotenos (cenoura ou abóbora), um do grupo dos ricos em antioxidantes (cebola, alho ou alho-francês) e um de folhas (alface, brócolo, couve coração, etc. ou feijão verde) (PNPAS, 2019). Em cada dose de sopa deve adicionar-se azeite cru para garantir o aporte de gordura necessário (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018). As papas introduzidas podem ser lácteas (preparadas com água) ou não lácteas (preparadas com leite materno ou fórmula infantil), e até aos sete meses, devem ser introduzidas as papas com glúten na alimentação do lactente (PNPAS, 2019). O PNPAS (2019) e Pimentel, Tomada e Rêgo (2018) advertem para a realização de papas caseiras ou biológicas devido às lacunas nutricionais que estas poderão apresentar. Segundo os mesmos autores, relativamente à fruta, aconselha-se a começar com uma peça de fruta por dia e depois passar para duas peças por dia, como sobremesa ou parte de um lanche, sendo que no início devem ser moídas e cruas. O PNPAS (2019) sugere como primeiras frutas a maçã, a pera e a banana, fazendo reserva, no primeiro ano de vida, ao kiwi, morango e maracujá devido às potenciais reações alérgicas. Quanto à proteína animal, esta é uma importante fonte de ferro e deve ser consumida numa quantidade de 30grs/dia. A indicação é de ingerir quatro vezes por semana carne e três vezes por semana peixe, sendo que tradicionalmente inicia-se com a carne de aves ou de coelho (PNPAS, 2019).

Aos sete/oito meses de idade dá-se início ao treino de texturas e por isso os alimentos deverão ser menos moídos, começando a oferecer-se a proteína animal no prato, com arroz, couscous ou massa, assim como hortícolas (PNPAS, 2019).

Aos oito/nove meses de idade aconselha-se a introdução de leguminosas, iogurtes e ovos, sendo que as leguminosas devem ser dadas sob a forma de puré. Os iogurtes, também se introduzem nesta idade, de forma a iniciar a oferta de leite de vaca, devendo ser naturais, sem aroma nem açúcar. Os ovos devem ser oferecidos de forma gradual (devido ao potencial alergénico): na primeira semana oferece-se

meia gema, a gema inteira na segunda semana e depois o ovo na totalidade. Os ovos devem ser consumidos no máximo três vezes por semana, em substituição da proteína animal (PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Aos nove meses de idade introduz-se os frutos oleaginosos e as sementes, triturados (pelo risco de engasgamento) (PNPAS, 2019) e, aos doze meses, é espectável que o lactente já esteja introduzido na dieta familiar (WHO, 2020; PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018; WHO, 2009).

Relativamente à **dieta vegetariana** importa compreender que existem vários tipos de dieta: ovolactovegetariana (permite leite/derivados e ovos); ovovegetariana (permite ovos); lactovegetariana (permite leite e derivados); e vegan (exclusão total de todos os alimentos de origem animal e seus derivados) (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018). Relativamente à introdução alimentar seguindo a dieta vegetariana, o PNPAS (2019) e Martins, Faria e Loureiro (2019) referem existir alguns benefícios para a saúde e que é possível garantir uma nutrição adequada, mas advertem que este tipo de dieta deve ser realizada sob a supervisão médica, com uma orientação nutricional realizada por um profissional de saúde experiente. É importante ressaltar que quanto mais restritiva a dieta escolhida, mais lacunas nutricionais podem existir, com repercussões no desenvolvimento do lactente, sendo por isso fundamental cumprir a suplementação de vitaminas e minerais recomendadas (PNPAS, 2019; Martins, Faria & Loureiro, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Na necessidade de utilização de fórmula infantil para substituir ou suplementar o leite materno, as dietas vegetarianas não necessitam de substituto à fórmula infantil de leite de vaca, à exceção da dieta vegan, podendo ser oferecidas fórmulas infantis com proteína de soja ou de arroz, mas não devem ser utilizadas bebidas vegetais em substituição (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

A diversificação alimentar vegetariana segue os mesmos princípios da dieta omnívora, alterando apenas alguns aspetos. Aos seis meses de idade em substituição à proteína animal, deverá oferecer-se proteína vegetal como o tofu fresco e natural numa dose máxima de 30grs/dia, devendo evitar-se outras versões mais processadas (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Aos sete/oito meses de idade já está recomendada a introdução das leguminosas, em forma de puré, e a soja (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018). De forma a enriquecer as sopas ou batidos sugere-se a utilização da proteína de cânhamo, gérmen de trigo e levedura de cerveja (PNPAS, 2019). Aos oito meses, no caso da dieta vegan, poderá substituir-se os iogurtes de leite de vaca pelos iogurtes de soja,

tendo em atenção a sua composição pela possível adição de açúcares e outros aditivos (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Aos nove meses de idade adiciona-se a introdução de algas, pelo seu elevado teor em proteína, fibras e minerais. As algas podem ser oferecidas três a quatro vezes por semana, no creme de legumes, e devem ser escolhidas as de menor teor proteico (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Aos onze/doze meses de idade introduz-se o tempeh e o seitan como fonte proteica. O lactente deverá estar, a partir deste momento, integrado na dieta familiar (PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018). Os autores não recomendam a utilização de molho de soja (pelo elevado teor de sódio) nem a soja granulada (por ser um alimento bastante processado).

A alimentação da criança é fortemente influenciada pelos hábitos familiares, que são determinados pela cultura e religião que a família integra. Purnell (2010b) refere que é importante conhecer o padrão alimentar familiar para conseguir realizar o aconselhamento adequado sobre a alimentação, de forma culturalmente competente. Os alimentos estão associados a significados, rituais, promoção da saúde, prevenção da doença, socialização e aceitação cultural (Purnell, 2010b) e é necessário estar sensível a estas particularidades no momento de abordar a temática da alimentação aos pais do recém-nascido e lactente.

3.2. Cultura

Segundo Leininger (2006) **cultura** define-se como o conjunto de valores, crenças, normas e modos de vida de um grupo que é aprendido, partilhado e transmitido entre gerações e que influenciam a maneira de pensar, de decidir e de agir de forma padronizada. A cultura funciona como um quadro de referência e adapta-se à mudança do mundo à medida que membros do grupo se alteram, no sentido de dar resposta às suas necessidades (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014; Purnell, 2010a). Os valores culturais das famílias vão nortear os objetivos a curto e longo prazo, assim como tomadas de decisão no imediato. Purnell (2010a) acrescenta que a cultura tem três níveis: o nível terciário caracterizado pelos objetos que estão visíveis a outros, o nível secundário definido pelos comportamentos e valores que apenas os membros da cultura conhecem, e o nível primário caracterizado pelas regras que são conhecidas e observadas por todos, sendo implícitas e naturais. De acordo com os mesmos autores, a cultura influencia a saúde e a doença, assim como o

comportamento parental, afetando o desenvolvimento cognitivo, motor, social e emocional das crianças, assim como o ritmo de aquisição de novas competências.

Quando um indivíduo chega a um novo país, pode deparar-se com uma situação de **choque cultural**, caracterizada por uma incapacidade de adaptação a uma nova situação devido à diferença de valores e crenças entre as duas culturas, muitas vezes consequente de barreiras linguísticas, hábitos e costumes, papéis comportamentais, atitudes e crenças (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014). O choque cultural pode acontecer a indivíduos imigrantes, num novo país, que implique a adaptação a situações desconhecidas e costumes de outra cultura. O choque cultural pode levar ao sentimento de isolamento, solidão e medo (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014).

Quando os grupos minoritários se inserem num outro país, ocorre, através de um processo involuntário, uma mistura étnica e cultural que faz com que ambas as culturas se tornem cada vez mais semelhantes. Este processo denomina-se como **aculturação**, que pode suceder de diferentes modos - integração, assimilação, separação e marginalização (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014). O nível de aculturação torna-se importante para a enfermagem no sentido de compreender o comportamento e a saúde da família (Jeremias, 2009).

Quanto ao conceito de **relativismo cultural**, este determina que os comportamentos de um indivíduo devem ser julgados e compreendidos no contexto da cultura em que este ocorre, já que o sistema de crenças, valores culturais e a própria visão do mundo, vão influenciar a resposta da família aos cuidados de saúde (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014).

3.3. Religião

Segundo Coutinho (2012) **religião** define-se como a ligação do homem com algo superior. A religião tem duas vertentes: substantiva, relacionada com as crenças e práticas; e funcional, relacionada com o papel da religião na dimensão organizacional e a sua função social (Coutinho, 2012). A definição da religião é diretamente influenciada pelo contexto cultural. A religião apresenta um papel importante, podendo ser a base que fundamenta os hábitos e estilos de vida e crenças de saúde de uma família e que vai determinar em que ambiente as crianças são criadas (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014). Segundo os mesmos autores, as

crenças religiosas integram as culturas, tornando-se difícil separar e distinguir o que é cultural e o que é religioso.

A religião islâmica tem como característica assimilar elementos de diferentes culturas desde que não colida com os próprios fundamentos (Jeremias, 2009). Devido a este facto, existe uma grande diversidade cultural nas populações islâmicas, contudo tendo uma única crença religiosa que influencia os valores, hábitos e costumes (Jeremias, 2009). Para os muçulmanos, a família é considerada uma bênção divina, sendo que os pais têm o dever de garantir o desenvolvimento físico, psicológico, sociocultural, moral e espiritual harmonioso (Jeremias, 2009). De acordo com a mesma autora, as mães preocupam-se com o cumprimento da vigilância de saúde, seguindo as orientações da medicina convencional, contudo estes grupos também recorrem à medicina tradicional.

Relativamente à alimentação, o islão proíbe o consumo de bebidas alcoólicas, carne suína e derivados, assim como toda a carne proveniente de animais em que no abate não foi invocado o nome de Deus (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014; Jeremias, 2009). Não existem restrições relativamente aos alimentos dos grupos hortícolas, frutas e pescado. Ainda relacionado com a alimentação, nas famílias muçulmanas a amamentação é extremamente valorizada e deverá ser feita até aos dois anos de vida da criança (Jeremias, 2009).

Não existe um padrão de alimentação islâmico, uma vez que a alimentação sofre a influência da cultura, da região geográfica do país de expressão islâmica. Segundo (Purnell, 2010c), os hábitos diatéticos dos povos da Ásia Meridional, são complexos, regionalmente variados, e fortemente influenciados pela religião; refletindo-se na seleção dos alimentos, nos costumes e nos modos de preparação. Esta realidade interfere na forma como se processa a diversificação alimentar da criança lactente, nesses povos.

4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada no percurso formativo com o objetivo de adquirir competências comuns e específicas de EEESIP, segue a metodologia proposta pela Ordem dos Enfermeiros (2013) com o Ciclo PDCA: Plan, Do, Check e Act/Adjust. Na primeira etapa “Plan” realiza-se a identificação e descrição da problemática, a fundamentação teórica dos conceitos com a posterior definição dos objetivos gerais e específicos do projeto. Na segunda etapa “Do” planeia-se e executa-se as tarefas e atividades propostas, seguindo-se a terceira etapa “Check” onde se avalia os resultados através de uma prática de análise reflexiva e se realiza o relatório final. Na última etapa “Act/Adjust” dá-se a partilha do conhecimento com a restante equipa de enfermagem, treina-se a equipa e implementa-se a mudança, com o objetivo da melhoria dos cuidados. Nesta fase inclui-se também a divulgação de conhecimento teórico adquirido, com a comunidade científica.

Transpondo para o meu percurso, na primeira etapa “Plan” comecei por identificar e descrever a problemática que queria desenvolver. Para a justificar e compreender, realizei pesquisa em bases de dados (Cinahl e Medline) e em obras de autores de referência da problemática em estudo, tendo construído um mapa conceptual organizativo dos conceitos (Apêndice I). Para além disso, enquadrei o projeto num referencial teórico de enfermagem, de forma a sustentar a prática de cuidados e a reflexão sobre as mesmas. Após realizar uma conceção teórica, identificar a problemática e realizar a autoavaliação das competências comuns e específicas do EE, foram delineados os objetivos gerais e específicos do projeto, sendo estes:

1. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP que permitam prestar cuidados à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde/doença, nos diferentes contextos pediátricos e etapas de desenvolvimento.
 - 1.1. Conhecer a prática diferenciada de cuidados do EEESIP nos diferentes contextos de saúde;
 - 1.2. Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família;
 - 1.3. Desenvolver competências no âmbito das doenças e comuns e situações de risco que possam afetar a criança/jovem e família;
 - 1.4. Desenvolver competências de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento e à cultura da criança/jovem e família.

2. Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança, de origem asiática meridional, nos diferentes contextos pediátricos.

2.1. Identificar os fatores que influenciam a alimentação saudável do recém-nascido e criança lactente de origem asiática meridional;

2.2. Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de alimentação saudáveis no recém-nascido e criança lactente e família de origem asiática meridional.

Na segunda etapa “Do”, com base nos objetivos, definiram-se tarefas e atividades, recursos, resultados esperados e cronograma, com base nos contextos de estágio já atribuídos pela equipa de docentes. Consequente da pandemia Covid-19 que vivemos, o estágio sofreu alterações relativamente aos locais dos contextos em que o estágio decorreu e ao cronograma, sendo que alguns contextos de estágio foram adequados à realidade encontrada. Perante esta realidade, surgiram atividades que não estavam previamente planeadas, mantendo-se outras que foram adaptadas. Assim, os contextos de estágio que integraram o meu percurso formativo foram os seguintes: Serviço de Internamento de Pediatria de Primeira Infância (SIP), Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Unidade de Saúde Familiar (USF) e Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento (SRPD). A caracterização dos contextos de estágio e o cronograma encontram-se descritos detalhadamente no Apêndice II.

A terceira fase “Check” desenvolveu-se na fase final do estágio onde se avaliaram os resultados e a aquisição de competências comuns e específicas do EEESIP, através da prática reflexiva, tendo por base a análise das experiências vividas, fundamentadas com base na evidência científica. Foi nesta etapa que concretizei o relatório final de estágio, tendo por base as aprendizagens desenvolvidas ao longo do percurso de estágio.

Por último, a quarta etapa “Act” é caracterizada pela partilha do conhecimento desenvolvido com a comunidade científica e com as equipas de enfermagem, de forma a disseminar conhecimento, treinar a equipa, implementar mudanças e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta etapa encontra-se espelhada maioritariamente no capítulo da conclusão, no âmbito dos projetos futuros, mas também nas atividades de formação realizadas, dirigidas às equipas de enfermagem.

5. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL – AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Ao longo deste capítulo irei reflectir sobre o percurso realizado durante os vários contextos de estágio, que me permitiram a aquisição e desenvolvimento de um conjunto de competências inerentes de um EEESIP.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019) um “(...) enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade de enfermagem (...)” (p.4744). Sendo que o EEESIP se diferencia por ser aquele que presta “(...) cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, (...) identifica e mobiliza recursos de suporte (...)” (Regulamento n.º 351/2015, 2015, p.16661). O mesmo regulamento acrescenta, ainda, que o EEESIP trabalha em parceria com a criança/jovem e família, em qualquer contexto em que esta se encontre, de forma a proporcionar o melhor estado de saúde. Assim, a denominação de EEESIP baseia-se num perfil de competências comuns e específicas, elencadas no Regulamento de Competências Comuns e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Deste modo, torna-se pertinente compreender o significado de ser-se competente. Alarcão e Rua (2005) referem que competência implica a mobilização de conhecimentos para saber agir sobre uma situação, de forma intencional. Estes autores acrescentam que não existe competência sem conhecimentos e que exige saber os limites do seu conhecimento, de forma a promover uma aprendizagem contínua. De modo a atingir a competência profissional, os estágios clínicos são momentos de extrema importância na aquisição de competências, por permitirem o contacto com a prática clínica, a mobilização de diferentes saberes e o caminho para a identidade profissional (Alarcão & Rua, 2005).

Foi com base no Regulamento de Competências Comuns do EE, no Regulamento de Competências Específicas do EEESIP e no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem que analisei o meu percurso de aquisição de competências, presente neste capítulo. Deste modo, este capítulo encontra-se dividido tendo por base os objetivos gerais e específicos orientadores do estágio (referidos no capítulo anterior da metodologia).

5.1. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP que permitam prestar cuidados à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde/doença, nos diferentes contextos pediátricos e etapas de desenvolvimento

Ao longo deste sub-capítulo, irei desenvolver o percurso de aquisição de competências no âmbito de cada objetivo específico do meu estágio. Desta forma, encontra-se organizado por objetivos específicos e, em cada um deles, por atividades desenvolvidas nos vários campos de estágio.

5.1.1. Conhecer a prática diferenciada de cuidados do EEESIP nos diferentes contextos de saúde

Como primeiro objetivo específico, procurei conhecer a prática diferenciada do EEESIP, de forma a compreender como esta se diferencia da prática do enfermeiro de cuidados gerais. Assim, ao longo dos contextos de estágio, procurei dar resposta a este objetivo específico através da: apresentação do projeto de estágio ao Enfº Orientador Clínico e sua posterior adaptação ao Serviço; observação do funcionamento do Serviço, métodos de organização e filosofias de cuidados; da observação das competências acrescidas do EE no âmbito da organização e gestão dos cuidados; e da observação participante da intervenção do EEESIP no cuidado à criança/jovem e família nos diversos contextos de saúde.

Em primeira instância, no início de cada contexto de estágio, apresentei o projeto de estágio, com os objetivos e a descrição das atividades e resultados esperados, ao Orientador Clínico (Apêndice III), de forma a priorizar as experiências baseado nos objetivos de estágio e ajustá-lo à realidade de cada Serviço, uma vez que consequente da pandemia por Covid-19, algumas atividades dos Serviços foram suspensas. Assim sendo, em alguns contextos de estágio surgiram novas atividades e noutros, foram ajustadas consoante as necessidades identificadas e a realidade encontrada.

Nos vários campos de estágio procurei observar o funcionamento de cada Serviço e identificar os métodos de organização e filosofias de cuidados através da consulta de normas e instruções de trabalho assim como da observação da dinâmica da equipa de enfermagem e conhecimento dos seus métodos de trabalho. Relativamente aos métodos de organização do trabalho de enfermagem, consegui

identificar que na maioria dos Serviços funcionam por método de trabalho individual e não pelo método de enfermeiro de referência. O método de trabalho por enfermeiro de referência é o método de trabalho privilegiado no Regulamento n.º 351/2015 (2015). Este método é caracterizado pela atribuição de um conjunto de crianças a um enfermeiro que fica responsável pela gestão de todos os cuidados necessários, desde a avaliação inicial, o plano de cuidados, a preparação da alta e a supervisão dos cuidados planeados e implementados (OE, 2015). Apesar de, no meu contexto da prática clínica não se trabalhar segundo este método de trabalho, consegui observar a sua operacionalização em dois contextos de estágio, tornando-se enriquecedor para a minha aprendizagem enquanto futura EEESIP, por espelhar de forma clara as filosofias de cuidados centrais da saúde infantil e pediátrica. Ao longo dos vários contextos de estágio as filosofias de cuidados e modelos de enfermagem presentes são as caracterizadoras dos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediatria, sendo elas os CCF, a parceria de cuidados e os cuidados não traumáticos. Estas filosofias e modelos de cuidados, em conjunto, promovem um cuidado de excelência no reconhecimento da criança e sua família como o cliente alvo de cuidados, promovendo a parceria entre os enfermeiros e a família nos cuidados à criança e prestando cuidados minimizadores do desconforto psicológico e físico da criança nos cuidados de saúde (Hockenberry & Barrera, 2014). Com estas aprendizagens, consigo, assim, compreender as vantagens do método de trabalho por enfermeiro de referência e da integração das filosofias de cuidados na prática clínica, de forma a dar resposta a cuidados complexos, promovendo a satisfação do cliente e a promoção da saúde. Consequentemente desenvolvo competências de EE no âmbito do domínio da gestão dos cuidados¹.

Para além das competências acrescidas na prestação de cuidados direta ao cliente, consegui também observar que o EE tem competências acrescidas no âmbito da organização e gestão dos cuidados, como referido no Regulamento n.º 351/2015 (2015), tendo funções nos Serviços de: supervisão de cuidados e tomadas de decisão; enfermeiro de referência; integração nas reuniões multidisciplinares; chefia de equipa; gestão dos recursos humanos e materiais do Serviço; promoção da formação em serviço; desenvolvimento de guias orientadores de boas práticas e sistemas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Todos estes aspetos contribuem para

¹ Competência Comum C: Domínio da gestão dos cuidados. C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. 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 (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4748).

que o EE desempenhe uma prática de enfermagem avançada caracterizada por: ser capaz de prestar cuidados eficazes e eficientes, com um elevado grau de autonomia, a uma população específica; apresentar competências de liderança e de iniciativa de mudança; uso deliberado, propositado e integrado de evidência científica de enfermagem e de outras ciências; conhecimento profundo e amplo da prática clínica; e demonstrar de capacidades de juízo e de tomada de decisão avançadas (CNA, 2008). Assim, um EE com uma prática de cuidados avançada, torna-se perito na sua área de cuidados. Segundo Benner (2001) o enfermeiro perito é definido pela sua flexibilidade e adaptação às situações, apresentando uma resposta rápida e em conformidade, não necessitando de regras ou máximas para nortear a sua prática, dotando-se de um vasto leque de conhecimentos e experiências que lhe permite avaliar as situações, focando-se no cerne da situação. Ao longo dos vários contextos de estágio tive a oportunidade de acompanhar EEESIP dotados deste nível de competência e perícia. Consequentemente, consegui compreender de que forma o EEESIP se distingue dos restantes enfermeiros, nortecendo o meu percurso de desenvolvimento de competências no âmbito do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal², da melhoria contínua da qualidade³, da gestão dos cuidados⁴ e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais⁵.

Através da observação da intervenção do EEESIP nos vários contextos de saúde, consegui compreender que o EEESIP presta cuidados com intencionalidade à criança/jovem e família, com base nas filosofias e modelos de cuidados centrais de saúde infantil e pediátrica, como os CCF, os cuidados não traumáticos e os cuidados neuroprotectores. Tornou-se evidente a distinção do EEESIP dos restantes elementos das equipas de enfermagem, pela sua competência acrescida na maximização da saúde da criança/jovem, nos cuidados específicos em resposta às necessidades do

² Competência Comum A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. 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. A1.1: Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746).

³ Competência Comum B: Domínio da melhoria contínua da qualidade. B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. B3: Garante um ambiente terapêutico seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4747).

⁴ Competência Comum C: Domínio da gestão dos cuidados. C1: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. 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 (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4748).

⁵ Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.1: Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho. D2.2: Suporta a prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

ciclo de vida e de desenvolvimento e nas situações de especial complexidade. Neste âmbito, no contexto de estágio do SIP surgiu a oportunidade de acompanhar a enfermeira da equipa dos Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) em visita domiciliária. Esta atividade foi integrada posteriormente no planeamento deste contexto de estágio, que me permitiu observar a competência e responsabilidade acrescida do EEESIP nas situações de especial complexidade. Nesta visita domiciliária, consegui observar a EEESIP a cuidar de crianças em cuidados paliativos com a abordagem holística, integrando competências de especialista na sua intervenção: promoção a saúde; cuidar na doença; maximização do potencial da criança/jovem e sua família; promoção da parceria de cuidados; e integração na saúde escolar. Relacionado com este momento de aprendizagem no âmbito dos CPP, realizei uma análise reflexiva (Apêndice IV) que me permitiu compreender a intervenção do enfermeiro numa equipa de CPP e como funcionam os CPP em Portugal, assim como analisar o meu comportamento e respostas emocionais à situação experienciada. Com esta análise reflexiva consegui compreender que o EEESIP tem um papel fundamental nesta área de cuidados, de forma a dar resposta às necessidades paliativas da criança e família, já que o EEESIP tem desenvolvidas competências que lhe permitem prestar cuidados de forma mais profunda e especializada^{6,7}. Para além destas competências, o EEESIP também tem responsabilidades direcionadas para a área científica e política dos CPP, tanto na investigação de boas práticas, como na formação, assim como na integração de grupos de trabalho que visam a implementação de equipas de CPP nos vários contextos de cuidados.

⁶ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. 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. E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. E1.1.8. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. E 1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

⁷ Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E2.5 Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

5.1.2. Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família

A temática do crescimento e desenvolvimento da criança foi uma área em que identifiquei a necessidade de aprofundar conhecimentos, devido a ter pouca experiência profissional nesta área e de esta ser de extrema importância enquanto futura EEESIP. Deste modo, identifiquei um conjunto de atividades a realizar nos diferentes contextos de estágios, que me permitissem desenvolver competências neste âmbito, sendo estas: o aprofundamento teórico acerca do crescimento e desenvolvimento infantil; a observação participante da intervenção do EEESIP no âmbito do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem; a observação e aplicação de escalas de avaliação do desenvolvimento infantil; a transmissão de orientações antecipatórias promotoras do desenvolvimento infantil; a participação nas consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil; e a referenciação de crianças com incapacidade/doença complexa para instituições/serviços de suporte.

O desenvolvimento da criança dá-se a nível motor, cognitivo, emocional e social, sendo este um processo dinâmico e contínuo, influenciado por fatores biológicos, psicológicos, ambientais, genéticos e sociais (DGS, 2013a; OE, 2010). O desenvolvimento infantil adequado e equilibrado é um direito da criança (Comité Português para a UNICEF, 2019; OE, 2010) e os enfermeiros têm a responsabilidade de promover e avaliar o desenvolvimento infantil, nos vários momentos de interação com a criança e sua família (OE, 2010). Neste sentido, todas as crianças devem ser submetidas a avaliações periódicas do seu desenvolvimento, por profissionais de saúde treinados e motivados, de forma a receber tratamento precoce e direcionado às necessidades da criança, minimizando os prejuízos para a sua saúde e para a saúde pública (OE, 2010).

Os vários contextos de estágio permitiram-me realizar observação participante da intervenção do EEESIP, tanto na avaliação do desenvolvimento infantil, com a respectiva aplicação de escalas de avaliação do desenvolvimento infantil, como na posterior elaboração e avaliação de planos individuais de saúde, com os diferentes níveis de prevenção e nos diferentes grupos etários.

Na UCIN, o papel do EEESIP nos cuidados relacionados com o crescimento e desenvolvimento do RN, transparece através da aplicação do Modelo dos Cuidados Neuroprotectores e da filosofia de CCF. O Modelo dos Cuidados Neuroprotectores e os CCF interligam-se entre si e estão presentes nos cuidados diários de enfermagem,

através das inúmeras intervenções que são adoptadas pela equipa, que vão influenciar o desenvolvimento saudável dos prematuros. O *Neonatal Integrative Developmental Care Model* de Altimier e Phillips (2013) caracteriza-se por ser um modelo de cuidados neuroprotetores, que identifica sete medidas padrão que requerem atenção por parte dos enfermeiros, de forma a promover um melhor neurodesenvolvimento dos prematuros.

O contexto de estágio da UCIN, por ser o local onde exerço a minha atividade profissional, constituiu um momento privilegiado de reflexão sobre a minha prática clínica diária enquanto futura EEESIP e sobre a influência dos cuidados e das intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento do prematuro, especialmente no neurodesenvolvimento e na neuroprotecção. Consegui compreender que a minha prática de cuidados vai ao encontro das medidas centrais dos cuidados neuroprotetores, elencados por Altimier e Philips (2013) e por Coughlin (2017), sendo os mais evidentes: o controlo do ambiente terapêutico, a gestão da dor e do stress, salvaguardar o sono, os posicionamentos terapêuticos, a alimentação e a procura pela parceria com a família do RN⁸. Esta análise permitiu-me refletir sobre a minha prática diária, no meu contexto da prática clínica, e compreender que evolui no estabelecimento da tomada de decisão intencional e refletida, baseada na evidência científica, caracterizadora de um EEESIP.

Ainda no âmbito dos cuidados neuroprotetores foi identificada a necessidade, pela Enf^a Orientadora Clínica e pela Enf^a Chefe do Serviço, de realizar uma formação direcionada à equipa de enfermagem, na área do posicionamento terapêutico, de forma a promover a melhoria na qualidade dos cuidados da equipa. Os posicionamentos são uma intervenção autónoma de enfermagem e, como referido previamente, são uma das sete medidas padrão identificadas pelo *Neonatal Integrative Developmental Care Model*, já que se tornam fundamentais na proteção cerebral e na promoção do desenvolvimento neuromotor, musculoesquelético e das funções fisiológicas, como o desenvolvimento da atividade cerebral (Altimier & Philips, 2013; Tamez, 2013). Assim, tendo por base a importância dos posicionamentos e a necessidade identificada, foi realizada uma sessão de formação com a temática “Os Posicionamentos e o Neurodesenvolvimento numa UCIN” (Apêndice V) e integrada posteriormente no planeamento do projeto de estágio. Com esta atividade, foi possível

⁸ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E.3.1: Promove o crescimento e desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

compreender quais as necessidades da equipa de enfermagem, no sentido da transmissão de conhecimentos, assim como o planeamento e realização da sessão de formação e sua apresentação à equipa^{9,10,11}. Ainda na UCIN, relativamente à aplicação de escalas de avaliação do desenvolvimento infantil, por não serem aplicadas escalas que me permitissem desenvolver competências neste sentido, propus a aplicação da escala “*Early Feeding Skills* – versão modificada” (Anexo II). A *Early Feeding Skills* – versão modificada é uma escala de avaliação das competências precoces na alimentação oral do RN pré-termo, que avalia a capacidade de regulação da criança para uma alimentação oral “bem-sucedida” levando ao desenvolvimento de um plano de cuidados alimentares individualizado (Thoyre, Shaker & Pridham, 2014). A aplicação desta escala foi uma nova atividade integrada no meu projeto de estágio, tornando-se a sua aplicação pertinente por focar duas áreas de interesse no meu percurso de desenvolvimento de competências: o crescimento e desenvolvimento infantojuvenil e a alimentação do RN/lactente no primeiro ano de vida. Assim, ao longo deste contexto de estágio, apliquei esta escala¹² a vários RN pré-termo (entre as 33 semanas + 5 dias e as 35 semanas de idade corrigida), de forma periódica. Consequentemente, foi possível identificar evoluções e retrocessos no processo de aprendizagem da alimentação oral e, com isso, planear os cuidados de forma mais individualizada, tendo por base as capacidades demonstradas pelo RN.

Durante o estágio na USF, acompanhei o EEESIP e participei nas Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ), seguindo as recomendações do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), estando a vigilância das etapas de crescimento e desenvolvimento definida como uma das linhas orientadoras destas

⁹ Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.1: Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. D2.1.1: Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.3: Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4: Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

¹⁰ Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.2: Suporta a prática clínica em evidência científica. D2.2.1: Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

¹¹ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E.3.1: Promove o crescimento e desenvolvimento infantil. E.3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

¹² Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E.3.1: Promove o crescimento e desenvolvimento infantil. E.3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

consultas (DGS, 2013a). No PNSIJ, estão definidas as idades-chave para a realização das consultas de saúde infantil e juvenil, mas, devido à situação pandémica vivenciada durante a realização do estágio, os gestores da USF procederam a alterações na sua organização. As modificações que mais influenciaram as CESIJ foram a suspensão: do método de trabalho por enfermeiro de família, das visitas domiciliárias e das CESIJ em algumas idades-chave; mantendo-se apenas todas as consultas até aos dois anos de idade, a consulta dos cinco, seis e dez anos de idade, e outras situações de maior vulnerabilidade, deixando os adolescentes fora da calendarização periódica.

Ao longo do estágio na USF tive, como referido, a oportunidade de acompanhar o EEESIP na realização das CESIJ. Por ser uma área da enfermagem da qual tenho pouca experiência, e consequente da importância da temática do desenvolvimento infantil, previamente ao estágio, realizei um aprofundamento teórico acerca do crescimento e desenvolvimento infantojuvenil nos vários grupos etários. Esta pesquisa teve por base as recomendações do PNSIJ, como a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, a Escala de Sinais de Alarme, os temas sugeridos nos Cuidados Antecipatórios e o Modelo Touchpoints de Brazelton. Ao aprofundar conhecimentos, consegui compreender melhor as etapas de desenvolvimento das crianças presentes em consulta, assim como as tomadas de decisão da EEESIP no decorrer da CESIJ e posteriormente mobilizar o conhecimento nas consultas que realizei. Ao participar ativamente nas CESIJ, fui desenvolvendo capacidades que me permitiram, no final deste contexto de estágio, realizar CESIJ de forma mais autónoma, segura e fluida, com a supervisão do EEESIP. As consultas foram um momento privilegiado para a aprendizagem da aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada por me terem permitido observar ativamente o EEESIP na aplicação da escala. Esta avaliação era realizada de forma intuitiva e despercebida para a criança, com os brinquedos intencionalmente colocados na sala da consulta, ao dispor para a criança brincar e participar, como recomendado pela DGS (2013a). O brincar é uma necessidade da criança e contribui para o desenvolvimento físico, emocional e intelectual, sendo um espaço seguro e preferencial para a criança se expressar (Silva, Schmidt, Grigol & Schultz, 2020). Desta forma, ao utilizarmos o brincar intencional para avaliar o desenvolvimento infantil, observamos a criança de uma forma mais fidedigna, num ambiente que lhe é conhecido e controlado pela mesma (Silva, Schmidt, Grigol & Schultz, 2020). Durante as consultas que conduzi, apliquei a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, maioritariamente a crianças até aos dois anos de idade, sendo

que a minha destreza, flexibilidade a autonomia era maior com as crianças até aos 12 meses, consequente da minha área de prática clínica. Com isto, foi necessário dirigir o meu desenvolvimento de competências na aplicação da escala às crianças mais velhas, de forma a tonar-me mais autónoma. Benner (2001) adverte-nos para este facto, de que um enfermeiro que seja perito numa área de cuidados específica (no meu caso a neonatologia), ao desenvolver funções noutra área de competência posiciona-se novamente como enfermeiro iniciado, e, nesta situação que refiro de aplicação da Escala de Desenvolvimento Infantil, foi notório os meus diferentes níveis de perícia nos diferentes grupos etários. Para além da aprendizagem e treino da aplicação da escala¹³ e posterior registo no programa informático *SClínico*, consegui compreender que as escalas de avaliação do desenvolvimento servem apenas como padrões de referência, tanto a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada com a Escala de Sinais de Alarme, e que “nem todas as crianças chegam à mesma idade no mesmo estágio de desenvolvimento.” (DGS, 2013a, p.58).

No contexto de estágio no SIP, a monitorização do desenvolvimento infantil não é realizada de forma periódica, dado que as crianças se encontram numa situação de vulnerabilidade. Contudo, o desenvolvimento infantil não é negligenciado durante o internamento da criança já que os pilares do desenvolvimento infantil são considerados na prestação de cuidados e organização do Serviço, algo que foi notório neste contexto de estágio. Deste modo, ao observar ativamente a intervenção do EEESIP, consegui compreender que este demonstra preocupação distinta na temática do desenvolvimento infantil, em comparação com os restantes elementos da equipa. O EEESIP foi realizando avaliações do desenvolvimento infantil de forma oportunista, durante a intervenção à criança, utilizando o brincar como estratégia de avaliação, como referido anteriormente por Silva, Schmidt, Grigol e Schultz (2020). Para além disso, a equipa de enfermagem do SIP adota estratégias que proporcionam à criança um ambiente promotor do seu desenvolvimento, tendo em consideração os pilares do desenvolvimento infantil: a promoção da amamentação/alimentação diversificada; a imunização de acordo com o Plano Nacional de Vacinação; a garantia da higiene e vestuário; a manutenção do sono e repouso, com o controlo do ambiente do internamento; a promoção do brincar; a promoção da segurança; e o clima de afetos (OE, 2010). Considero estas estratégias importantes porque, segundo a OE (2010),

¹³ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E.3.1: Promove o crescimento e desenvolvimento infantil. E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

todas as crianças têm direito a um desenvolvimento equilibrado e é responsabilidade dos enfermeiros garantir e promover o desenvolvimento infantil saudável. Desta forma, neste contexto de estágio consegui desenvolver competências de EEESIP ao concretizar atividades promotoras do desenvolvimento infantil, como: as sessões de educação para a saúde¹⁴ que realizei aos pais sobre a alimentação saudável, os cuidados de higiene e a segurança durante o internamento (prevenção de quedas e feridas); assim como a promoção dos cuidados não traumáticos através da utilização do brincar terapêutico, durante a realização de procedimentos dolorosos ou a preparação para exames, como estratégia de controlo da dor¹⁵ (Engenheiro, Geadas, Lobo, Azougado, Figueiredo e Simpson, 2016).

Relativamente aos cuidados antecipatórios, estes são uma intervenção de cuidados de promoção da saúde e prevenção da doença, que se operacionalizam através da transmissão antecipada de conhecimentos aos cuidadores, de forma a que estes possam ter um melhor desempenho no exercício da parentalidade, protegendo os direitos da criança (DGS, 2013a). O desenvolvimento da parentalidade implica assim a promoção da responsabilidade parental adequada e de comportamentos que otimizam o crescimento e desenvolvimento das crianças, de forma a reestruturar objetivos, comportamentos e responsabilidades para conseguir atingir uma nova autodefinição (Mercer, 2010). Desta forma, os cuidados antecipatórios apresentam-se como uma estratégia contributiva para a parentalidade, devendo incluir ações promotoras do desenvolvimento infantil, para que cada criança possa atingir o máximo das suas competências nas várias áreas de desenvolvimento (DGS, 2013a). A transmissão de orientações antecipatórias foi algo observado em todos os contextos de estágio, sendo na UCIN e USF mais evidente. Na UCIN, o EEESIP evidencia-se também por transmitir orientações antecipatórias de forma sensível e oportuna, tanto para a aquisição de competências ao longo do internamento do RN (aspetos relacionados com o desenvolvimento de competências do RN prematuro e dos Cuidados Neuroprotectores), como para a preparação da alta para o domicílio (como a progressão ponderal, alimentação, posicionamento e estimulação motora). A

¹⁴ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E.3.1: Promove o crescimento e desenvolvimento infantil. E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

¹⁵ Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E.2.2: Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

partilha de informação¹⁶ que consegui realizar durante este contexto de estágio, e que transferi para a minha prática diária de cuidados, de forma mais intencional e refletida, é uma competência do EEESIP e permite aos pais participarem, colaborarem e envolverem-se nos cuidados ao prematuro com maior confiança e segurança, promovendo o seu papel parental e a interação com o RN¹⁷, conceitos centrais dos CCF (Coughlin, 2014). Na USF, os cuidados antecipatórios são parte integrante das consultas de saúde infantil e juvenil, como definidos no PNSIJ, e estão estruturados e organizados de acordo com as idades-chave e as etapas de desenvolvimento das crianças. Na integração dos cuidados antecipatórios ao longo da CESIJ, o EEESIP demonstra a capacidade de transmitir estas orientações de acordo com as necessidades e preocupações da família, não desvalorizando qualquer dúvida ou temática. Com a crescente autonomia na realização das CESIJ, consegui também transmitir orientações antecipatórias¹⁸ ao longo das consultas que realizei, sugerindo atividades e estratégias promotoras do desenvolvimento infantil, adequadas a cada faixa etária e segundo as recomendações do PNSIJ.

Ainda na temática do desenvolvimento infantil, ao longo do estágio na UCIN tive a oportunidade de realizar a referenciação de dois RN com incapacidade/doença complexa para instituições de suporte e cuidados de especialidade. O primeiro RN tratava-se de uma criança com uma possível paralisia cerebral por encefalopatia hipóxico-isquémica à nascença, com autonomia respiratória, mas com risco de asfixia, sem autonomia alimentar total. Consequente da situação clínica do RN foi necessário realizar encaminhamento para: a USF da área de residência com referenciação à Enfermeira de Família de forma a assegurar a continuidade dos cuidados; o Centro de Paralisia Cerebral de referência; a empresa que garante fornecimento de oxigénio para suporte respiratório, com agendamento de momento de sessão de educação para a saúde aos pais, ainda durante o internamento. Outra situação que vivi na UCIN que demonstra o meu desenvolvimento de competências de EEESIP, foi o caso de

¹⁶ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E.3.1: Promove o crescimento e desenvolvimento infantil. E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

¹⁷ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E.3.2: Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais. E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

¹⁸ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E.3.1: Promove o crescimento e desenvolvimento infantil. E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

um RN em CPP, onde foi possível colaborar com a Equipe de CPP e participar na reunião multidisciplinar, composta pelo médico, fisioterapeuta, assistente social e enfermeiro. No desenrolar destas situações senti uma diferença notória na minha prestação de cuidados, quando comparada com outras situações vividas previamente, espelhada na minha capacidade de interpretar e identificar as necessidades da criança e família e, posteriormente, dar resposta às suas necessidades através dos recursos disponíveis. Esta minha capacitação e aumento do nível de competência e perícia é consequente do meu desenvolvimento ao longo deste percurso de aquisição de competências de EE e de EEESIP. Assim, ambas as situações revelam o meu crescimento e desenvolvimento enquanto futura EEESIP, por ter demonstrado competências nos cuidados ao RN com doença complexa, na identificação da necessidade de encaminhamento da situação complexa, na referenciação¹⁹ e coordenação com as diversas equipas de saúde, adequando assim o suporte familiar e comunitário ao RN e sua família²⁰.

5.1.3. Desenvolver competências no âmbito das doenças comuns e situações de risco que possam afetar a criança/jovem e família

Uma das unidades de competência do EEESIP, elencada no Regulamento n.º 422/2018 (2018), é diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. Consequentemente, e por ser uma área pouco desenvolvida na minha prática de cuidados, foi definida como um dos objetivos específicos do meu projeto de estágio. Deste modo, para dar resposta a este objetivo específico, desenvolvi as seguintes atividades: observação participante e colaboração com o EEESIP na prestação de cuidados à criança/jovem no âmbito das doenças comuns; aprofundamento de conhecimentos relativos à atuação do EEESIP numa situação de risco; colaboração com o EEESIP na prestação de cuidados à criança/jovem em

¹⁹ Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E.2.5: Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. E2.5.6: Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

²⁰ Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E.2.5: Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. E2.5.4: Adequa o suporte familiar e comunitário (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

situação de risco; e, realização de uma análise reflexiva sobre os cuidados ao jovem em situação de risco.

Durante os contextos de estágio na USF, SUP e SIP tive oportunidade de realizar atividades que me permitiram desenvolver competências de EEESIP no âmbito da intervenção nas doenças comuns, que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida das crianças e jovens (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Em todos estes contextos de estágio observei a intervenção do EEESIP na prestação de cuidados em situações de doença comum e, posteriormente, colaborei com o mesmo nos cuidados de enfermagem, permitindo-me adquirir competências nesta área. Na USF, no âmbito da prevenção primária, consegui compreender de que forma o EEESIP intervém no domínio das doenças comuns, através da observação participante da intervenção do EEESIP durante as ações de educação para a saúde e esclarecimento de dúvidas dos pais/cuidadores, relativos às doenças comuns, em cada faixa etária. Um dos objetivos da vigilância de saúde com base preconizado no PNSIJ passa pela prevenção, identificação e atuação a nível das doenças comuns, transmitindo aos cuidadores das crianças/jovens orientações antecipatórias relativas aos sinais e sintomas das patologias mais comuns, clarificando a necessidade de recurso aos serviços de saúde (DGS, 2013a). Assim, de acordo com o PNSIJ e as competências do EEESIP na maximização da saúde da criança/jovem, a intervenção relativamente às doenças comuns, desenvolveu-se na maioria das CESIJ em que participei e realizei, adequando à idade da criança e às preocupações dos pais/cuidadores, sendo a maioria das situações relativas ao recém-nascido, lactente e criança em idade pré-escolar²¹. Alguns exemplos da intervenção através dos cuidados antecipatórios na CESIJ do recém-nascido são as orientações relativamente aos aspetos de segurança (como a prevenção de quedas e da síndrome de morte súbita), exposição do RN a grandes oscilações de temperatura e a técnica de desengasgamento. Na CESIJ do lactente abordei, consequente da necessidade dos pais/cuidadores, as temáticas da dentição e estratégias de controlo da dor e prevenção de cáries, da segurança e prevenção de acidentes domésticos (aspiração, queimaduras e quedas) e, no caso do lactente ingressar na creche, orientações

²¹ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. 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. E1.2.1: Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. E1.2.8: Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

relativamente à identificação de sinais de sintomas das patologias mais frequentes e cuidados a ter. Já na criança em idade pré-escolar as orientações antecipatórias que realizei focaram-se nas temáticas dos cuidados de higiene oral, na alimentação saudável e a identificação de sinais e sintomas das doenças transmissíveis mais comuns nas escolas e os cuidados a ter. Estas idades-chave são caracterizadas por momentos de grande adaptação da criança e da família, de forma a dar resposta às necessidades da criança, sendo o papel do enfermeiro de extrema importância na promoção da parentalidade positiva, na maximização da saúde e na prevenção da doença. Assim, quando realizei as ações de educação para a saúde, aos pais destas crianças, relativamente a situações que possam afetar a sua saúde, prestei cuidados baseados na filosofia de CCF (IPFCC, 2017) ao reconhecer a família como uma constante, identificando as suas necessidades; ao transmitir informação num contínuo de forma a promover a parceria de cuidados e, conseqüentemente, promovendo a capacitação e o *empowerment* da família nas situações de doença que possam vir a ocorrer. A capacitação parental que realizei, no âmbito desta temática, vem ao encontro do referido no Regulamento n.º 351/2015 (2015) no domínio da promoção e maximização da saúde, onde o EEESIP deve criar e aproveitar oportunidades para trabalhar com a família, fornecendo informação orientadora, para promover a adoção de comportamentos de saúde e maximizar o potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

No contexto de estágio do SUP, os turnos que realizei na sala de triagem e na sala de observação foram propícios à aquisição de conhecimentos na área das doenças comuns, através da colaboração na prestação de cuidados às crianças e jovens, acompanhada pela Orientadora Clínica. De ressaltar que, apesar de ter sido possível acompanhar a EEESIP Orientadora Clínica e ter desenvolvido aprendizagens neste âmbito, esta referiu que, devido à situação pandémica da Covid-19, a afluência ao Serviço de Urgência tinha diminuído bastante e os motivos de admissão de doentes também tinham sido alterados. Segundo a Orientadora Clínica, passou a ser mais frequente a vinda de crianças ao SUP por sintomas relacionados com a Covid-19 ou situações de doença aguda mais grave, contrariamente aos motivos pré-pandemia, caracterizados, maioritariamente, por situações de doença respiratória, doença gástrica e trauma. Durante este contexto de estágio, consegui, assim, observar a intervenção do EEESIP, na prestação de cuidados no âmbito das doenças comuns, que é caracterizada por conseguir identificar os sinais e sintomas no cliente pediátrico e intervir intencionalmente, minimizando os efeitos negativos para este. Esta

competência é consequente de um vasto conhecimento e experiência sobre as doenças mais comuns. Desta forma, adquiri novos conhecimentos no âmbito da prestação de cuidados à criança/jovem com doença comum, mais notórios durante a aplicação do Sistema de Triagem de Manchester e durante os cuidados prestados à criança com patologia respiratória, doença aguda com preparação cirúrgica (como apendicites) ou necessidade de internamento.

O contexto de estágio do SIP foi, também, bastante enriquecedor para o desenvolvimento de competências na esfera da assistência à criança/jovem e sua família, na maximização da sua saúde, no âmbito da intervenção nas doenças comuns que possam afetar a qualidade de vida da criança/jovem. A intervenção do EE distingue-se dos restantes enfermeiros porque o SIP é um Serviço caracterizado por uma equipa mais inexperiente. Desta forma, o EE, para além de cuidar das crianças e famílias que lhe são atribuídas, tem a responsabilidade de gerir os cuidados de enfermagem e coordenar a equipa de enfermagem, otimizando o processo de cuidados; supervisionar a realização e atualização dos planos individuais de cuidados; supervisionar e colaborar com os enfermeiros mais inexperientes nos cuidados às crianças/famílias, sempre que estes o necessitarem, de forma a garantir a excelência dos cuidados. Consequentemente, o EEESIP, de forma a dar resposta às várias necessidades dos cuidados, encontra-se dotado de um vasto conhecimento em diversas áreas, destacando-se o âmbito doenças comuns, que permite a adequação do plano de cuidados a cada criança e posterior intervenção de forma apropriada. A possibilidade de colaborar com o EEESIP na prestação de cuidados às crianças e famílias²² e posterior atualização do plano de cuidados no sistema informático SClínico, tornou-se bastante enriquecedora para a minha aprendizagem já que, na minha prática clínica, o SClínico não é utilizado, sendo esta uma ferramenta de trabalho de enfermagem bastante organizadora e demonstrativa da intervenção dos enfermeiros.

Assim, ao longo dos contextos de estágio, desenvolvi competências de EEESIP de assistência à criança/jovem e família, na maximização da sua saúde, no âmbito da intervenção nas doenças comuns, através das várias experiências vivenciadas e

²² Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. 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. E1.2.1: Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

atividades desenvolvidas, como: a aquisição de conhecimentos sobre as doenças comuns às várias idades; a prestação de cuidados à criança/jovem nas situações de doença comum; a promoção da parceria dos cuidados com vista ao envolvimento, capacitação e participação dos cuidadores; a transmissão de informação num contínuo aos pais, facilitadora da aquisição de conhecimentos e consequente melhoria da resposta às necessidades da criança/jovem, promovendo a saúde e bem-estar da criança/jovem.

A intervenção nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, como os maus tratos, negligência e privação, abuso e comportamentos de risco, vem definida, pelo Regulamento n.º 351/2015 (2015) como uma das esferas de atuação do EEESIP. Deste modo, procurei realizar atividades ao longo dos vários contextos de estágio que me permitissem desenvolver competências de EEESIP no âmbito da intervenção nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. O contexto de estágio do SUP destacou-se pela complexidade da situação experienciada, propiciando-me um momento de análise reflexiva importante no meu percurso de aprendizagem. Num dos turnos, a Orientadora Clínica ficou responsável por uma adolescente vítima de maus tratos físicos, tendo sido um momento propício à minha aprendizagem nos cuidados aos jovens nesta área, através da colaboração na prestação de cuidados à criança/jovem em situação de risco e posterior discussão sobre o papel do EEESIP nos cuidados a esta jovem. Ainda no mesmo dia, a Enfª do SUP, que pertence ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR), estava presente no Serviço e tive a oportunidade de realizar uma entrevista informal, de forma a compreender a organização e atuação do NHACJR, assim como os protocolos e procedimentos disponíveis no Serviço/Hospital. A vivência desta situação em concreto foi, para mim, um desafio e, por esse motivo, realizei uma análise reflexiva (Apêndice VI) de forma a conseguir compreender a situação, no sentido da atuação da equipa e do EEESIP, e quais os vários recursos disponíveis. Assim, com a realização desta análise reflexiva, adquiri conhecimentos na área dos maus tratos, tanto na classificação dos diferentes tipos como na intervenção nestas situações, quer a nível hospitalar como comunitário, aprendendo os diferentes passos de atuação e compreendendo as tomadas de decisão realizadas pela equipa. Esta situação da prática de cuidados permitiu-me adquirir competências de EEESIP no âmbito da prestação de cuidados à criança/jovem em situação de

risco²³, sendo que o EEESIP tem o dever de detetar situações de risco e prestar cuidados holísticos, com distinção, para além de ter a responsabilidade de encaminhar a situação através dos meios necessários e integrar equipas dos NACJR.

5.1.4. Desenvolver competências de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento e à cultura da criança/jovem e família

A comunicação foi também identificada como uma área a desenvolver, já que, ao realizar a minha prática de cuidados num Serviço de Neonatologia, sentia a necessidade de desenvolver competências de comunicação com as crianças e jovens, de acordo com os diferentes grupos etários e estádios de desenvolvimento. Para além das crianças e jovens, para o EEESIP, o cliente implica sempre a família (Regulamento n.º 351/2015, 2015). Nesse sentido, este objetivo específico também se direciona para o desenvolvimento das competências na área da comunicação com os pais/cuidadores, em especial para as famílias de diferentes culturas e especificamente as de origem da Ásia Meridional, uma vez a temática deste relatório se relacionar com estes grupos populacionais. Assim, para atingir este objetivo específico delineei um conjunto de atividades direcionadas tanto para a comunicação com a criança/jovem como para a com os pais/família. Para ambas as áreas, realizo ao longo deste subcapítulo, uma reflexão crítica acerca das competências de comunicação desenvolvidas.

Ao longo dos vários contextos de estágio, realizei um aprofundamento teórico sobre as técnicas e estratégias de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento. Para além disso observei a interação entre o EEESIP Orientador Clínico e as crianças/jovens e suas famílias, durante a prestação de cuidados, o que me permitiu identificar estratégias utilizadas pelo EEESIP, treinar técnicas e assim desenvolver competências de comunicação dirigidas aos diferentes grupos etários. Segundo o Regulamento n.º 351/2015 (2015), o EEESIP deve procurar, constantemente, relacionar-se empaticamente com a criança/jovem, utilizando técnicas adequadas à idade, estágio de desenvolvimento e cultura. Alguns dos princípios centrais da comunicação com o cliente pediátrico devem passar por: falar

²³ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. 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. E1.2.4: Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.6: Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

de modo claro, concreto, simples e com frases curtas; ser honesto; dar a possibilidade de escolha apenas quando existe; dar tempo à criança para que esta se sinta confortável; falar com os pais, caso a criança esteja envergonhada; comunicar através de um objeto de transição (boneco, peluche, por exemplo); facilitar a expressão de preocupações e emoções; assumir uma posição ao mesmo nível da criança; e dar oportunidade aos adolescentes de falarem sem a presença dos pais (Hockenberry, 2014).

No contexto de estágio do SIP consegui observar os aspetos previamente mencionados, particularmente nas crianças até aos dois anos de idade, através da colaboração com a EEESIP na interação com as crianças. Durante este contexto de estágio procurei interagir com os RN e lactentes de forma carinhosa, calma e simples, através de gestos e brincadeiras que envolvessem o contacto com a pele do lactente e utilizando os brinquedos como meio de comunicação, como objetos coloridos ou com som, para captar o olhar e a atenção da criança. Nos lactentes entre os 6-12 meses procurei manter a pessoa significativa no campo de visão da criança (por exemplo, durante a avaliação dos sinais vitais), para que se mantivesse segura. Esta necessidade é consequente de a criança se encontrar, no âmbito do desenvolvimento cognitivo, no estágio sensório-motor de Piaget que se manifesta, nesta idade, pela fase da ansiedade da separação e do medo de estranhos (Wilson, 2014). Assim, sempre que necessário, a interação era primeiro estabelecida com a pessoa significativa e só depois da criança estar confortável, é que era dirigida à mesma.

As crianças em idade escolar, no âmbito do desenvolvimento cognitivo, encontram-se entre a fase final do estágio pré-operatório, caracterizado pela consciência social, e o estágio operatório concreto, assinalado pela capacidade de utilizar os seus processos de pensamentos (Rodgers, 2014). Consequentemente, necessitam de explicações e justificações para tudo o que lhes está a acontecer (Hockenberry, 2014) e a interação com a criança, enquanto EEESIP, deve ir ao encontro desta sua necessidade, aspeto que foi observado nos contextos de estágio do SUP e da USF. O contexto de estágio do SUP foi um momento privilegiado para a aprendizagem de técnicas de comunicação durante a realização de procedimentos de enfermagem, momentos que por si já causam bastante stress e ansiedade à criança (Sanders, 2014). Ao longo das várias interações entre a Orientadora Clínica e as crianças, procurei identificar as técnicas utilizadas e, posteriormente, treiná-las noutras interações. Desta forma, destacaram-se alguns aspetos que desenvolvi no âmbito da comunicação, sendo estes, a comunicação verbal e não-verbal e a técnica

de comunicação através do brincar terapêutico. No âmbito da comunicação verbal procurei interagir com as crianças utilizando um discurso calmo, claro e com vocabulário adequado ao nível de desenvolvimento de cada criança, explicando o que iria efetuar previamente à realização do procedimento. Relativamente à comunicação não-verbal, foi uma área que senti necessidade de aprofundar e refletir, nomeadamente acerca da intencionalidade da mensagem transmitida. Uma das formas de comunicação não-verbal mais importante é a expressão facial por ser a parte do corpo mais expressiva (Potter & Perry, 2006). Contudo, consequente da utilização constante das máscaras cirúrgicas devido à pandemia por Covid-19, a expressão facial fica limitada ao contacto visual, sendo por isso ainda mais importante a consciencialização das restantes formas da comunicação não-verbal: linguagem paraverbal (tom de voz e o silêncio); cinestésica (como a postura, gestos e expressão corporal); tátil (toque); e proxémica (utilização do espaço pessoal do cliente) (Phaneuf, 2005). Relativamente à utilização da técnica do brincar terapêutico, procurei, sempre que possível, iniciar a interação com a criança através do seu boneco, de forma a criar uma relação de confiança (Hockenberry, 2014). A utilização do boneco como instrumento de demonstração foi também usado para a explicação dos procedimentos, simulando no boneco o que iria ser realizado (por exemplo a punção venosa), permitindo à criança familiarizar-se com os materiais e realizar questões, de forma a promover uma maior cooperação durante o procedimento e reduzir o medo, o stress e a dor (Engenheiro et al., 2016).

Na USF, as CESIJ foram um momento de grande aprendizagem no âmbito da comunicação com as crianças de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento, permitindo-me desenvolver competências de EEESIP. Consegui observar a interação da EEESIP Orientadora Clínica e constatar que, com os *toddler* e crianças pré-escolares, esta comunicava diretamente com a criança, se esta se sentisse confortável, ou dirigia a comunicação para os pais, deixando a criança explorar o ambiente e observar a interação entre os pais e o enfermeiro. Para a avaliação do desenvolvimento infantil, a EEESIP utilizava o brincar para conseguir aproximar-se da criança e propor a realização de certas atividades, já que, segundo Hockenberry (2014), a utilização do brincar como técnica de comunicação é um excelente meio de comunicação e interação com as crianças nestes grupos etários. Muitas vezes, a utilização do brincar pela EEESIP era feita de forma despercebida para a criança, através da disponibilização de uma folha e lápis em cima da mesa, para que esta desenhasse, ou através da colocação de brinquedos adequados à idade, para avaliar

algumas competências de desenvolvimento físico, cognitivo e social da criança (Hockenberry, 2014; DGS, 2013a). Nas CESIJ que realizei, procurei operacionalizar estas técnicas observadas e aprendidas, especialmente o brincar como técnica de comunicação durante a avaliação do desenvolvimento infantil. Mas, por não apresentar o mesmo nível de perícia que a Orientadora Clínica, nem no domínio da avaliação do desenvolvimento infantil nem das técnicas de comunicação, não obtive o mesmo nível de colaboração da criança, por ter conduzido uma intervenção mais estruturada, constricta e menos flexível. Considero estas dificuldades normais da minha pouca experiência nestas áreas de conhecimentos e na interação com as crianças deste grupo etário, aspeto já referido anteriormente e que necessitou de ser trabalhado ao longo deste processo de aprendizagem. Deste modo, consigo compreender a importância do brincar “(...) para o bem-estar mental, emocional e social das crianças” (Sanders, 2014, p.1041) e, sobretudo, do brincar terapêutico e a utilização do brinquedo com uma estratégia importante na comunicação e interação com as crianças. Esta estratégia facilita a comunicação, a participação e aceitação dos procedimentos realizados, minimizando o stress e melhorando as experiências, reduzindo as consequências negativas da doença e da hospitalização, promovendo um cuidado não traumático à criança e família (Engenheiro et al., 2016).

Ainda na USF, desenvolvi competências de comunicação com o adolescente. Consequente da alteração das consultas na USF, foram poucas as CESIJ com adolescentes em que participei, mas destaco um momento que foi distinto pela sua complexidade. Numa das CESIJ, foi atendida uma adolescente com dezasseis anos (M.) acompanhada pelo pai. Este marcou a consulta para os dois por sentir necessidade de ser acompanhado pela sua equipa de saúde familiar de forma a explorar a transição que estão a viver. O Pai, no início da consulta, referiu que a sua mulher tinha falecido há seis meses, por situação de doença prolongada, e que estava a ser difícil a reorganização familiar, o regresso à escola e ao trabalho. O Pai referiu que se sentia “deprimido e perdido” (sic) e sentia que a filha não estava a gerir bem a situação, apesar de ter uma rede de suporte familiar (tios, avós, primos, amigos) e profissional (professores e psicóloga da escola). A EEESIP proporcionou um momento de conversa a três (Enfermeira, Pai e M.) sobre as dificuldades sentidas e os motivos de preocupação. Depois, propôs à família conversar individualmente com cada um, ficando apenas a M., a EEESIP e eu. A EEESIP assegurou a confidencialidade à M. e referiu que estava num espaço seguro, podendo conversar sobre os sentimentos e emoções que esta estava a viver, dando-lhe espaço e tempo para se exprimir.

Proporcionou também à M. a reflexão sobre que mecanismos de suporte tinha e quais eram os mais significativos. Depois, conversaram sobre a relação entre a M. e o Pai e quais eram as dificuldades sentidas, orientando o discurso para que M. tomasse consciência da situação e sugerisse elementos de resolução, de forma a promover a mudança. Ao longo da interação a EEESIP demonstrou compreensão empática, respeito e disponibilidade com M., promovendo suporte e *feedback* positivo. No final, a EEESIP mostrou-se disponível para a M. sempre que esta o desejasse, disponibilizando os recursos à sua disposição.

Após a consulta, a EEESIP proporcionou-me um tempo de análise reflexiva orientada sobre a situação vivida, de forma a identificar algumas das estratégias utilizadas pela mesma durante a CESIJ, permitindo-me compreender que esta interação se insere numa situação de relação de ajuda. Segundo Phaneuf (2005) define-se como uma relação que permite ao cliente compreender melhor a sua situação, aceitá-la, abrir-se à mudança e adaptar-se à situação, de forma a tornar-se mais autónomo. Esta situação em específico, por ter ocorrido de forma imprevista, espontânea e sem objetivos delineados, enquadra-se nas relações de ajuda informais (Simões, Fonseca e Belo, 2006, citado por Coelho et al., 2020). Durante a intervenção, a Orientadora Clínica foi construindo a relação de ajuda indo ao encontro das finalidades elencadas por Phaneuf (2005): ajudar a M. a clarificar a situação que está a viver e torná-la interveniente ativa na sua própria vida, ao identificar algumas estratégias de *coping*, mecanismos de suporte e recursos pessoais existentes, de forma a promover a mudança na vida de M. Durante a relação de ajuda o enfermeiro deve estar completamente disponível para o outro e para a sua situação, devendo a atitude do enfermeiro ser orientada pela confiança, respeito caloroso, compreensão empática, disponibilidade, confidencialidade, autenticidade, ausência de julgamento e esperança (Chalifour, 2008; Phaneuf, 2005). A EEESIP reuniu estas atitudes durante a sua intervenção, demonstradas por: propiciar um espaço a sós entre a M. e a EEESIP; referir que o momento em consulta era um espaço seguro e confidencial; demonstrar um interesse genuíno pela M., dando-lhe a sua atenção exclusiva e escutando o que era emitido através da comunicação verbal e não-verbal; encorajar a sua expressão de ideias e sentimentos; respeitar as suas perspetivas, sem juízo de valor; promover a escuta ativa, postura calma e sem reações exageradas. Hockenberry (2014) no âmbito da comunicação com o adolescente, salienta que os adolescentes estão mais dispostos a partilhar as suas preocupações e emoções com um adulto que não seja da família, aceitando a interação com os profissionais que

demonstrem um interesse genuíno por si, quando realizado de forma confidencial e sem juízos de valor. Com esta situação experienciada consegui observar e refletir sobre a utilização de técnicas de comunicação com o adolescente, fundamentais para a aquisição de competências enquanto futura EEESIP.

Assim, ao longo dos contextos de estágio, desenvolvi competências de EEESIP no âmbito da comunicação com o cliente pediátrico de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento. Esta aprendizagem deu-se através da procura constante pela empatia no estabelecimento da comunicação com a criança, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento, permitindo-me comunicar e relacionar-me com as crianças de forma eficaz, adequada e empática^{24,25}, descrita no Regulamento n.º 351/2015 (2015) como um dos elementos importantes da prática de cuidados do EEESIP. Esta aquisição de competências permitiu-me, no último estágio do meu percurso, no SRPD, conseguir comunicar e relacionar-me com crianças e adolescentes com dificuldades cognitivas que limitam a comunicação. Este contexto de estágio foi um momento excecional para a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso de estágio e profissional, já que me permitiu comunicar com as crianças/jovens internadas, utilizando os princípios e as estratégias aprendidas, como: a adaptação da linguagem ao estágio de desenvolvimento da criança; utilização da comunicação verbal de forma calma e concreta, utilizando palavras simples e frases curtas; utilização de meios alternativos à comunicação verbal, através de suporte tecnológico e imagens; utilização do brincar e do jogo como estratégia de comunicação; minimização do contacto que seja considerado ameaçador para a criança/jovem; intencionalidade da comunicação não-verbal, como o silêncio, controlo do espaço, postura, expressão facial e toque. Desta forma, consegui relacionar-me de forma eficaz com as crianças e jovens presentes no

²⁴ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. 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. E1.1.2: Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

²⁵ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.3: Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.1: Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.3: Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

SRPD²⁶, demonstrando o meu crescimento profissional e pessoal, enquanto futura EEESIP.

Relativamente à comunicação com os pais/pessoa significativa, o EEESIP deve estar capacitado para comunicar eficazmente com a família da criança/jovem, reconhecendo a família como uma constante, partilhando a informação num contínuo e honrando as diferenças culturais, alguns dos aspetos centrais dos CCF (McGrath & Vittner, 2020; IPFCC, 2017; Hockenberry & Barrera, 2014). Deste modo, foi possível desenvolver competências de comunicação com os pais das crianças/jovens em todos os contextos de estágio²⁷, desenvolvendo a escuta ativa, a empatia, a transmissão de informação antecipada, o encorajamento da partilha de preocupações e dúvidas, o reforço positivo e a gestão da informação excessiva; questões fundamentais na comunicação com os pais (Hockenberry, 2014).

Para além do referido anteriormente, os contextos de estágio foram um espaço de desenvolvimento de competências de comunicação com os pais das crianças provenientes da Ásia Meridional e de outras regiões do mundo. Em cada contexto de estágio procurei identificar, junto da equipa de enfermagem, as dificuldades e barreiras relacionadas com a comunicação com os pais das crianças da Ásia Meridional. Em primeira instância, e assinalada como a maior dificuldade, foi identificada a barreira linguística, devido às famílias não falarem ou falarem pouco em língua portuguesa ou o pai comunicar em inglês, mas a mãe apenas comunicar no idioma de origem. Esta disparidade nas competências linguísticas torna-se uma enorme barreira na fase pandémica atual, por apenas poder permanecer no Serviço um dos progenitores, na maioria das vezes a mãe. Consequentemente, a comunicação com a mãe, no internamento, torna-se extremamente difícil por esta, na maioria das situações, não falar inglês e português, limitando os cuidados de enfermagem. Ainda no âmbito da barreira linguística, foi também referido como uma dificuldade a falta de informação escrita disponível noutros idiomas além do português. Outros aspetos mencionados pelas equipas de enfermagem foram: as

²⁶ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.3: Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.3: Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem. (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

²⁷ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.3: Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.1: Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

diferenças culturais, quando a família não está aculturada aos costumes ocidentais; as diferenças na concepção de saúde e doença, que influenciam os cuidados à criança/jovem; e a diferença nos papéis familiares e sociais, que vão influenciar a aceitação de ser cuidado por uma enfermeira ou enfermeiro. Todas estas questões são referidas por Phaneuf (2005) como obstáculos à comunicação, acrescentando, também, as diferenças na interpretação da linguagem verbal e não-verbal, o receio de uma quebra de confidencialidade e os valores religiosos e espirituais que podem influenciar comportamentos específicos.

Apesar de todas as equipas de enfermagem terem enumerado várias barreiras na comunicação com as famílias da Ásia Meridional, esta é mantida e os cuidados de enfermagem são prestados com igual nível de competência e excelência. Neste sentido, procurei identificar quais as estratégias que os elementos das equipas de enfermagem mobilizaram para conseguir comunicar com estas famílias, sendo elas: utilização da língua inglesa; utilização do google tradutor; pedir às mães para telefonar ao marido para que este seja o tradutor; disponibilização de informação escrita em inglês; permitir a presença, em simultâneo, de um acompanhante que consiga comunicar com a equipa de saúde; utilização de linguagem simples, informação sintética e concreta, pedindo *feedback* da informação recebida; comunicação por gestos e imagens (tabela de símbolos com palavras chave na comunicação - sim, não, dor, locais do corpo, entre outros); utilização do tradutor oficial. Relativamente à utilização do pai como tradutor, Wheeler (2014) adverte que nas famílias extremamente patriarcais onde o pai é o único elemento que fala a língua da sociedade de acolhimento ou outra universal, a informação transmitida pode não chegar à mãe corretamente traduzida, sendo por isso fundamental pedir feedback à mãe sobre a informação recebida. Hockenberry (2014) adverte para a mesma situação, referindo que ao recorrer a um intérprete a comunicação deve ser direcionada à família, fazer perguntas curtas e esperar a tradução e resposta, devendo evitar-se palavras complexas e complementar com comunicação não-verbal.

Assim, com base nas barreiras identificadas e estratégias mobilizadas pelas equipas de enfermagem, desenvolvi estratégias de comunicação minimizadoras das barreiras existentes, evidenciando-se nos contextos de estágio com maior prevalência de famílias de origem da Ásia Meridional. De ressaltar que, apesar da USF ter uma elevada prevalência de famílias da Ásia Meridional, foi o contexto de estágio em que pude observar um cuidar de enfermagem culturalmente congruente, definido como um cuidar adequado às necessidades da cultura, valores, crenças e modos de vida do

cliente (Leininger, 2006), encontrando-se toda a equipa de saúde competente na comunicação e prestação de cuidados culturalmente sensíveis a estas famílias. Neste contexto, a informação está traduzida para vários idiomas; os profissionais de saúde comunicam em diversos idiomas; as alterações na organização da USF consequentes da pandemia por Covid-19 foram ajustadas para que, nas consultas, ambos os progenitores possam estar presentes em sala, para que a comunicação seja realizada eficazmente; a equipa está familiarizada com as especificidades culturais e, por isso, o meu papel neste local de estágio foi de aquisição de conhecimento e de desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes.

No contexto de estágio do SIP, a maior dificuldade identificada pela equipa de enfermagem foi a realização do acolhimento ao Serviço às famílias da Ásia Meridional, por não conseguirem transmitir as normas e a organização dos cuidados. Nesse sentido, realizei a tradução para inglês do guia de acolhimento aos pais já existente no Serviço (Apêndice VII) e construí um anexo destacável ao guia de acolhimento, em português e inglês, intitulado de “Anexo Covid-19” (Apêndice VIII). Este anexo destacável com as novas regras do Serviço, surge de forma a que os pais fiquem esclarecidos e informados sobre as presentes normas em vigor. No contexto de estágio da UCIN, por ser o local onde exerço funções, favoreceu o desenvolvimento de um maior número de atividades facilitadoras da comunicação com a população da Ásia Meridional. Desta forma, atualizei do guia de acolhimento aos pais na unidade, com as novas regras adaptadas devido à pandemia, e a traduzi o mesmo para inglês, urdu e árabe (Urdu e Árabe traduzido por um *Sheikh* Lisboa que é professor e tradutor dos referidos idiomas) (Apêndice IX). Para além do guia de acolhimento, traduzi, para inglês, alguns dos folhetos disponíveis na unidade (Apêndice X) sobre os sinais de alerta, alta para o domicílio e extração e transporte de leite materno, ficando, assim, a informação escrita a disponibilizar aos pais, no âmbito da enfermagem, disponível em português e inglês.

Nos vários contextos de estágio, para além da adaptação da informação escrita, ao longo dos turnos fui também transmitindo às equipas de enfermagem estratégias que podiam ser utilizadas para minimizar as barreiras comunicacionais encontradas: procurar obter informação sobre as crenças, valores e estilos de vida de cada família de forma a ajustar os cuidados de enfermagem; aceitar e respeitar as diferenças nos papéis familiares e adequar os cuidados de enfermagem nesse sentido; respeitar as diferentes expressões de dor (por exemplo, na UCIN

compreender que a mãe fica em repouso, em casa, na primeira semana do pós-parto e que é o Pai o principal cuidador). Assim, com a realização destas atividades de atualização de guias de acolhimento nos Serviços, tradução de informação escrita e sensibilização das equipas de enfermagem para aspetos culturais que podem dificultar a comunicação, contribui para promover uma comunicação eficaz com os pais, culturalmente sensível, reduzindo o distanciamento entre as famílias e as equipas de saúde, favorecendo a parceria de cuidados e o desenvolvimento das competências parentais. Desta forma, desenvolvo competências de EEESIP no âmbito da comunicação com a criança e família no respeito pelas suas crenças e cultura²⁸ e competências de EE no domínio da melhoria contínua da qualidade, ao fomentar a sensibilidade, consciência e o respeito pela identidade cultural, promovendo um ambiente de cuidados seguro²⁹.

5.2. Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança, de origem da Ásia Meridional, nos diferentes contextos pediátricos

A temática da promoção da alimentação saudável, no primeiro ano de vida da criança, de origem asiática meridional, engloba diversas áreas que necessitaram de ser aprofundadas e desenvolvidas, de forma a tornar-me competente, enquanto futura EEESIP, na promoção de hábitos de alimentação saudável nesta população em específico. Consequentemente identifiquei dois objetivos específicos que me permitiram alcançar este objetivo geral, sendo estes: Identificar os fatores que influenciam a alimentação saudável do RN e criança lactente de origem asiática meridional; Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de alimentação saudáveis no RN e criança lactente e família de origem asiática

²⁸ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.3: Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.2: Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

²⁹ Competência Comum B: Domínio da melhoria contínua da qualidade. B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro. B3.1: Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. B3.1.1: Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4747).

meridional. Por serem dois objetivos específicos que se interligam entre si, irei analisar, em simultâneo, de que forma consegui atingi-los.

Ao longo dos contextos de estágio desenvolvi uma série de atividades que me permitiram atingir este objetivo geral. Em primeiro lugar procurei realizar um aprofundamento teórico sobre a alimentação no primeiro ano de vida da criança, tanto relativo aos primeiros seis meses de aleitamento, focando a temática do aleitamento materno, como para o período da diversificação alimentar para os vários tipos de dieta (omnívora, vegetariana e ovolactovegetariana). De forma a suportar a minha prática clínica baseei a minha pesquisa, nesta área de conhecimento, nas diretrizes mais recentes da OMS, UNICEF e DGS, com as recomendações do PNPAS, já que a temática da alimentação saudável está definida como um dos programas de saúde prioritários da DGS, e na evidência científica³⁰. Para além da área de conhecimentos relativos à alimentação, também realizei um aprofundamento teórico sobre as especificidades culturais/religiosas da população da Ásia Meridional de expressão Islâmica, que influenciam os hábitos alimentares/crenças de saúde, já que cada cultura tem crenças, valores e maneiras de cuidar e de tratamento características, que necessitam de ser conhecidas, compreendidas e integradas no cuidado de enfermagem (McFarland, 2018b). Desta forma, foquei a minha pesquisa na religião islâmica e sobre as especificidades culturais/religiosas que influenciam a prestação de cuidados e a promoção da alimentação saudável nas famílias da Ásia Meridional, baseando-me em diversos autores de referência e em bases de dados. Para além destes aspetos, procurei aprofundar conhecimento no âmbito do processo de imigração dos indivíduos da Ásia Meridional para a Europa e as implicações do processo de aculturação e choque cultural nos cuidados de saúde, em específico na temática do aleitamento e introdução alimentar. Para além dos aspetos teóricos e da evidência científica relatada noutros países europeus, de forma a compreender aspetos mais práticos da comunidade local, que podem influenciar os cuidados de enfermagem, realizei uma entrevista informal a um Sheikh, considerado um informador de referência na Comunidade Islâmica de Lisboa. Esta entrevista foi um momento bastante enriquecedor para a aquisição de conhecimentos e para a consciencialização das dificuldades que as famílias muçulmanas, da Ásia Meridional,

³⁰ Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.2: Suporta a prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

enfrentam na acessibilidade aos cuidados de saúde portugueses³¹, para assim conseguir melhorar a minha prática de cuidados, ajustando a minha intervenção às necessidades destas famílias. Para além da entrevista ao Sheikh, ao longo dos vários contextos de estágio, realizei entrevistas informais a algumas mães muçulmanas da Ásia Meridional sobre a temática do aleitamento e introdução alimentar, tentando compreender de que forma os aspetos religiosos/culturais influenciam os cuidados de enfermagem. A sua pertinência justifica-se com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, que refere que os indivíduos de culturas diferentes são capazes de informar os profissionais de saúde sobre as suas necessidades culturais e que tipos de cuidados querem receber, promovendo assim práticas de cuidados culturalmente competentes (McFarland, 2018b). Com base nesta pesquisa sobre as especificidades culturais e na importância dos cuidados culturalmente competentes, no contexto de estágio da UCIN planeei e realizei uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem, sobre os cuidados de enfermagem ao RN e família de origem asiática meridional (Apêndice XI). Esta sessão de formação justificou-se pela grande prevalência de vários RN e famílias da Ásia Meridional, sendo a prestação de cuidados a estes clientes uma dificuldade identificada pela equipa de enfermagem. Desta forma, a sessão de formação teve como objetivo: transmitir a importância de prestar cuidados de enfermagem culturalmente congruentes; transmitir conhecimentos acerca da cultura dos países da Ásia Meridional / religião islâmica, que influenciem a prática de cuidados de enfermagem; dar a conhecer estratégias que minimizem as barreiras de comunicação com as famílias da Ásia Meridional; e promover a discussão e reflexão acerca das práticas e das dificuldades sentidas. Durante a sessão de formação, esteve presente uma EEESIP membro integrante da Comissão para a Diversidade e Inclusão do Centro Hospitalar. A sua participação tornou-se bastante enriquecedora no momento da discussão das práticas de cuidados e no esclarecimento de dúvidas sobre outras culturas e religiões, já que participaram profissionais de saúde de diferentes Serviços, das áreas de obstetrícia e da criança e do jovem. Com a realização desta sessão de formação desenvolvi competências de EE no âmbito da promoção de práticas de

³¹ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. 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. E1.1.10: Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovens aos cuidados de saúde (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

cuidados que respeitem e protejam os direitos humanos dos clientes³² e que garantam um ambiente seguro do cliente, pelo respeito da sua identidade cultural e necessidades espirituais³³, assim como competências no âmbito da formação em contexto de trabalho^{34,35}.

Para além do aprofundamento teórico, procurei desenvolver competências na promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida da criança através da observação participante da intervenção do EEESIP nos cuidados a estas famílias, da colaboração na prestação de cuidados de enfermagem culturalmente competentes e do desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde. Assim, de forma a expor o meu percurso na promoção de hábitos de alimentação saudáveis no RN e lactente, irei abordar, primeiramente, o desenvolvimento de competências no âmbito do aleitamento (UCIN e SUP) e, posteriormente, a temática da diversificação alimentar (USF e SIP).

Como referido anteriormente, o LM é o alimento ideal para as crianças e é uma das maneiras mais eficientes de garantir a saúde e sobrevivência das mesmas, estando a amamentação recomendada, em exclusivo, até aos seis meses de vida da criança (PNPAS, 2019; WHO, 2009). Consequente desta importância, a promoção da amamentação no RN é uma das competências do EEESIP e, como referido no Regulamento n.º 351/2015 (2015) este deve implementar intervenções que contribuam para a promoção da amamentação. Deste modo, ao longo do meu percurso de aprendizagem, procurei dar resposta a esta competência. A temática da amamentação é uma área de cuidados presente na minha prática diária mas, a promoção do aleitamento materno em mães provenientes da Ásia Meridional foi

³² Competência Comum A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. A2.1: Promove a proteção dos direitos humanos. A2.1.6: Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746).

³³ Competência Comum B: Domínio da melhoria contínua da qualidade. B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro. B3.1: Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. B3.1.1: Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4747).

³⁴ Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.1: Responsabiliza-se por ser facilitador a aprendizagem em contexto de trabalho. D2.1.1: Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.4: Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

³⁵ Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.2: Suporta a prática clínica em evidência científica. D2.2.1: Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

identificada como uma dificuldade, pelas barreiras culturais (choque cultural, diferença nos papéis familiares e sociais, crenças de saúde/doença, rituais de nascença, especificidades alimentares) e comunicacionais (comunicação verbal: barreira linguística e interpretação da mensagem transmitida; comunicação não-verbal: linguagem corporal, expressão facial, contacto visual, espaço pessoal e toque no corpo da mãe durante o apoio na amamentação). O tempo de estágio no meu local de trabalho permitiu-me refletir e analisar a minha prática de cuidados, identificando áreas de melhoria e de desenvolvimento de conhecimentos. Nesse sentido, durante o estágio na UCIN tive oportunidade de prestar cuidados a mães provenientes da Ásia Meridional, promovendo a parceria de cuidados durante a intervenção ao RN e família, através da premissa de que os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos e que se encontram motivados e capazes de prestar cuidados ao RN – princípios do Modelo de Parceria de Cuidados (Casey, 1993). Desta forma, procurei desenvolver intervenções promotoras da interação com o RN e da aprendizagem de competências de alimentação, cuidados de higiene e de conforto, que, segundo a OE (2015) promove a autonomia e autoestima dos pais, facilitando o desenvolvimento das competências parentais³⁶. Também, no decorrer do estágio fui realizando ações de educação para a saúde aos pais sobre a amamentação e o aleitamento, tendo-se destacado uma situação específica pela dificuldade consequente, não da barreira linguística, mas da barreira cultural. Num dos turnos fiquei responsável pelos cuidados a um RN, filho de pais Bangladeshanos, muçulmanos. Durante a prestação de cuidados fui realizado ações de educação para a saúde e de capacitação das competências parentais à mãe, que comunicava em língua inglesa e se encontrava aparentemente aculturada à cultura ocidental. Durante os cuidados esclareci as dúvidas existentes relacionadas com a amamentação e extração, conservação e transporte do LM, porque a mãe estava a extrair o LM, mas não o estava a trazer para o hospital. Nos dias seguintes a mãe continuou sem trazer o LM, apesar do reforço nas ações de educação para a saúde e no esclarecimento de dúvidas. Quando lhe perguntei o motivo, esta justificou que era a indicação do marido e que não ia discordar das suas indicações. Com base nesta situação realizei uma análise reflexiva

³⁶ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E1.1: Implementa e gere, em parceira, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E1.1.1: Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.3: Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

(Apêndice XII) sobre a minha prática de cuidados no sentido da melhoria e da implementação de estratégias, culturalmente congruentes, de promoção do aleitamento materno. Apesar das inúmeras vantagens descritas do LM para o RN e para a mãe, vários fatores influenciam positiva ou negativamente o sucesso do aleitamento materno, como os fatores pessoais, familiares, psíquicos, biológicos, sociais, culturais, espirituais e ambientais (Cunha & Siqueira, 2016; Alves, Magano, Amorim & Silva, 2015). Nesta situação em concreto são os fatores culturais e sociais que influenciam a decisão materna, como a falta de apoio familiar e as barreiras baseadas em valores e crenças, também referidos por Coca, Pinto, Westphal, Mania e Abreu (2018). A amamentação é extremamente valorizada no islamismo, estando recomendada durante os primeiros dois anos de vida, sendo este colocado como um direito da criança (Bensaid, 2019; Jeremias, 2009). Desta forma, torna-se importante compreender as crenças, atitudes e práticas desta família, para conseguir planear intervenções eficazes, utilizando os fundamentos do islamismo e o conhecimento da evidência científica (Bensaid, 2019). Ao longo desta situação, ao desenvolver intervenções que levem à reorganização das crenças de saúde desta família, de forma a adotar novos comportamentos que contribuem para a maximização da saúde do RN, prestei cuidados culturais de remodelação/reestruturação, previstos teoricamente por Leininger na prestação de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes (Leininger, 2006). Desta forma, com esta situação e análise reflexiva desenvolvi competências no âmbito da promoção da saúde e bem-estar^{37,38}, através da promoção da amamentação³⁹, e no âmbito do desenvolvimento das competências parentais, através da sua capacitação e envolvimento na prestação de cuidados ao RN⁴⁰.

³⁷ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E1.1: Implementa e gere, em parceira, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. 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 (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

³⁸ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. E1.1: Implementa e gere, em parceira, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E1.1.5: Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

³⁹ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.2: Promove a vinculação e forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais. E3.2.5: Promove a amamentação (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

⁴⁰ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.2: Promove a vinculação e forma sistemática,

Ainda na UCIN e na área do aleitamento, alguns dos RN têm alta da Unidade com indicação para realizar suplementação com leite artificial, seja por motivos clínicos, por déficit de leite materno ou por decisão da família, sendo uma competência dos enfermeiros realizar ações de educação para a saúde aos pais sobre a correta preparação de leite artificial. Em discussão com a equipa de enfermagem, foi identificada a necessidade da existência de um suporte físico de informação escrita sobre esta temática, uma vez que os enfermeiros percebem que muitas vezes os pais/cuidadores não compreendem, na totalidade, a informação transmitida, em especial as famílias que não compreendem a língua portuguesa. Assim, planeei e realizei um folheto sobre a preparação de leite artificial na língua portuguesa e na língua inglesa (Apêndice XIII) com o objetivo de transmitir informação de forma simplificada, sintética e esquematizada aos pais de RN que necessitem de leite de fórmula. Este folheto permite adequar os cuidados de enfermagem às especificidades de cada cliente ao proporcionar conhecimento direcionado e individualizado⁴¹, de acordo com as crenças e valores familiares/culturais, promovendo cuidados culturais de preservação/manutenção (Leininger, 2006). Com a realização deste folheto informativo desenvolvi trabalho de pesquisa científica, mobilizando conhecimento com base na evidência, de forma a concretizar um folheto pertinente e adequado à população alvo da UCIN⁴².

No SUP, por não existir uma prevalência significativa de famílias provenientes da Ásia Meridional que tornasse pertinente a minha intervenção direcionada para estas famílias em específico, procurei desenvolver atividades relacionadas com alimentação saudável do RN/lactente. Consequente da reorganização dos serviços de saúde devido à pandemia por Covid-19, o SUP teve um aumento no número de admissões em sala de observação de RN por perda de peso. A equipa de enfermagem deparou-se com uma maior solicitação de cuidados no âmbito do aleitamento, tanto nas técnicas de amamentação como na extração, manipulação e conservação do LM no Serviço, já que, por vezes, torna-se necessário administrar o LM através de sonda

particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais. E3.2.6: Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

⁴¹ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. 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. E1.1.4: 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 (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

⁴² Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.2: Suporta a prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

gástrica/biberon. Consequente do aumento da prática da extração de LM no SUP, a Orientadora Clínica e a Enf^a Chefe identificaram a necessidade de desenvolver uma norma de boas práticas sobre esta temática, para este Serviço. Com esta necessidade identificada e enquadrada na temática do meu projeto de estágio, decidi acrescentar esta atividade ao planeamento e concretizar a norma de boas práticas no âmbito do aleitamento materno. Esta norma surge com a finalidade de uniformizar e implementar boas práticas na manipulação, acondicionamento e conservação do LM em contexto hospitalar, para assim minimizar o risco de contaminação do LM com microrganismos patogénicos possivelmente letais para o RN (DGS, 2013b). Desta forma, baseando-me nas diretrizes da DGS (2013b) e na evidência científica, desenvolvi a Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar (Apêndice XIV) e realizei a apresentação da mesma à equipa de enfermagem (Apêndice XV) de forma a transmitir conhecimento sobre as orientações mais recentes relativas à manipulação e acondicionamento do LM. Com a realização desta norma desenvolvo competências específicas de EEESIP, no âmbito da promoção da amamentação⁴³, e competências comuns de EE no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados⁴⁴ e do desenvolvimento das aprendizagens em contexto de trabalho⁴⁵.

Relativamente à temática da introdução alimentar, esta foi mais desenvolvida na USF e no SIP. O contexto de estágio da USF foi um local privilegiado para o desenvolvimento de competências na área da prestação de cuidados de enfermagem culturalmente competentes, devido à diversidade cultural da população cliente desta USF, que me permitiram realizar uma observação participante da intervenção do EEESIP às famílias da Ásia Meridional. As CESIJ a crianças da Ásia Meridional foram caracterizadas pela adaptação dos cuidados de enfermagem aos valores culturais e religiosos, crenças e modos de vida do cliente, que, segundo o Modelo *Sunrise*, se

⁴³ Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.2: Promove a vinculação e forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais. E3.2.5: Promove a amamentação (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

⁴⁴ Competência Comum B: Domínio da melhoria contínua da qualidade. B2: Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. B2.2: Planeia programas de melhoria contínua. B2.2.1: Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.3: Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4: Agiliza a elaboração de guias orientadores de boas práticas (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4747).

⁴⁵ Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.1: Responsabiliza-se por ser facilitador a aprendizagem em contexto de trabalho. D2.1.1: Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.4: Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

influenciam entre si e nas expressões de saúde e práticas de cuidar (Leininger, 2006). Este ajuste dos cuidados de enfermagem é consequente da compreensão e respeito pelas necessidades do cliente, permitindo alcançar a sua cooperação e aceitação dos cuidados de enfermagem, aspetos centrais da enfermagem transcultural (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014; Vilelas e Janeiro, 2012). No âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis no RN e lactente de origem asiática meridional, a equipa de enfermagem tem competências para intervir nesta população específica, conseguindo enquadrar as orientações antecipatórias relativas à introdução alimentar, nas especificidades culturais e religiosas das famílias. Desta forma, ao longo das CESIJ no âmbito das ações de educação para a saúde na temática da alimentação do RN e lactente, procurei prestar cuidados culturais de: preservação, ao ajudar a manter as crenças e valores de cada cultura (por exemplo, os alimentos oferecidos ao lactente na introdução alimentar serem de acordo com os hábitos do país de origem, adaptando as ações de educação para a saúde nesse sentido); e de acomodação, procurando negociar as práticas de saúde, de forma a manter as especificidades culturais e promover cuidados de saúde seguros e eficazes (como, a adaptação da confeção dos alimentos, procurando um equilíbrio e ajuste na adição de temperos - como o caril -, sal e açúcar). Consequentemente, desenvolvi competências de EEESIP, ao prestar cuidados culturalmente competentes e centrados na família^{46,47}, promovendo a parceria dos cuidados e o desenvolvimento das competências parentais⁴⁸, dentro das especificidades culturais e dos papéis familiares de cada cliente, orientando a CESIJ nesse sentido.

Contudo, apesar de a equipa ter conhecimentos e realizar ações de educação para a saúde relativas à introdução alimentar na dieta vegetariana/vegan, não existia suporte de informação escrita neste âmbito. Assim, e de acordo com esta necessidade

⁴⁶ Competência Comum A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. A2.1: Promove a proteção dos direitos humanos. A2.1.6: Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4746).

⁴⁷ Competência Comum B: Domínio da melhoria contínua da qualidade. B3: Garante um ambiente terapêutico e seguro. B3.1: Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. B3.1.2: Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4748).

⁴⁸ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. 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. E1.1.4: 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. E1.1.5: Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

já identificada, previamente, pela equipa, planeei e realizei um folheto intitulado de “A introdução alimentar na dieta vegetariana/vegana” (Apêndice XVI), dirigido aos pais das crianças lactentes, que pertencem à USF, que desejam realizar a introdução alimentar dos seus filhos segundo a dieta vegetariana/vegan. Para tal fiz pesquisa bibliográfica sustentada nas diretrizes do PNPAS (2019), na WHO (2009) e na evidência científica. Este folheto foi apresentado à equipa de enfermagem previamente à disponibilização do folheto às famílias (Apêndice XVI). Com esta atividade, ao procurar identificar quais as necessidades da equipa de enfermagem sobre a alimentação do lactente, transmitir conhecimentos na temática do projeto, concretizar o folheto e apresentar à equipa, desenvolvi competências de EE e de EEESIP: no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, de forma a desenvolver a prática clínica sustentada na evidência científica^{49,50}; e no âmbito da promoção das competências parentais⁵¹ integrando os cuidados antecipatórios⁵², ao realizar a transmissão de informação antecipada, pertinente e adequada sobre a introdução alimentar.

Ainda na área da introdução alimentar, no SIP a minha intervenção teve, também, como alvo a equipa de enfermagem, por ser o enfermeiro quem decide qual a dieta do cliente, tendo este profissional de ter conhecimentos que lhe permita selecionar a dieta adequada, tendo em conta a situação clínica e as necessidades dietéticas de cada criança. O enfermeiro pode decidir a dieta com base numa listagem de dietas pré-definidas tendo a capacidade de personalizar aspetos simples (por exemplo preferências alimentares – alimentos que a criança não goste, como algumas frutas ou legumes, de forma a não integrar a refeição). Contudo, esta listagem não

⁴⁹ Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.1: Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho. D2.1.1: Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.4: Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

⁵⁰ Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.2: Suporta a prática clínica em evidência científica. D2.2.1: Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

⁵¹ Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. 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. E1.1.4: 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 (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

⁵² Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.1: Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.1.3: Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194).

contempla a dieta vegetariana e numa situação de internamento de um cliente pediátrico em regime alimentar vegetariano, o ajuste da dieta tem que ser feito pela Dietista, com base numa avaliação com os pais. Torna-se pertinente referir que a DGS elaborou o Manual de Dietas Hospitalares, publicado em agosto 2021, de forma a uniformizar as dietas utilizadas nas instituições de saúde, onde passa a estar contemplada a dieta pediátrica especificada para as várias etapas da introdução alimentar (4, 5, 6, 7, 8-11 meses) nos vários regimes alimentares, estando incluídas orientações para a dieta vegetariana/vegan (Gregório & Graça, 2021).

Neste Serviço estão presentes, com frequência, famílias da Ásia Meridional e a equipa de enfermagem refere que a promoção de hábitos de alimentação saudáveis e a adaptação das dietas hospitalares a estas crianças tem sido um desafio, devido à diversidade cultural e à barreira na comunicação, potenciado pela complexidade da personalização da dieta. Com base no *feedback* de vários elementos da equipa de enfermagem, a temática da alimentação no primeiro ano de vida constitui uma área de conhecimentos que necessita de ser aprofundada e atualizada, para que se possa prestar cuidados de enfermagem adequados às necessidades de cada criança. Como tal, tornou-se pertinente dotar a equipa de enfermagem de conhecimentos transversais relativos à diversificação alimentar, ao invés das especificidades culturais da população da Ásia Meridional, para posteriormente conseguir adaptar a alimentação às diversas especificidades dos clientes presentes no internamento. Assim, de forma a dotar a equipa de enfermagem do SIP de conhecimentos transversais a todas as culturas, surge a realização de um póster intitulado de “Diversificação Alimentar no 1º ano de Vida” (Apêndice XVII) com conteúdos relativos à diversificação alimentar da dieta onívora e da dieta vegetariana. Este poster tem o objetivo de transmitir informação à equipa de enfermagem de forma sintética, esquematizada e de rápido acesso, sobre a diversificação alimentar no primeiro ano de vida. Com a realização deste póster desenvolvi competências de EE no domínio

das aprendizagens profissionais^{53,54,55}, ao realizar um aprofundamento teórico sobre os hábitos alimentares saudáveis no lactente, de forma a transmitir conhecimentos e capacitar os enfermeiros para a promoção da saúde e bem-estar da criança através de hábitos de alimentação saudáveis.

Concluindo, ao longo dos vários contextos de estágio realizei atividades que me proporcionaram aprendizagens e desenvolvimento de competências de EE e de EEESIP no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança, de origem asiática meridional. Para tal, aprofundi conhecimentos teóricos nas temáticas da alimentação saudável no primeiro ano de vida e nas especificidades culturais e religiosas desta população em específico, e, posteriormente, realizei sessões de formação em contexto de trabalho na temática do meu projeto, de forma a transmitir o conhecimento adquirido. Também, ao longo dos vários contextos de estágio, procurei realizar entrevistas informais a mães sobre amamentação e a introdução alimentar, para compreender quais os seus hábitos de saúde e as dificuldades sentidas nos cuidados de saúde, de forma a adaptar os meus cuidados de enfermagem e transmitir esse conhecimento à restante equipa de enfermagem. Com este percurso de estágio consegui compreender que a maioria das famílias da Ásia Meridional valorizam muito a amamentação sendo notória a sua vontade em amamentar e extrair leite, quando necessário, mas que as ações de educação para a saúde neste âmbito tornam-se complexas pelas diferenças culturais e no idioma, tal como referido por Wheeler (2014) e Jeremias (2009). Relativamente à introdução alimentar, também constatei que algumas famílias seguem as orientações portuguesas e que outras seguem os hábitos dos países de origem. Esta diferença relaciona-se com o nível de aculturação da família e da presença, ou não, de familiares (como as avós)/comunidade de origem que funcionam como estrutura

⁵³ Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.1: Responsabiliza-se por ser facilitador a aprendizagem em contexto de trabalho. D2.1.1: Atua como formador oportuno em contexto de trabalho (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

⁵⁴ Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.2: Suporta a prática clínica em evidência científica. D2.2.1: Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

⁵⁵ Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. D2.1: Responsabiliza-se por ser facilitador a aprendizagem em contexto de trabalho. D2.1.4: Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4749).

de suporte nesta fase de vida da criança, orientando as práticas de saúde. Estas conclusões vão ao encontro do referido por Nielsen, Krasnik e Holm (2015) que referem ser vontade das famílias imigrantes (como os Paquistaneses) de integrar os hábitos alimentares dos dois países, e por Choudhry e Wallace (2012) que no seu estudo no Reino Unido referem que mães com um nível de aculturação mais baixo seguem os costumes dos países de origem e com um nível de aculturação mais elevado seguem os costumes do país de acolhimento. Desta forma, o enfermeiro deve procurar compreender quais os hábitos de cada família e adaptar os seus cuidados às individualidades da família, sendo que a comunicação se torna fundamental para conseguir compreender as necessidades do cliente e assim prestar cuidados culturalmente competentes. Como referido anteriormente, a comunicação com as famílias da Ásia Meridional constitui uma barreira nos cuidados, estando identificado pelas equipas de enfermagem, que tive oportunidade de integrar durante o estágio.

Deste modo, o EEESIP deve ter a sensibilidade e tem a responsabilidade de estar atento a situações da prática mais complexas, que requeiram uma maior adequação dos cuidados, seja pela especificidade cultural e adaptação dos cuidados às necessidades do cliente, seja pela dificuldade na comunicação com as famílias, de forma a conseguir prestar cuidados de excelência. É da competência do EEESIP assistir a criança e sua família na maximização da sua saúde, através da negociação da participação no processo de cuidar, da comunicação através de técnicas apropriadas à cultura e da promoção da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório de estágio espelha o meu percurso formativo de aquisição e desenvolvimento de competências de EEESIP, que se caracteriza por uma mudança positiva na minha prestação de cuidados às crianças/jovens e suas famílias. Com o culminar deste percurso, consigo compreender que o EEESIP tem um papel fundamental nas situações mais complexas de cuidados, com especificidades que implicam um saber mais profundo sobre certas áreas de conhecimento e a capacidade de ajustar a prática de cuidados ao cliente que cuida, de forma individualizada. Para além disso, o EEESIP encontra-se também numa posição privilegiada de atuação e com responsabilidades a nível da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Desta forma, as experiências vividas em estágio e posteriormente analisadas reflexivamente à luz da teoria e evidência, permitiram-me desenvolver competências de EE e de EEESIP, sendo que destaco a aquisição de competências no domínio da assistência da criança/jovem com a família na maximização da sua saúde; da prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem; da melhoria contínua da qualidade dos cuidados; e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Com este relatório também desenvolvo competências de mestre: possuir conhecimentos, saber aplicá-los e ter a capacidade de compreensão a um nível que me permita a resolução de problemas em novas situações na minha área de estudos; ter a capacidade de integrar novos conhecimentos de forma a desenvolver soluções para as questões identificadas; ser capaz de comunicar, de forma clara, as conclusões e conhecimentos adquiridos, a especialistas e não especialistas; adquirir competências que me permita desenvolver, autonomamente, aprendizagens ao longo da vida (JQI, 2004).

O aprofundar da temática do meu projeto “A alimentação no primeiro ano de vida: a intervenção de enfermagem em crianças de origem asiática meridional” foi, em simultâneo, gratificante e desafiante. Como já referido, existe um crescente número de imigrantes da Ásia Meridional na Região de Lisboa e a prestação de cuidados às crianças/jovens e suas famílias é um desafio nos vários contextos. Nesse sentido, com o terminar deste projeto, reflito que a minha presença com este projeto de estágio, focado nesta população específica, gerou curiosidade no seio das equipas que integrei, levando a momentos de discussão com os enfermeiros sobre a prestação de

cuidados a estas crianças/jovens e suas famílias, promovendo oportunidades de desconstruir alguns preconceitos e estereótipos. Assim, acredito que o mais importante que este meu percurso trouxe para a melhoria dos cuidados foi a aproximação dos enfermeiros à população da Ásia Meridional, no sentido da normalização dos cuidados, do conhecimento dos seus valores e costumes e das suas necessidades, de forma a reduzir o distanciamento e a estranheza dos profissionais relativamente a esta população, promovendo um cuidado de enfermagem de excelência. Numa sociedade em constante mudança e cada vez mais multicultural, considero que trabalhei na procura da igualdade, do respeito, da valorização e da normalização das diferenças das famílias da Ásia Meridional, de forma a prestar cuidados de enfermagem holísticos. Para além desta sensibilização, consigo também compreender, baseando-me na prática de cuidados, o quanto influente se torna a cultura na saúde da criança.

Com o desenvolver dos objetivos específicos delineados torna-se claro como todas as temáticas se relacionam entre si e como contribuem para a temática específica do projeto “A alimentação no primeiro ano de vida: a intervenção de enfermagem em crianças de origem asiática meridional”, já que a cultura e a religião influenciam a alimentação da criança e os seus hábitos de saúde, que interferem no processo de desenvolvimento infantil. O papel do EEESIP torna-se fundamental pela compreensão destes aspetos e adaptação dos cuidados de forma a maximizar a saúde da criança, mas, para tal, é necessário ultrapassar uma das barreiras mais referidas na prestação de cuidados a estas famílias – a barreira da comunicação. A comunicação foi também uma das áreas desenvolvidas no meu projeto, que considero ter tido um impacto positivo na minha prestação de cuidados como futura EEESIP.

Ao longo deste projeto, desenvolvi intervenções promotoras do cuidado de enfermagem culturalmente congruente, prestando cuidados de preservação/manutenção, de acomodação/negociação e de remodelação/reestruturação (Leininger, 2006) tanto no âmbito da alimentação saudável do RN/lactente como noutras áreas da promoção da saúde. Desta forma, com o desenvolver de competências e o aprofundar da temática, acredito estar no nível de competência cultural três de Purnell (2010b), de ser conscientemente competente, e na segunda fase do conhecimento de enfermagem transcultural de Leininger (McFarland, 2018a) por estar dotada de conhecimento sobre a cultura e ter desenvolvido intervenções de enfermagem culturalmente específicas. Mas, ainda tenho um percurso por desenvolver de forma a ser inconscientemente competente na

prestação de cuidados culturais (Purnel, 2010) e, por isso, o meu percurso de desenvolvimento de competências e de aprendizagem não termina com a conclusão deste relatório. McFarland (2018a) acrescenta uma quarta fase aos níveis da enfermagem transcultural de Leininger, em que o enfermeiro implementa projetos nos cuidados de saúde e na comunidade, baseados na evidência científica no âmbito dos cuidados transculturais, de forma promover a melhoria dos cuidados culturalmente congruentes e aumentar os ganhos em saúde para várias populações.

Neste sentido, identifico alguns projetos futuros de continuidade deste meu percurso que pretendo desenvolver, de forma a melhorar a minha prática e a promover uma enfermagem transcultural. Em primeiro lugar, pretendo trabalhar no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no âmbito da formação em contexto de trabalho, na temática das especificidades culturais das famílias da Ásia Meridional, promovendo a melhoria dos cuidados de enfermagem. Gostaria também de integrar a comissão para a diversidade e inclusão do centro hospitalar onde exerço funções, de forma a conseguir intervir com outra abrangência neste âmbito. Pretendo concluir e publicar a revisão Scoping *“Estratégias de promoção da alimentação saudável no primeiro ano de vida da criança de origem asiática meridional”*, iniciado durante fase de projeto de estágio, de forma a aumentar conhecimento científico nesta temática, contribuindo para o desenvolvimento das competências de Mestre. Por último, gostaria continuar a investigar nesta área do conhecimento em enfermagem, ingressando a médio prazo no Programa de Doutoramento em Enfermagem.

A concretização deste projeto tornou-se um desafio, pela falta de informação disponível na temática da multiculturalidade na população da Ásia Meridional, mas também bastante pertinente nos dias de hoje pelo aumento desta população nas instituições de saúde portuguesas. A realização do estágio durante os tempos pandémicos que vivemos dificultou o desenvolver do projeto e de algumas atividades planeadas, tendo sido o percurso por vezes incerto e adaptado à realidade encontrada. Esse fator, apesar de inconveniente durante a realização do estágio, tornou-se favorável para o meu crescimento pessoal e profissional como futura EEESIP. Finalizando, termino esta etapa mais consciente desta problemática trabalhada e mais competente para a prestação de cuidados à criança/jovem e sua família nas várias etapas de desenvolvimento e nos vários contextos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Revista Texto & Contexto - Enfermagem*. 14 (3), 373-382.
- Altimier, L. & Phillips, R.M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13 (1), 9-22.
- Alves, E., Magano, R., Amorim, M. & Silva, S. (2015). Aleitamento materno de crianças muito pré-termo e de crianças de termo em contexto hospitalar. *Arquivos de Medicina*. 29 (5), 135-137.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bensaid, B. (2019). Breastfeeding as a fundamental Islamic human right. *Journal of Religion and Health*. 60, 362-373.
- Câmara Municipal de Lisboa (2018). *Plano municipal para a integração de migrantes de Lisboa 2018-2020*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa.
- Câmara Municipal de Lisboa (2019). *Plano de saúde, qualidade de vida e bem-estar de Lisboa – plano de ação 2019-2020*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa.
- Canadian Nurses Association. (2008). *Advanced nursing practice - A national framework*. Ottawa: Canadian Nurses Association.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper & A. Tucker, *Advances in child health nursing* (pp. 183-193). London: Scutari Press.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Choudhry, K. & Wallace, L. (2012). 'Brest is not always best': south Asian women's experiences of infant feeding in the UK within an acculturation framework. *Maternal and Child Nutrition*. 8, 72-87.
- Coca, K.P, Pinto, V.L., Westphal, F., Mania, P.N. & Abrão, A.C. (2018). Conjunto de medidas para o incentivo o aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar: evidências de revisões sistemáticas. *Revista Paulista de Pediatria*. 36 (2), 214-220.
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuño, M. L. & Merino, J. R. (2020) A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma Scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 23, 63-72.

- Comité Português para a UNICEF (2019). *Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos*.
- Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed age appropriate care*. New York: Springer Publishing Company.
- Coughlin, M. (2017). *Trauma-informed care in the NICU: Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. New York: Springer Publishing Company.
- Coutinho, J. P. (2012). Religião e outros conceitos. *Sociologia – Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. 24, 171-193.
- Cunha, E.C. & Siqueira, H.C.H. (2016). Aleitamento materno: contribuições da enfermagem. *Ensaio e Ciência: Ciências biológicas, agrárias e a saúde*. 20 (2), 86-92.
- Direção-Geral da Saúde (2013a). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013. – Norma nº 010/2013 de 31/05/2013*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2013b). *Orientação nº 018/2013 – Leite materno, fórmulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar*. Lisboa: DGS.
- Engenheiro, O., Geadas, C., Lobo, C., Azougado, C., Figueiredo, J. & Simpson, C. (2016). Benefícios do brincar terapêutico em crianças hospitalizadas: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. 2 (1), 489-501.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2019). *Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização*. Lisboa: ESEL.
- Gabinete de Estratégia e Estudos (2021a). *População estrangeira residente em Portugal – Índia*. República Portuguesa: Ministério da Economia.
- Gabinete de Estratégia e Estudos (2021b). *População estrangeira residente em Portugal – Bangladesh*. República Portuguesa: Ministério da Economia.
- Gabinete de Estratégia e Estudos (2021c). *População estrangeira residente em Portugal – Paquistão*. República Portuguesa: Ministério da Economia.
- Gabinete de Estratégia e Estudos (2021c). *População estrangeira residente em Portugal – Nepal*. República Portuguesa: Ministério da Economia.
- Godinho, N. (2020). *Guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações norma APA*. Lisboa: ESEL.
- Gregório, M.J. & Graça, P. (Coords.). (2021). *Manual de dietas hospitalares – Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

- Hesserlgrave, J. (2009). Developmental influences on child health promotion. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds), *Wong's Essentials of Pediatric Nursing (8th ed.)* (pp.71-96). USA: Mosby, Elsevier.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds), *Wong – Enfermagem da criança e do adolescente (9^aed.)* (pp.1-20). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds), *Wong – Enfermagem da criança e do adolescente (9^aed.)* (pp.122-187). Loures: Lusociência.
- Institute for Patient – and Family – Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient – and family – centered care in hospitals: How to get started...* .Maryland: Institute for Patient – and Family-Centered Care.
- Jeremias, C. (2009). Diversidade cultural nos primeiros anos de vida: Um olhar pelas culturas ciganas, hindu e islâmica. In J. Lopes, M. Santos, M. Matos & O. Ribeiro (Coords.), *Multiculturalidade - Perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar* (pp.181-210). Loures: Lusociência.
- Joint Quality Initiative (JQI) (2004). *Shared 'Dublin' descriptors for short cycle, first cycle, second cycle and third cycle awards*. Dublin: Joint Quality Initiative. Acedido em 9/01/2021. Disponível em https://www.uni-due.de/imperia/md/content/bologna/dublin_descriptors.pdf .
- Leininger, M. (2006). Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In M. Leininger & M. McFarland, *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory (2^a ed.)*. (pp.1-41). Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento Materno*. Comité Português para UNICEF.
- Martins, D., Faria, A. & Loureiro, H. (2019). Alimentação vegetariana na criança e no adolescente. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 18, 50-53.
- McFarland, M. (2018a). Transcultural nursing: History, focus, and future directions. In M. McFarland & H. Wehbe-Alamah, *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice*. (4th ed.) (pp.3-12). New York: McGraw-Hill Education.
- McFarland, M. (2018b). The theory of culture cure diversity and universality. In M. McFarland & H. Wehbe-Alamah, *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice*. (4th ed.) (pp.39-56). New York: McGraw-Hill Education.

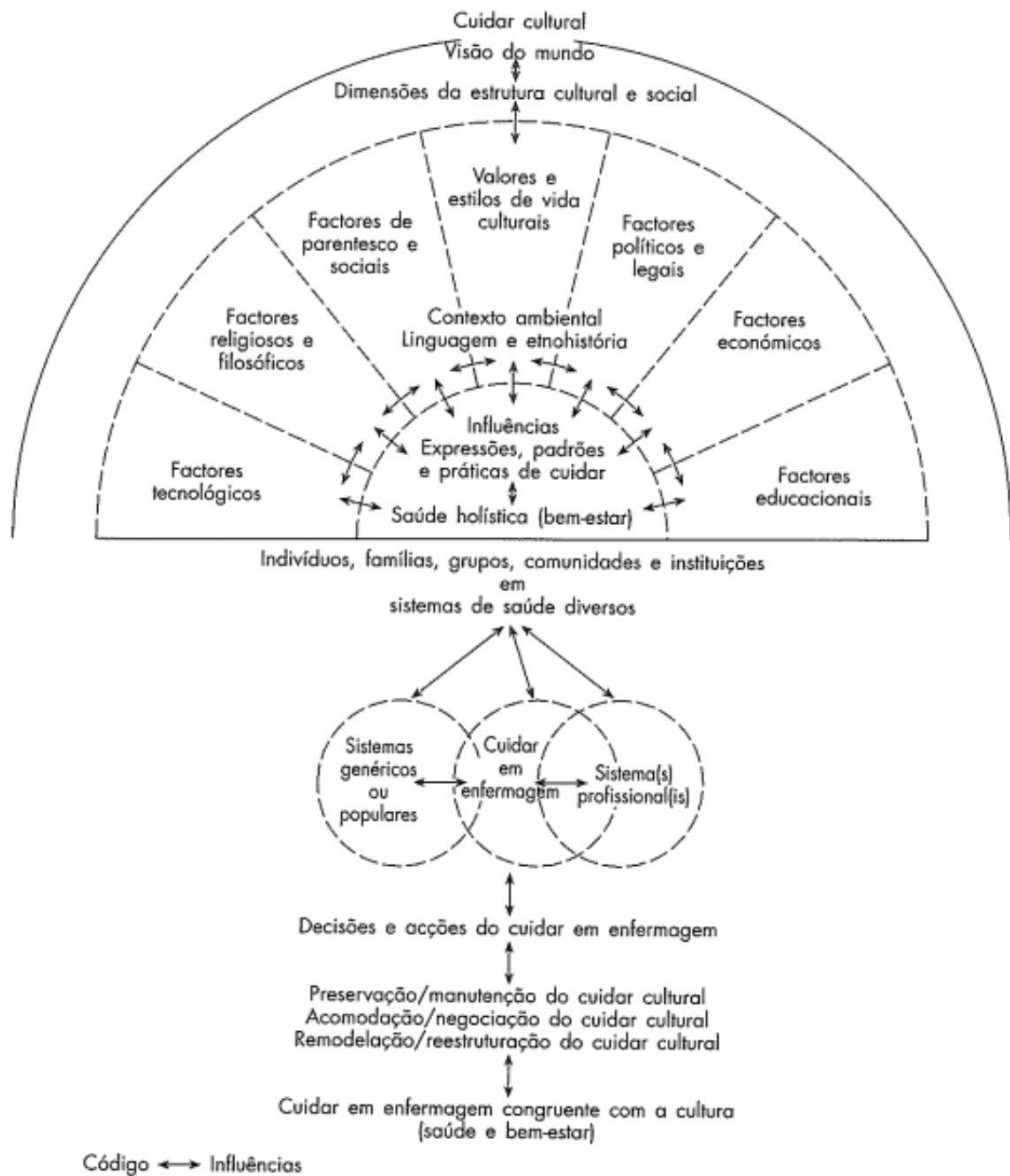
- McGrath, J. & Vittner, D. (2020). Family: Essential partner in care. In C. Kenner, L. Altimier & M. Boykova (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing care* (6th ed.) (pp. 753-783). New York: Springer Publishing Company.
- Mercer, R. T. (2010). Becoming a mother versus maternal role attainment. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 94 - 104). New York: Springer Publishing Company.
- Nielsen, A., Krasnik, A. & Holm, L. (2015). Ethnicity and children's diets: The practices and perceptions of mothers in two minority ethnic groups in Denmark. *Maternal and Child Nutrition*. 11, 948-961.
- Nunes, V. S. (2018). A nova presença islâmica na cidade de Lisboa: Das identidades instituídas às identidades assumidas (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/50788>.
- Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional Sul (2013). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem – Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume I. *Cadernos da OE*, 1 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Guias orientadores de boa prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos da OE*, 1 (8). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pimentel, D., Tomada, I. & Rêgo, C. (2018). Alimentação vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 14, 10-17.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de enfermagem – conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de orientação para profissionais e educadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Purnell, L. (2010a). A diversidade cultural e a prestação de cuidados de saúde. In L. Purnell & B. Paulanka, *Cuidados de saúde transculturais: Uma abordagem culturalmente competente* (3ª ed.). (pp.1-19). Loures: Lusodidacta.
- Purnell, L. (2010b). O modelo Purnell de competência cultural. In L. Purnell & B. Paulanka, *Cuidados de saúde transculturais: Uma abordagem culturalmente competente* (3ª ed.). (pp.21-59). Loures: Lusodidacta.
- Purnell, L. (2010c). Pessoas de Descendência Hindu. In L. Purnell & B. Paulanka, *Cuidados de saúde transculturais: Uma abordagem culturalmente competente* (3ª ed.). (pp.441-453). Loures: Lusodidacta.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 119 de 22-06-2015), 16660-16665.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Rodgers, C. C. (2014). Promoção da saúde da criança em idade escolar e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds), *Wong – Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.) (pp.683-725). Loures: Lusociência.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds), *Wong – Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.) (pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Silva, C., Schmidt, F. M., Grigol, A. M. & Schultz, L. F. (2020). O enfermeiro e a criança: a prática do brincar e do brinquedo terapêutico durante a hospitalização. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 41 (1), 95-106.
- Tamez, R.N. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda.
- Thibodeaux, A. & Mooney-Doyle, K. (2014). Influências sociais, culturais e religiosas na promoção da saúde da criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds), *Wong – Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.) (pp.21-48). Loures: Lusociência.

- Thoyre, S.M., Shaker, C.S. & Pridham, K. (2014). *Manual de aplicação da escala de observação: Competências precoces na alimentação oral – versão modificada (EFS-VM)*.
- Vilelas, J. & Janeiro, S. (2012). Transculturalidade: O enfermeiro com competência cultural. *Revista Mineira de Enfermagem*. 16 (1), 120-127.
- Wehbe-Alamah, H. (2018). Essential transcultural nursing care concepts, principles, guidelines, and policy statements for culturally congruent and competent health care practice, education, and research. In M. McFarland & H. Wehbe-Alamah, *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice*. (4th ed.) (pp.13-38). New York: McGraw-Hill Education.
- Welch, A. (2004). Cuidar cultural: Teoria da diversidade e da universalidade. In A. Tomey & M. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*, (5^aed.) (pp. 563-589). Loures: Lusociência.
- Wheeler, B. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds), *Wong – Enfermagem da criança e do adolescente* (9^aed.) (pp.240-291). Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014). Promoção da saúde do lactente e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds), *Wong – Enfermagem da criança e do adolescente* (9^aed.) (pp.491-552). Loures: Lusociência.
- World Health Organization (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2020). Infant and young child feeding. *WHO*. Acedido em 28/09/2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> .
- World Population Review (2021). *Muslim Population by Country*. Acedido em 15/12/2021. Disponível em <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/muslim-population-by-country> .

ANEXOS

ANEXO I
Esquema do Modelo *Sunrise* de Madeleine Leininger



(Welch, 2004, p. 557)

ANEXO II
Escala *Early Feeding Skills* – Versão modificada

OBSERVAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PRECOSES NA ALIMENTAÇÃO ORAL

EFS - Versão modificada

PREPARAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO ORAL (Imediatamente antes de iniciar a alimentação)	
Consegue manter o corpo numa postura fletida c/mãos/braços à linha média.	Sim Não
Estádio de alerta.	Sim Não
Demonstra energia para se alimentar – mantém tonicidade muscular e postura fletida durante a observação.	Sim Não
(Oferecer chucha ou dedo) A atenção está dirigida à mamada – a criança procura a mama/tetina ou abre a boca prontamente.	Sim Não
Linha basal de saturação de O ₂ > 93%	Sim Não

Capacidade em organizar o funcionamento Oro-Motor			
1. Abre a boca prontamente quando a mama/tetina toca os lábios no início de cada surto.	Abre a boca prontamente todas as vezes	Abre a boca prontamente algumas vezes	Nunca abre a boca prontamente
2. A língua descai para receber a mama/tetina do biberão no início da alimentação.	A língua descai todas as vezes	A língua descai algumas vezes	A língua nunca descai
3. Imediatamente após a introdução da mama/tetina, a sucção da criança está organizada, rítmica e suave. (A sucção organizada tem um padrão de um surto de sucção – pausa. Na sucção desorganizada a criança trinca ou cerra o maxilar, retrai a língua ou empurra a mama/tetina com a língua)	A sucção está sempre organizada	A sucção está organizada algumas vezes	A sucção nunca está organizada
4. Assim que a alimentação está a decorrer, mantém um padrão de sucção suave e rítmico (ver descrição em cima)	Observa-se estabilidade e consistência	Alguma desorganização da sucção no decurso da mamada	Incapacidade em manter a sucção organizada
5. A pressão da sucção é constante e forte (i.e., chupa com vigor e a um ritmo constante).	Observa-se estabilidade e consistência	Algumas sucções débeis	Sucção frequentemente débil
6. Empenha-se em fazer surtos de sucção prolongados (7 a 10) sem apresentar sinais de stress ou instabilidade fisiológica e/ou uma resposta cardiorrespiratória adversa ou negativa (os sinais de stress incluem o franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.)	Faz sempre surtos de sucção longos sem sinais de stress	Alguns surtos de sucção longos sem sinais de stress	Sem surtos de sucção longos ou todos os surtos acompanhados de sinais de stress
7. A língua mantém contacto constante com a mama/tetina – não desliza da mama/tetina e ao fazer a sucção ouve-se um som de clique	Sem som de clique	Alguns sons de clique	Sons frequentes de clique
Capacidade em Coordenar a Deglutição			
8. Gere os fluidos durante a deglutição sem os perder pelos cantos da boca. (i.e. não se baba)	Sem perda de líquido	Alguma perda de líquido	Frequente perda de líquido
9. Os sons faríngeos são limpos – não se ouve o gorgolejo criado pelo líquido no nariz ou faringe.	Sem sons de gorgolejo	Alguns sons de gorgolejo	Frequentes sons de gorgolejo
10. A deglutição é suave – sem esforço para engolir.	Suaves deglutições	Algumas deglutições com dificuldade	Frequentes deglutições com dificuldade
11. Uma simples deglutição assimila o “bólus” da sucção – Não são necessárias múltiplas deglutições para esvaziar os fluidos para a garganta.	Todas as deglutições são únicas para o mesmo “bólus”	Algumas deglutições múltiplas para o mesmo “bólus”	Frequentes deglutições múltiplas para o mesmo “bólus”
12. Tosse ou sons de engasgamento.	Nenhum evento observado	Pelo menos um evento observado	Dois ou mais eventos observados
Capacidade em Manter a Estabilidade Fisiológica			
13. Cerca de 30s depois de iniciar a alimentação a saturação de O ₂ estabiliza e não há sinais de stress.	Observa-se estabilidade e consistência	Começam a tornar-se visíveis	Não se observa
14. Interrompe a sucção para respirar. O prestador de cuidados não tem que interromper a mamada para a criança respirar.	Interrompe a sucção para respirar de forma consistente	Começam a emergir algumas capacidades: Interrompe a sucção na maioria das vezes	Não interrompe a sucção por si para respirar

15. Quando interrompe a sucção para respirar, observam-se vários ciclos respiratórios completos	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar na maioria das vezes	Não interrompe a sucção para respirar
16. A criança pára para respirar antes de começar a demonstrar sinais de stress. (sinais de stress observados incluem: franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.).	Pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Frequentemente pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Não pára para respirar antes de surgirem sinais de stress
17. Sons respiratórios limpos – sem roncos (expiração prolongada, glote parcialmente encerrada na expiração).	Sem roncos	Roncos esporádicos	Roncos frequentes
18. Sons respiratórios limpos – sem sinais de estridor que sugerem uma passagem de ar restrita no canal.	Sem estridor	Estridor esporádico	Estridor frequente
19. Adejo nasal e/ou alteração da cor (palidez).	Sem adejo nasal e/ou Palidez da asa do nariz	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz esporádico	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz frequente
20. Utilização dos músculos acessórios na respiração (e.g. elevação do queixo, cabeça para trás, retração e tiragem).	Nunca há utilização dos músculos acessórios	Utilização dos músculos acessórios esporádica	Utilização dos músculos acessórios frequentemente
21. Alteração da cor durante a alimentação (e.g. palidez e cianose peribocal e/ou periorbital).	Nunca há alteração da cor	Alteração da cor esporádica	Alteração da cor frequente
22. Descida da saturação de O ₂ abaixo dos 90%.	Nunca	Ocasional	Frequente

Tolerância à Alimentação Oral (estádio e tônus predominante durante a mamada)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tônus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tônus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tônus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade
Tolerância à Alimentação Oral (durante os primeiros cinco minutos após a mamada)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tônus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tônus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tônus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade

Descritores da Mamada:

% de O₂ antes da refeição _____ durante a refeição _____

Habilidade alimentar: ☐ mantida ao longo da refeição ☐ melhorou durante a refeição ☐ piorou durante a alimentação

Alimentado com SOG/SNG: Sim/Não Tipo de tetina usada _____ Duração da refeição (minutos) _____ Volume administrado _____ ml

Posição: Deitado ☐ Decúbito lateral ☐ Semi-levantado, frente ☒

Ações de suporte utilizadas	Suporte oral oferecido: Avaliação da Tolerância da criança – aumento do fluxo	Ações passivas que não são de apoio ao desenvolvimento
☐ Reposicionamento	☐ Apoiou o maxilar	Mobilizou o maxilar para cima e para baixo
☐ Deixou repousar a criança	☐ Apoiou a base da língua	Rodou a tetina para incentivar a mamada
☐ Re-acordou a criança	☐ Apoiou as bochechas	Apertou as bochechas de forma rítmica
☐ Usou tetina de baixo fluxo		Apertou a tetina para encorajar a criança a mamar
☐ Regulou o fluxo		Introduziu e retirou a tetina para o encorajar a mamar
☐ Colocou a eructar várias vezes		

Preocupações iniciais na alimentação e recomendações para a próxima mamada:

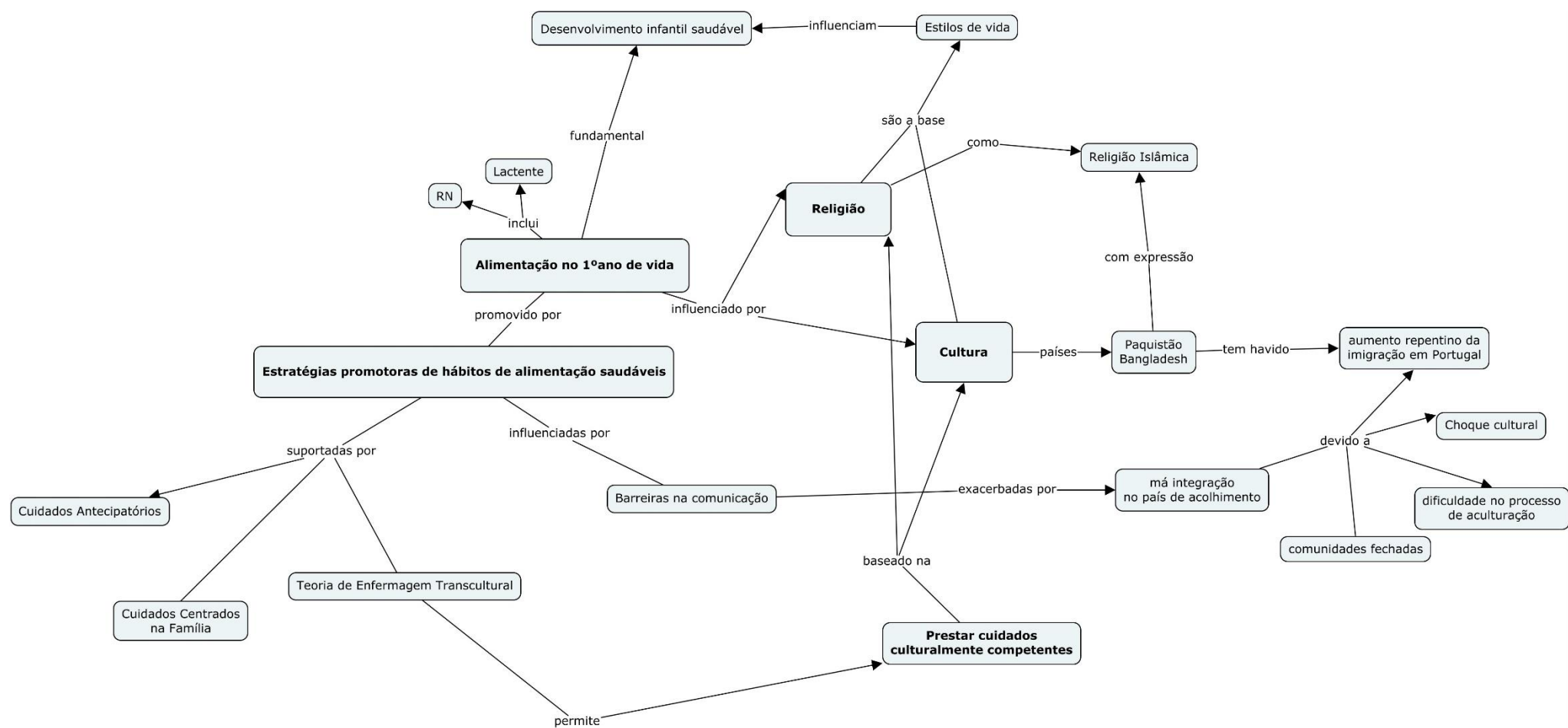
©2002 revised 10/26/16. Prepared by S.Thoyre (UNC @ Chapel Hill, NC), C.Shaker (St. Joseph Regional Medical Center, Milwaukee, WI), & K.Pridham, (UW-Madison, WI).

Tradução: Claudia Nicolau; Ligia Marques; Silvia Oliveira; Thereza Vasconcellos **Revisão Técnica:** João Maroco; Manuel Cunha; Maria Alice Curado, (2009)

Revisão Final após Validação Estatística: Maria Alice Curado; Thereza Vasconcellos; Ligia Marques, (2014).

APÊNDICES

APÊNDICE I
Mapa Conceptual



APÊNDICE II
Descrição dos contextos de estágio e cronograma

Para realização do estágio foram-nos dados como opção pacotes com vários campos de estágio, sendo que o escolhido abrange os diversos serviços que descrevo seguidamente.

1. Serviço de Internamento de Pediatria

O Serviço de Internamento de Pediatria pertence a um Hospital Central de Lisboa e recebe crianças da primeira infância (dos 29 dias aos 2 anos de idade), pertencentes ao centro hospitalar, da região centro e sul do país e, também, crianças provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Este Serviço é caracterizado por ter uma grande prevalência de crianças de famílias provenientes da Ásia Meridional, por estar localizado na zona afeta a sua área de residência. Este Serviço dá resposta a situações clínicas de doença aguda ou crónica, de várias especialidades médicas.

O Serviço tem capacidade para 12 vagas, distribuídas por cinco quartos. Fisicamente, o Serviço dispõe de uma sala para isolamento, uma sala de tratamentos, uma sala de medicação, copa de preparação da alimentação, sala de enfermagem, sala de reuniões/gabinete médico, gabinete do En^{fo} Chefe e gabinete do Coordenador Clínico. A equipa de enfermagem é composta por 25 enfermeiros, sendo quatro EEESIP. Os enfermeiros encontram-se divididos por equipas e o método de trabalho é o individual, sendo evidente o cuidar baseado na filosofia de cuidados não traumáticos, na parceria de cuidados e nos cuidados centrados na família. Diariamente, existe articulação com outros profissionais e equipas do hospital, como a fisioterapia, terapia da fala, desenvolvimento infantil, dietistas e a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário.

2. Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

A Unidade de Cuidados de Intermédios Neonatais pertence a um Serviço comum composto por cuidados intermédios e cuidados intensivos neonatais, que por ser uma unidade de grande dimensão e com especificidade de cuidados recebe recém-nascidos de todo o país: pertencentes à área de abrangência do centro hospitalar, provenientes do sul do país e ilhas, dos hospitais distritais/privados e por ser um dos centros de referência de hipotermia em Portugal, recebe recém-nascidos de todo o país para realização de tratamento. Alguns enfermeiros da UCIN são também responsáveis pelo transporte inter-hospitalar pediátrico do INEM, em conjunto com a equipa de outro Hospital de Lisboa. Deste modo, a população existente na

unidade é bastante diversificada, havendo também uma percentagem significativa de famílias da Ásia Meridional, consequente da maioria destas comunidades residirem na área de abrangência do centro hospitalar.

Fisicamente a unidade de cuidados intensivos tem 13 vagas, em box's individuais, e a unidade de cuidados intermédios tem 21 vagas, divididas em quatro salas: duas salas com seis incubadoras cada, uma sala com oito berços e uma box com uma vaga para isolamento. Também existem as salas de preparação de terapêutica e sala de preparação de leites, uma sala para os pais, a copa de leites, o banco de leite e as salas de enfermagem. A equipa de enfermagem é constituída por 72 enfermeiros, sendo 26 EEESIP. Os enfermeiros estão organizados em cinco equipas, e cada uma dessas equipas tem duas subequipas – uma de cuidados intensivos e outra de cuidados intermédios. O método de trabalho é o individual e os cuidados organizam-se tendo por base o modelo de cuidados neuroprotetores, dos cuidados não traumáticos, dos cuidados centrados na família e da parceira de cuidados. A equipa multidisciplinar é composta pelos médicos, assistentes operacionais, assistentes técnicos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogas, assistentes sociais e voluntárias (suspensa devido à pandemia).

3. Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento

O Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento pertence a uma instituição em Lisboa com o foco na Reabilitação. Este Serviço recebe clientes em idade pediátrica (até aos 21 anos), sendo as patologias mais frequentes a paralisia cerebral, o traumatismo crânio encefálico, as lesões vertebro medulares, os acidentes vasculares cerebrais e outras doenças neurológicas.

Fisicamente o Serviço tem 16 vagas, divididas por cinco enfermarias. Cada enfermaria tem quatro vagas e uma casa de banho adaptada, à exceção de um quarto que tem apenas duas vagas – o Quarto Despertar. Este quarto é destinado a crianças com condição clínica de reatividade mínima onde é necessário o controlo dos estímulos externos. Para além das enfermarias, o internamento é constituído pelo gabinete de enfermagem, gabinete de psicologia, sala de trabalho, sala de terapêutica, WC adaptado, refeitório, sala de desinfeção e gabinete da Enf^a Chefe. A equipa de enfermagem é constituída por 15 enfermeiros, sendo três EEESIP e oito EEER, trabalham pelo método do enfermeiro responsável e o sistema de classificação de doentes. A filosofia de enfermagem assenta no modelo das atividades de vida

diária, no modelo de parceria de cuidados e nos cuidados centrados na família. A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, assistentes operacionais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, ortoprotésicos, educadores de infância e professores

Para além do internamento, o Serviço presta também assistência através da consulta externa e de tratamentos em ambulatório. As unidades terapêuticas que constituem o Serviço são: área da fisioterapia, área da terapia ocupacional, seis gabinetes de terapia da fala, dois gabinetes de psicologia, um gabinete da assistente social, grupo educacional e escola.

Cada criança tem o seu programa de reabilitação multidisciplinar individualizado, atualizado semanalmente. Este programa inclui a reabilitação nas várias dimensões de vida diária.

4. Serviço de Urgência Pediátrica

O Serviço de Urgência Pediátrica pertence a um Hospital Central de Lisboa e recebe crianças em idade pediátrica, dando reposta à maioria dos casos à exceção de situações de trauma, que são encaminhados para o Serviço de Urgência Central. Fisicamente o Serviço é constituído por: duas salas de espera (uma Covid e uma não-Covid), sala de triagem com dois postos, quatro gabinetes médicos, sala de aerossóis (suspensa devido à pandemia), sala de vigilância, sala de tratamentos, sala de pequena cirurgia, sala de reanimação, sala de observação com seis vagas e uma sala de enfermagem, sala de reuniões dos médicos, gabinete administrativo, copa e sala de esterilização. Devido à pandemia, o Serviço foi organizado em dois circuitos para os clientes: circuito covid e circuito não-covid. O Serviço está decorado com o tema dos planetas e apresenta vários posters informativos, para os pais, afixado nas paredes.

A equipa de enfermagem é constituída por 24 enfermeiros, sendo oito EEESIP. A equipa multidisciplinar é constituída pelos médicos das várias especialidades médicas, assistentes operacionais, terapeuta da fala, assistente social e psicóloga.

5. Unidade de Saúde Familiar

Esta Unidade de Saúde Familiar pertence ao ACES Lisboa Central, estando interligada ao Centro Hospitalar. É uma unidade recente com cerca de 15 mil clientes,

sendo que um terço são imigrantes (os países de origem mais representados são o Bangladesh, Nepal, Brasil, Índia e China), com uma população maioritariamente idosa e com vários problemas sociais. Esta USF é caracterizada pela adaptação à sua população, apresentado vários projetos em curso com a comunidade, estando em parceria com várias instituições de solidariedade social assim como com as comunidades imigrantes locais.

A equipa da USF é constituída por nove enfermeiros, nove médicos de medicina geral e familiar, quatro assistentes técnicos, dois assistentes operacionais, uma assistente social e uma psicóloga. Estes profissionais estão organizados em nove micro-equipas constituídas por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico responsáveis por uma lista de utentes, organizada pelo processo familiar. As consultas de enfermagem estão organizadas por programas (Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna e Planeamento Familiar, Diabetes), visita domiciliária, sala de tratamentos e vacinação. Cada enfermeiro presta cuidados ao longo do ciclo de vida, às famílias da sua lista. Mas, conseqüente da reorganização dos profissionais de saúde devido à pandemia, o método de trabalho foi alterado. Temporariamente, os enfermeiros estão organizados em duas equipas e trabalham em “espelho” prestando cuidados a clientes de várias listas.

Cronograma dos contextos de estágio

Locais Datas	23 Nov – 20 Dez	21 Dez – 3 Jan	4 – 31 Jan	1 – 14 Fev	18 Fev – 12 Mar	15 – 28 Mar	29 Mar – 5 Abril	6 – 16 Abril	19 – 30 Abril
Internamento de Pediatria		Férias					Férias		
Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais									
Interrupção (devido a pandemia por Covid-19)									
Urgência Pediátrica									
Unidade de Saúde Familiar									
Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento									

APÊNDICE III
Descrição das atividades e resultados esperados do estágio

Objetivo geral: 1. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP que permitam prestar cuidados à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde/doença, nos diferentes contextos pediátricos e etapas de desenvolvimento.

Objetivo específico: 1.1. Conhecer a prática diferenciada de cuidados do EEESIP nos diferentes contextos de saúde

Atividades	Contexto	Recursos	Indicadores de Avaliação
• Apresentação do projeto de estágio ao Enfermeiro Orientador Clínico e sua posterior adaptação ao Serviço; • Observação da dinâmica do serviço, a articulação com a equipa multidisciplinar e a filosofia dos cuidados; • Identificação de métodos de organização e funcionamento do serviço (consulta de normas, instruções de trabalho); • Observação das competências acrescidas do EE no âmbito da organização e gestão dos cuidados; • Observação da intervenção do EEESIP no cuidado à criança/jovem e família nos diversos contextos de saúde; • Realização de síntese reflexiva acerca da intervenção do EEESIP nos diferentes contextos de saúde.	Todos os contextos de estágio	Humanos: • EEESIP Orientador Clínico • Equipa de enfermagem • Professora Orientadora Materiais: • Legislação, normas e procedimentos • Computador • Sistema Operativo SClinico	• A 1.1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas; • B 2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; • B 3. Garante um ambiente terapêutico seguro; • C 1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; • C 1.2. Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade; • C2.1.1. Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; • C2.1.5. Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade; • D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho; • D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica.

Competências comuns do EE a desenvolver: **A** – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (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); **B** – Domínio da melhoria contínua da qualidade (B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro); **C** – Domínio da gestão dos cuidados (C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados); **D** – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica)

Objetivo geral: 1. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP que permitam prestar cuidados à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde/doença, nos diferentes contextos pediátricos e etapas de desenvolvimento.

Objetivo específico: 1.2. Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família

Atividades	Contexto	Recursos	Indicadores de Avaliação
• Aprofundamento teórico acerca do crescimento e desenvolvimento infantojuvenil; • Observação participante da intervenção do EEESIP no cuidado à criança, jovem e família em contexto consulta de saúde infantil e juvenil / internamento; • Realização de sessão de formação à equipa de enfermagem com a temática “Os Posicionamentos e o Neurodesenvolvimento numa UCIN”; • Participação nas consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, dirigidas aos diferentes grupos etários; • Observação da aplicação de uma escala de desenvolvimento infantil; • Aplicação de escalas de desenvolvimento infantil; • Transmissão de orientações antecipatórias à família da criança/jovem para maximizar o potencial de desenvolvimento infantil; • Participação no desenvolvimento e avaliação de planos individuais de saúde; • Referenciação de crianças/jovens com incapacidade/doença complexa para cuidados de especialidade.	Todos os contextos de estágio	Humanos: • Criança/jovem e sua família • EEESIP Orientador Clínico • Equipa de enfermagem • Professora Orientadora Materiais: • Bases de dados e referenciais teóricos • Normas e procedimentos • Instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil • Computador • Sistema Operativo SClínico	• D2.1.1. Atua como formador oportuno em contexto de trabalho; • D2.1.3. Gere programas e dispositivos formativos; • D2.1.4. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; • D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica; • E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem; • E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, adolescente e a família para a adoção de estratégias de <i>coping</i> e de adaptação; • E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário • E2.5.6. Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário; • E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; • E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; • E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil; • Participa ativamente em consultas de enfermagem de saúde infantil e pediatria.

Competências comuns do EE a desenvolver: **D** – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica)

Competências específicas do EE a desenvolver: **E2** – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.5 Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade); **E3** – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo devida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1 – Promove o crescimento e desenvolvimento infantil)

Objetivo geral: 1. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP que permitam prestar cuidados à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde/doença, nos diferentes contextos pediátricos e etapas de desenvolvimento.

Objetivo específico: 1.3. Desenvolver competências no âmbito das doenças comuns e situações de risco que possam afetar a criança/jovem e família

Atividades	Contexto	Recursos	Indicadores de Avaliação
• Observação participante da intervenção do EEESIP em situações de doença comum/situações de risco que possam afetar a criança/jovem; • Colaboração na prestação de cuidados em situações de doença comum/situações de risco da criança/jovem; • Colaboração na realização de planos de cuidados individualizados da criança/jovem com doença comum/situação de risco; • Consulta de procedimentos e protocolos existentes em situação de risco da criança/jovem; • Realização de uma análise reflexiva de uma situação prática de intervenção numa situação de risco.	SIP SUP USF	Humanos: • Criança/jovem e sua família • EEESIP • Orientador Clínico • Equipa de enfermagem e multidisciplinar • Professora Orientadora Materiais: • Bases de dados e referenciais teóricos • Legislação, normas e procedimentos • Computador • Sistema Operativo SClínico	• D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica; • E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas; • E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem; • E1.2.6. Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos; • E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família; • Analisa reflexivamente acerca da intervenção do EEESIP numa situação de risco; • Assiste a criança/jovem e família em situações de doença comum.

Competências comuns do EE a desenvolver: D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica)

Competências específicas do EE a desenvolver: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (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)

Objetivo geral: 1. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP que permitam prestar cuidados à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde/doença, nos diferentes contextos pediátricos e etapas de desenvolvimento

Objetivo específico: 1.4. Desenvolver competências de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento e à cultura da criança/jovem e família

Atividades	Contexto	Recursos	Indicadores de Avaliação
- Aprofundamento teórico sobre técnicas e estratégias de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família; - Observação da intervenção do EEESIP na utilização de técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem e famílias, adequadas ao estágio de desenvolvimento e cultura/religião; - Identificação de estratégias de comunicação com as crianças/jovem e famílias, adequadas ao estágio de desenvolvimento e cultura/religião; - Treino de técnicas e estratégias de comunicação com a criança/jovem e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento e cultura/religião; - Treino de técnicas e estratégias de comunicação com crianças/jovens com dificuldades cognitivas; - Identificação das dificuldades comunicacionais e estratégias mobilizadas pelas equipas de enfermagem, na comunicação com as famílias das crianças da Ásia Meridional; - Desenvolvimento de estratégias minimizadoras das barreiras existentes na comunicação com as famílias das crianças da Ásia Meridional; - Realização de uma reflexão crítica acerca das competências de comunicação desenvolvidas.	Todos os contextos de estágio	Humanos: - Criança/jovem e sua família - EEESIP Orientador Clínico - Equipa de enfermagem - Professora Orientadora Materiais: - Bases de dados e referenciais teóricos - Normas e procedimentos - Materiais de apoio aos pais/profissionais de saúde existentes no serviço (panfletos, posters, plataformas, etc.) - Computador - Sistema Operativo SClínico	- B3.1.1. Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das percepções de segurança de um indivíduo/grupo; - D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica; - E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; - 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 estágio de desenvolvimento da criança/jovem.

Competências comuns do EE a desenvolver: **B** – Domínio da melhoria contínua da qualidade (B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro); **D** – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica)

Competências específicas do EE a desenvolver: **E1** – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1 – Implementa e gere, em parceira, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem); **E3** – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura)

Objetivo geral: 2. Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança, de origem da Ásia Meridional, nos diferentes contextos pediátricos.

Objetivo específico: 2.1. Identificar os fatores que influenciam a alimentação saudável do RN e criança lactente de origem asiática meridional

Atividades	Contexto	Recursos	Indicadores de Avaliação
- Aprofundamento teórico sobre hábitos alimentares saudáveis no RN e lactente, segundo as recomendações da DGS, PNPAS, OMS, etc.; - Aprofundamento teórico sobre as especificidades culturais/religiosas da população da Ásia Meridional que influenciam os hábitos alimentares/crenças de saúde; - Realização de entrevista informal a um informador de referência da Comunidade Islâmica de Lisboa (Sheikh Zabir); - Realização de entrevistas informais a mães de RN/lactentes da ásia meridional; - Observação participante da intervenção do EEESIP na consulta de saúde infantil de famílias de origem asiática meridional, na promoção da alimentação saudável (amamentação, introdução alimentar).	SIP UCIN SUP USF	Humanos: - Criança/jovem e sua família - EEESIP Orientador Clínico - Equipa de enfermagem - Professora Orientadora - Sheikh Zabir e Prof. Dr. José Mapril Materiais: - Bases de dados e referenciais teóricos - Legislação, normas e procedimentos - Computador - Sistema Operativo SClínico - Guião para a entrevista	- A2.1.6. Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos; - D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica; - E1.1.5. Procura oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; - E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.

Competências comuns do EE a desenvolver: **A** – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais); **D** – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica)

Competências específicas do EE a desenvolver: **E1** – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (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)

Objetivo geral: 2. Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança, de origem da Ásia Meridional, nos diferentes contextos pediátricos.

Objetivo específico: 2.2. Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de alimentação saudáveis no RN e criança lactente e família de origem asiática meridional.

Atividades	Contexto	Recursos	Indicadores de Avaliação
• Observação participante da intervenção do EEESIP ao nível da promoção de hábitos de alimentação saudáveis no RN/ criança lactente e família de origem asiática meridional; • Colaboração na prestação cuidados de enfermagem culturalmente competentes, na promoção de hábitos de alimentação saudável, no cliente pediátrico de origem asiática meridional; • Realização de orientações antecipatórias, culturalmente congruentes, que promovam hábitos de alimentação saudáveis no 1º ano de vida da criança; • Adoção de estratégias de promoção do aleitamento materno, culturalmente congruentes, nas famílias de origem asiática meridional – realização de uma análise reflexiva; • Realização de uma sessão de formação em contexto profissional sobre “Os cuidados de enfermagem ao RN e família de origem asiática meridional”, dirigida à equipa de enfermagem; • Realização e apresentação de folhetos sobre a alimentação saudável no 1º ano de vida: “Preparação de Fórmulas de Leite para Lactentes” e “A introdução alimentar na dieta vegetariana/vegan”; • Realização e apresentação da norma “Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar”; • Realização e apresentação de póster sobre a “Diversificação Alimentar omnívora e vegetariana”, direcionada à equipa de enfermagem.	SIP UCIN SUP USF	Humanos: • Criança/jovem e sua família • EEESIP Orientador Clínico • Equipa de enfermagem • Professora Orientadora Materiais: • Bases de dados e referenciais teóricos • Normas e procedimentos • Materiais de apoio aos pais/profissionais de saúde existentes no serviço • Computador • Sistema Operativo SClínico	• A2.1.6. Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos; • B2.2.4. Agiliza a elaboração de guias orientadores de boas práticas; • B3.1.1. Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo; • B3.1.2. Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais; • D2.1.1. Atua como formador oportuno em contexto de trabalho; • D2.1.4. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; • D2.2.1. Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos; • E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar; • E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; • 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; • E1.1.5. Procura oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; • E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde; • E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil; • E3.2.5. Promove a amamentação; • E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação e cuidados ao RN.

Competências comuns do EE a desenvolver: **A** – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais); **B** – Domínio da melhoria contínua da qualidade (B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro); **D** – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica)

Competências específicas do EE a desenvolver: **E1** – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (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); **E3** – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1 – Promove o crescimento e desenvolvimento infantil; E3.2 – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais)

APÊNDICE IV
Análise Reflexiva “Cuidados Paliativos Pediátricos”

**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Análise Reflexiva “Cuidados Paliativos Pediátricos”

Rita Cabral de Soveral Puppe dos Santos Pinto

Orientadora: Professora Cristina Maria Rosa Jeremias

Lisboa

2021

LISTA DE SIGLAS

CPCJ - Comissão de Proteção da Criança e do Jovem

CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EIHSCP-P - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos

TEEP - Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

UMAD - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

ÍNDICE

Introdução	4
1.. Análise Reflexiva	6
2. Conclusão.....	12
Referências Bibliográficas.....	14

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no estágio do Serviço de Internamento de Pediatria Médica, foi-me dada a oportunidade de acompanhar a Enfermeira que realiza as visitas domiciliárias de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP). A equipa de CPP está integrada na UMAD (Unidade Móvel de Apoio Domiciliário – Fundação do Gil).

Esta atividade insere-se no projeto de estágio posteriormente ao seu planeamento, integrando-se no objetivo geral 1. “Desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) que permitam prestar cuidados à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde/doença, nos diferentes contextos pediátricos e etapas de desenvolvimento.” e no objetivo específico 1.1. “Conhecer a prática diferenciada do EEESIP nos diferentes contextos de saúde” no sentido de compreender o papel do EEESIP nas equipas de CPP e nos cuidados domiciliários, e no objetivo específico 1.3. “Desenvolver competências no âmbito das doenças comuns e situações de risco que possam afetar a criança/jovem e família.”, por se tratar de situações de especial complexidade e de possível risco para a criança/família.

Esta atividade tornou-se relevante no meu projeto no sentido de compreender a intervenção do enfermeiro numa equipa de CPP e como funcionam os CPP em Portugal. Apesar de ser clara a importância e necessidade dos CPP, a realidade dos CPP em Portugal é recente e tem tido uma evolução bastante positiva nos últimos anos. A Organização Mundial de Saúde reconheceu em 2003 a necessidade de CPP e na Europa surge em 2006 um grupo de trabalho dos CPP (Mendes, Silva & Santos, 2012). Em Portugal, os cuidados paliativos de adultos começam a ser organizados em 2006 mas os CPP ainda ficaram por definir. Desde 2007 que começam a surgir equipas intra-hospitalares de CPP, sendo que a deste hospital surge em 2014. Em 2013 criou-se o grupo de trabalho dos CPP e em 2018 surge “(...) a Portaria 66/2018, que determina que as instituições hospitalares integradas no Serviço Nacional de Saúde, com serviço ou departamento de pediatria, devem constituir uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos pediátricos (EIHSCP-P) (...)” (Lacerda, 2018, p.257). De acordo com a Portaria 66/2018 as EIHSCP-P devem integrar, no mínimo, profissionais da medicina, enfermagem, serviço social e psicologia e trabalhar em parceria e articulação com a Rede Nacional de Cuidados Paliativos e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Lacerda, 2018). Para além destes

profissionais, as equipas podem também integrar nutricionista/dietista, professor/educador, terapeutas e líder espiritual (GAPAPCP & GTCCPSPP, 2015).

Existem três níveis de prestação de CPP: nível 1 Básico, prestado por todos os profissionais de saúde que exercem funções nos serviços de pediatria, nível 2 Generalista, prestado por profissionais que trabalham em tempo parcial em CPP e o nível 3 Especialista, prestado por profissionais que apenas exercem CPP (GdT SEAMS, 2014). Assim, a equipa de CPP da UMAD, insere-se no nível 3 de prestação de CPP, sendo uma equipa multidisciplinar intra-hospitalar pediátrica, constituída por médica, enfermeira, fisioterapeuta, assistente social e psicóloga.

1. ANÁLISE REFLEXIVA

No dia 18 de dezembro, no âmbito estágio no Internamento de Pediatria, foi-me dada a oportunidade de acompanhar a Enfª S. nas visitas domiciliárias de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP). A UMAD realiza visitas domiciliárias três vezes por semana, com o apoio da Fundação do Gil. As visitas de CPP são realizadas uma vez por semana, pela Enfª S., especializada em CPP. Este projeto direcionado para os cuidados paliativos tem apenas um ano neste hospital, mas já conta com bastantes crianças integradas no projeto. As crianças, para poderem ter acompanhamento domiciliário de CPP, são referenciadas pelo médico através do internamento ou da consulta. Neste dia de visitas domiciliárias, apenas fui com a Enfª S. e com o motorista da Fundação Gil.

O dia começou pelas nove horas e fomos visitar três crianças que são acompanhadas pela equipa de CPP. Em primeiro lugar um rapaz, T. de dezassete anos, com uma patologia degenerativa, em fase terminal, com uma ferida na região sacrococcígea. T. apresenta-se muito pouco reativo e bastante emagrecido. Este vive com a sua Mãe que é a cuidadora principal, aparentemente bastante organizada relativamente às necessidades do filho e autónoma nos cuidados. Durante a visita em casa de T. fui ajudando a Enfª S. nos cuidados à lesão, mas estando também atenta à interação da Mãe com o T., que sempre se demonstrou bastante carinhosa com este. A visita a este jovem foi um momento difícil, onde me senti desconfortável e incomodada com a situação que estava a presenciar, provavelmente pelo estado de saúde do T. e a proximidade de fim de vida, ou pelas alterações organizacionais que Mãe teve de fazer na sua vida para dar resposta às necessidades do filho. Durante a visita domiciliária surgiram também em mim sentimentos de tristeza.

De seguida fomos a uma escola básica do 1º ciclo, realizar o acompanhamento de outra criança. O L. tem sete anos e tem paralisia cerebral com epilepsia, medicada, e tem uma PEG. Consequente da pandemia, esteve sem ir à escola durante algum tempo, mas regressou na semana anterior e, por esse motivo, a Enfª S. veio realizar visita à escola para falar com os professores. O L. vive apenas com a mãe e encontram-se numa situação de carência social, estando também a ser acompanhados pela assistente social. Quando chegámos à sala onde o L. se encontrava, esteve estava deitado no berço, a dormir. A Enfª S. falou com o professor responsável para receber *feedback* do estado do L. e do seu comportamento. O professor referiu que achava o L. mais magro e mais sonolento. Como tal, a Enfª S.

realizou avaliação do estado neurológico e a avaliação física do L., realizando também a pesagem da criança. De seguida, a Enfa S. reforçou alguns ensinamentos sobre os cuidados ao L. e da atuação em caso de crise epiléptica, e de alimentação e hidratação por PEG aos professores e auxiliares. Durante a visita a esta criança, não tive sentimentos de tristeza, mas sim a curiosidade e o entusiasmo pelo papel que a Enfa S. tem nos cuidados de enfermagem na comunidade, na ligação que esta realiza não só com as famílias mas também nas escolas, com os professores e auxiliares. Foi um momento bastante positivo onde me senti tranquila com a situação clínica da criança.

Por último, fomos visitar o P., com onze anos e com um provável diagnóstico de Síndrome de Allan-Herndon-Dudley. O P. vive com os avós, que são os principais cuidadores. Apresentam uma situação social grave, com abandono da mãe da criança e carência económica por parte dos avós, estando a atravessar um processo de referenciação na Comissão de Proteção da Criança e do Jovem (CPCJ) e possível transferência de poderes parentais para os avós. Os avós de P. demonstram um carinho enorme pelo neto, cuidando dele de forma bastante adequada. A Enfa S. foi visitar o P. para realizar a avaliação física do P. e os cuidados à PEG, levar material de penso e medicação do hospital e avaliar a situação social, que se está a desenvolver com a CPCJ. Este acompanhamento da situação social é importante para garantir que os avós compreendem as indicações que estão a ser transmitidas de forma a evitar a possível institucionalização da criança. Esta visita foi para mim um misto de emoções positivas e negativas. Por um lado, fiquei emocionada com o carinho que os avós têm pelo P., que é notório no sorriso da criança. Por outro lado, senti-me triste e um pouco revoltada com a situação familiar e social que esta família está a viver.

Como referido anteriormente, todas estas crianças estão referenciadas para os CPP. A WHO (2018) define os Cuidados Paliativos como os cuidados holísticos de prevenção e alívio do sofrimento do cliente pediátrico e sua família, que sofrem problemas associados a doenças graves e/ou incuráveis e com prognóstico limitado. São assim doenças potencialmente fatais, mas curáveis, doenças que causam morte prematura, mas que podem ter sobrevivências longas se tratadas, doenças progressivas sem cura possível, doenças irreversíveis não progressivas, que aumentam a morbilidade e a probabilidade de morte prematura (WHO, 2018). Segundo o autor, os problemas relacionados com a doença podem ser físicos, psicológicos, sociais e espirituais, tanto do cliente como da sua família. Ao analisar as situações descritas anteriormente, todas elas se enquadram nos clientes alvo dos

CPP, por terem doenças incuráveis, com prognóstico limitado, irreversíveis. O T. numa fase de vida mais terminal, e os outros dois meninos na sua infância. Também notório que alguns dos problemas que estas crianças e suas famílias vivem são de foro físico - ferida do T., adequação da medicação e pesagem do L. e avaliação da PEG do P.; e social – organização familiar do T., condições socioeconómicas e integração escolar do L., e situação social em risco encaminhada para a CPCJ do P..

De acordo com GAPAPCP e GTCCPSPP (2015), numa situação de cuidados paliativos pediátricos, em primeiro lugar deve realizar-se um plano antecipado de cuidados, interdisciplinar, em conjunto com a criança e sua família. São levantadas as necessidades da criança e da família e desenvolvido um plano de cuidados, que deve promover a coordenação dos cuidados e a capacitação familiar, respeitando "...os seus desejos, preferências, crenças e valores."(GAPAPCP & GTCCPSPP, 2015, p.8) No plano de cuidados também devem estar contemplados os cuidados em situações de agravamento, em especial sobre o local de cuidados desejado e as intervenções a aceitar ou evitar. Em todas as fases de cuidados, a família tem direito a ter apoio para lidar com as perdas, inclusive após a morte da criança (GAPAPCP & GTCCPSPP, 2015). Devem também ser consideradas as preferências da criança e da família relativamente ao local onde querem permanecer, sendo que por vezes esse local é a própria casa, onde a família se assume como principal cuidadora (Mendes, Silva & Santos, 2012). Nestas situações, os recursos comunitários existentes têm de ser considerados, de forma a compreender se existe uma resposta adequada às necessidades da criança e da família (Mendes, Silva & Santos, 2012). Assim, os Cuidados Paliativos integram uma equipa multidisciplinar, devem estar incorporados e acessíveis em todos os níveis de cuidados de saúde, incluindo os cuidados de saúde primários e os cuidados domiciliários (WHO, 2018). Nas situações que descrevo, apesar de não ter sido observado, segundo referido pela Enf^aS., cada criança tem um plano de cuidados personalizado, realizado em equipa, de forma a dar resposta às necessidades numa perspetiva holística. A equipa de cuidados domiciliários que integrei neste dia está integrada nos cuidados hospitalares, que dá resposta às necessidades domiciliárias de cada família, permitindo que a criança e família permaneçam no seu local de preferência e que a família se assuma como principal cuidadora.

Relativamente à atuação da Enfª S. durante as várias visitas domiciliárias, esta foi dando resposta às várias necessidades destas crianças e famílias, nas mais diversas áreas de atuação dos CPP. WHO (2018) refere que os Cuidados Paliativos Pediátricos:

- envolvem uma identificação e avaliação precoce dos problemas - que neste caso é realizado inicialmente no momento da referenciação para as visitas domiciliárias e posteriormente durante os cuidados;
- proporcionam o alívio da dor e outros sintomas que causam sofrimento ao cliente - aqui mais evidente na visita ao T. com a realização do penso da ferida e na visita ao L. com a pesagem e observação da criança com posterior adequação da medicação para a epilepsia;
- melhoram a qualidade de vida promovendo dignidade e conforto – notório nos três contatos;
- providenciam acompanhamento ao cliente e sua família durante o processo de doença – aqui também evidente pela relação existente entre as famílias e a Enfª S. consequente das visitas domiciliárias, que acompanha as crianças e famílias ao longo do decorrer da doença;
- devem ser aplicados no início do percurso da doença em concomitância com outras terapias que prolongam a esperança de vida;
- são aplicáveis aos clientes que vivem com doença crónica complexa e com sequelas físicas, psicológicas, sociais ou espirituais – todas as crianças apresentam doença crónica complexa e com sequelas físicas e sociais;
- não aceleram a morte do cliente mas promovem os tratamentos necessários de forma a atingir um nível de conforto adequado aos valores do cliente;
- devem acompanhar as famílias após a morte do cliente, ajudando no processo de luto.

A WHO (2018) também refere que os CPP, por terem como cliente alvo a criança e sua família, requerem uma atenção especial nas áreas psicossociais, físicas, no desenvolvimento, éticas, espirituais e relacionais. Isto deve-se ao facto de as crianças estarem em constante mudança e desenvolvimento; terem outras especificidades de comunicação que influencia a prestação de cuidados; dependerem

dos adultos; a situação de doença complexa/fim de vida ter um impacto grande nas famílias e na sua organização, especialmente a nível emocional e financeiro; e existir uma maior dificuldade na tomada de decisão clínica a nível pediátrico, tanto pela equipa de saúde como pelos familiares (WHO, 2018).

De facto, esta atenção especial nestas áreas descritas, quando analisando as situações observadas, torna-se fácil de compreender. Ao olhar para a situação do T., já com 21anos, passou por várias etapas de crescimento e desenvolvimento, que implicaram alterações nos cuidados; a comunicação com o T. é adaptada: este encontrava-se em fim de vida; e houve necessidade de reorganizar os papéis familiares de forma a dar resposta às necessidades do T.. Já o L. de forma a dar resposta as necessidades de desenvolvimento e aprendizagem adaptada, encontra-se integrado numa escola, com o apoio dos professores e educadores para ir ao encontro das capacidades de aprendizagem e de comunicação do L.; a sua situação de doença também levou a reorganizações familiares, sendo que a família se encontra em situação de carência socioeconómica. Relativamente ao P., a maior preocupação da Enf^a S. com esta criança/família debruça-se na situação de risco social que estão a vivenciar, com consequências na organização da família, nas relações emocionais familiares e nas dificuldades financeiras que esta família tem.

Quando analisando a minha experiência, relatada anteriormente, a visita domiciliária de CPP, dirijo a minha análise para a vertente emocional, relacionada com as minhas emoções e sentimentos ao longo das várias visitas domiciliárias. As situações que experienciei provocaram em mim sentimentos negativos de tristeza, frustração e revolta relacionados com as situações de complexidade que as crianças vivem, de fim de vida; mas também sentimentos mais positivos de tranquilidade, curiosidade e entusiasmo pelo papel da Enf^a S. na vida destas crianças e famílias. As situações paliativas pediátricas, são situações, que pela sua dificuldade, acarretam uma emocionalidade intensa e que, por isso mesmo, podem ser difíceis de lidar (Diogo, 2012).

De acordo com Fernandes, Toledo & Campos (2014) as emoções são reações psicofisiológicas, espontâneas, em resposta a estímulos/evento. Para ter a possibilidade de gerir as nossas emoções, de forma a conseguir ajudar a gerir as emoções do outro, é necessária inteligência emocional, definida por Goleman (1997) como a capacidade que o indivíduo tem de compreender as próprias emoções, controlar impulsos, gerir frustrações e regular o seu estado de espírito. Ao longo das várias visitas, fui conseguindo compreender as minhas emoções, mas a minha pouca

experiência nesta área não me permitiu ainda ter a capacidade, no imediato, de regular as emoções e controlar o meu estado de espírito.

2. CONCLUSÃO

Com a realização desta análise reflexiva, consigo compreender melhor a experiência de CPP que tive a oportunidade de experienciar, em duas dimensões. Em primeiro lugar, esta reflexão permitiu-me compreender melhor o que são na verdade os CPP, quais os seus objetivos, como funcionam e o seu percurso em Portugal, assim como se integra a equipa de CPP da UMAD nos CPP na sua globalidade. De facto, é de louvar as conquistas que os grupos de trabalho responsáveis pela funcionalização e integração dos CPP nos cuidados pediátricos têm conseguido alcançar, nas várias instituições e níveis de cuidados. É certo que ainda existem muitas lacunas e muitas áreas por dar resposta, mas a preocupação e o empenho no desenvolvimento de estruturas mais organizadas e equipas montadas é notório.

Em segundo lugar, esta análise reflexiva permitiu-me analisar o meu comportamento e as minhas reações e respostas emocionais à situação experienciada. Parece-me clara que algumas fragilidades pessoais dificultem a gestão emocional, como a (in)capacidade de gerir as próprias emoções, a minha curta experiência profissional com situações paliativas pediátricas que me deixa com pouca capacidade de atuação, e a transferência para futuros filhos, com medo que um dia possa estar do lado destas famílias.

Com isto, consigo compreender que o EEESIP tem um papel fundamental nesta área de cuidados, de forma a dar resposta às necessidades paliativas da criança e família, elencadas anteriormente, já que o EEESIP tem desenvolvidas competências que lhe permitem prestar cuidados de forma mais profunda e especializada, esplanadas nos regulamentos de competências comuns do EE e de competências específicas do EEESIP. Assim, o EEESIP, nos CPP, tem um papel importante na prestação de cuidados centrados nas necessidades da criança e família; na promoção da adaptação à doença; na integração e continuidade dos cuidados holísticos; na adaptação dos cuidados de acordo com o local preferencial da criança e família; na promoção da parceria de cuidados; na prestação de cuidados centrados na família; na promoção de cuidados antecipatórios de acordo com o desenrolar da doença; e na prestação de cuidados em fim de vida. Para além disto, o EEESIP também tem responsabilidades direcionadas para a área científica e política dos CPP, tanto na investigação de boas práticas, como na formação, assim como na integração de grupos de trabalho que visam a implementação de equipas de CPP nos vários contextos de cuidados.

Assim, com a análise reflexiva da visita domiciliária que acompanhei, desenvolvo competências específicas de EEESIP. De acordo com o Regulamento n.º 422/2018 (2018) identifiquei o “E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (p.19192) com a unidade de competência “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.” (p.19193), com os seguintes critérios de avaliação “E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.”(p.19193), “E1.1.8. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.” (p.19193), “E 1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.” (p.19193). Assim como “E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, com a unidade de competência “E2.5 Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” e seguinte critério de avaliação “E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário.” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2012). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar. Loures: Lusociência.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 18 (2), 45-60.
- Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Grupo de Apoio à Pediatria da APCP (GAPAPCP) & Grupo de Trabalho de Cuidados Continuados e Paliativos da SPP (GTCCPSPP) (2015). *Cuidados Paliativos Pediátricos – Informação para os cuidadores*. Lisboa: Cuidando Juntos.
- Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (Gdt SEAMS). (2014). *Cuidados Paliativos Pediátricos – Relatório do grupo de trabalho do gabinete do secretário de estado adjunto do ministro da saúde*.
- Lacerda, A. (2018). Está aberta a porta aos cuidados paliativos pediátricos. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 49, 257-259.
- Mendes, J., Silva, L.J. & Santos, M.J. (2012). Cuidados paliativos neonatais e pediátricos para Portugal – um desafio para o séculos XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 43 (5), 218-222.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers*. Switzerland: WHO.

APÊNDICE V
Planeamento de sessão de formação “Os Posicionamentos e o
Neurodesenvolvimento numa UCIN”



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**Planeamento de sessão de formação “Os
Posicionamentos e o Neurodesenvolvimento numa
UCIN”**

Rita Cabral de Soveral Puppe dos Santos Pinto



Orientadora: Professora Cristina Maria Rosa Jeremias

Lisboa

2021

ÍNDICE

1. Pertinência.....	3
2. Objetivo.....	3
3. População-Alvo.....	3
4. Contextualização Teórica	4
5. Plano de Sessão da Formação.....	7
6. Conclusão.....	9
Referências Bibliográficas	10

Apêndices

Apêndice 1 - Apresentação Multimédia da Sessão de Formação

1. PERTINÊNCIA

No âmbito do estágio na Unidade de Cuidados Neonatais, de forma a dar resposta ao objetivo específico 1.2 “Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família”, surgiu a presente atividade de realização de uma sessão de formação à equipa de enfermagem com o título “Os Posicionamentos e o Neurodesenvolvimento numa UCIN”.

Consequente das limitações na metodologia formativa que existiram no serviço devido à pandemia por Covid-19, a formação realizou-se fora do tempo de estágio na UCIN. A sessão de formação foi realizada em conjunto com a aluna do 11º CMEESIP Carolina Melo França.

2. OBJETIVO

Os objetivos da sessão de formação são:

- Conhecer o *Neonatal Integrative Developmental Care Model*;
- Descrever a dimensão dos “Posicionamentos e colo” e sua importância no neurodesenvolvimento;
- Identificar as vantagens, indicações e contraindicações terapêuticas dos vários posicionamentos;
- Identificar as barreiras existentes na prática aos posicionamentos;
- Analisar a importância do papel do enfermeiro no posicionamento do neonato;
- Promover a discussão e reflexão acerca das práticas de cuidados e dificuldades sentidas.

3. POPULAÇÃO-ALVO

Esta sessão de formação dirige-se à equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Neonatais.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A prematuridade é a segunda causa de morte em crianças com menos de 5 anos de idade e a causa de morte mais importante no primeiro mês de vida (Blencowe, 2012). Apesar do aumento das taxas de sobrevivência, segundo um estudo, cerca de 15% a 25% dos prematuros têm algum tipo de comprometimento neurodesenvolvimental (Halder et al., 2015).

O sistema neurológico fetal encontra-se em grande desenvolvimento durante o 3º trimestre da gravidez, sendo fundamental perceber como melhor proteger o cérebro dos prematuros, de forma prevenir efeitos negativos relacionados com o ambiente extrauterino onde se encontram - a UCIN (Altimier & Phillips, 2013). Segundo as mesmas autoras, a neuroprotecção é definida como sendo as estratégias capazes de prevenir a morte das células cerebrais. Estas estratégias neuroprotetoras são então intervenções utilizadas para suportar o desenvolvimento do cérebro, reduzindo a morte cerebral e promovendo novas conexões funcionais, intervenções estas que devem fazer parte dos cuidados prestados diariamente nas UCIN (Altimier & Phillips, 2013).

Altimier e Phillips desenvolveram um modelo que promove a prestação de cuidados neuroprotetores intitulado *Neonatal Integrative Developmental Care Model* onde são identificados sete âmbitos que requerem atenção por parte dos enfermeiros, de forma a promover um melhor neurodesenvolvimento dos prematuros. Eles são Parceria com a família; Posicionamentos e colo; Proteger a pele; Minimizar o stress e a dor; Otimizar a nutrição; Sono tranquilo e Gestão do ambiente de cuidado envolvente, onde se situam fatores como a luz, o cheiro, o toque, a luminosidade e a temperatura (Altimier & Philips, 2013).

In útero, o feto apresenta uma barreira de 360º, numa posição simétrica, fletido e contido, enquanto que numa incubadora, se não for posicionado, apresenta-se em extensão, plano, assimétrico, com as extremidades em abdução e rotação externa, relacionado com o efeito da gravidade (Altimier & Philips, 2013; Tamez, 2013). Se este posicionamento não for contrariado, pode levar a atrasos significativos no desenvolvimento do recém-nascido. Assim, o posicionamento terapêutico desenvolvido pelos enfermeiros nas unidades de cuidados neonatais torna-se fundamental na proteção cerebral e na promoção do desenvolvimento neuromotor,

musculoesquelético e das funções fisiológicas como a integridade da pele, termorregulação, densidade óssea, sono e desenvolvimento da atividade cerebral.

Recém-nascidos que são posicionados sem suporte tendem a apresentar maiores níveis de stress e agitação, diminuindo a estabilidade fisiológica. Um posicionamento terapêutico promove o sono, um crescimento adequado e ajuda a normalizar a organização neurocomportamental. A contenção corporal aumenta o sentimento de segurança e autocontrole, e diminui o stress. Assim, os recém-nascidos que estão contidos tendem a estar mais calmos, necessitam de menos medicação e aumentam de peso mais rapidamente (Hockenberry et al., 2018; Altimier & Phillips, 2013; Tamez, 2013).

Para a promoção de posicionamentos terapêuticos, existem materiais de apoio com rolos, ninhos, fraldas de pano, posicionadores de ventral e almofadas. Estes devem permitir movimentos espontâneos, proporcionar contenção tátil e propriocetiva (Altimier & Phillips, 2013). Os principais objetivos a atingir com a postura terapêutica incluem o equilíbrio fisiológico, a flexão das extremidades, a organização dos estados, o aumento da atividade de linha mediana e o aumento do tônus muscular (Tamez, 2013). Existem inúmeras vantagens, indicações terapêuticas e contraindicações nos vários decúbitos – laterais (esquerdo e direito), ventral, dorsal, swaddle e canguru, tema este que será abordado de forma profunda durante a sessão.

É essencial que o enfermeiro seja promotor de cuidados neuroprotetores, não só através do posicionamento terapêutico, como também nas restantes áreas do modelo apresentado e ainda na manipulação dos recém-nascidos. Esta manipulação deve ser feita com calma, suavemente, com as extremidades do bebé contidas e fletidas. A manipulação repentina pode tornar-se numa experiência negativa e stressante e provocar alterações fisiológicas (como apneia, bradicardia, aumento da necessidade de oxigenação). Para além disto deve-se prestar cuidados de acordo com a capacidade e tolerância do bebé, ao invés de cuidados rotineiros. É importante perceber quanto tolera o bebé e desfazer os cuidados em função disso. Para além disto, uma manipulação frequente disturba o sono, levando a alterações do desenvolvimento cerebral (Hockenberry et al., 2018; Altimier & Phillips, 2013; Tamez, 2013).

Apesar disto, e tendo em conta a nossa experiência prática, consideramos que existem algumas barreiras aos posicionamentos na prática clínica como a fototerapia, a existência de cateteres venosos centrais e periféricos, fraturas, feridas/pensos, falta de material adequado, rotinas do serviço e falta de conhecimento por parte dos

profissionais de saúde acerca da temática. Por isso, cabe aos enfermeiros promover posicionamentos terapêuticos e manipulações neuroprotetoras de forma a contribuir positivamente para o crescimento e desenvolvimento das crianças de quem cuida.

5. PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO

Formação em contexto de trabalho							
Data: 5 de Abril de 2021			Formadores: Carolina França e Rita Puppe				
Hora: 11h			Tema: Os Posicionamentos e o Neurodesenvolvimento numa UCIN				
Duração da sessão: 45min			Público-alvo: Enfermeiros da Neonatologia				
Local: Videoconferência via Teams							
Objetivo geral: Transmitir conhecimentos acerca da importância de cuidados neuroprotetores bem como estratégias para os implementar a nível do posicionamento terapêutico.							
Objetivos Específicos	Fases	Conteúdos Teóricos / Práticos	Métodos e Atividades Pedagógicas	Recursos Didáticos	Atividades Didáticas	Duração	Avaliação
• Conhecer os objetivos específicos da sessão; • Conhecer os subtemas da sessão.	Introdução	• Apresentação do tema da sessão • Apresentação dos conteúdos da sessão • Apresentação dos objetivos específicos da sessão	Expositivo	• Computador • Apresentação multimédia	Plenário: Diálogo	5min	

• Conhecer o <i>Neonatal Integrative Developmental Care Model</i>; • Descrever a dimensão dos “Posicionamentos e colo” e sua importância no neurodesenvolvimento; • Identificar as vantagens, indicações e contraindicações terapêuticas dos vários posicionamentos; • Identificar as barreiras existentes na prática aos posicionamentos; • Analisar a importância do papel do enfermeiro no posicionamento do neonato.	Desenvolvimento	• A prematuridade • Cuidados neuroprotetores - Neonatal Integrative Developmental Care Model • A importância dos posicionamentos para o neurodesenvolvimento • Material de apoio ao desenvolvimento • Descrição dos posicionamentos (decúbitos: lateral direito, lateral esquerdo, ventral, dorsal; swaddle; canguru) • Cuidados na manipulação • Barreiras aos posicionamentos • Papel do enfermeiro	Expositivo	• Computador • Apresentação multimédia • Fotografias • Vídeos	Plenário: Diálogo	30min	
--	-----------------	--	------------	--	----------------------	-------	--

- Sintetizar os principais aspetos abordados na sessão; - Promover a discussão acerca da prática de cuidados.	Conclusão	- Enunciação dos principais aspetos abordados - Promoção da discussão acerca da prática diária	Expositivo	- Computador - Apresentação multimédia	Plenário: Diálogo	10min	Avaliação da sessão segundo formulário da AGF
--	-----------	---	------------	---	----------------------	-------	---

6. CONCLUSÃO

A realização desta atividade enquadra-se no objetivo geral do projeto de estágio “1.Desenvolver competências comuns e específicas de EESIP que permitam prestar cuidados à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde/doença, nos diferentes contextos pediátricos e etapas de desenvolvimento ”. No objetivo específico “ 1.2. Desenvolver competências no âmbito do processo de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família.” dá resposta à atividade proposta de aprofundamento teórico sobre o crescimento e desenvolvimento infantojuvenil e à atividade posteriormente inserida no projeto de estágio, de realização de sessão de formação em contexto profissional, sobre o neurodesenvolvimento do recém-nascido prematuro.

Com esta atividade, ao procurar compreender quais as necessidades da equipa de enfermagem, no sentido da transmissão de conhecimentos, assim como o planeamento e realização da sessão de formação e sua apresentação à equipa, desenvolvo competências comuns e específicas de enfermeiro especialista. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), as competências comuns de EESIP desenvolvidas com esta atividade são “D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica. D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.” (p.4749) com os critérios de avaliação “D2.1.1 – Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.3 – Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 – Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.” (p.4749). E “D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.” (p.4749) com o critério de avaliação “D2.2.1 – Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos.” (p.4749).

De acordo com o Regulamento n.º 422/2018 (2018), as competências específicas de EESIP desenvolvidas com esta atividade são “3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento a criança e do jovem. D3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (p.19194) com o critério de avaliação “E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.” (p. 19194).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L. & Phillips, R.M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13 (1), 9-22.
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., & Moller, A. B. (2012). *Born too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Organização Mundial de Saúde.
- Boxwell, G. (2010). *Neonatal intensive care nursing* (2ª ed.). Londres e Nova Iorque: Routledge.
- Conde-Agudelo, A., & Díaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane database of systematic Reviews*, (8).
- Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018, Regulamento n.º 422/2018 - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, Ordem dos Enfermeiros.
- Drake, Elizabeth (2017). *Positioning the Neonate for Best Outcomes*. Chicago: National Association of Neonatal Nurses.
- Edraki, M., Paran, M., Montaseri, S., Nejad, M. R., & Montaseri, Z. (2014). Comparing the effects of swaddled and conventional bathing methods on body temperature and crying duration in premature infants: a randomized clinical trial. *Journal of caring sciences*, 3(2), 83.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C.C. (2014). *Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica* (10ªed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. Lisboa: INE.
- Kaur, V., Kaur, R., & Saini, S. S. (2018). Comparison of Three Nursing Positions for Reducing Gastric Residuals in Preterm Neonates: A Randomized Crossover Trial. *Indian pediatrics*, 55, 568-572.
- Kelly, B. A., Irigoyen, M. M., Pomerantz, S. C., Mondesir, M., & Isaza-Brando, N. (2017). Swaddling and infant sleeping practices. *Journal of community health*. 42(1), 10-14.
- Lei nº140/2019 (2019). Regulamentação de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto-lei n.º 140/2019, de 06 de Fevereiro.

Assembleia da república. *Diário da República II Série* (Nº26 de 06-02-2019), 4744-4750.

McDonnell, E., & Moon, R. Y. (2014). Infant deaths and injuries associated with wearable blankets, swaddle wraps, and swaddling. *The Journal of pediatrics*. 164(5), 1152-1156.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.

Tamez, R.N. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda.

Xavier, S. O. N., M. A., Badolati, M. E. M., de Paiva, M. B., & de Camargo, F. C. M. (2012). Estratégias de posicionamento do recém-nascido prematuro: reflexões para o cuidado de enfermagem neonatal [Positioning strategies for premature newborns: implications for neonatal nursing care]. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(6), 814-818.

Yilmaz, A. E., Unsal, N. S., Celik, N., Karabel, M., Keskin, E. A., Tan, S., & Aldemir, S. (2012). A perspective from the practice of swaddling by Turkish mothers. *Hippokratia*, 16(2), 130.

Sites Acedidos:

www.Philips.com – acedido a 20/12/2019

<https://www.spneonatologia.pt/> - acedido a 30/11/2019

<https://www.marchofdimes.org/> - acedido a 20/01/2020

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Apresentação Multimédia da sessão de formação

Os Posicionamentos e o Neurodesenvolvimento numa UCIN

Carolina Melo França

Rita Puppe dos Santos

Enfermeiras na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

Professoras Orientadoras: Alice Curado e Cristina

Jeremias

Lisboa, 5 de abril de 2021



1

Conteúdos

- Prematuridade
- Cuidados Neuroprotetores
- Posicionamentos como Dimensão do Cuidar
- Importância dos Posicionamentos
- Material de Apoio ao Posicionamento
- Tipos de Posicionamentos
 - Decúbitos Lateral Direito e Lateral Esquerdo
 - Decúbitos Dorsal e Ventral
 - *Swaddle* e Método Canguru
- Cuidados na Manipulação
- Barreiras aos Posicionamentos
- Importância do Enfermeiro
- Conclusão

2

Objetivos da Formação

- Dar a conhecer o *Neonatal Integrative Developmental Care Model* e as suas dimensões;
- Abordar a dimensão dos Posicionamentos e Colo e a sua importância no neurodesenvolvimento dos recém-nascidos;
- Transmitir informação acerca da importância de cuidados neuroprotetores e estratégias para os implementar ao nível do posicionamento terapêutico;
- Dar a conhecer vantagens, indicações e contraindicações terapêuticas dos vários posicionamentos segundo fundamentação científica credível na área;
- Promover discussão e reflexão acerca das práticas e das dificuldades sentidas.

3

Prematuridade

Bebés que nascem vivos antes das 37 semanas de gestação. (OMS, 2012)

Principal causa de morte no primeiro mês de vida.
(Brazner et al, 2012)

- Pré-termo extremo - menos de 28 semanas de gestação;
- Muito pré-termo - das 28 às 32 semanas de gestação;
- Pré-termo tardio: das 32 às 37 semanas.

(OMS, 2012)



(INE, 2018)



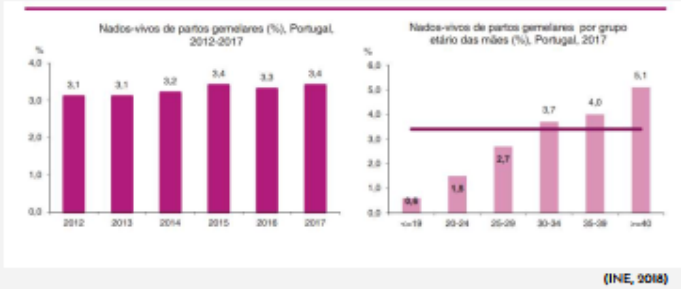
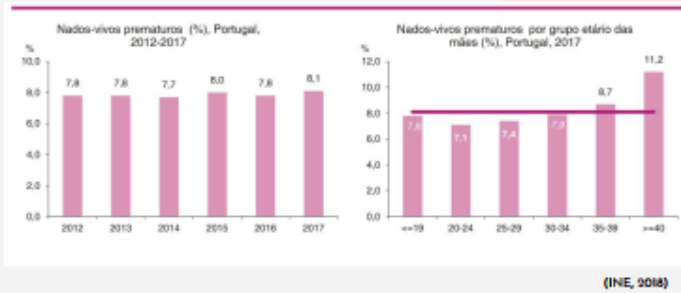
(Fonte: Born to learn)

4

Fatores de Risco

- Idade materna;
- Doenças crônicas maternas (HTA, DM);
- Hipertensão induzida pela gravidez;
- Alterações da placenta;
- Gravidez gemelar;
- Comportamentos de risco (tabagismo, consumo de álcool);
- Infecções maternas;
- Vigilância da gravidez;
- Influência genética.

(Hackenberg et al., 2014; DGS, 2018; Biancavalle et al., 2012)



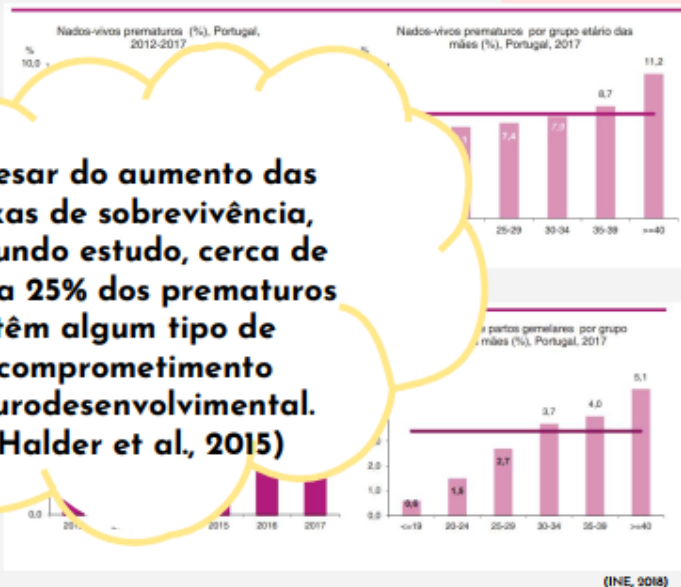
5

Fatores de Risco

- Idade materna
- Doenças crônicas (HTA, DM)
- Hipertensão induzida pela gravidez
- Alterações da placenta
- Gravidez gemelar
- Comportamentos de risco (tabagismo, consumo de álcool)
- Infecções maternas
- Vigilância da gravidez
- Influência genética

(Hackenberg et al., 2014; DGS, 2018; Biancavalle et al., 2012)

Apesar do aumento das taxas de sobrevivência, segundo estudo, cerca de 15% a 25% dos prematuros têm algum tipo de comprometimento neurodesenvolvimental. (Halder et al., 2015)

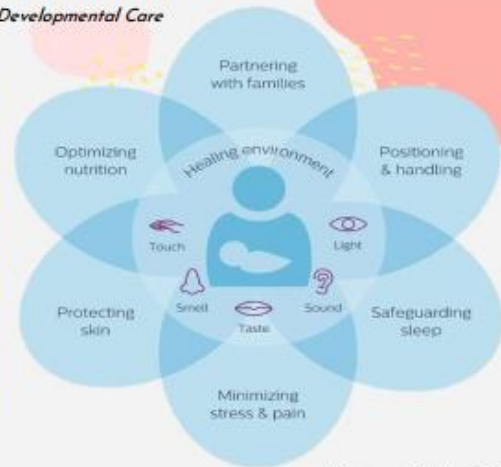


6

Cuidados Neuroprotetores

Neonatal Integrative Developmental Care Model

- Ambiente Terapêutico: temperatura/toque/propriocepção; olfato; paladar; som; luz;
- Salvar o sono;
- Minimizar o stress e a dor;
- Proteger a pele;
- Otimizar a nutrição;
- Parceria com a família;
- **Posicionamentos e manipulação.**



(Altimier & Phillips, 2013)

7

Importância dos Posicionamentos

- Promove a existência de barreiras físicas e contenção;
- Promove o desenvolvimento neuromotor e musculoesquelético;
- Facilita e promove o desenvolvimento do controle da cabeça, possibilitando a proximidade das mãos à boca, o que permite a orientação à linha mediana;
- Previne contraturas de rotação externa das extremidades;
- Previne alterações no formato da cabeça e as suas consequências no crescimento do cérebro;
- Promove o desenvolvimento das funções fisiológicas (pele, termorregulação, densidade óssea, sono e atividade cerebral);
- Promove melhor respiração, com oxigenação mais eficiente;
- Colabora para uma alimentação oral mais coordenada;
- Promove a função gástrica e os movimentos intestinais;
- Promove aumento ponderal e reduz necessidade de fármacos.

(Hackenberry et al, 2018; Altimier & Phillips, 2013; Tomez, 2013)



UCIN [redacted] com consentimento dos pais

8

Importância dos Posicionamentos

- Reduz o stress, promovendo o conforto;
- Organização neurocomportamental;
- Sentimento de segurança e controlo;
- Maturação neurosensitiva;
- Promove um desenvolvimento físico, social e psicológico adequado, com benefícios para além do período neonatal.

Se um recém-nascido não for corretamente posicionado apresenta-se em extensão, plano, assimétrico, com as extremidades em abdução e rotação externa, relacionada com o efeito da gravidade. Se tal não for contrariado, pode levar a atrasos de desenvolvimento dos recém-nascidos.

(Hackenberry et al., 2018; Altinier & Phillips, 2013; Tomez, 2013)



Fonte: March of Dimes

9

Material de Apoio ao Posicionamento



Ninho



Frog



Posicionador Ventral



Rolos



Almofada de Gel



Fralda de Pano

(Fonte: www.kidpaz.com)

10

Decúbitos Laterais

Vantagens

- Reduz efeitos extensores produzidos pela gravidade, incentivando os movimentos antigravitacionais, ajudando no desenvolvimento da tonicidade muscular;
- Promove a flexão e a orientação da linha mediana;
- Minimiza a abdução e rotação da anca e ombros;
- Acalma o bebê;
- Favorece a visualização do que está em redor;
- Melhora a oxigenação em casos de atelectasia ou enfisema pulmonar.

Desvantagens

- Promove um achatamento lateral da cabeça;
- Difícil de manter a flexão nos bebês mais ativos e hipertônicos;
- Promove uma ventilação desigual;
- Em extremos prematuros pode levar a atelectasia pulmonar.

(Tamer, 2013; Boxwell, 2010)

Decúbito Lateral Direito

Vantagens

- Favorece o esvaziamento gástrico devido à anatomia do sistema gastrointestinal superior.



Decúbito Lateral Esquerdo

Vantagens

- Reduz os reflexos de refluxo

Desvantagens

- Levantado do esvaziamento gástrico



11

Decúbito Lateral Direito

Vantagens

- Favorece o esvaziamento gástrico devido à anatomia do sistema gastrointestinal superior.

(Kaur, Kaur & Saini, 2018)



UCIN [redacted] com consentimento dos pais

12

D

Decúbito Lateral Esquerdo

Vantagens

- Reduz os episódios de refluxo gastroesofágico.

Desvantagens

- Lentidão do esvaziamento gástrico (cl clinicamente aceitável).

(Kaur, Kaur & Saini, 2018)



UCIN [REDACTED] - com consentimento dos pais

13

Decúbito Ventral

Vantagens

- Promove a fortificação dos músculos do pescoço e controlo da cabeça, flexão das extremidades e adução da anca e joelhos, prevenindo a rotação externa dos quadris;
- Previne assimetrias corporais;
- Estimula a ação de levar a mão à boca;
- Acalma e diminui o choro, promovendo períodos de sono profundo e diminuindo os gastos energéticos;
- Diminui perda de calor;
- Permite melhor oxigenação, expansão pulmonar e ventilação;
- Diminui episódios de bradicardia e apneia;
- Diminui o risco de broncoaspiração;
- Diminui refluxo gastroesofágico;
- A flexão das extremidades inferiores promove os

Decúbito Ventral



Desvantagens

- Dificulta o acesso ao bebé para a execução de certos procedimentos;
- Dificulta a observação do recém-nascido para alterações respiratórias e intestinais;
- Pode levar a extubação em caso de agitação;
- Pode levar a assimetrias motoras se mal posicionado;
- Dificulta exploração visual.

(Tomez, 2013; Bowell, 2010)

14

D Decúbito Ventral



UCIN [REDACTED] - com consentimento dos pais

- Diminui perda de calor

15

Decúbito Dorsal

Vantagens

- Permite moldar a cabeça do recém-nascido em formas mais arredondadas, evitando o achatamento do crânio;
- Promove uma maior mobilidade;
- Estimula a ação de levar a mão à boca;
- Permite um fácil acesso nos bebês instáveis;
- Promove evolução positiva em casos de atelectasia pulmonar;
- Utilizada em casos de drenagem torácica;
- Reduz o risco da Síndrome da Morte Súbita;
- Facilita a drenagem do fluxo venoso cerebral, prevenindo o risco de hemorragia intraventricular.

Recomendado nos prematuros com IG < 30 semanas durante as primeiras 96h de vida

(Kaur, Kaur & Saini, 2018; Tamez, 2013; Bowtell, 2010)

Decúbito Dorsal



Desvantagens

- Pode aumentar o stress;
- Leva a ciclos de sono profundo mais curtos;
- Obriga a um gasto energético maior, sendo aconselhado a recém-nascidos mais maduros e mais estáveis;
- Leva a uma diminuição da complacência pulmonar;
- Pode aumentar o número de episódios de apneia e bradicardia;
- Aumenta episódios de refluxo gastroesofágico;

16

D Decúbito Dorsal



UCIN [REDACTED] - com consentimento dos pais

- Diminui perda de calor

17

Swaddle

Vantagens

- Reduz o stress neonatal;
- Promove o conforto e reduz o despertar espontâneo;
- Promove maiores períodos de sono profundo e tranquilo
- Auxilia a autorregulação durante a alimentação;
- Minimiza a dor, devendo ser utilizado em procedimentos potencialmente dolorosos e/ou stressantes;
- Estimula a ação de levar a mão à boca.

Desvantagens

- Pode levar a hipertermia;
- Quando muito apertado pode levar a problemas do foro musculoesquelético, como displasia da anca, e também a nível respiratório, como uma diminuição da capacidade pulmonar geral.

(Drake, 2017; Kelly et al, 2017; Edraki et al, 2014; Tamez, 2013; McDannell & Maon, 2013; Ylmaz et al, 2012)

Swaddle



18

Swaddle



UCRN [redacted] com consentimento dos pais

- Diminui perda de calor

19

Canguru

Vantagens

- Facilita a vinculação;
- Melhora a satisfação materna e a interação parental;
- Minimiza o stress e a dor;
- Estabiliza os ciclos de sono;
- Promove o desenvolvimento cerebral e motor;
- Promove a estabilidade fisiológica;
- Estabiliza as necessidades de oxigenação;
- Reduz situações de apneia e bradicardia;
- Promove a termorregulação, evitando a hipotermia;
- Promove a tolerância alimentar e a amamentação;
- Promove o aumento de peso dos recém-nascidos;
- Reduz o nível de infecções;
- Reduz o risco de mortalidade pós-alta.

Canguru



UCRN [redacted] com consentimento dos pais

Estudos revelam que o início do Canguru na primeira semana de vida está associado a uma diminuição de cerca de 51% da mortalidade neonatal de bebês estáveis com <2000g quando comparado com bebês que permanecem na incubadora. (Blencowe et al, 2012)

(Hackenberry et al, 2018; Cande-Agudelo & Diaz-Russella, 2016; Coughlin, 2014; Tamez, 2015; Blencowe, 2012)

20

D

Canguru



UCIN [REDACTED] com consentimento dos pais

- Diminui perda de calor

21

Cuidados na Manipulação

- Alteração de decúbitos a cada 3/4hrs nos RN estáveis e a cada 8hrs nos instáveis;

A mudança da posição favorece a manutenção da função neuromuscular e ósteo-articular, assim como o desenvolvimento da atividade motora espontânea e funcional.

(Xavier et al, 2010)

Ajuda a preservar a integridade cutânea do RN promovendo a distribuição dos pontos de pressão e com isso reduzindo a incidência de lesões.

(Xavier et al, 2010)

- A manipulação dos prematuros deve ser feita com calma, de forma suave, mantendo as extremidades do bebê contidas e fletidas;
- A manipulação repentina é negativa e stressante, podendo provocar alterações fisiológicas;
- Prestar cuidados de acordo com a capacidade e tolerância do bebê.

(Hackenberry et al, 2018; Coughlin, 2014; Altimier & Phillips, 2013)



22

Barreiras aos Posicionamentos

Fototerapia;
Cateteres Centrais e Periféricos;
Fraturas;
Feridas / Pensos;
Falta de material adequado;
Rotinas do serviço;
Falta de conhecimento por parte dos
profissionais;
Covid-19.

23

Papel do Enfermeiro

- Suporte, ensino e capacitação dos pais/famílias;
- Individualizar os cuidados a cada recém-nascido/família;
- Transmitir conhecimento a restantes profissionais de saúde através de formações;
- Diminuir rotinas de serviço.

Os enfermeiros tornam-se importantes na gestão das manipulações do bebé, podendo negociar, não só com os pais mas também com os outros profissionais de saúde, o timing, intensidade e necessidade das intervenções.

(Caughlin, 2016)



24

Conclusão

- Prematuridade - uma realidade em Portugal;
- Relevância e importância dos cuidados neuroprotetores;
- Manipulação e posicionamentos como medida promotora da saúde;
- Importância no controlo de sintomas de algumas patologias;
- Intervenção autónoma e fundamental de enfermagem;
- Papel do enfermeiro;
- Prática Baseada na Evidência.



UCIN [REDACTED] com consentimento das pais

Referências Bibliográficas

- Altimier, L. & Phillips, R.M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Care Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13 (1), 9-22.
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., & Moller, A. B. (2012). *Born too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Organização Mundial de Saúde.
- Boxwell, G. (2010). *Neonatal intensive care nursing* (2ª ed.). Londres e Nova Iorque: Routledge.
- Conde-Agudelo, A., & Diaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane database of systematic Reviews*, (8).
- Diário da República, 2ª série – N.º 133 – 12 de julho de 2018, Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Ordem dos Enfermeiros.
- Drake, Elizabeth (2017). Positioning the Neonate for Best Outcomes. National Association of Neonatal Nurses.
- Edraki, M., Paran, M., Montaseri, S., Nejad, M. R., & Montaseri, Z. (2014). Comparing the effects of swaddled and conventional bathing methods on body temperature and crying duration in premature infants: a randomized clinical trial *Journal of caring sciences*, 3(2), 83.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C.C. (2014). *Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica* (10ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. Lisboa: INE.
- Kaur, V., Kaur, R., & Saini, S. S. (2018). Comparison of Three Nursing Positions for Reducing Gastric Residuals in Preterm Neonates: A Randomized Crossover Trial. *Indian pediatrics*, 55, 568-572.

Referências Bibliográficas

- Kelly, B. A., Irigayen, M. M., Pomerantz, S. C., Mandesir, M., & Isaza-Brando, N. (2017). Swaddling and infant sleeping practices. *Journal of community health*, 42(1), 10-14.
- McDonnell, E., & Moon, R. Y. (2014). Infant deaths and injuries associated with wearable blankets, swaddle wraps, and swaddling. *The Journal of pediatrics*, 164(5), 1152-1156.
- Tamez, R.N. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda.
- Yilmaz, A. E., Unsal, N. S., Celik, N., Karabel, M., Keskin, E. A., Tan, S., & Aldemir, S. (2012). A perspective from the practice of swaddling by Turkish mothers. *Hippokratia*, 16(2), 130.
- Xavier, S. O. N., M. A., Badolati, M. E. M., de Paiva, M. B., & de Camargo, F. C. M. (2012). Estratégias de posicionamento do recém-nascido prematuro: reflexões para o cuidado de enfermagem neonatal [Positioning strategies for premature newborns: implications for neonatal nursing care]. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(6), 814-818.

Sites Acedidos:

www.Philips.com - acedido a 20/12/2019

<https://www.spneonatologia.pt/> - acedido a 30/11/2019

<https://www.marchofdimes.org/> - acedido a 20/01/2020

Discussão

APÊNDICE VI
Análise reflexiva “Situação de risco”



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Análise reflexiva “Situação de risco”

Rita Cabral de Soveral Puppe dos Santos Pinto



Orientadora: Professora Cristina Maria Rosa Jeremias



Lisboa

2021

LISTA DE SIGLAS

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NHACJR - Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

ÍNDICE

Introdução	3
1. Análise reflexiva.....	4
2.1. Descrição da situação	4
2.2. Análise da situação	5
3. Conclusão.....	12
Referências bibliográficas	13

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no contexto de estágio na Urgência Pediátrica, enquadrado no projeto de estágio com a temática “A alimentação no primeiro ano de vida: a intervenção de enfermagem nas crianças de origem asiática meridional”, realizei a presente análise reflexiva, baseado numa situação vivida em contexto de estágio, com a temática das situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem.

Esta atividade insere-se no objetivo geral 1. “Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP que permitam prestar cuidados à criança/jovem e sua família, nos processos de saúde/doença, nos diferentes contextos pediátricos e etapas de desenvolvimento.” e no objetivo específico 1.3 “Desenvolver competências no âmbito das doenças comuns e situações de risco que possam afetar a criança/jovem e família.”, indo ao encontro das atividade, previamente definidas, de: observar a intervenção do EEESIP em situações de risco que possam afetar a criança/jovem; colaborar nos cuidados à criança/jovem em situações de risco; e realizar uma análise reflexiva de uma situação de intervenção numa situação de risco.

A situação que abordo nesta análise reflexiva trata-se de uma situação de maus tratos a uma adolescente. De acordo com o Despacho n.º 31292/2008 (2008) e DGS (2011) os maus tratos são um problema de saúde pública e devem ser objeto de vigilância, já que se nada se fizer para evitar estas situações de maus tratos, tendem a reproduzir-se de geração em geração. Acrescendo, a proteção das crianças e jovens vítimas de maus tratos são um direito das crianças e uma responsabilidade do estado, como vem descrito na Convenção dos Direitos das Crianças. De acordo com o artigo 19.º “O Estado deve proteger a criança contra todas as formas de maus tratos por parte dos pais ou de outros responsáveis pelas crianças e estabelecer programas sociais para a prevenção dos abusos e para tratar as vítimas” (Comité Português para a UNICEF, 2019, p.16). Para além disto, “O Estado tem a obrigação de assegurar protecção especial à criança privada do seu ambiente familiar e de zelar para que possa beneficiar de cuidados alternativos adequados ou colocação em instituições apropriadas.” (Comité Português para a UNICEF, 2019, p.17). Assim torna-se clara a importância de aprofundar esta temática no âmbito da intervenção como futura EEESIP.

1. ANÁLISE REFLEXIVA

2.1. Descrição da situação

Num dos turnos da manhã, durante o estágio no serviço de urgência pediátrica (SUP) de um hospital central, a EEESIP Orientadora Clínica ficou responsável por uma adolescente vítima de maus tratos. A H., uma adolescente com dezassete anos, deu entrada no SUP na tarde anterior por lesões consequentes de abuso físico e por lesões de automutilação e ideações suicidas. A H. veio acompanhada pela Psicóloga que segue a família. A H. ficou em observação para proteção e avaliação do caso social. Durante a avaliação física, foram detetados hematomas com várias fases evolutivas, dispersos pelo corpo, e também lesões suturadas nas faces internas dos membros superiores, autoinfligidas, coincidentes com tentativas de suicídio.

Antes de iniciar os cuidados à H., a enfermeira enquadrou-me acerca da situação social da H., que já é conhecida entre a equipa, por não ser a primeira vez que a H. recorre ao SUP. A H. é proveniente da Síria, não comunica na língua portuguesa e domina muito pouco o idioma inglês. A família de H. é de tipologia nuclear e é constituída pelos pais e cinco filhos, a H., duas raparigas e dois rapazes mais novos. São uma família de refugiados Sírios em Portugal. A família vivia em Évora mas, devido ao relato de várias situações de abuso físico por parte do pai para com as filhas, as filhas e a mãe foram realojadas em Lisboa, numa casa própria. Os irmãos e o pai ficaram em Évora. O realojamento em Lisboa deu-se no início de 2020 e foi com o objetivo de afastar a H. do Pai e ter um maior acompanhamento por parte dos serviços sociais. Desde o final de 2020 que a H. já recorreu diversas vezes ao SUP com lesões sugestivas de abuso físico. Devido a estas evidências, a equipa suspeita que o pai da H. tenha vindo para Lisboa e seja o responsável pelo abuso. Os casos foram relatados ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) sendo estes os responsáveis pelo acompanhamento e encaminhamento da situação. A Psicóloga que a acompanha é também tradutora.

Durante o turno da manhã, a enfermeira reavaliou as lesões dispersas pelo corpo da H. e, após os cuidados de higiene, refez os pensos das lesões dos membros superiores. Durante os cuidados tentou conversar com a H., na língua inglesa e com o apoio de tradução feita pela Psicóloga, mas com pouco sucesso. A H. não demonstrou interesse na comunicação. De seguida, a enfermeira entrou em contacto com o NHACJR e foi decidido que a H. iria ficar internada no Hospital para proteção,

até resolução social. No final do turno foi dado conhecimento à equipa que a H. iria nesse mesmo dia para uma instituição, sem acompanhamento da família.

Relativamente ao NHACJR do hospital, tive a oportunidade de perguntar à enfermeira do SUP que pertence ao NHACJR que me informou que esta equipa é constituída por uma enfermeira, duas pediatras, uma assistente social, uma psicóloga e duas pedopsiquiatras. O NHACJR reúne semanalmente para discutir os casos do hospital e dar encaminhamento às situações existentes. É também o NHACJR que realiza a articulação com outras instituições e com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)/Tribunal de Menores. A enfermeira referiu que neste hospital as sinalizações ao NHACJR são maioritariamente realizadas pelos médicos, mas que os enfermeiros também podem fazê-lo, sendo predominantemente situações de abuso físico.

2.2. Análise da situação

A situação acima descrita trata-se de uma situação de maus tratos. Os maus tratos são definidos por “(...) qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima.” (DGS, 2011, p.7). Os maus tratos são fenómenos complexos e multifacetados, com repercussões negativas para o crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, autonomia e dignidade das crianças e jovens, cujos efeitos podem ter consequências a curto e a longo prazo (Despacho n.º 31292/2008, 2008; DGS, 2011). De acordo com o Despacho n.º 31292/2008 (2008) os maus tratos podem adquirir significados diferentes consoante as dinâmicas e especificidades culturais.

Os maus tratos podem ser de vários tipos: negligência, mau trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico/emocional e síndrome de Munchausen por Procuração. A negligência caracteriza-se pela incapacidade de satisfazer as necessidades de higiene, afeto, alimentação e saúde indispensáveis ao crescimento e desenvolvimento da criança/jovem (Despacho n.º 31292/2008, 2008; DGS, 2011). Segundo os mesmos despachos, a negligência pode ser do tipo “ativa” quando existe intenção de provocar dano à criança, ou do tipo “passiva” quando tem por base a incompetência dos cuidadores.

O mau trato físico tem por base uma ação não accidental, isolada ou repetida, realizada pelos pais ou cuidadores, que provoque ou possa provocar danos físicos à

criança (Despacho n.º 31292/2008, 2008; DGS, 2011). O mau trato físico é o tipo de maus tratos mais frequentemente detetado nos serviços de urgência hospitalar e é responsável por elevados índices de morbilidade, incapacidade permanente e mortalidade (Despacho n.º 31292/2008, 2008). Segundo o mesmo autor, o mau trato físico está muitas vezes associado a sinais e sintomas como lesões (como equimoses e hematomas) com diferentes estádios de evolução.

O abuso sexual é caracterizado pelo envolvimento da criança/jovem numa atividade que tem como objetivo a satisfação sexual de um indivíduo mais velho e mais forte, baseando-se numa relação de poder ou de autoridade (Despacho n.º 31292/2008, 2008; DGS, 2011).

O mau trato psicológico/emocional caracteriza-se pela incapacidade de satisfazer as necessidades emocionais e afetivas, indispensáveis ao crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança/jovem (Despacho n.º 31292/2008, 2008; DGS, 2011). Podem ser situações de falta de cuidados ou de afetos, com consequências negativas a nível comportamental do indivíduo (DGS, 2011). Segundo Despacho n.º 31292/2008 (2008) o mau trato psicológico pode estar associado a sinais e sintomas como a automutilação, alterações de apetite, cefaleias sem causa aparente e perturbações do sono.

A Síndrome de Munchausen por Procura trata-se da atribuição à criança de sinais e sintomas relacionados com uma patologia, com o objetivo de convencer a equipa de saúde da existência de uma patologia, originando hospitalizações recorrentes e procedimentos de diagnósticos exaustivos e invasivos (Despacho n.º 31292/2008, 2008; DGS, 2011). Esta atribuição de sinais e sintomas é realizado por um elemento da família, que por norma tem subjacente uma patologia psiquiátrica, nem sempre fácil de identificar (Despacho n.º 31292/2008, 2008; DGS, 2011).

Com base na caracterização dos diferentes tipos de maus tratos, consigo identificar que a situação de maus tratos em análise se trata de uma situação de maus tratos físicos e psicológicos, caracterizada pelas lesões físicas dispersas pelo corpo de H. com equimoses e hematomas em diferentes fases de evolução e pelas lesões autoinfligidas nas faces internas dos membros superiores da H. A situação de maus tratos da H., como referido, não foi um episódio isolado, tratando-se de uma sequência de eventos já conhecida pela equipa. Como mencionado, as situações de maus tratos físicos são as mais frequentemente identificadas nos serviços de urgência, local onde a situação em análise decorreu.

Nas situações de maus tratos, existem fatores que podem propiciar a probabilidade de ocorrência dos mesmos ou fatores que podem proteger a criança e minorar os riscos. Nesse sentido, foram definidos os fatores de risco, fatores de proteção, fatores de agravamento/crises de vida e sinais de alerta (Despacho n.º 31292/2008, 2008; DGS, 2011). Estes parâmetros devem ser considerados numa avaliação de uma situação de suspeita ou confirmação de maus tratos e com base nessa avaliação, dever-se-á realizar uma observação ativa e continuada da situação, com o adequado aconselhamento e apoio à família, de forma a minimizar a probabilidade de ocorrência de uma situação de maus tratos (DGS, 2011).

Os fatores de risco são caracterizados por influências que aumentam a probabilidade de ocorrência de situação de maus tratos (Despacho n.º 31292/2008, 2008; DGS, 2011). Podem funcionar como indicadores mas não podem ser considerados causa direta e não provam a existência de maus tratos (Despacho n.º 31292/2008, 2008; DGS, 2011).

Os fatores de proteção são as variáveis que apoiam e favorecem o desenvolvimento da criança, evitando o impacto dos fatores de risco (Despacho n.º 31292/2008, 2008; DGS, 2011). Os fatores de proteção podem diminuir a probabilidade da existência de uma situação crítica (Despacho n.º 31292/2008, 2008).

Os fatores de agravamento/crises de vida são eventos ou alterações na vida da criança/jovem que desequilibram a dinâmica entre os fatores de risco e de proteção, podendo precipitar uma situação de maus tratos (DGS, 2011).

Os sinais de alerta são indicadores que nos revelam uma maior probabilidade da existência de maus tratos e requerem um acompanhamento e investigação mais detalhados e consequente intervenção protetora da criança (DGS, 2011). Os sinais de alerta, por si só, não permitem diagnosticar uma situação de maus tratos, mas indicam a necessidade de intervenção (DGS, 2011).

Com base nestes fatores e sinais de alerta, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de detetar precocemente fatores de risco e sinais de alarme, compreender se as crianças/jovens se encontram numa situação de risco ou em evolução para perigo e sinalizá-los através dos meios adequados (Despacho n.º 31292/2008, 2008). Segundo o despacho, as situações de risco referem-se “(...) ao perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento” (p.49210). A evolução destas situações, de forma negativa, pode levar a uma situação de perigo (Despacho n.º

31292/2008, 2008). As situações de perigo são caracterizadas no Despacho n.º 31292/2008 (2008) por

a) Estar abandonada ou viver entregue a si própria; b) Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais; c) Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; d) Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; e) Estar sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; f) Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação. (p.49211)

Ao analisar a situação descrita, alguns destes critérios de situação de perigo são evidentes, sendo esses critérios sofrer de maus tratos físicos ou psíquicos e assumir comportamentos que afetem gravemente a sua saúde e segurança, sem que os pais/representantes legais se oponham de modo adequado para a remover dessa situação (comportamentos de automutilação). Assim, a situação previamente descrita trata-se de uma situação de perigo.

De acordo com o Despacho n.º 31292/2008 (2008) o sistema de proteção, através do Estado, apenas tem legitimidade de atuação nas situações de perigo, sendo o caso da situação descrita. De forma a dar resposta às situações de maus tratos, a intervenção de proteção por parte do Estado encontra-se organizada em três níveis. Em primeiro lugar estão as entidades com competência em matéria de infância e juventude, onde se enquadram os serviços de saúde; em segundo lugar a CPCJ; e, por último, os tribunais (Despacho n.º 31292/2008, 2008). A CPCJ e os tribunais só devem intervir quando todos os meios disponíveis no primeiro nível de intervenção se tiverem esgotado (Despacho n.º 31292/2008, 2008; DGS, 2011). Estão incluídas para intervenção por parte dos serviços de proteção, as crianças e jovens até aos dezoito anos, podendo perdurar até aos vinte e um anos, sempre que o começo do processo tenha início antes da maioridade (Despacho n.º 31292/2008, 2008).

Com base nesta organização da intervenção, os serviços de saúde têm o direito e a obrigação de intervir para garantir a proteção da criança ou jovem (DGS, 2011). Neste sentido foi criada uma rede de núcleos de apoio a crianças e jovens em risco, nos locais de saúde com atendimento pediátrico, de forma a dar resposta às situações de maus tratos. Nos hospitais os núcleos são intitulados de Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) e a equipa deve ser constituída, no mínimo, por um médico pediatra, um enfermeiro, um técnico de serviço social e um

profissional de saúde mental (Despacho n.º 31292/2008, 2008). Como referido anteriormente, o NHACJR do hospital em que decorreu a situação em análise encontra-se constituído de acordo com o preconizado pelo Despacho n.º 31292/2008 (2008). Dessa forma, o NHACJR é constituído por uma enfermeira, duas médicas pediatras, uma assistente social, uma psicóloga e duas pedopsiquiatras.

De acordo com o definido pelo Despacho n.º 31292/2008 (2008), os NHACJR têm as seguintes funções: informar e sensibilizar os profissionais dos diferentes serviços para a problemática; difundir informação legal e técnica sobre o assunto; incrementar a formação dos profissionais; recolher e organizar a informação casuística sobre as situações de maus tratos atendidas; prestar apoio aos restantes profissionais de saúde na sinalização, acompanhamento e encaminhamento de casos, agilizando a comunicação com o segundo e terceiro nível de intervenção (CPCJ e tribunais); a título excecional, gerir situações clínicas de maior complexidade e urgência; fomentar mecanismos de cooperação intrainstitucional; colaborar com outros projetos e recursos da comunidade; mobilizar a rede de recursos existente para assegurar o acompanhamento do caso; e, articular com outros núcleos da rede. Assim, os Núcleos são uma referência nas instituições relativamente às situações de maus tratos, prestando apoio às equipas na condução dos casos e interlocução com outras entidades dos vários níveis de intervenção (Despacho n.º 5656/2017, 2017).

Perante uma situação de suspeita de maus tratos, os profissionais de saúde devem atuar com o objetivo de proteger a criança/jovem, intervir no risco de forma a prevenir a evolução para uma situação de perigo, e evitar a recorrência da situação (DGS, 2011).

O Despacho n.º 31292/2008 (2008) define qual deve ser a intervenção nos vários serviços de saúde, particularizando a intervenção no serviço de urgência. O Despacho n.º 31292/2008 (2008) reforça que dada a complexidade das situações e as especificidades do serviço de urgência, que se caracteriza pela elevada diversidade de equipas médicas, enfatiza-se a necessidade de referenciar todas as situações para o NHACJR, que assumirá a condução posterior do processo.

Assim, numa situação de maus tratos diagnosticada num serviço de urgência, podem tomar-se duas possíveis decisões. Na primeira, se a criança/jovem vítima de maus tratos apresentar lesões que justifiquem vigilância ou tratamento, esta deve ficar internada com consentimento do responsável pela criança/jovem (Despacho n.º 31292/2008, 2008). Deverá ser contactado o serviço social (idealmente a assistente social do NHACJR) que comunicará a situação de maus tratos à CPCJ. A CPCJ irá

contactar os pais/representante legal, para obter consentimento para intervir. Caso não haja consentimento, a CPCJ encaminha a situação para o Tribunal de Família e Menores (Despacho n.º 31292/2008, 2008). A segunda situação, será tomada no caso da criança/jovem não ter critérios físicos para internamento. Nesta situação deve proceder-se à avaliação do perigo para a criança/jovem e com base na avaliação podem ocorrer três situações: a criança/jovem não se encontra em perigo e o responsável garante um ambiente seguro, sendo apenas realizado encaminhamento para o NHACJR que irá conduzir a situação posteriormente; há perigo eminente ou atual e os responsáveis legais não se opõem à intervenção do hospital, sendo que a equipa deve tomar as medidas necessárias e contactar o NHACJR que contactará a CPCJ; e, existe perigo eminente ou atual e os responsáveis legais opõem-se à intervenção do hospital (Despacho n.º 31292/2008, 2008). Nesta última situação o responsável da urgência hospitalar deve acionar o procedimento de urgência e tomar as medidas adequadas de proteção da criança/jovem, como promover o acolhimento num Centro de Acolhimento Temporário ou optar por manter a criança/jovem em internamento no hospital. Neste caso, deve ser informado o NHACJR e pedir a intervenção do Tribunal de Família e Menores e das autoridades policiais (Despacho n.º 31292/2008, 2008). O procedimento de urgência exige a verificação cumulativa de dois requisitos elencados anteriormente: a existência de perigo atual ou eminente para a criança/jovem e a oposição de atuação por parte do responsável legal pela criança/jovem (Despacho n.º 31292/2008, 2008).

Ao analisar a intervenção pela equipa do SUP, consigo compreender que seguiu o protocolizado pelo Despacho n.º 31292/2008 (2008). À entrada de H. no SUP (no final da tarde), a equipa decidiu que a H. ficaria internada em sala de observação do SUP pelo perigo eminente para a H. e para observação das lesões. No início da manhã foi contactado o NHACJR a dar conhecimento da situação, que de seguida informou o Tribunal de Menores da situação. Ao final da manhã, o NHACJR informou a equipa do SUP que a H. iria ficar internada a aguardar transferência para uma instituição de acolhimento de jovens.

Nesta situação, o papel do enfermeiro foi importante em várias fases do processo. Em primeiro lugar, à entrada da H. no SUP, o enfermeiro na triagem identificou como uma situação de risco e a equipa de saúde decidiu manter a H. na sala de observação do SUP, durante a noite, para que na manhã se pudesse realizar os encaminhamentos necessários, mantendo a H. em proteção. Foi também durante a tarde que se realizou a entrevista à H. sobre a situação, com o apoio da psicóloga,

(momento que não tive oportunidade de observar, por não estar presente no turno). No turno da manhã, já com a EEESIP que acompanhei, foi realizado o encaminhamento para o NAHCJR e prestados cuidados às lesões de H. No final do turno da manhã, transferiu-se a H. para o internamento, sem acompanhantes, para aguardar a ida para uma instituição social.

3. CONCLUSÃO

As situações de maus tratos são situações com a qual não estou familiarizada, por não ser frequente, no meu contexto de trabalho, ter de atuar e realizar encaminhamentos nestas situações tão específicas e complexas. Deste modo foi um desafio acompanhar esta situação e conseguir compreendê-la, no sentido da atuação da equipa e quais os vários recursos existentes. Assim, com a realização desta análise de situação de maus tratos desenvolvi conhecimentos na área dos maus tratos, tanto na classificação dos diferentes tipos de maus tratos como na intervenção nestas situações. Foi importante no sentido de aprofundar os meus conhecimentos no organograma de resposta a estas situações, de que forma a Lei Portuguesa definiu os vários níveis de resposta e como estes se organizam nos hospitais e restantes instituições, de forma a proteger a criança/jovem. Assim, consigo agora olhar para a situação que ocorreu e compreender os diferentes passos de atuação e as tomadas de decisão realizadas pela equipa nos três turnos em que H. esteve presente no serviço. Consigo também compreender o papel do EEESIP no encaminhamento destes casos, sendo que este tem a responsabilidade de detetar situações de risco e prestar cuidados holísticos com distinção, para além de ter a responsabilidade de integrar equipas dos NACJR, tanto a nível hospitalar com a nível dos cuidados de saúde primários.

Assim, com esta análise reflexiva acredito ter desenvolvido competências de EEESIP. De acordo com o Regulamento n.º 422/2018 (2018) identifico “E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (p.19192) com a unidade de competência “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.” (p.19193), com os seguintes critérios de avaliação “E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco.”(p.19193) e “E1.2.6. Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos.” (p.19193).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comité Português para a UNICEF (2019). *Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos*.
- Despacho n.º 31292/2008 (2008). Gabinete da Ministra. *Diário da República, 2.ª Série* (N.º 236 de 5 de dezembro de 2008), 49207-49231.
- Despacho n.º 5656/2017 (2017). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República, 2.ª Série* (N.º 123 de 28 de junho de 2017), 13094-13095.
- DGS (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. DGS.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2.ª Série* (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.

APÊNDICE VII
Tradução do Guia de Acolhimento para inglês (SIP)

WELCOME GUIDE

SERVIÇO DE PEDIATRIA

MÉDICA 5.1



April 2020

WELCOME TO THE MEDICAL PEDIATRIC 5.1 WARD THIS GUIDE CONTAINS INFORMATION AND ORIENTATIONS

Your child will be hospitalized in the ward in order to complete treatments in the Area of General Pediatrics

This ward is on the 1st floor, or the right wing, of the main building of the hospital. It has 8 rooms, with maximum capacity for 12 beds (cribs).

The ward provides a crib, a chair, an armchair and a locker to put your clothes on. Also provides the **food and diapers** for your child. You can bring items for your personal hygiene, clothes, toys and/or favorite books of your child. You can have a shower here.

On the day of hospitalization, the nurse will give you your identity card which is **individual and untransferable**.

PLEASE DO NOT LEAVE VALUABLE OBJECTS IN THE WARD, BECAUSE WE CANNOT BE RESPONSIBLE FOR THEM.

WHENEVER YOU HAVE QUESTIONS OR NEED FOR MORE INFORMATION, you can ask the health care team. During each shift there is a main responsible nurse.

The health care team is comprised by **Nurses, Doctors, Nursing assistants, Technical assistants** that are at your availability.

THAT WILL BE USEFUL COLLABORATE WITH THE HEALTH CARE TEAM

There are other members of the team available for your support, like Psychologist, Social Assistant, Dietitian, among others.

ANYTIME YOU NEED TO LEAVE THE WARD, PLEASE LET THE NURSE, RESPONSIBLE FOR YOUR CHILD, KNOW.

Your child may need to **be in isolation** and in that case, you may need to use a protective gown and/or a mask. The child may not have visits.

ACCOMPANIMENT BY AN ADULT

During the day – **8am to 22pm** – the two companions may stay with the child (the parents or their legal substitutes).

During the night – **22pm to 8am** – only one of the parents/companion.

The parents/companions can collaborate in the child care with the help/supervision of the responsible nurse.

THE DIET is part of the child treatment. Please respect the doctors, nurses and dietitian instructions. Do not give any extra/outside food without the consent of the health professionals. If there is anything your child cannot eat due to religious reasons,

A healthy diet includes

vegetables and fruits!

cultural reasons or allergies, please let the nurse know. We will try to adapt the diet according to the child's habits.

VISITS

The child can have visits every day from **2pm-4pm**. **Two people** can enter at the same time.

Children under **12years old**, can only visit according to the instructions of the responsible nurse.

The companions/parents can use the parents bathroom for their personal hygiene.

TRAINING OF NEW PROFESSIONALS

The hospital collaborates in training of new health professionals and has protocols with many universities and higher education schools. All of them should be carrying an identity card saying "Estagiário/ Em formação", which means "trainee/in training".

Any medical clarification you need, ask your child's attending doctor.

YOUR CHILD'S SECURITY ALSO DEPENDS ON YOU

- Always wash your hands before touching your child;
- Make sure your child has the name band;
- Keep the crib sides up;
- Ask for information about your child's medication;
- Always have your own identification card;
- Manage your child's visits;
- Anytime you leave the ward, let the nurse know;
- Anytime you leave the ward, make sure the main door stays correctly closed;
- Do not leave the child alone on the changing stand/bench, he/she may fall.

WE CONSIDER YOUR COLLABORATION ESSENCIAL FOR:

- **Reduce the infection risk;**
- **Keep the child safe.**

USEFUL INFORMATION

You can have your meals in the cafeteria or at the cafe/bar.

According to the Portuguese law nº 106/2009 article 6º of September 14th, the parents have the right to a **free meal at the cafeteria** if they are exempt from paying anything at the National Health System and if they stay with the children for 6hrs a day; and anytime time one of this situations happen:

- a. The hospitalized child is in danger of life;
- b. The child is in the pos-operation period, only until 48hrs after the surgery;
- c. The child companion is the mother and she is breastfeeding;
- d. The child is in isolation;
- e. The child companion lives more than 30km from the hospital.

Cafeteria Schedule:

Lunch – 2pm to 2:45pm

Dinner – 7pm to 9pm

The **café/bar** of the 2nd floor is open from **7am to 11pm**.

The **café** in the outsider garden is open every work day from **7:30am to 5:30pm**.

If you want to leave your opinion/suggestion/complaint you can:

- Use the suggestions box near the ward entrance door;
- Send an e-mail to [REDACTED];
- Use the complaints book;
- Contact the hospital sending an e-mail to [REDACTED]

If you want/need religious support, you can ask the presence of the Hospital Priest or your specific Spiritual Guide to the nurse.

DISCHARGE DAY

On discharge day make sure you have:

- all the documents and information you need about the **child diet and treatments you need to do at home**.
- the **follow-up** appointment scheduled
- the Medical and Nursing **discharge letter**, to give to your assistant doctor/nurse or local health center (Centro de Saúde)

VERY IMPORTANT

You should not leave the ward without guaranteeing maximum safety for your child, always carry him/her in a restraint system that is appropriate.

APPROPRIATE RESTRAINT SYSTEMS:

GRUP 0 – Children with weight <10Kg;

GRUP 0+ – Children with weight <13Kg;

GRUP I – Children with weight >9Kg <18Kg

Developed by: Nurse [REDACTED] and Nurse [REDACTED]

Translated by Nurse Rita Puppe, within the internship of the Nursing Specialty in Child Health and Pediatrics (ESEL).

APÊNDICE VIII
Anexo Covid-19 em português e inglês (SIP)

ALTERAÇÕES NAS NORMAS DO SERVIÇO DEVIDO À PANDEMIA POR COVID-19

SERVIÇO PEDIATRIA MÉDICA 5.1

- As crianças têm de ter um **teste à Covid-19 negativo**, para serem internadas.
- **Caso não tenham** o resultado do teste, ficarão a **aguardar o resultado num quarto de isolamento**, designado para o efeito. Se ficarem neste quarto, a criança e acompanhante não podem sair do mesmo, apenas para ir à WC. Se o acompanhante necessitar de ir ao WC deve pedir ao enfermeiro, para este lhe fornecer equipamento de proteção individual para colocar nos sapatos. Enquanto aguardam o resultado, ser-lhes-á fornecida refeição no quarto de isolamento, pela empresa (o pagamento da refeição será de acordo com os critérios de atribuição das senhas de alimentação).
- As crianças têm direito a **apenas um acompanhante com teste à Covid-19 negativo**, que não pode alterar durante o internamento. Em casos excecionais onde surja a necessidade de alternância, o 2º acompanhante deve ter também um teste à Covid-19 negativo.
- As crianças **não podem receber visitas**.
- O acompanhante tem de ter **sempre a máscara cirúrgica** colocada.
- Horários do refeitório: **Almoço: 14h-15h / Jantar: 19-20h**
 - Bar: fecha às 21h

Realizado por En^h Rita Puppe, no âmbito do ensino clínico da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESEL). Sob a orientação do En^h Francisco Santos e da Prof^a Cristina Jeremias

Dezembro 2020

CHANGES IN THE WARD RULES DUE TO THE COVID-19 PANDEMIC

SERVIÇO PEDIATRIA MÉDICA 5.1

- All children must have a Covid-19 negative test result, to be hospitalized in this ward.
- **If the child doesn't have** the test result yet, you will **wait in a designated isolation room**. In this room, the child and the parent cannot leave the room for any reason, only to go to the bathroom. In that case, the parent must ask the nurse to go to the bathroom, so she can give you the protection material necessary to cover your shoes. While waiting, you will have a meal served by the hospital food company (the payment will be according the cafeteria free meals rules).
- It is only allowed one companion per child, that must have a negative Covid-19 test. The companion cannot change during the hospitalization. In exceptional cases where the need for alternation arises, the second companion must also have a negative Covid-19 test.
- The children **cannot have any visits**.
- The companion/parent must **always have the surgical mask on**.
- Cafeteria schedule: **Lunch: 2pm-3pm / Dinner: 7pm-8pm**
 - **Bar: closes at 9pm**

Developed by Nurse Rita Puppe, within the internship of the Nursing Specialty in Child Health and Pediatrics (ESEL). Oriented by Nurse Francisco Santos and Professor Cristina Jeremias.

December 2020

APÊNDICE IX
Atualização do Guia de Acolhimento e tradução para inglês, urdu e
árabe (UCIN)

Português:

GUIA DE ACOLHIMENTO AOS PAIS



Unidade de Cuidados Neonatais

2021

Caros Pais

É com grande satisfação que vos felicitamos pelo nascimento do vosso bebé! A equipa de saúde considera os pais parceiros indispensáveis nos cuidados ao recém-nascido, uma vez que o vosso envolvimento é fundamental para a vinculação e crescimento harmonioso do recém-nascido.

A Unidade de Neonatologia da [REDACTED] é constituída por 34 postos de internamento: 11 em cuidados intensivos e 21 em cuidados intermédios. A equipa médica e de enfermagem prestam cuidados 24hrs/dia e cada bebé tem um enfermeiro e um médico responsável por turno.

Presentemente, a pandemia por Covid-19 trouxe alterações à vida de todos, assim como ao funcionamento da nossa Unidade. Estamos conscientes dos constrangimentos que implicam, sobretudo na limitação à presença dos pais na Unidade.



Assim, informamos:

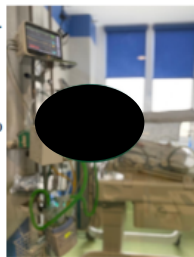
- Existem dois períodos de permanência dos pais na Unidade: das **9-15h** ou das **16-22h**.

Cada bebé pode ter a presença de um dos progenitores num dos períodos do dia. Dada a estrutura física da Unidade (intensivos/intermédios) a organização processa-se da seguinte forma:

- Cuidados Intensivos:** os pais podem optar por um dos períodos do dia
- Cuidados Intermédios:**
 - ⇒ Se o bebé estiver em **incubadora ou berço de número par**, a visita deverá ser realizada no período da manhã nos dias pares e no período da tarde nos dias ímpares
 - ⇒ Se o bebé estiver em **incubadora ou berço de número ímpar**, a visita deverá ser realizada no período da manhã nos dias ímpares e no período da tarde nos dias pares.



2. Durante o **internamento da mãe**, esta tem livre acesso à Unidade, não podendo estar o casal em simultâneo junto ao bebé.
3. Em situação de **gravidez múltipla**, mantém-se a presença de um progenitor por bebé.
4. Durante o período de permanência, os pais devem ficar confinados à Unidade ou à Sala de Pais.
5. Na Unidade existem **cacifos** individuais disponíveis para guardar os seus pertences. Estes encontram-se abertos, sendo que os pais devem trazer um cadeado diariamente. Terminando a visita, devem ser retirados todos os pertences do cacifo e deixá-lo aberto, para que estes possam ser higienizados.
6. Dependendo da situação clínica do recém-nascido, o acesso em simultâneo dos 2 progenitores pode ser avaliado (situação clínica crítica, preparação para a alta)
7. Dentro a Unidade os pais devem usar uma **"Bata"** existente junto à área dos cacifos, dentro de um armário identificado. No final da visita, colocar no cesto próprio para lavar.



8. Alertamos para a importância da gestão do **uso dos telemóveis** dentro da Unidade, junto do bebé, usando o menor tempo possível e em situações excecionais.

9. **Rastreios à Covid-19:** na admissão avaliar o rastreio feito no parto ou nas 72hrs antes, e a partir desse momento os progenitores são testados de 10 em 10 dias.

10. Os pais devem respeitar o criterioso cumprimento das **medidas de controlo da Covid-19** - etiqueta respiratória, lavagem das mãos, respeito da distância social, uso contínuo e adequado da máscara (as máscaras cirúrgicas só duram 4hrs, pode sempre pedir outra à equipa de saúde, para trocar) - durante toda a permanência na Unidade e circulação no Hospital, bem como seguir as orientações da equipa de saúde.

11. **Sempre que existam sintomas** (febre, tosse, dor a engolir, sintomas digestivos ou alterações de paladar ou olfato) não devem vir à Unidade informando a equipa de saúde.



EXTRACÇÃO DE LEITE MATERNO

As mães de bebés internados na Unidade podem, sempre que necessário, extrair leite na Unidade.

Devem solicitar à Assistente Operacional a máquina de extração e respetivo Kit.

As mães ainda internadas, devem extrair o leite no Serviço de Puerpério e trazê-lo durante a visita ao recém-nascido.

O leite extraído deve ser entregue à Enfª responsável pelo bebé.

O leite extraído em casa deve ser entregue ao Banco de Leite das 8-15h e no período da tarde à Enfª responsável pelo bebé.



REFEIÇÕES

A mãe tem acesso gratuito a refeição no refeitório (pisso 2), quando acompanha o seu filho, durante o internamento, se cumprir ambas as condições:

- Estar isenta de pagamento de taxas moderadoras no SNS
- Permanecer junto do bebé o tempo completo da visita (6hrs)

A mãe nesta situação, deve avisar a assistente técnica durante a semana, e a assistente operacional ao fim de semana/feriados, de forma a estas disponibilizarem a senha que dá acesso à refeição (para almoço pedir até as 11:30h e para jantar até as 18:30h)

SALA DOS PAIS

Na Unidade, existe uma sala destinada ao uso exclusivo dos pais e pretende-se constituir um espaço de descanso e conforto e onde podem fazer refeições ligeiras.



APOIO EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Os pais podem solicitar o apoio do Serviço de Psicologia, Serviço Social e Serviço Religioso, sendo que o devem fazer junto da equipa de saúde.

CONTACTOS

Diariamente, os progenitores podem pedir informações acerca do seu bebé junto do médico e enfermeiro responsável.

Caso pretendam podem agendar uma reunião com a presença dos dois progenitores, para obtenção de mais informações / discussão do caso do bebé:

- Coordenadora (Dra. [REDACTED])
- Enfermeira Chefe (Enfª [REDACTED])
saúde.pt : [REDACTED]



[REDACTED]
Contato: [REDACTED]

Unidade Cuidados Intensivos: [REDACTED]

Unidade Cuidados Intermédios: [REDACTED]

Inglês:

PARENT'S WELCOME GUIDE



Neonatal Care Unit

2021

Dear Parents,

It is with great satisfaction that we congratulate you on the birth of your baby! The health team considers parents to be indispensable partners in the newborn care, since your involvement is fundamental for the bonding and harmonious growth of the newborn.

The [redacted] Neonatal Unit consists of 34 inpatient units: 11 in intensive care and 21 in intermediate care. The medical and nursing team provide care 24hrs/day and each baby has a responsible nurse and doctor for shift.



Nowadays, the Covid-19 pandemic has brought changes to everyone's lives, as well as to the rules of our Unit. We are aware of the constraints that they imply, especially in the limitations on the parent's presence in the Unit.

So, we inform:

1. The parents visiting period in the Unit is from **9h to 22h**.

- Each baby can have one parent present.
- Parents can rotate during the day (morning or afternoon).



2. During the **mother's hospitalization**, she has free access to the Unit, but the couple cannot be simultaneously with the baby.
3. In a situation of **multiple pregnancy** (twins, triplets) the presence of one parent per baby is maintained.
4. During the visiting time, the parents should stay in the Unit or in the Parent's Room.
5. In the Unit there are individual **lockers** available to store your personal belongings. These are open and parents should bring a padlock daily. At the end of the visit, all belongings should be removed and leave the locker open, so that they can be cleaned.
6. Depending on the newborn's clinical situation, the simultaneous access of both parents can be assessed (critical clinical situation, preparation for discharge).
7. Inside the Unit, **parents must wear a protective gown**, existing inside an identified cabinet, next to the locker's area. At the end of the visit, put it in the washing basket.



8. We alert you to the importance of managing the **use of mobile phones** within the Unit, with the baby, using it the shortest possible time.

9. **Covid-19 screenings:** on admission, evaluate the screening done at delivery or 72hrs before, and from then on, parents are tested every 10days.

10. Parents must respect the strict compliance with the **Covid-19 control measures** - respiratory etiquette, hand washing, respect for social distance, continuous and appropriate use of the mask (surgical masks only last 4hrs, you can always ask the health team for another one) - during the entire stay in the Unit and circulation in the Hospital, as well as following the health team guidelines.

11. **Whenever there are Covid-19 symptoms** (fever, cough, swallowing pain, digestive symptoms or changes in taste or smell), you should not come to the Unit, informing the health team.



BREASTMILK EXPRESSION

Mothers of babies admitted to the Unit can, whenever necessary, express milk in the Unit. For that, they must ask the Operational Assistant for the extraction pump and it's Kit.

Mothers still hospitalized should express milk at the Puerperium Ward and bring it during the newborn visit.

The expressed milk should be delivered to the nurse responsible for the baby. Milk extracted at home should be delivered to the Milk Bank from 8-15h and in the afternoon to the nurse responsible for the baby.



MEALS

The mother has free meals at the hospital cafeteria (2nd floor), when accompanying her child, during hospitalization, if both conditions are met:

- Be exempt from paying feed in the SNS (National Health System)
- Stay with the baby for the entire visit (6hrs)

The mother in this situations must notify the technical assistant during the week, and the operational assistant during the weekend/holidays, in order for them to provide the paper that gives access to the meal (for lunch, ask until 11:30h, for dinner until 18:30h)

PARENTS ROOM

In the Unit, there is a room for the exclusive use of parents and it is intended to provide a space for rest and comfort, where you can do small meals.



MULTIDISCIPLINARY TEAM SUPPORT

Parents can request support from the Psychology Service, Social Service and Religious Service, and they must to so with the health team.

CONTACTS

Daily, parents can ask the responsible doctor and nurse for information about their baby.

If you wish, you can schedule a meeting with the presence of both parents, to obtain more information / discuss the baby's clinical case:

- Coordinator (Doctor [REDACTED] ; [REDACTED])
- Head Nurse (Nurse : [REDACTED] ;
saúde.pt ; [REDACTED])



Contact: [REDACTED]

Intensive Care Unit: [REDACTED]

Intermediate Care Unit: [REDACTED]

Árabe:

دليل ترحيب الوالدين



Unidade de Cuidados Neonatais

2021

الآباء الأعزاء

، تم تغيير بعض قواعد الخدمة Covid-19 ببالغ الرضا نهنك على ولادة طفلك! بسبب جائحة وبالتالي ، فإننا نبلغ:

1- فترة زيارة الوالدين للوحدة من الساعة 9 صباحاً حتى الساعة 22 مساءً.

يمكن أن يكون لكل طفل أحد الوالدين.

يمكن للوالدين التناوب خلال النهار (في الصباح أو بعد الظهر).



2

أثناء مكوث الأم في المستشفى ، تتمتع الأم بحرية الوصول إلى الوحدة ، ولا يمكن للزوجين أن يكونا مع الطفل في نفس الوقت.

3

في حالة الحمل المتعدد ، يتم الحفاظ على وجود أحد الوالدين لكل طفل.

4

خلال فترة الإقامة ، يجب أن يكون الوالدان موجودين في الوحدة أو غرفة الوالدين.

5

خزان متوفرة في الوحدة لتخزين متعلقاتك. هذه مفتوحة ، ويجب على الآباء إحضار قفل يوميًا. في نهاية الزيارة ، يجب إزالة جميع المتعلقات من الخزنة وتركها مفتوحة ، حتى يمكن تنظيفها.

6

اعتمادًا على الوضع السريري لحديثي الولادة ، يمكن تقييم الوصول المتزامن للوالدين

7

فحص كوفيد-19: يتم فحص الوالدين كل 10 أيام.

8

يجب على الآباء احترام الامتثال الصارم لتدابير التحكم في كوفيد-19 - آداب التنفس ، وغسل اليدين ، واحترام المسافة الاجتماعية ، والاستخدام المستمر والمناسب للقناع (الأقنعة الجراحية تتوّم 4 ساعات فقط ، ويمكنك دائمًا أن تطلب من الفريق واحدًا آخر) للتغيير) - طوال فترة الإقامة في الوحدة والدورة اليومية في المستشفى.



9.

في حالة ظهور أعراض مرض كوفيد-19 (حمى ، سعال ، ألم في البلع ، أعراض في الجهاز الهضمي أو تغيرات في الطعم أو الرائحة) ، يجب ألا يحضروا إلى الوحدة لإبلاغ الفريق الصحي.

10

. داخل الوحدة ، يجب على الآباء استخدام "باتا" موجودة بجوار منطقة الخزانة ، داخل خزانة محددة. في نهاية الزيارة ، ضعي في سلة الغسيل.

11

. تنبهك إلى أهمية إدارة استخدام الهواتف المحمولة داخل الوحدة ، مع الطفل ، باستخدام أقصر وقت ممكن وفي المواقف الاستثنائية.

وجبات

تتمتع الأم بحرية الوصول إلى الوجبة في الكافيتريا ، عند مرافقة طفلها ، وأثناء الاستشفاء ، وفي حالة استشفاء شروط معينة. يمكنك الاستفسار من الإدارة عند منخل الوحدة عما إذا كان يحق لك الحصول على وجبة.

استخلاص حليب الثدي

يمكن للأم شفط الحليب في الوحدة. يجب أن يطلبوا من المساعد التشغيلي لالة الاستخراج ومجموعة أدواتها. يجب على الأمهات اللاتي ما زلن في المستشفى شفط الحليب في خدمة النقاس وإحضاره أثناء زيارة المولود الجديد

يجب تسليم الحليب المسحوب إلى بنك الحليب من الساعة 8 صباحا إلى 3 مساءً وفي فترة ما بعد الظهر إلى الممرضة المسؤولة عن الطفل.



غرفة الوالدين

يوجد في الوحدة غرفة للاستخدام الحصري للوالدين وهي مخصصة لتوفير مساحة للراحة والراحة ، حيث يمكنهم تناول وجبات خفيفة.



دعم فريق متعدد التخصصات

يمكن للوالدين طلب الدعم من خدمة علم النفس والخدمة الاجتماعية والخدمة الدينية ، ويجب عليهم القيام بذلك مع الفريق الصحي.

جهات الاتصال

على أساس يومي ، يمكن للوالدين أن يطلبوا من الطبيب والممرضة المسؤولين للحصول على معلومات عن طفلهم.

إذا رغبوا في ذلك ، يمكنهم تحديد موعد لقاء بحضور الوالدين ، للحصول على مزيد من المعلومات / مناقشة حالة الطفل:

المنسق (د. تيريزا تومي)

رئيسة الممرضات (الممرضة إسميرالدا بيريرا)



Intensive Care Unit: [REDACTED]

Contact: [REDACTED]

Intermediate Care Unit: [REDACTED]

Urdu:

دلیل ترحیب الوالدین



Unidade de Cuidados Neonatais

2021

پیارے والدین

یہ بڑے اطمینان کے ساتھ ہے کہ ہم آپ کو آپ کے بچے کی پیدائش پر مبارکباد پیش کرتے ہیں۔ کوویڈ 19 وبائی بیماری کی وجہ سے ، خدمت کے کچھ قواعد تبدیل کر دیئے گئے ہیں۔ اس طرح ، ہم مطلع کرتے ہیں:

تک ہے۔ اسے 22 h یونٹ میں آنے والے والدین کی مدت 9

ہر بچے کے پاس ایک والدین موجود ہوسکتے ہیں۔

والدین دن (صبح یا سہ پہر) کے دوران گھوم سکتے ہیں۔



2.

والدہ کے اسپتال میں داخل ہونے کے دوران ، ماں کو یونٹ تک مفت رسائی حاصل ہے ، اور جوڑے ایک ساتھ بیک وقت بچے کے ساتھ نہیں رہ سکتے ہیں۔

متعدد حمل کی ایسی صورتحال میں ، ہر بچے میں ایک والدین کی موجودگی 3. multiple. برقرار رہتی ہے۔

قیام کی مدت کے دوران والدین کو یونٹ یا والدین کے کمرے تک ہی محدود رکھنا چاہیے۔ stay.

5.

یونٹ میں لاکر دستیاب ہیں تاکہ آپ اپنا سامان محفوظ کرسکیں۔ یہ کھلے ہیں ، اور والدین کو روزانہ ایک پیڈ لاک لانا ہوتا ہے۔ دورے کے اختتام پر ، لاکر سے تمام سامان ہٹا دینا چاہئے اور کھلا چھوڑ دینا چاہئے ، تاکہ انہیں صاف کیا جاسکے۔

6.

نوزائیدہ کی طبی حالت پر منحصر ہے ، 2 والدین کی بیک وقت رسائی کا اندازہ کیا جاسکتا ہے

7

۔ کوویڈ 19 اسکریننگ: والدین کو ہر 10 دن میں جانچا جاتا ہے۔

والدین کو لازمی طور پر کوویڈ 19 19 کے کنٹرول کے سخت پابندی کا احترام کرنا . Parents.

۔ سانس کے آداب ، ہاتھ دھونے ، معاشرتی فاصلے کا احترام ، ماسک کا مسئلہ اور resp

مناسب استعمال (جراحی کے ماسک صرف آخری 4 گھنٹوں کے بعد ، آپ ہمیشہ ٹیم سے کسی

اور کے لئے پوچھ سکتے ہیں) (تبدیل کرنا) - یونٹ میں پورے قیام کے دوران اور ہسپتال میں

گردش۔



9. جب بھی کوویڈ 19 کی علامات موجود ہیں (بخار ، کھانسی ، نگلے میں درد ، باضم علامات یا ذائقہ یا بو میں بدلاؤ) وہ صحت کی ٹیم کو آگاہ کرنے والے یونٹ میں نہیں آئیں۔

10. یونٹ کے اندر ، والدین کو ایک شناخت شدہ کابینہ کے اندر لاکر ایریا کے ساتھ ہی ایک موجودہ "بقا" استعمال کرنا چاہئے۔ دورے کے اختتام پر ، دھوئے کی ٹوکری میں رکھو۔

11. ہم آپ کو کم سے کم وقت اور غیر معمولی حالات میں ، بچے کے ساتھ ، یونٹ کے اندر موبائل فون کے استعمال کے انتظام کی اہمیت سے آگاہ کرتے ہیں۔

کھانے

اسپتال میں داخل ہونے کے دوران ، اور اگر کچھ شرائط پوری ہوجائیں تو ، کھانے ٹیریا میں مل کے کھانے تک مفت رسائی حاصل ہے۔ آپ یونٹ کے داخلی راستے پر انتظامیہ سے پوچھ گچھ کرسکتے ہیں کہ آیا آپ کھانے کے اہل ہیں یا نہیں۔

دودھ کا دودھ نکالنا

مائیں یونٹ میں دودھ کا اظہار کرسکتی ہیں۔ انہیں نکالنے والی مشین اور اس کی کٹ کے لئے آپریٹل اسسٹنٹ سے ضرور پوچھیں۔

اب بھی اسپتال میں داخل ماؤں کو پورپریم سروس میں دودھ کا اظہار کرنا چاہئے اور نومولود کے دورے کے دوران اسے لانا چاہئے

والدین کا روم

ایک کمرہ موجود ہے اور اس کا ارادہ آرام ہیونٹ میں ، والدین کے خصوصی استعمال کے ل اور راحت کے لئے ایک جگہ فراہم کرنا ہے ، اور جہاں ان کے پاس ہلکا کھانا بھی ہوسکتا ہے۔



متعدد ٹیم سپورٹ

والدین نفسیات سروس ، سماجی خدمت اور مذہبی خدمات سے تعاون کی درخواست کرسکتے ہیں ، اور انہیں صحت کی ٹیم کے ساتھ ایسا کرنا چاہئے۔

رابطے

نمہ دار ڈاکٹر اور the روزانہ کی بنیاد پر ، والدین اپنے بچے کے بارے میں معلومات کے ل نرس سے پوچھ سکتے ہیں۔

اگر وہ چاہیں تو ، وہ دونوں والدین کی موجودگی کے ساتھ ، بچے کے معاملے پر مزید معلومات / گفتگو حاصل کرنے کے لئے میٹنگ کا شیڈول ترتیب دے سکتے ہیں۔

کوآرڈینیٹر (ڈاکٹر ٹریسا ٹوم

چیف نرس (نرس اسمیرلڈا پیرا)



Contact: [Redacted]

Intensive Care Unit: [Redacted]

Intermediate Care Unit: [Redacted]

APÊNDICE X
Tradução para inglês de folhetos da UCIN

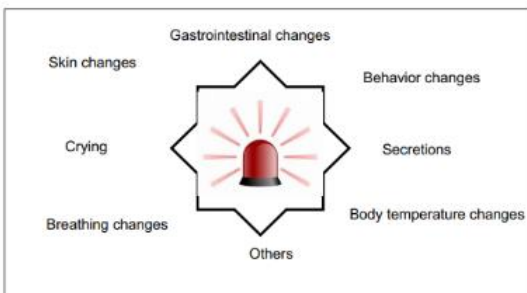
Ida para casa e sinais de alerta no RN:

GOING HOME AND NEWBORN WARNING SIGNS



The transition to parenthood does not always occur quietly, given the stressful situations or insecurities associated with previous experiences. This makes interpretation of signs and symptoms difficult.

More frequent warning signs



October 2020

Aspects to consider on discharge day

- Breastfeeding / formula feeding and Schedule;
- Hygiene and comfort care;
- Administration of vitamins and other medication;
- Doctor's appointment until 10 days after discharge day
- Nursing appointment;
- Accident prevention appropriate to the current age of the newborn;
- Warning signs;
- Safe newborn transportation;
- Confirmation of telephone contact and address so that pending appointments can be booked;
- Information about pending appointments and where they will be held;
- Clinical discharge paper attached to the Child and Youth Health Bulletin;
- Social discharge paper, if applicable;
- Confirm the screening for metabolic diseases (Feet test);
- Confirm that newborn's identification bracelet matches the mother's bracelet
- Remove electronic bracelet;
- Check if all records are made in the Bulletins;
- Conduct specific teaching in the case of newborns with special needs;
- Deliver any frozen and prepared breast milk for the day, if applicable;
- Deliver document proving the length of stay in the hospital.

Gastrointestinal changes:
Diarrhea;
Vomiting;
Obstipation;
Characteristics of feces and vomiting;
Presence of blood.

Behavior changes:
Shiver;
Drowsiness/hypotonic baby;
Convulsion;
Refusal to feed;
Tiredness when breastfeeding;
Agitation.

Skin changes:
Cyanosis (blue color);
Marbled skin;
Jaundice (yellow color);
Paleness.
Body temperature changes:
Fever (37,5°—38°C);
Low temperature (below 36°C).

Breathing changes:
Coughing;
Stuffy nose;
Noisy breathing;
Wheezing;
Persisten groan.

Secretions:
Eyes (red or watery eyes);
Umbilical cord;
Ears.

Cry:
Persistent or inconsolable;
Others:
Breast swelling (hard spots on the baby's breasts);
Falling.

In case of need, contact:

Saúde 24 (Health number available 24hrs/7days)
808 24 24 24.
Assistant doctor.

Made by: Nurse _____;
Nurse _____

Translated by: Nurse _____;
Nurse Rita Puppe

Contacts: _____

Extração, armazenamento e transporte do leite materno:

Breastfeeding in the Neonatal Care Unit

EXPRESSING, STORING AND CARRYING BREAST MILK



Fonte: www.omundodoprematuro.com

Breastfeeding "A life insurance"

Área Pediatria Médica - Unidades de Neonatologia

May 2017

Breastfeeding—"A life insurance"

Breastfeeding is worldwide encouraged because is the best food for babies, especially for premature babies.

If your child is interned in the Neonatal Care Unit, your milk, like your Love and Care, are very important for his recovery. Little drops of your milk are fundamental for your baby to be more protected from gastric and respiratory problems and from infections. Your milk helps promoting a good overall baby development.

WHERE TO EXPRESS BREAST MILK

- The place where you will express breast milk should be very clean, peaceful and comfortable;
- Try to express your milk near your newborn or, if you can't, having a photograph or a piece of the baby's clothing near you, in order to increase milk production.

EXPRESSING METHODS

- Hand expression;
- Manual pump;
- Electric pump.

TRANSPORTING BREAST MILK

Deliver the breast milk to the nurse (frozen or liquid) carrying it on a insulate bag or cooler with a cool pack to keep the milk frozen/cool, at a temperature under 5°C.

Breastfeeding—"A life insurance"

EXPRESSING MILK AT HOME

- You should collect the breast milk to a plastic bottle (which indicates that the container does not contain Bisfenol), suitable plastic bags or glass bottle;
- All the containers must be labeled with name, date and time of day pumped;
- The oldest milk should be used first;
- When keeping the breast milk in the fridge, place the bottles on the shelf as back possible, and never on the door, to avoid big temperature changes;
- While the baby is in the hospital, the breast milk should be frozen, right after expression.

HYGIENE CARE

Individual:

- Hand washing before and after each collection process and material handling;
- Daily body hygiene.

Materials:

- All the materials use in the breast milk collection and storage (pump parts and containers) must be washed with water and detergent, rinsed with water and boiled during 10min or sterilized.

HOW TO STORE BREAST MILK AT HOME (by UNICEF)

Place of storage	Time
Room temperature (25°C)	6-8 hours
Fridge (0-4°C)	8days
Freezer inside the fridge	2weeks
Separated freezer	3-6 months
Defrosts breastmilk (inside the fridge)	24 hours

DEFROSTING BREASTMILK

- Defrost breastmilk gradually, by placing the milk from the freezer into the fridge shelf;
- Don't defrost in the pan or in the microwave;
- After defrosting the milk, don't freeze it again;
- After warming up the milk once, don't warm it up again.

In case you need, you can contact:

- Emergency Service [REDACTED]
- SOS Breastfeeding [REDACTED]
- Neonatal Care Unit [REDACTED]
- Neonatal Care Unit [REDACTED]

Elaborated by: Work group
"Procedimento ALD111" in collaboration with nurses from [REDACTED] and [REDACTED] Neonatal Care Units.

Translated by Nurse Rita Puppe

APÊNDICE XI

**Planeamento de sessão de formação “Os cuidados de enfermagem
ao recém-nascido e família de origem asiática meridional”**

**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**Planeamento de sessão de formação “Os cuidados de
enfermagem ao recém-nascido e família de origem
asiática meridional”**

Rita Cabral de Soveral Puppe dos Santos Pinto

Orientadora: Professora Cristina Maria Rosa Jeremias

Lisboa

2021

ÍNDICE

1. Pertinência.....	3
2. Objetivo.....	3
3. População-alvo	4
4. Contextualização teórica.....	4
5. Plano de sessão da formação	16
6. Conclusão e avaliação.....	18
Referências bibliográficas	20

Apêndice

Apêndice 1 - Apresentação Multimédia da sessão de formação

1. PERTINÊNCIA

No âmbito do estágio da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no campo de estágio na Unidade de Cuidados Neonatais, será realizada uma sessão de formação à equipa de enfermagem com o título “Os cuidados de enfermagem ao RN e família de origem asiática meridional” de forma a transmitir conhecimentos à equipa nesta área, que se encontra por desenvolver. O serviço de neonatologia apresenta várias crianças/ família desta população em específico e a prestação de cuidados a estas famílias são uma dificuldade, pelas inúmeras diferenças culturais/religiosas e dificuldades na comunicação.

Esta atividade vai dar resposta ao objetivo geral 2 “Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança, de origem da Ásia Meridional, nos diferentes contextos pediátricos” e aos objetivos específicos 2.1 “Identificar os fatores que influenciam a alimentação saudável do RN e criança lactente de origem asiática meridional” e 2.2 “Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de alimentação saudáveis do RN e criança lactente e família de origem asiática meridional.”.

Consequente das limitações na metodologia formativa que existiram no serviço devido à pandemia por Covid-19, a presente sessão de formação será realizada num momento posterior de tempo estabelecido para o Estágio na UCIN.

2. OBJETIVO

O objetivo geral da sessão de formação é transmitir conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família de origem asiática meridional. E como objetivos específicos foram definidos:

- Abordar a problemática dos cuidados às famílias da Ásia Meridional;
- Transmitir a importância de prestar cuidados de enfermagem culturalmente congruentes;
- Transmitir à equipa conhecimentos acerca da cultura dos países da Ásia Meridional / religião islâmica, que influenciem a prática de cuidados de enfermagem;
- Dar a conhecer estratégias que minimizem as barreiras de comunicação com as famílias da Ásia Meridional;

- Promover a discussão e reflexão acerca das práticas e das dificuldades sentidas.

3. POPULAÇÃO-ALVO

Esta sessão de formação dirige-se aos enfermeiros do Centro Hospitalar que prestem cuidados aos recém-nascidos e família de origem asiática meridional.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

4.1. Introdução à temática

Nos últimos anos, tem havido um crescente número de agregados familiares provenientes da Ásia Meridional (Paquistão, Bangladeche, Nepal) na região de Lisboa, conseqüente de fluxos migratórios. O CHULC situa-se em Lisboa, região do país que acolhe a maioria destes migrantes (GEE, 2020). De acordo com o GEE (2020), em 2018 residiam legalmente em Portugal 5325 Bangladecheianos e 4373 Paquistaneses, ocupando no ranking da comunidade imigrante em 2018 o 18º e 21º lugar. Já na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) – CHULC, em 2019 foram contabilizados 98 partos de mães Bangladecheianas e 17 partos de mães Paquistanesas, ocupando o 5º e 10º lugar do ranking de partos da MAC.

A imigração de paquistaneses e bangladechianos é maioritariamente masculina, em idade ativa, em busca de melhores condições de vida, trazendo a família quando já conseguiram reunir as condições favoráveis a essa mudança (Oliveira & Silva, 2011). Habitualmente mantêm ligações sociais muito fortes com o seu país de origem, onde permaneceram os restantes membros da família. Este grupo de imigrantes tende a apresentar um risco de isolamento maior, "... relacionado com o factor linguístico, a dificuldade na aprendizagem da língua portuguesa e o baixo grau de escolaridade, dificultando a sua integração no mercado de trabalho, e ao desempenho de trabalhos não especializados, na sua maioria como operários no sector da construção civil." (Oliveira & Silva, 2011, p.19).

Com a procura de cuidados de saúde por parte destas famílias, as dificuldades na prestação de cuidados de saúde de excelência têm surgido conseqüente do desconhecimento dos hábitos culturais e religiosos do outro. Assim, é fundamental

que as equipas de saúde adaptem os seus cuidados a estas famílias, de forma conseguir dar resposta às necessidades específicas de cada cliente, baseado na individualidade da sua cultura.

As dificuldades que existem na prestação de cuidados manifestam-se devido às diferenças culturais existentes, aos diferentes papéis familiares, crenças, comportamentos de saúde e estilos de vida entre a cultura de origem e a de acolhimento. Devido a estas diferenças torna-se necessário o aprofundamento de conhecimento nesta área, para assim se conseguir prestar cuidados culturalmente competentes. Acrescendo a estas diferenças culturais, existe também a barreira da comunicação que foi potencializada nos últimos meses devido à pandemia da Covid-19, que limitou a presença dos progenitores nos serviços. Com estas limitações a comunicação torna-se ainda mais difícil sendo por isso importante adotar estratégias que facilitem a comunicação entre a equipa de saúde e a criança e sua família.

Apesar de a população proveniente o Bangladeche e Paquistão poder ter várias expressões religiosas falaremos maioritariamente das famílias de expressão islâmica pelas especificidades que esta religião tem a nível da alimentação, dos papéis familiares, dos rituais à nascença, das crenças de saúde-doença e das crenças no mau olhado.

4.2. Cultura e religião

Um dos determinantes que influencia a alimentação do indivíduo é a cultura que este integra. Segundo Leininger, cultura "... refere-se ao conhecimento de valores, crenças, normas e modos de vida de um grupo em particular que é aprendido, partilhado e transmitido entre gerações e que influenciam a maneira de pensar, de decidir e de agir de forma padronizada." (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018, p.15). A cultura funciona como um quadro de referência e adapta-se à mudança do mundo à medida que membros do grupo se alteram, no sentido de dar resposta às suas necessidades (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014). Estes valores culturais vão nortear os objetivos a curto e longo prazo, assim como tomadas de decisão no imediato. De acordo com os mesmos autores, a cultura influencia também o comportamento parental que afeta o desenvolvimento das crianças. Para além disto, Trawick-Smith refere que o "background cultural pode influenciar o ritmo de aquisição

de competências cognitivas e motoras, bem como o desenvolvimento social e emocional da criança” (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014, p.22).

Quando um indivíduo chega a um novo país, pode deparar-se com uma situação de choque cultural, caracterizada por uma incapacidade de adaptação a uma nova situação devido à grande diferença de valores e crenças das duas culturas, muitas vezes consequente de barreiras linguísticas, hábitos e costumes, papéis comportamentais, atitudes e crenças (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014). Este choque cultural pode acontecer a imigrantes num país novo quando têm de se adaptar a situações desconhecidas e costumes de outra cultura. O choque cultural pode levar ao sentimento de isolamento, solidão e medo (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014).

Quando os grupos minoritários se inserem noutra país, ocorre, através de um processo involuntário, uma mistura étnica e cultural que faz com que ambas as culturas se tornem cada vez mais semelhantes. Este processo denomina-se como aculturação (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014). O nível de aculturação torna-se importante para a enfermagem no sentido de compreender o comportamento e a saúde da família (Jeremias, 2009).

Quanto ao conceito de relativismo cultural, este determina que os comportamentos de um indivíduo devem ser julgados e compreendidos no contexto da cultura em que este ocorre, já que o sistema de crenças, valores culturais e a própria visão do mundo, vão influenciar a resposta da família aos cuidados de saúde (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014).

Para além da cultura, a religião apresenta um papel importante, podendo ser a base dos hábitos e estilos de vida e crenças de saúde de uma família, que vai determinar em que meio as crianças são criadas (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014). Segundo os mesmos autores, as crenças religiosas integram as culturas, sendo por isso difícil de separar e distinguir cultura de religião, sendo que a religião pode ser a base do sistema de valores e dos estilos de vida comum. As práticas religiosas influenciam bastante as crenças de promoção da saúde nas famílias.

4.3. Teoria do Cuidado Transcultural

De forma a integrar todos estes aspetos nos cuidados de enfermagem, Madeleine Leininger desenvolveu a Teoria da Enfermagem Transcultural com o objetivo de prestar “... um cuidar culturalmente coerente e responsável que seja

razoavelmente adequado às necessidades de cultura, valores, crenças e realidades do modo de vida do cliente.” (Welch, 2004, p.569). A enfermagem transcultural define-se por Leininger como uma área principal da enfermagem que compara e analisa as várias religiões no sentido de compreender a relação com os valores do cuidar, expressão, crenças de saúde-doença e comportamentos para conseguir adotar uma prática de cuidados de enfermagem holística, adequada a cada cultura (Welch, 2004).

Alguns dos pressupostos da Teoria do Cuidado Transcultural em Enfermagem são que o cuidar humano através do cuidado transcultural é essencial para a saúde, recuperação e bem-estar dos indivíduos, famílias, grupos e instituições; o cuidar cultural é a forma holística mais lata de saber, explicar, interpretar e prever os fenómenos do cuidar cultural para orientar as práticas do cuidar em enfermagem; cada cultura tem crenças, valores e maneiras de cuidar e de tratamento específicas, que necessitam de ser descobertas, compreendidas e utilizadas no cuidado de enfermagem; o cuidado transcultural necessita da cooperação do cliente e do enfermeiro para tomar decisões e práticas culturalmente competentes; os indivíduos de culturas diferentes são capazes de informar os profissionais de saúde acerca das suas necessidades culturais e de que tipo de cuidados querem receber; e, a compreensão do contexto cultural do cliente é essencial para avaliar e responder apropriadamente às necessidades e preocupações dos clientes, de forma holística (McFarland & Wehbe-Alamah, 2018).

Assim, com o aumento da diversidade cultural na sociedade, a enfermagem transcultural torna-se essencial na prática de cuidados de enfermagem de forma a conseguir dar resposta às necessidades específicas de cada cliente, baseado na individualidade da sua cultura e todos as características que daí advêm (Vilelas & Janeiro, 2012). Com isto, torna-se fundamental que os enfermeiros procurem compreender as especificidades de cada cultura que influenciam os cuidados de enfermagem, as analisem e deem respostas adequadas, de forma a satisfazer as necessidades e conseguir a cooperação e aceitação nos cuidados (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014; Vilelas e Janeiro, 2012). Importa relembrar que nem todos os elementos de uma cultura/religião se inserem nas ideias e comportamentos culturais estereotipados, sendo por isso fundamental que os enfermeiros procurem, junto das famílias, compreender as especificidades culturais da família de quem cuidam, e assim adaptar os seus cuidados (Jeremias, 2009). Thibodeaux e Mooney-Doyle (2014) alertam também os enfermeiros que para estes se tornarem culturalmente

competentes importa compreender a cultura o outro, mas também como a sua própria cultura vai influenciar a capacidade de prestar cuidados.

De forma a aplicar esta teoria importa compreender que o cliente pediátrico é constituído pela criança/jovem e sua família, sendo que a família e sua cultura têm um papel preponderante na saúde, bem-estar e desenvolvimento da criança/jovem. Assim, a Filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF) é essencial na prestação de cuidados pediátricos, baseando-se em quatro conceitos principais, sendo eles a dignidade e respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração (Coughlin, 2014).

Algumas das características centrais dos CCF são reconhecer a família como uma constante; facilitar a parceria e colaboração entre a família e os profissionais de saúde; providenciar cuidados individualizados; integrar a participação das famílias nos cuidados; honrar as diferenças culturais raciais, éticas, religiosas e socioeconómicas; reconhecer e celebrar os pontos fortes e individualidades da família; respeitar e suportar os diferentes métodos de *coping*; transmitir a informação num contínuo, em parceria (McGrath & Vittner, 2020).

4.4. Especificidades culturais da Religião Islâmica

A religião islâmica tem a característica de assimilar elementos de diferentes culturas desde que não colida com os fundamentos do islamismo (Jeremias, 2009). Por isso mesmo, existe uma enorme diversidade cultural, mas com a mesma crença religiosa que influencia os valores, hábitos e costumes (Jeremias, 2009).

A palavra Islão significa paz e implica a submissão, entrega e obediência voluntária a Deus. Assim, um muçulmano é todo aquele que se dedique a *Allah* (Deus em árabe) de livre e espontânea vontade, independentemente da sua nacionalidade, cultura, raça ou etnia (GTRS, 2010; Jeremias, 2009). Os pilares do islão são a fé, oração cinco vezes ao dia, esmola anual obrigatória, jejum e peregrinação a meca pelo menos uma vez na vida (GTRS, 2010; Jeremias, 2009).

A palavra de Deus encontra-se escrita no Alcorão, e este fornece as respostas às necessidades humanas diárias (GTRS, 2010; Jeremias, 2009). Para além do Alcorão, os muçulmanos também seguem o livro de Abraão, a Torá, os Salmos de Davi e o Evangelho de Jesus. Os muçulmanos sunitas seguem, também, a *Sunna*

(livro com o modo de vida do Profeta Muhammad) (Jeremias, 2009). Segundo a mesma autora, a língua litúrgica é o árabe clássico e é este idioma que une todos os muçulmanos em oração. As crianças começam desde cedo (aos 6/7anos) a frequentar as *madrassas* (escolas islâmicas) onde aprendem a língua árabe e os fundamentos da religião islâmica. Habitualmente, no seio das famílias migrantes muçulmanas, falam na língua materna.

➤ A Família:

Para os muçulmanos, a família é considerada uma bênção divina, sendo que os pais têm o dever de garantir um desenvolvimento físico, psicológico, sociocultural, moral e espiritual harmonioso, segundo o descrito do Alcorão (Jeremias, 2009). O casamento faz parte da essência humana e é uma preocupação social. Geralmente as famílias muçulmanas são famílias numerosas (Jeremias, 2009).

Relativamente aos papéis familiares, o pai tem a responsabilidade de garantir o sustento do agregado e a educação religiosa dos filhos, a mãe é responsável pela gestão da casa, a saúde e a educação secular dos filhos. As avós, quando presentes, exercem grande influência no cuidar e educação das crianças (Jeremias, 2009).

A educação dos jovens é extremamente valorizada, tanto a islâmica como a secular, sendo que se perspetiva a formação a nível superior. As crianças iniciam desde muito cedo a aprender os fundamentos da religião islâmica, iniciando a sua prática diária de oração aos 7anos (5 orações diárias e o ramadão). Estão também integradas nas escolas portuguesas (Jeremias, 2009).

➤ Alimentação:

Relativamente à alimentação, os muçulmanos proíbem o consumo de bebidas alcoólicas, carne suína e derivados, assim como toda a carne proveniente de animais em que no abate não foi invocado o nome de Deus (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014; Jeremias, 2009).

Relativamente ao Ramadão, nono mês do calendário islâmico, pratica-se o jejum, durante o qual os muçulmanos têm de jejuar desde a alvorada até ao pôr-do-sol. É considerado um mês de misericórdia, compaixão, aprendizagem e autocontrolo, sendo essencialmente um mês de pura adoração. Estão isentas temporariamente de jejuar: as pessoas com doença aguda, viajantes, mulheres grávidas ou que amamentam, mulheres menstruadas e em período de puerpério (mas têm de o cumprir

depois). Têm isenção definitiva de jejuar: pessoas com doença crônica que impossibilite fazer jejum e idosos que sejam fisicamente incapazes de jejuar (GTRS, 2010; Jeremias, 2009).

A amamentação é extremamente valorizada e deve amamentar até aos dois anos de idade da criança (Jeremias, 2009). Mas, vários são os estudos realizados que identificam dificuldades nos ensinamentos e apoio na alimentação das crianças de famílias imigrantes, devido à complexidade da intervenção com outra cultura, outros hábitos e outro idioma. Nielsen, Krasnik e Holm (2015) referem que é vontade das famílias imigrantes (como os Paquistaneses) de integrar os hábitos alimentares dos dois países e que, por isso, os profissionais de saúde devem ajudar os pais a integrar os requisitos e características alimentares de ambos os países. Choudhry e Wallace (2012), no seu estudo realizado no Reino Unido, identificam como dificuldade na promoção da amamentação o nível de aculturação das mães. Estes referem que as mães com níveis de aculturação mais baixos seguem os costumes do país de origem (no caso das mulheres da Ásia Meridional, estas privilegiam a amamentação exclusiva), e as mães com níveis de aculturação mais elevados seguem os costumes que acreditam ser os do Reino Unido, privilegiando o leite artificial. Neste sentido, os autores mencionam a importância dos ensinamentos e encorajamento das escolhas corretas, de forma a desmistificar a ideia de que as práticas da Europa são as mais adequadas, fomentando as crenças de saúde cientificamente adequadas do país de origem, conjuntando com as diretrizes do país de acolhimento. Wheeler (2014) também refere que as mulheres muçulmanas valorizam bastante a amamentação, contudo têm por hábito terminar precocemente.

➤ O Nascimento de uma criança:

Nas famílias islâmicas, o nascimento de uma criança é uma bênção de Deus e um novo filho deve ser recebido com alegria (Jeremias, 2009). Embora religiosamente o sexo da criança não seja valorizado, culturalmente os filhos rapazes são mais festejados que as meninas, porque são eles que dão continuidade ao nome da família (Jeremias, 2009).

Após o nascimento do bebé são realizados alguns rituais específicos, como forma de agradecimento a *Allah*. Estes rituais são realizados pelo pai, avô, familiar próximo ou o Sheik. Logo após o banho o ritual é realizado:

é pronunciado o *adhan* (chamamento à oração) no ouvido direito e a *icâma* (preparação para a oração) no ouvido esquerdo da criança, de forma a fazer com que as primeiras palavras

intencionalmente dirigidas ao RN sejam o testemunho da fé, o chamamento ao louvor do Criador e o pedido de graças pelo bem-estar da criança (Jeremias, 2009, p.203).

É também comum o recém-nascido receber muitas visitas de familiares e amigos, mas estes podem impedir que pessoas extra agregado familiar visitem o bebê antes do 7º dia de nascimento para evitar o “mau-olhado”. A mulher que se encontra em período menstrual não pode ver o bebê, por se considerar estar em estado de impureza (Jeremias, 2009).

É costume dar ao RN uma colher pequena de chá de lúcia-lima com mel para estimular a saída do mecónio (Jeremias, 2009).

No 7º dia de vida cumprem-se os atos da *sunnah* relativos ao nascimento (Jeremias, 2009):

- O cabelo da criança é rapado e pesado. O valor que é atribuído, em ouro, é oferecido em dinheiro a um pobre.
- O destino do coto umbilical e do cabelo podem ter diferentes tratamentos e destinos consoante a origem dos pais da criança.
- No mesmo dia, a criança do sexo masculino poderá ser circuncidada. Se for adiado, tem de ser realizado antes da puberdade.
- Realiza-se a *Akika* (festa de celebração do nascimento e da atribuição do nome da criança). Os muçulmanos de origem indiana e paquistanesa realizam esta celebração ao 40º dia de vida. Contudo, segundo a Lei Islâmica deverá ser feito ao 7º dia, como os muçulmanos de origem árabe e africanos ainda realizam. Nesta festa a Mãe marca as mãos e os pés do bebê com *henna* com a finalidade de embelezar e proteger contra o “mau-olhado”, desenha as sobrancelhas e faz contorno dos olhos do bebê com *al-kuhl* (um pó preto, utilizado pelo Profeta Mohammad).

➤ Saúde-Doença:

Os muçulmanos consideram as situações de doença com simplicidade e resignação, pois atribuem esses acontecimentos como vontade de Deus. Assim,

acreditam que a fé e a oração pode influenciar o decurso da doença, tendo o hábito de realizar orações e dias de jejum como pedidos a Allah (Jeremias, 2009).

De acordo com Jeremias (2009) as mães preocupam-se com o cumprimento da vigilância de saúde e vacinação dos filhos, cumprindo as indicações da medicina moderna. É habitual os muçulmanos de origem indo-paquistanesa procurarem cuidadores de medicina tradicional

Até ao primeiro mês as crianças são habitualmente contidas como múmias para que não movimentem os braços e pernas e assim prevenir lesões e deformações ósseas, assim como evitar que esta se magoe e que se assuste com os seus movimentos. (Jeremias, 2009). Até aos seis meses as mães colocam uma ligadura umbilical com uma moeda envolvida numa compressa, para fazer pressão sobre o umbigo e assim prevenir hérnias umbilicais e formar umbigos bonitos (Jeremias, 2009).

Existem também as crenças no mau-olhado e na inveja. Estas não são consideradas crenças religiosas, mas sim culturais e estão enraizadas na tradição dos povos muçulmanos desde a época pré-islâmica. Uma prática comum a todos os muçulmanos é colocar preso na roupa ou numa pulseira da criança uma “mão-de-Fátima” em ouro ou prata (Fátima foi uma das filhas do Profeta Muhammad e é muito respeitada pelos muçulmanos). Os muçulmanos indianos e paquistaneses, para a proteção do mau-olhado, costumam colocar:

- uma pinta preta de *al-kuhl* na testa ou na face da criança ou pintar-lhe os olhos;
- um *Taviz* ao pescoço da criança - amuleto feito com um papel escrito com uma oração ou excertos do alcorão, dobrado e coberto por um pano, sobre o qual o sheikh fez uma oração;
- um cordão de pano preto rezado em volta do pescoço;
- uma pulseira de pedrinhas pretas que, após ser feita sobre ela uma oração, é colocada no pulso ou tornozelo da criança;
- meter *harmel* (incenso em grão) e *xebba* (pedra, branco transparente, do deserto) num saquinho de pano, obrigatoriamente de algodão, colocando-o no pulso ou no pé do bebé com um fio também de algodão;

- colocar pins em ouro na roupa da criança para dar sorte e a “mão-de-Fátima” para a proteger;

(Jeremias, 2009).

➤ Falecimento:

No final da vida, o muçulmano deve professar a confissão da fé em árabe "há só um Deus Allah e Maomé é o seu mensageiro", ou por um ente próximo. Familiares próximos que vestem e lavam o corpo. Homens lavam o corpo dos homens, as mulheres das mulheres. Este rito, em Lisboa, é realizado na Mesquita Central, para onde o corpo é transferido (GTRS, 2010).

No Islão está autorizada a autópsia por razões médico-legais, mas o corpo deve ser enterrado, não estando permitida a cremação (GTRS, 2010).

4.5. Estratégias de comunicação com as famílias da Ásia Meridional

Phaneuf (2005) identifica alguns obstáculos a comunicação na sua generalidade, mas se são frequentemente encontrados na comunicação com famílias da Ásia Meridional a quem prestamos cuidados:

- nível de educação dos interlocutores;
- diferenças culturais;
- suspeição em relação aos prestadores de cuidados e aos cuidados: a enfermeira deve ser sensível às diferenças de perceção das pessoas de quem cuida quer se trate do papel da família, da importância da mulher, da aceitação do tratamento ou da relação enfermeira-pessoa cuidada;
- diferenças nos usos e costumes: como a interpretação diferente do contacto visual ou do sorriso;
- diferenças na perceção dos sexos: aceitar ser cuidado por enfermeiro/a, autoritarismo por parte dos maridos em relação às esposas (com maior expressão no médio-orient e África), valorização do nascimento de uma criança do sexo masculino;
- receio de uma quebra de confidencialidade;

- percepção do papel da família;
- língua falada: "... pertence ao papel da enfermeira procurar, por todos os meios, compreender e fazer-se compreender pela pessoa." (Phaneuf, 2005, p.54)
- valores da religião e espiritualidade: muitas vezes estão implícitos certos comportamentos e rituais que confundem as enfermeiras e que prejudicam ou podem entrar em conflito na prestação de cuidados. São muitas vezes considerados superstições e não são dada importância devida a tais rituais. "No entanto, mesmo se sentimos dificuldade em compreender e sobretudo em aceitar, é importante que respeitemos a fé ou o medo que lhe estão ligados. Estas situações põem fortemente à prova as nossas capacidades de negociação." (Phaneuf, 2005, p.55) – superstições do mau olhado. O pudor das mulheres muçulmanas deve ser considerado.
- diferenças na expressão da dor, conceção da saúde, da doença e da morte, conceção da higiene e da alimentação;
- preconceitos e estereótipos sociais.

Estratégias de comunicação com famílias de outra cultura encontradas e desenvolvidas são:

- falar noutra língua (inglês);
- utilizar intérprete (embaixadas)
- pedir às mães para ligar ao marido e este fazer de tradutor;
- google tradutor através do tablet do serviço;
- informação escrita traduzida em vários idiomas (folhetos)
- permitir a presença do acompanhante que consegue comunicar, nos serviços de saúde;
- utilizar linguagem simples, informação curta e concreta. Pedir feedback da informação compreendida.

Wheeler (2014) adverte que nas famílias extremamente patriarcais onde o pai é o único elemento que fala inglês, a informação transmitida pode não chegar à mãe corretamente traduzida. Hockenberry (2014) para adverte para a mesma situação, e refere que quando utilizando um intérprete a comunicação deve ser direcionada à família, fazer perguntas curtas e esperar a tradução e resposta. Deve-se evitar palavras complexas e manter a comunicação não-verbal.

5. PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO

Formação em contexto de trabalho							
Data: 13 de Maio de 2021				Formadores: Rita Puppe			
Hora: 11h				Tema: Os cuidados de enfermagem ao RN e família de origem asiática meridional			
Duração da sessão: 60min				Público-alvo: Enfermeiros			
Local: Videoconferência via Teams							
Objetivo geral: Transmitir conhecimentos acerca das especificidades culturais das famílias da Ásia Meridional que influenciam os cuidados de enfermagem							
Objetivos Específicos	Fases	Conteúdos Teóricos / Práticos	Métodos e Atividades Pedagógicas	Recursos Didáticos	Atividades Didáticas	Duração	Avaliação
• Conhecer os objetivos específicos da sessão; • Conhecer os subtemas da sessão • Abordar a problemática dos cuidados às famílias da Ásia Meridional	Introdução	• Apresentação do tema da sessão • Apresentação dos conteúdos da sessão • A problemática dos cuidados	Expositivo	• Computador • Apresentação o Multimédia • Microsoft Teams	Plenário: Diálogo	5min	

• Transmitir a importância de prestar cuidados de enfermagem culturalmente congruentes; • Transmitir à equipa conhecimentos acerca da cultura dos países da Ásia Meridional / religião islâmica, que influenciem a prática de cuidados de enfermagem; • Dar a conhecer estratégias que minimizem as barreiras de comunicação com as famílias da Ásia Meridional.	Desenvolvimento	• Definição dos conceitos de cultura, choque cultural, aculturação, relativismo cultural e religião • Apresentação da Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger • As especificidades culturais da Religião Islâmica: pilares da religião, a família, alimentação, nascimento de uma criança, saúde-doença, morte, mau-olhado • A comunicação com as famílias da Ásia Meridional: barreiras à comunicação, estratégias de comunicação	Expositivo	• Computador • Apresentação o Multimédia	Plenário: Diálogo	30min	
--	-----------------	--	------------	---	-------------------	-------	--

• Sintetizar os principais aspetos abordados na sessão; • Promover a discussão acerca da prática de cuidados.	Conclusão	• Enunciação dos principais aspetos abordados • Promoção da discussão acerca da prática diária	Expositivo	• Computador • Apresentação Multimédia	Plenário: Diálogo	10min	Avaliação da sessão segundo formulário da AGF
--	-----------	---	------------	---	----------------------	-------	---

6. CONCLUSÃO E AVALIAÇÃO

Em suma, esta sessão de formação foi realizada de forma positiva, indo ao encontro dos objetivos delineados. Relativamente aos aspetos positivos, a divulgação e realização da sessão seguiu os trâmites do Centro Hospitalar, integrando-se na Área de Gestão de Formação do Centro Hospitalar. Durante a sessão de formação, contei com a presença de uma EEESIP de outra UCIN, membro integrante da Comissão para a Diversidade e Inclusão do Centro Hospitalar, na introdução à temática e dinamização do momento de discussão. A sessão contou com a presença de vários profissionais de saúde de serviços diferentes, que trabalham na área da obstetria e da criança e do jovem.

Como aspetos negativos de ressaltar a impossibilidade de realizar a avaliação da sessão, impedimento colocado pela Área de Gestão de Formação, por ser realizada on-line.

Assim, com a realização desta sessão de formação, consigo dar resposta a objetivos do meu projeto de estágio e assim desenvolver competências de EESIP. A sessão de formação enquadra-se no objetivo geral 2. “Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança, de origem da Ásia Meridional, nos diferentes contextos pediátricos.” e nos objetivos específicos “2.1. Identificar os fatores que influenciam a alimentação saudável do RN e criança lactente de origem asiática meridional” e “2.2. Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de alimentação saudáveis no RN e criança lactente e família de origem asiática meridional.”, dando resposta às atividades propostas de aprofundamento teórico e de realização da sessão de formação em contexto profissional, dirigida à equipa de enfermagem.

Com esta atividade, ao procurar compreender quais as necessidades da equipa de enfermagem, no sentido da transmissão de conhecimentos, assim como o planeamento e realização da sessão de formação e sua apresentação à equipa, desenvolvo competências comuns e específicas de enfermeiro especialista.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), as competências comuns de EESIP desenvolvidas com esta atividade são “A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos,” (p.4746) com o critério de avaliação “A2.1.6 – Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as

práticas específicas dos indivíduos e grupos.” (p.4746). E “D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica. D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.” (p.4749) com os critérios de avaliação “D2.1.1 – Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.3 – Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 – Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.” (p.4749). E “D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.” (p.4749) com o critério de avaliação “D2.2.1 – Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos.” (p.4749).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Borrego, B. (2016). *Demografia da população imigrante em Portugal – Apoio e oposição à imigração em Portugal numa perspetiva comparada*.
- Choudhry, K. & Wallace, L. (2012). 'Brest is not always best': south Asian women's experiences of infant feeding in the UK within an acculturation framework. *Maternal and Child Nutrition*. 8, 72-87.
- Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed age appropriate care*. New York: Springer Publishing Company.
- Gabinete de Estratégia e Estudos (2020). *População estrangeira residente em Portugal – Paquistão*. República Portuguesa: Ministério da Economia.
- Gabinete de Estratégia e Estudos (2020). *População estrangeira residente em Portugal – Bangladesh*. República Portuguesa: Ministério da Economia.
- Gabinete de Estratégia e Estudos (2020). *População estrangeira residente em Portugal – Índia*. República Portuguesa: Ministério da Economia.
- Grupo de Trabalho Religiões Saúde (2010). *Manual da assistência espiritual e religiosa hospitalar*. Comissão Nacional da Pastoral da Saúde.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, Wong – *Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.) (pp.122-187). Loures: Lusociência.
- Jeremias, C. (2009). Diversidade cultural nos primeiros anos de vida: Um olhar pelas culturas ciganas, hindu e islâmica. In J. Lopes, M. Santos, M. Matos & O. Ribeiro (Coords.), *Multiculturalidade - Perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar* (pp.181-210). Loures: Lusociência.
- Lei nº140/2019 (2019). Regulamentação de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto-lei n.º 140/2019, de 06 de Fevereiro. Assembleia da república. *Diário da República II Série* (Nº26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- McFarland, M. & Wehbe-Alamah, H. (2018). *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice*. (4th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- McGrath, J. & Vittner, D. (2020). Family: Essential partner in care. In Kenner, C., Altimier, L. & Boykova, M. (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing care* (6th ed.) (pp. 753-783). New York: Springer Publishing Company.

- Nielsen, A., Krasnik, A. & Holm, L. (2015). Ethnicity and children's diets: The practices and perceptions of mothers in two minority ethnic groups in Denmark. *Maternal and Child Nutrition*. 11, 948-961.
- Oliveira, P. & Silva, D. (2011). *Integração da imigração paquistanesa em Portugal*. Porto: Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Thibodeaux, A. & Mooney-Doyle, K. (2014). Influências sociais, culturais e religiosas na promoção da saúde da criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, *Wong – Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.) (pp.21-48). Loures: Lusociência.
- Vilelas, J. & Janeiro, S. (2012). Transculturalidade: O enfermeiro com competência cultural. *Revista Mineira de Enfermagem*. 16 (1), 120-127.
- Welch, A. (2004). Cuidar cultural: Teoria da diversidade e da universalidade. In A. Tomey & M. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*, (5ªed.) (pp. 563-589). Loures: Lusociência.
- Wheeler, B. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, *Wong – Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.) (pp.240-291). Loures: Lusociência.

APÊNDICE

Apêndice 1

Apresentação Multimédia da sessão de formação

Cuidados de Enfermagem ao RN e Família de Origem Asiática Meridional

Rita Puppe - Enfermeira na UCIN MAC

Orientadores clínico: [REDACTED]
Docente orientador: Profª Cristina Jeremias

[REDACTED] 13 de Maio de 2021

Conteúdos

Problemática

Cultura e Religião

Cuidados de enfermagem culturalmente
congruentes

A Religião Islâmica

Estratégias de comunicação

Conclusão e discussão

Conceitos de Cultura

Choque Cultural

- Perde a capacidade de adaptação devido à grande diferença de culturas;
- Consequente de barreiras linguísticas, hábitos, papéis comportamentais, atitudes e crenças;
- Pode levar a isolamento, solidão e medo.



Aculturação

- Mistura étnica e cultural involuntário, quando grupos minoritários imigram;
- Ambas as culturas tornam-se mais semelhantes.

Relativismo Cultural

- Qualquer comportamento deve ser julgado em 1º lugar no contexto cultural na qual ocorre;
- Os fatores culturais, sistema de crenças e visão do mundo influenciam a resposta aos cuidados de saúde.

(Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014; Jeremias, 2009)

Religião

Ligação do Homem com algo transcendente, superior;
Parte integrante das culturas;
Difícil de distinguir cultura da religião;
Em alguns casos, é a base para um estilo de vida comum;
Influencia as crenças de promoção da saúde nas famílias.



(Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014)

Teoria do Cuidado Transcultural

Tem o objetivo de prestar "... um cuidar culturalmente coerente e responsável que seja razoavelmente adequado às necessidades de cultura, valores, crenças e realidades do modo de vida do cliente." (Welch, 2004, p.569)

Comparar e analisar as várias religiões e culturas

Valores do cuidar, expressão, crenças de saúde-doença, comportamentos

Prática de cuidados de enfermagem holística, adequada a cada cultura

Compreender a relação

Adotar

(Welch, 2004)

Pressupostos da Teoria do Cuidado Transcultural

✓ Cuidar transcultural é essencial para a **saúde e bem-estar**.

✓ Necessita da **cooperação do cliente** para tomar decisões e práticas culturalmente competentes.

✓ Forma **holística** de saber, explicar, interpretar e prever as práticas de cuidar.

✓ Os indivíduos são **capazes de informar** os profissionais de saúde sobre as suas necessidades culturais.

✓ Cada cultura tem maneiras de cuidar específicas que têm de ser **descobertas, compreendidas e utilizadas** no cuidado de enfermagem.

✓ A compreensão do **contexto cultural** é essencial para responder de forma apropriada.

(McFarland & Wehbe-Alamah, 2018; Welch, 2004)

Enfermagem Transcultural

É fundamental que os enfermeiros procurem compreender as especificidades culturais de cada cliente

Dar resposta às necessidades específicas

Cooperação e aceitação nos cuidados

Prestar cuidados de excelência

Ideias estereotipadas dos comportamentos culturais

Própria cultura do enfermeiro

Cuidados Centrados na Família



[Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014; Coughlin, 2014; Vilelas & Janeiro, 2012; Jeremais, 2009]



Especificidades Culturais da Religião Islâmica



Alimentação



Proibição de bebidas alcoólicas

Proibição de derivados do porco



Proibição de carne cujo abate não seja invocado o nome de Deus



Ramadão - jejum desde o nascer ao pôr-do-sol no 9º mês do calendário islâmico
Isentos temporariamente: grávidas ou a amamentar, doenças agudas, viajantes, crianças
Isentos definitivos: doentes crónico, idosos

Amamentação extremamente valorizada até aos 2 anos

Importância dos ensinamentos culturalmente coerentes e baseados nas práticas cientificamente adequadas

(Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014; Choudhry & Wallace, 2012; GTRS, 2010; Jeremais, 2009)

Nascimento de uma criança



- ✓ Considerado um presente de Deus.
- ✓ O primeiro filho é mais festejado que a primeira filha, por ser o rapaz quem dá continuidade ao nome da família.
- ✓ Após o nascimento, muitas visitas de familiares e amigos. Mas extra-agregado só após o 7º dia de nascimento, para evitar o "mau-olhado".

- ✓ Logo após o nascimento é dado o primeiro banho e é pronunciado o adhan (chamamento à oração) no ouvido direito, e a icâma (preparação para a oração) no ouvido esquerdo - para que as primeiras palavras sejam de testemunho da fé, chamamento ao louvor do Criador e pedido de graças pelo bem-estar da criança. Realizado pelo pai, avô, familiar próximo ou um Sheikh.

- ✓ Colher de chá lúcia-lima com mel para estimular a saída de mecónio

(Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014; Jeremais, 2009)



Nascimento de uma criança

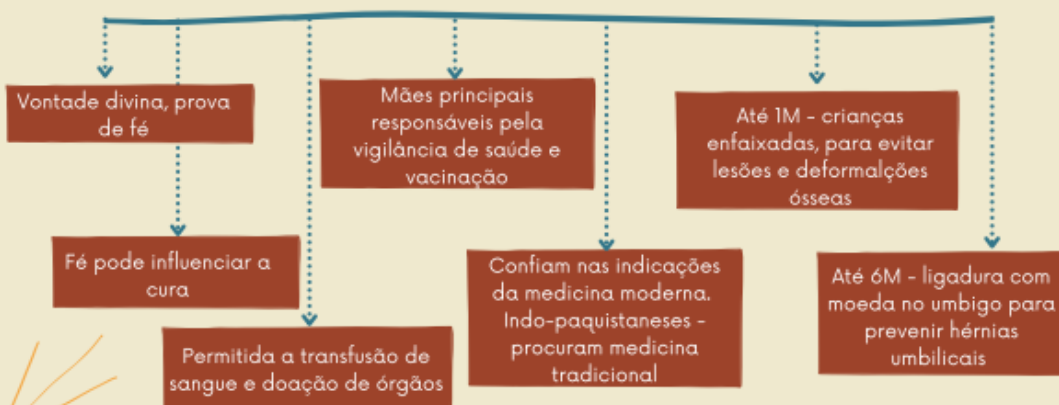


Rituais ao 7º dia de vida

- Realiza-se a Akika (festa de celebração do nascimento e da atribuição do nome da criança).
 - Os muçulmanos de origem indiana e paquistanesa realizam esta celebração ao 40º dia de vida. Contudo, segundo a Lei Islâmica deverá ser feito ao 7º dia, como os muçulmanos de origem árabe e africanos ainda realizam.
 - A Mãe marca as mãos e os pés do bebé com henna, com a finalidade de embelezar e proteger contra o "mau-olhado", desenha as sobrancelhas e faz contorno dos olhos do bebé com al-kuhl (um pó preto, utilizado pelo Profeta Mohammad).
- Cabelo da criança é rapado e pesado. O valor que é atribuído, em ouro, é oferecido em dinheiro a um pobre.
- O destino do **coto umbilical** e do cabelo podem ter diferentes tratamentos e destinos consoante a origem dos pais da criança.
- No mesmo dia, a criança do sexo masculino poderá ser **circuncidada**. Se for adiado, tem de ser realizado antes da puberdade.

(Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014; GTRS, 2010; Jeremais, 2009)

A Saúde - Doença



(GTRS, 2010; Jeremais, 2009)

Falecimento

- ✓ No final da vida, deve professar a confissão da fé em árabe "há só um Deus Allah e Maomé é o seu mensageiro", ou por um ente próximo.
- ✓ Está autorizada a autópsia por razões médico-legais.
- ✓ Familiares próximos que vestem e lavam o corpo. Homens lavam o corpo dos homens, as mulheres das mulheres. Este rito, em Lisboa, é realizado na Mesquita Central, para onde o corpo é transferido.
- ✓ O corpo é enterrado. O islão não permite a cremação.



(GTRS, 2010)



Crenças no Mau-Olhado



Todos os muçulmanos costumam colocar preso na roupa/pulseira na criança uma "Mão de Fátima" em ouro ou prata. Os muçulmanos indianos e paquistaneses costumam colocar:

- Uma pinta preta de al-kuhl na testa ou na face da criança ou pintar-lhe os olhos.
- Um Taviz ao pescoço da criança - amuleto feito com um papel escrito com uma oração ou excertos do Alcorão, dobrado e coberto por um pano, sobre o qual o Sheikh fez uma oração.
- Uma pulseira de pedrinhas pretas que, após ser feita sobre ela uma oração, é colocada no pulso ou tornozelo da criança.
- Amuletos de olho-azul, em pedra, na roupa da criança.
- Um cordão de pano preto rezado em volta do pescoço.
- Meter harmel (incenso em grão) e xebba (pedra, branco transparente, do deserto) num saquinho de pano, obrigatoriamente de algodão, colocando-o no pulso ou no pé do bebé com um fio também de algodão.

(Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014; Jeremais, 2009)

Comunicação com famílias da Ásia Meridional



Obstáculos à comunicação

Nível de educação

Diferenças culturais

Suspeição em relação aos prestadores
de cuidados e aos cuidadores

Preconceitos e estereótipos sociais

Diferenças na percepção dos sexos

Receio de uma quebra de
confidencialidade

Percepção do papel da família

Idioma falado/compreendido

Valores da religião e espiritualidade

Expressão da dor

Conceito de saúde, doença, morte,
higiene e alimentação

Pandemia da Covid-19



(Phaneuf, 2005)

Estratégias de comunicação

"... pertence ao papel da enfermeira procurar, por todos os meios, compreender e fazer-se compreender pela pessoa." (Phaneuf, 2005, p.54)

Comunicar noutro idioma compreendido por ambas as partes;

Utilizar intérprete (embaixadas);

Google tradutor através do tablet da Unidade;

Pedir à Mãe para ligar ao Pai e este fazer de tradutor;

Permitir a presença do acompanhante que consegue comunicar nos serviços de saúde

Linguagem simples, informação curta e concreta. Feedback da informação compreendida



Estratégias de comunicação

- Informação escrita traduzida (Inglês):
- Guia acolhimento (também em Urdu e Árabe)
 - Aleitamento/extração de leite;
 - Preparação leites de fórmula
 - Alta e sinais de alerta
 - Polvinhos





Conclusão

- Problemática da dificuldade da adaptação dos cuidados de enfermagem às famílias da ásia meridional, frequente na prática diária de cuidados;
- Teoria do Cuidado Transcultural fundamental na prática, para individualidade dos cuidados de enfermagem;
- Algumas especificidades da Religião Islâmica influenciam os cuidados ao RN e família, nos serviços de saúde, mas que têm de ser valorizados e compreendidos;
- Existem várias estratégias de comunicação que minimizam os obstáculos sentidos.



Referências Bibliográficas

- Borrego, B. (2016). Demografia da população imigrante em Portugal – Apoio e oposição à imigração em Portugal numa perspetiva comparada.
- Choudhry, K. & Wallace, L. (2012). 'Brest is not always best': south Asian women's experiences of infant feeding in the UK within an acculturation framework. *Maternal and Child Nutrition*. 8, 72-87.
- Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed age appropriate care*. New York: Springer Publishing Company.
- Gabinete de Estratégia e Estudos (2020). *População estrangeira residente em Portugal – Paquistão*. República Portuguesa: Ministério da Economia.
- Gabinete de Estratégia e Estudos (2020). *População estrangeira residente em Portugal – Bangladesh*. República Portuguesa: Ministério da Economia.
- Gabinete de Estratégia e Estudos (2020). *População estrangeira residente em Portugal – Índia*. República Portuguesa: Ministério da Economia.
- Grupo de Trabalho Religiões Saúde (2010). *Manual da assistência espiritual e religiosa hospitalar*. Comissão Nacional da Pastoral da Saúde.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, Wong – *Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.) (pp.122-187). Loures: Lusociência.



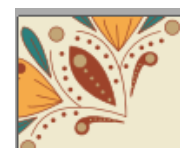
Referências Bibliográficas

- Jeremias, C. (2009). Diversidade cultural nos primeiros anos de vida: Um olhar pelas culturas ciganas, hindu e islâmica. In J. Lopes, M. Santos, M. Matos & O. Ribeiro (Coords.), Multiculturalidade - Perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar (pp.181-210). Loures: Lusociência.
- Lei n.º140/2019 (2019). Regulamentação de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto-lei n.º 140/2019, de 06 de Fevereiro. Assembleia da república. Diário da República II Série (N.º26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- McFarland, M. & Wehbe-Alamah, H. (2018). Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice. (4th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- McGrath, J. & Vittner, D. (2020). Family: Essential partner in care. In Kenner, C., Altimier, L. & Boykova, M. (Eds.), Comprehensive neonatal nursing care (6th ed.) (pp. 753-783). New York: Springer Publishing Company.
- Nielsen, A., Krasnik, A. & Holm, L. (2015). Ethnicity and children's diets: The practices and perceptions of mothers in two minority ethnic groups in Denmark. Maternal and Child Nutrition. 11, 948-961.
- Oliveira, P. & Silva, D. (2011). Integração da imigração paquistanesa em Portugal. Porto: Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade.



Referências Bibliográficas

- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Thibodeaux, A. & Mooney-Doyle, K. (2014). Influências sociais, culturais e religiosas na promoção da saúde da criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, Wong - Enfermagem da criança e do adolescente (9ªed.) (pp.21-48). Loures: Lusociência.
- Vilelas, J. & Janeiro, S. (2012). Transculturalidade: O enfermeiro com competência cultural. Revista Mineira de Enfermagem. 16 (1), 120-127.
- Welch, A. (2004). Cuidar cultural: Teoria da diversidade e da universalidade. In A. Tomey & M. Alligood, Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem, (5ªed.) (pp. 563-589). Loures: Lusociência.
- Wheeler, B. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, Wong - Enfermagem da criança e do adolescente (9ªed.) (pp.240-291). Loures: Lusociência.



Discussão



Obrigada!



APÊNDICE XII
Análise reflexiva “Aleitamento materno”



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Análise reflexiva “Aleitamento materno”

Rita Cabral de Soveral Puppe dos Santos Pinto



Orientadora: Professora Cristina Maria Rosa Jeremias



Lisboa

2021

LISTA DE SIGLAS

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

LM – Leite materno

PNPAS - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

RN – Recém-nascido

UCIN – Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

ÍNDICE

Introdução	3
1. Análise reflexiva.....	4
2.1. Descrição da situação	4
2.2. Análise da situação	6
3. Conclusão.....	13
Referências bibliográficas	15

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no contexto de estágio na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN), enquadrado no projeto de estágio com a temática “A alimentação no primeiro ano de vida: a intervenção de enfermagem nas crianças de origem asiática meridional”, realizei a presente análise reflexiva com a temática do aleitamento materno, no seio de uma família de origem asiática meridional.

Esta atividade insere-se no objetivo geral 2. “Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança, de origem da Ásia Meridional, nos diferentes contextos pediátricos.” e no objetivo específico 2.2 “Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de alimentação saudáveis no RN/lactente e famílias de origem asiática meridional.”, indo ao encontro da atividade, previamente definida, de adoção de estratégias de promoção do aleitamento materno, culturalmente congruentes, nas mães de origem asiática meridional.

O leite materno é o alimento ideal para as crianças e é uma das maneiras mais eficientes de garantir a saúde e sobrevivência das crianças, já que este é seguro, limpo e contém anticorpos fundamentais que ajudam a proteger contra as doenças comuns da infância (WHO, 2021). Contudo, cerca de duas em três crianças não são amamentadas em exclusivo nos primeiros seis meses de vida. Mundialmente, três em cinco recém-nascidos não são amamentados na primeira hora de vida e apenas 41% dos lactentes até aos seis meses são amamentados em exclusivo (WHO, 2021). Se o aleitamento materno fosse otimizado nas crianças dos 0-23 meses, de acordo com as recomendações mais recentes das organizações de saúde, 820 000 crianças poderiam ser salvas anualmente (WHO, 2019). Com base nestes dados, torna-se clara a importância do aleitamento materno e o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada de atuar na promoção do aleitamento materno.

1. ANÁLISE REFLEXIVA

1.1. Descrição da situação

Durante o estágio na UCIN, deparei-me com uma situação relevante de análise e reflexão. Num turno, fiquei responsável por um recém-nascido (RN) de termo, com três dias de vida, filho de pais Bangladesianos, internado na UCIN ao segundo dia de vida para realizar antibioterapia por parâmetros de infeção positivos. O RN após o nascimento foi internado conjuntamente com a Mãe no Serviço de Puerpério e foi apenas transferido para a UCIN no segundo dia de vida. Importa referir que o Hospital onde a situação ocorreu é um Hospital Amigo dos Bebés.

Ao me direccionar para a Mãe para prestar cuidados ao RN deparei-me com a facilidade de comunicação da Mãe do RN em língua inglesa e com aparência física mais ocidentalizada. A Mãe pediu-me ajuda para adaptar o bebé à mama e realizou-me algumas questões sobre a amamentação e extração de leite, que foram esclarecidas. Expliquei como poderia extrair leite em casa, como deveria conservar e transportar o leite até à maternidade e falámos, também, sobre a importância do leite materno para o RN. No final, validei o que tinha sido abordado e terminei a interação confiante de que a Mãe tinha compreendido os vários assuntos relativos ao aleitamento materno.

Durante a minha intervenção a Mãe do RN referiu-me alguns aspetos relativos à situação social e familiar. Consegui perceber que os pais do RN eram muçulmanos, que tinham vivido na Holanda durante sete anos e que, por esse motivo falam fluentemente inglês e estavam aparentemente integrados na cultura ocidental europeia. A Mãe referiu que durante o período em que viveu na Holanda esteve a trabalhar e a realizar um curso de mestrado em finanças e o marido trabalhava como Engenheiro. Vieram para Portugal há cerca de um ano devido ao término da validade do visto de residência na Holanda. Em Portugal, a Mãe referiu, com ar triste, que ambos estavam a trabalhar na restauração, mas que era sua vontade pedirem as equivalências dos cursos superiores para conseguirem trabalhar na área de estudos.

No dia seguinte, voltei a ficar responsável por este RN e quando abordei a Mãe, perguntei-lhe como tinha corrido a extração de leite, se tinha ficado com dúvidas e se o tinha trazido. Esta respondeu-me que extraiu o leite em casa mas que o marido lhe tinha referido que o “leite não ia estar bom e para não levar para o hospital” (sic). Voltei a esclarecer as dúvidas e a explicar os benefícios e a importância do aleitamento

materno, em especial para o seu filho, por estar internado devido a uma infeção, já que o RN estava a ser alimentado com leite adaptado. A Mãe referiu que compreendia mas que iria cumprir as indicações do marido. Com isto, perguntei se ajudava que eu escrevesse numa folha, em inglês, as orientações de conservação e transporte do leite materno (LM), assinado por mim. A Mãe referiu que podia ajudar, e assim o fiz. No final, falei com a Mãe sobre o porquê de isto ter acontecido, ao que esta me refere que “não importa o quão ocidentalizados estamos, o nível de educação ou a compreensão de outro idioma, as mulheres vão sempre obedecer ao seu marido”(sic). Sorri e continuamos a falar sobre outras temáticas que preocupavam a Mãe.

Como não fiz turno nos dias seguintes, não consegui ter informação sobre se a Mãe teria trazido o LM para a Maternidade ou se tinha continuado com a mesma convicção.

Ao longo dos vários momentos que tive de interação com a Mãe, surgiram em mim vários sentimentos e emoções. No início da interação com a Mãe, fiquei entusiasmada por conseguir comunicar de forma fluida com a Mãe, por esta ser do Bangladesh, ser muçulmana e esta família ser do meu especial interesse para o meu Projeto de Estágio. Fiquei também satisfeita pelo interesse da Mãe na amamentação e no esclarecimento de dúvidas na temática. No primeiro dia, no final da interação, senti-me confiante de que a Mãe tinha compreendido aquilo que tínhamos falado e que a conversa tinha sido útil. Saí tranquila e satisfeita.

No segundo dia, os sentimentos foram diferentes. Quando a Mãe me referiu que não tinha trazido o leite por indicação do marido, senti-me desiludida e incomodada com a situação. Talvez porque assumi que o facto de a família já viver na Europa há alguns anos, apesar da origem Bangladesiana, e ter conseguido comunicar eficazmente com a Mãe, que esta teria compreendido a importância do LM e que iria explicar ao marido, para depois trazerem o LM para a bebé. Depois, quando voltei a escrever as orientações da extração do leite, as minhas emoções voltaram a ser positivas, sentindo-me animada e esperançosa. Por fim, quando a Mãe me refere o porquê de isto ter acontecido, senti-me impotente na situação.

1.2. Análise da situação

No início da minha interação com a Mãe, esta pediu-me ajuda com a amamentação do bebé e fez-me algumas questões relacionadas com o aleitamento e a extração de leite, já que o bebé estava internado na UCIN. Neste sentido fui ao encontro das suas necessidades e esclareci-lhe as dúvidas existentes, com base na evidência científica. Já é consensual o aconselhamento do aleitamento materno em exclusivo até aos seis meses, já que este é o alimento ideal para suprir as necessidades nutricionais do lactente, e em suplemento até aos 24 meses (PNPAS, 2019; WHO, 2009). Mesmo que seja necessário suplementar com fórmula infantil, em complementação ao leite materno, como é o caso do RN da situação descrita, é sempre mais benéfico o aleitamento materno parcial que a alimentação exclusiva por fórmula (PNPAS, 2019).

O LM é um alimento vivo, completo, natural e o mais adequado para o recém-nascido (Levy & Bértolo, 2012). Inicialmente o LM produzido é o colostro, um leite mais fluido e transparente (por ter menos gordura) e produzido em menor quantidade, mas fundamental para o RN por ser rico em proteínas, vitaminas lipossolúveis, imunoglobulinas e células do sistema imunitário (PNPAS, 2019). O LM seguinte, mais gordo, vai diferindo a sua composição diariamente e ao longo da mamada, adaptando-se às necessidades do RN, sendo constituído por compostos nutritivos e funcionais, exclusivos da espécie, garantindo a oferta nutricional ideal (PNPAS, 2019).

O LM tem inúmeras vantagens para o RN: contém as quantidades de proteínas, gordura, minerais e vitaminas adequadas ao RN; apresenta benefícios imunológicos exclusivos; previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; apresenta um efeito protetor sobre as alergias e atopia; melhora a adaptação a outros alimentos; previne diabetes *mellitus* tipo 2, obesidade e linfomas; e, melhora o desenvolvimento neurocognitivo. (PNPAS, 2019; Bensaid, 2019; Wheeler, 2014; Tamez, 2013; Levy & Bértolo, 2012). Para além das vantagens fisiológicas do LM, a amamentação tem também vantagens no desenvolvimento psicológico do RN e na promoção da vinculação (Wheeler, 2014).

O aleitamento materno também apresenta vantagens para a mãe, como a facilitação da involução uterina mais precoce; menor probabilidade de cancro da mama, ovário e útero; efeito relaxante proporcionando bem-estar; promoção da

vinculação entre mãe-RN; e vantagens económicas para a família (Bensaid, 2019; Tamez, 2013; Levy & Bértolo, 2012).

Apesar das inúmeras vantagens descritas do LM para o RN e para a mãe, são necessários vários fatores para o sucesso do aleitamento materno, como é notório na situação descrita. Vários autores enumeram vários fatores positivos e negativos que influenciam o processo de amamentação, sendo eles fatores pessoais, familiares, psíquicos, biológicos, sociais, culturais, espirituais e ambientais (Cunha & Siqueira, 2016; Alves, Magano, Amorim & Silva, 2015).

Levy e Bértolo (2012) referem que para que haja sucesso na amamentação devem conjugar-se três fatores: a decisão materna de amamentar, sendo esta uma decisão pessoal e que é influenciada pela socialização materna; o estabelecimento da lactação, que está diretamente relacionado com as práticas do parto e pós-parto, sendo que estas podem influenciar, positiva ou negativamente, o estabelecimento da lactação e a duração da amamentação; e o suporte na amamentação nos primeiros quinze dias de vida do RN.

Tamez (2013) refere alguns fatores que promovem o estabelecimento da lactação e a produção de leite materno quando existe separação do RN a Mãe, como é o caso da situação descrita. São eles o início precoce da extração de leite; extração de leite frequente (idealmente a cada três horas); descanso e gestão do stress; disponibilização de informação; e a existência de uma equipa de saúde com conhecimentos sobre o aleitamento materno (Tamez, 2013).

Coca, Pinto, Westphal, Mania e Abreu (2018), numa revisão sistemática da literatura, enumeram alguns fatores de proteção do aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar: contato pele-a-pele; alojamento conjunto; restrição do uso de suplementação para o RN; aleitamento materno em livre demanda; e intervenções educativas de suporte à mãe.

Relativamente ao suporte na amamentação, Cunha e Siqueira (2016) referem que o apoio dos enfermeiros e o trabalho de suporte emocional que é realizado com as famílias dos RN é importante para a promoção do aleitamento, assim como o apoio existente por parte da família e, essencialmente, pelo pai da criança. A religião, a cultura e as perceções sobre a amamentação são também um fator promotor da amamentação (Bensaid, 2019).

Quanto aos fatores que influenciam negativamente o processo do aleitamento materno, podendo inibir a produção de leite ou levar ao desmame precoce, os autores identificam vários tipos de fatores, como físicos, psicológicos, sociais e culturais.

Tamez (2013) identifica alguns fatores que inibem a produção de leite materno, como a separação do filho imediatamente após o parto; o início tardio da extração de leite; a extração de leite esporádica; e o agravamento do estado clínico do RN. Coca, Pinto, Westphal, Mania e Abreu (2018) e Cunha e Siqueira (2016) acrescentam as condições de saúde que levam à separação da mãe do bebê; a introdução de leite de fórmula; e as rotinas hospitalares que limitam a amamentação.

Brown (2017) e Tamez (2013) também reconhecem alguns aspetos do foro psicológico e mais relacionados com a saúde da mulher, como o cansaço; preocupação e stress; dores; dificuldades na amamentação; insegurança materna; imagem corporal da mulher alterada; e o conflito de responsabilidades.

A equipa de saúde também apresenta um papel importante no processo da amamentação, sendo que a falta de preparação da equipa de saúde na temática do aleitamento materno, falta de orientação por parte da equipa de saúde e a incapacidade da equipa em lidar com a família, são também fatores que dificultam o processo do aleitamento materno (Cunha & Siqueira, 2016; Tamez, 2013).

Para além destes aspetos, também se colocam os fatores sociais e culturais, como os mitos da sociedade relativamente à amamentação; atitudes sociais negativas; falta de apoio familiar; e barreiras maioritariamente baseadas em valores e atitudes sociais e culturais (Coca, Pinto, Westphal, Mania & Abreu, 2018; Brown, 2017). Brown (2017) refere que apesar de ser a mãe que amamenta, a sua capacidade é influenciada pela cultura e contexto em que esta se insere, reforçando a ideia anteriormente mencionada.

Nesta situação descrita, a influência cultural e religiosa são bastante evidentes na decisão da Mãe relativamente à extração do leite e seu transporte para a maternidade. Neste sentido, torna-se importante compreender as crenças, atitudes e práticas da família e comunidade, relacionadas com a alimentação do RN, para conseguir planear intervenções eficazes (Bensaid, 2019). A família referida é natural do Bangladesh e de religião islâmica, estão imigrados e, pelo descrito pela Mãe, não têm suporte familiar em Lisboa.

Na religião islâmica os papéis familiares são claros, sendo que o pai tem a responsabilidade de garantir o sustento do agregado e a educação religiosa dos filhos, e a mãe é responsável pela gestão da casa, a saúde e a educação secular dos filhos. As avós, quando presentes, exercem grande influência no cuidar e educação das crianças (Jeremias, 2009).

A amamentação é extremamente valorizada e o Alcorão recomenda a amamentação durante os primeiros dois anos de vida, sendo este colocado como um direito da criança (Bensaid, 2019; Jeremias, 2009). O pai tem a responsabilidade de garantir as condições necessárias para que a mãe consiga amamentar o filho (Bensaid; 2019).

Bensaid (2019) refere que a os profissionais de saúde devem estar dotados de conhecimentos sobre as crenças e hábitos de saúde das famílias muçulmanas, mostrando respeito e compreensão nas suas escolhas. O autor acrescenta que a promoção da amamentação pode ser melhorada se os profissionais de saúde utilizarem informação baseada nos fundamentos do islamismo assim como da evidência científica.

Quando analisando a situação descrita, consigo compreender que alguns dos fatores referidos pelos autores como fatores positivos e negativos no processo de amamentação estão presentes na situação. Relativamente aos fatores que promovem o aleitamento materno identifiquei vários, como a vontade expressa da Mãe em querer amamentar; a religião da família, devido à importância da amamentação no islamismo; o alojamento conjunto nas primeiras 48hrs de vida com a realização de contacto pele-a-pele na primeira hora de vida; a disponibilização de informação sobre a amamentação e extração de leite; e a existência de profissionais de saúde disponíveis, e com conhecimento na temática, para realizar intervenções educativas e de suporte à Mãe/família.

Como aspetos negativos na situação descrita surgem também vários, como a separação da mãe do bebé; a introdução de leite de fórmula; as rotinas hospitalares que limitam a amamentação, como a limitação da presença dos pais na unidade devido aos horários das visitas; as dificuldades na amamentação, manifestada pelo pedido de ajuda da Mãe; os papéis familiares e hábitos culturais da família islâmica; falta de apoio da parte do pai do RN derivado do desconhecimento na temática do aleitamento materno; a falta de apoio da família alargada (como os avós) consequente da imigração do casal, que seriam indivíduos de grande relevância nesta fase da vida da família; e a existência de barreiras sociais e culturais referidas pela Mãe durante a interação.

Assim, consigo compreender que a minha intervenção teve alguns aspetos positivos e negativos. Relativamente aos aspetos positivos da minha conduta, identifiquei a valorização da vontade da Mãe em querer amamentar e a minha disponibilidade no esclarecimento das dúvidas existentes, indo ao encontro das suas

necessidades e adaptando os cuidados nesse sentido. Neste sentido, foi também clara a transmissão de informação e a realização de ensinamentos sobre a amamentação e a extração de leite materno, assim como a tentativa de disponibilização de informação escrita.

Quanto aos aspectos negativos, deveria ter estado mais consciente e sensibilizada para as especificidades culturais em que esta família se insere e ter adaptado a minha intervenção na primeira interação com esta Mãe. Isto é, no primeiro dia, quando esclareci as dúvidas da Mãe e realizei os ensinamentos, para além da informação científica, deveria ter também ressaltado a importância que a amamentação tem no islamismo. Para além disto, poderia desde logo ter entregue documentação escrita sobre a importância do leite materno para o RN e os procedimentos de extração e transporte do leite materno. Com isto, talvez tivesse evitado o desperdício do leite materno e a Mãe tivesse levado logo o leite para o seu filho. No segundo dia, também podia ter pedido à mãe para ligar ao pai e termos conversado os três, de forma a incluir o pai nos ensinamentos, e ter desmistificado alguns aspectos. Para além disto, outro aspecto negativo da minha intervenção é a introdução de leite de fórmula, mas que só seria possível evitar caso a Mãe conseguisse extrair leite em quantidade suficiente para a ingestão do RN, de forma a este ser alimentado de LM durante o período em que a Mãe não pode estar no serviço com o seu filho (pelas limitações dos horários das visitas).

Existem também outros aspectos negativos da interação, que ultrapassam a minha área de intervenção imediata, por estarem relacionados com normas do serviço ou políticas de saúde. Um deles é a falta de informação escrita (folhetos) traduzidos, já que no serviço, onde a situação descrita ocorreu, estão disponíveis vários folhetos relativos a diversas temáticas, mas todos em língua portuguesa. Seria bastante importante a tradução dos folhetos para pelo menos língua inglesa, de forma a melhorar os cuidados e os ensinamentos aos pais.

Outro ponto negativo é a separação da Mãe do RN, por não haver alojamento conjunto nas situações de internamento de RN para realização de antibiótica, no hospital em questão. Acrescendo a este aspecto, há também a questão da limitação de horários dos Pais na UCIN, uma barreira que surgiu consequente da pandemia pela Covid-19 que vivenciamos. Previamente à pandemia, os pais não tinham limite de horário, estando a UCIN aberta a estes 24 horas por dia. Com as limitações impostas pela pandemia, os pais apenas podem estar presentes num dos períodos do dia (das 9 às 15 horas ou das 16 às 22 horas) e nunca em simultâneo. Estas regras

relativas ao período de visita restringem bastante a presença dos progenitores na unidade, influenciando negativamente o estabelecimento da amamentação pela redução do tempo de contacto Mãe-RN.

Assim, consigo compreender que de forma a evitar a repetição da situação descrita, as mudanças na maneira como agi e que têm influencia positiva, são de certo modo limitadas e têm influência apenas na família que cuido. Como referido anteriormente, o sucesso do aleitamento materno é extremamente importante para o indivíduo a curto e a longo prazo, trazendo benefícios para a sociedade.

Brown (2017) refere que é papel e responsabilidade dos governos e da sociedade em suportar as mulheres na amamentação através de políticas e programas na comunidade, por este ser um assunto de saúde pública. O autor identifica cinco áreas principais de atuação a nível de saúde pública, que vão influenciar o processo de amamentação positivamente, sendo elas: provisionamento dos cuidados de saúde com a melhoria das condições no pré-parto, parto e pós-parto; investimento nas mensagens sociais de saúde pública, já que o meio em que a mulher se insere influencia a sua vontade de amamentar; construção de políticas e leis protetoras das mães que amamentam; construção de políticas de proteção do bem-estar da mulher; redução da promoção de leite adaptado. Brown (2017) reforça que este investimento tem bastante retorno na saúde pública pelas vantagens que o aleitamento tem na saúde da criança e do adulto que é amamentado.

Nesse sentido, várias organizações mundiais e os governos locais tomam medidas promotoras do aleitamento, como é o caso da OMS/UNICEF. A OMS/UNICEF desenvolveram a categoria de “Hospital Amigo dos Bebés” que se dirige aos serviços de assistência a grávidas e RN, onde os serviços têm de cumprir requisitos de atuação, para terem a categoria certificada (Levy & Bértolo, 2012). O hospital onde a situação descrita ocorreu está certificado com a categoria “Hospital Amigo dos Bebés”, acrescentando ainda mais responsabilidade na intervenção e promoção do aleitamento materno. A iniciativa “Hospitais Amigos dos Bebés” contempla dez medidas importante para o sucesso do aleitamento materno, sendo elas:

1. “Ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.

3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.” (Levy & Bértolo, 2012, p.13).

2. CONCLUSÃO

Com a realização desta análise reflexiva, adquiri conhecimentos na temática do aleitamento materno, aprofundando as vantagens do LM e os fatores que influenciam positiva e negativamente o processo do aleitamento. Aprofundei também conhecimentos na área da multiculturalidade que me são úteis na adequação dos cuidados de enfermagem nas famílias muçulmanas. Para além disto, tornou-se clara a influência que como enfermeira tenho na promoção do aleitamento, mas que são também necessárias políticas de saúde pública que promovam o aleitamento materno, de forma a facilitar e normalizar a amamentação, já que esta é uma vantagem para a sociedade. O aleitamento materno é um direito da criança, como vem descrito no 24º artigo da carta dos direitos das crianças, ao referir que os Estados Partes devem tomar medidas adequadas para assegurar que os pais das crianças têm acesso a informação sobre as vantagens do aleitamento materno (Comité Português para a UNICEF; 2019).

Com isto, consigo agora rever a situação vivida com outra perspetiva e compreender como poderia ter conduzido a minha intervenção com esta família, de forma a produzir resultados mais positivos, mais eficazmente, promovendo o sucesso da amamentação, já que este é um direito da criança e é também minha responsabilidade, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Consigo compreender que o EEESIP tem um papel fundamental nestas situações mais complexas e menos lineares de cuidados, com especificidades que implicam um conhecimento mais profundo sobre certas áreas de conhecimentos e a capacidade de ajustar a prática de cuidados à família que cuidamos, de forma individualizada, como é o caso da situação analisada. Para além disto, o EEESIP encontra-se também numa posição privilegiada de atuação e com responsabilidades a nível da melhoria contínua da qualidade, que trabalhem no sentido alteração de regras e normas dos serviços de saúde, que levem à promoção da amamentação.

Assim, com esta análise reflexiva acredito ter desenvolvido competências de EEESIP. De acordo com o Regulamento n.º 422/2018 (2018) identifico “E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (p.19192) com a unidade de competência “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.” (p.19193), com os seguintes critérios de avaliação “E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.”(p.19193), “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.19193) e “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.19193). Assim como “E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (p.19194), com a unidade de competência “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém -nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (p.19194), com os seguintes critérios de avaliação “E3.2.5. Promove a amamentação.” (p.19194), “E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN” (p.19194). E a unidade de competência “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” (p.19194), com o critérios de avaliação “E3.3.2. Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.” (p.19194).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, E., Magano, R., Amorim, M. & Silva, S. (2015). Aleitamento materno de crianças muito pré-termo e de crianças de termo em contexto hospitalar. *Arquivos de Medicina*. 29 (5), 135-137.
- Bensaid, B. (2019). Breastfeeding as a fundamental Islamic human right. *Journal of Religion and Health*. 60, 362-373.
- Brown, A. (2017). Breastfeeding as a public health responsibility: a review of the evidence. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 30, 759-770.
- Coca, K.P, Pinto, V.L., Westphal, F., Mania, P.N. & Abrão, A.C. (2018). Conjunto de medidas para o incentivo o aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar: evidências de revisões sistemáticas. *Revista Paulista de Pediatria*. 36 (2), 214-220.
- Comité Português para a UNICEF (2019). *Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos*.
- Cunha, E.C. & Siqueira, H.C.H. (2016). Aleitamento materno: contribuições da enfermagem. *Ensaio e Ciência: Ciências biológicas, agrárias e a saúde*. 20 (2), 86-92.
- Jeremias, C. (2009). Diversidade cultural nos primeiros anos de vida: Um olhar pelas culturas ciganas, hindu e islâmica. In J. Lopes, M. Santos, M. Matos & O. Ribeiro (Coords.), *Multiculturalidade - Perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar* (pp.181-210). Loures: Lusociência.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento Materno*. Comité Português para UNICEF.
- Pograma Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de orientação para profissionais e educadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Tamez, R.N. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda.

- Wheeler, B. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, Wong – *Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.) (pp.240-291). Loures: Lusociência.
- World Health Organization (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Health topics - Breastfeeding*. Acedido em 28/01/2021. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1 .

APÊNDICE XIII
Planeamento do Folheto “Preparação de leite de fórmula para lactentes”



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**Folheto “Preparação de leite de fórmula para
lactentes”**

Rita Cabral de Soveral Puppe dos Santos Pinto



Orientadora: Professora Cristina Maria Rosa Jeremias



Lisboa

2021

ÍNDICE

1. Pertinência.....	3
2. Objetivo.....	3
3. População-alvo	4
4. Contextualização teórica.....	4
5. Conclusão.....	7
Referências bibliográficas	8

Apêndices

Apêndice 1 - Folheto “preparação de leite de fórmula para lactentes” - em língua portuguesa

Apêndice 2 - Folheto “preparação de leite de fórmula para lactentes” - em língua inglesa

1. PERTINÊNCIA

No âmbito do Ensino Clínico da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no campo de estágio na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, enquadrado no projeto de estágio com a temática “A alimentação no primeiro ano de vida: a intervenção de enfermagem nas crianças de origem asiática meridional” foi definido como atividade a realização de um folheto “Preparação de leite de fórmula para lactentes”.

Apesar de este ser um Hospital Amigos dos Bebés, alguns recém-nascidos têm alta da Unidade com indicação para realizar suplementação com leite artificial, seja por motivos clínicos, seja por défice de leite materno. Assim, na preparação da alta para o domicílio, cabe aos enfermeiros realizar ensinamentos sobre a correta preparação de leite artificial. Em discussão com a equipa de enfermagem, foi identificada a necessidade da existência de um suporte físico de informação escrita sobre esta temática, uma vez que os enfermeiros percebem que muitas vezes os pais/cuidadores não compreendem na totalidade a informação transmitida, em especial as famílias que não compreendem a língua portuguesa. Assim, foi realizado um folheto sobre a preparação de leite artificial para o lactente na língua portuguesa e na língua inglesa.

Com isto, a realização do folheto de preparação de leite artificial, enquadra-se no segundo objetivo geral do projeto de estágio “2. Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança de origem da Ásia Meridional, nos diferentes contextos pediátricos”, e no objetivo específico “2.2. Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de alimentação saudáveis no RN e criança lactente e família de origem asiática meridional”.

2. OBJETIVO

Este folheto tem como finalidade adequar os cuidados de enfermagem às especificidades alimentares de cada cliente, e que a equipa de enfermagem possa fornecer aos pais informação escrita complementar, de forma a que estes tenham acesso à informação transmitida posteriormente ao internamento.

O objetivo do folheto é transmitir informação de forma simplificada, sintética e esquematizada aos pais de recém-nascidos que necessitem de leite de fórmula.

3. POPULAÇÃO-ALVO

Este folheto dirige-se aos pais dos recém-nascidos internados na Unidade de Cuidados Neonatais que necessitem de realizar leite de fórmula.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Apesar de o leite materno ser o mais aconselhado para a alimentação do recém-nascido/lactente, são várias as situações em que é necessária a complementação ou substituição com uma fórmula infantil. Existem vários tipos de fórmula infantil, consoante as necessidades nutricionais do recém-nascido, contudo, um recém-nascido saudável deve ser alimentado com uma fórmula infantil *standard* (PNPAS, 2019). Estas fórmulas são produzidas a partir de leite de vaca e são manipuladas de forma a que a sua composição esteja o mais semelhante à do leite materno (PNPAS, 2019).

As fórmulas infantis são, maioritariamente, comercializadas em pó e reconstituídas no domicílio. Estas fórmulas não são estéreis e a sua incorreta manipulação pode contaminar o leite com bactérias perigosas para o recém-nascido, como por exemplo a *Enterobacter sakazakii* e a *Salmonella entérica* (OMS, 2007). Assim, torna-se fundamental dotar os pais/cuidadores para uma correta preparação e manipulação do leite de fórmula, para minimizar os riscos de contaminação e de possível doença do recém-nascido. A Organização Mundial de Saúde (2007) realizou um manual de boas práticas sobre a “Preparação, manipulação e conservação de fórmulas desidratadas para lactentes” que sustenta as orientações descritas no folheto realizado.

Cuidados de higiene com o biberão:

- Lavar bem as mãos antes da manipulação;
- Depois de utilizar os utensílios (biberão, tetina, colheres, etc), lavar com água quente e detergente. Garantir que todos os resíduos de leite saem antes de esterilizar;
- Esterilizar os utensílios. Pode fazê-lo de várias maneiras:
- Ferver numa panela;
- Esterilização a vapor com máquina própria;

- Esterilização no micro-ondas com máquina própria;
- Para prevenir re-contaminação dos biberons, retirar apenas imediatamente antes de uma nova preparação de leite caso use os esterilizadores. Se utilizar a panela, retirar os biberons da panela e colocar a escorrer numa superfície limpa e desinfetada.

Como preparar o biberão:

1. Limpar e desinfetar a bancada onde vai preparar o biberão;
2. Lavar as mãos e utilizar utensílios limpos e esterilizados. Garantir que o topo da embalagem de leite está limpo;
3. Ferver a água e deixar arrefecer (não mais que 30min) até ao mínimo de 40°C. A água engarrafada não está esterilizada e deve fervê-la antes de utilizar, à exceção de água engarrafada indicada para preparação de biberons;
4. Colocar no biberão a quantidade de água necessária (30ml de água para 1 medida rasa de pó);
5. Adicionar a dose de pó utilizando a colher de medida da lata de leite;
6. Agitar o biberão garantindo que o leite fica completamente dissolvido;
7. Antes de dar o leite ao bebé, verificar a temperatura do mesmo (máximo de 36-40°C), testando com algumas gotas no seu pulso. Se necessário, arrefecer o biberão mantendo-o em água fria.

Advertências:

- Não utilize medidas de pó “a olho”.
- Deve sempre preparar de 30 em 30ml, dependendo da quantidade de leite que precise.
- Não coloque menos pó de leite, nem mais, porque poderá ser prejudicial para a saúde do bebé. Não calque o pó na colher, vai aumentar a concentração do leite.

Preparação de biberões com antecedência:

Sempre que possível, preparar o biberão na hora de administração, pelo risco de contaminação bacteriana. Quando não for possível, pode preparar várias doses de leite. Uma vez arrefecidos, guardar no frigorífico, no máximo durante 24 horas.

Reaquecer a quantidade necessária para uma alimentação, através do aquecedor de biberões ou banho-maria. Não utilizar o microondas para aquecer o leite, pelo risco de queimaduras. Eliminar quaisquer sobras de tomas reaquecidas, que não tenham sido consumidas no intervalo de duas horas.

Transporte de biberões/porções preparados:

- Pode transportar a água fervida quente num termo e depois adicionar a quantidade de pó na hora de administração do leite;
- Pode transportar o leite já preparado, frio, a menos de 5°C, e aquecer na hora de administração.

5. CONCLUSÃO

A realização desta atividade enquadra-se no objetivo geral do projeto de estágio “2. Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança de origem da Ásia Meridional, nos diferentes contextos pediátricos”. No objetivo específico “2.1. Identificar os fatores que influenciam a alimentação saudável do RN e da criança lactente de origem asiática meridional.” dá resposta à atividade proposta de aprofundamento teórico sobre hábitos alimentares saudáveis no RN e lactente, segundo as recomendações da DGS, PNPAS e OMS. No objetivo específico “2.2. Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de alimentação saudáveis no RN e criança lactente e família de origem asiática meridional”, dá resposta à atividade de realização de folheto sobre alimentação saudável no primeiro ano de vida, em vários idiomas.

Com esta atividade, ao procurar compreender quais as necessidades da equipa de enfermagem, no sentido da transmissão de conhecimentos na temática do projeto, assim como a concretização do folheto, desenvolvo as seguintes competências comuns de enfermeiro especialista, compreendidas no Regulamento n.º 140/2019 (2019), “D2 – Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica. D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.” (p.4749) com os critérios de avaliação “D2.1.1 – Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 - Diagnostica necessidades formativas.” (p.4749). E “D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.” (p.4749) com o critério de avaliação “D2.2.1 – Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos.” (p.4749).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organização Mundial da Saúde (2007). Preparação, manipulação e conservação de fórmulas desidratadas para lactentes—Manual de boas práticas. Genebra: OMS.
- Pograma Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de orientação para profissionais e educadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 26 de 6-02-2019), 4744-4750.

APÊNDICES

APÊNDICE 1
Folheto “Preparação de leite de fórmula para lactentes” - em língua portuguesa

PREPARAÇÃO DE LEITE DE FÓRMULA PARA LACTENTES



Fonte: <https://www.babycenter.com/prepare-bottle-feeding/>

Unidade de Cuidados Neonatais

Janeiro, 2021

Se o seu filho necessitar de leite artificial, cumpra a indicação do seu médico relativamente ao tipo de fórmula e quantidade de leite necessária.

As fórmulas desidratadas não são um alimento estéril e por isso é extremamente importante que a preparação dos leites seja feita de forma correta, para evitar a propagação de bactérias.

Cuidados de higiene com o biberão

- Lavar bem as mãos antes da manipulação;
- Depois de utilizar os utensílios (biberão, tetina, colheres, etc), lavar com água quente e detergente. Garantir que todos os resíduos de leite saem antes de esterilizar;
- Esterilizar os utensílios. Pode fazê-lo de várias maneiras:
 - Ferver numa panela;
 - Esterilização a vapor com máquina própria;
 - Esterilização no micro-ondas com máquina própria;
- Para prevenir re-contaminação dos biberons, retirar apenas imediatamente antes de uma nova preparação de leite caso use os esterilizadores. Se utilizar a panela, retirar os biberons da panela e colocar a escorrer numa superfície limpa e desinfetada.

Como preparar

1. Limpar e desinfetar a bancada onde vai preparar o biberão;

2. Lavar as mãos e utilizar utensílios limpos e esterilizados. Garantir que o topo da embalagem de leite está limpa;



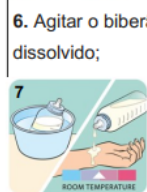
3. Ferver a água e deixar arrefecer (não mais que 30min) até ao mín. de 40°C. A água engarrafada não está esterilizada e deve fervê-la antes de utilizar, à exceção de água engarrafada indicada para preparação de biberons;



4. Colocar no biberão a quantidade de água necessária (30ml de água para 1 medida rasa de pó);



5. Adicionar a dose de pó utilizando a colher de medida da lata de leite;



6. Agitar o biberão garantindo que o leite fica completamente dissolvido;



7. Antes de dar o leite ao bebé, verificar a temperatura do mesmo (máx. 36-40°C), testando com algumas gotas no seu pulso. Se necessário, arrefecer o biberão mantendo-o em água fria.

Atenção



- Não utilize medidas de pó a olho.
- Deve sempre preparar de 30 em 30ml, dependendo da quantidade de leite que precise.
- Não coloque menos pó de leite, nem mais, pode ser prejudicial para a saúde do bebê. Não calque o pó na colher, vai aumentar a concentração do leite.

Preparação de biberões com antecedência

Sempre que possível, preparar o biberão na hora de administração, pelo risco de contaminação bacteriana. Quando não for possível, pode preparar várias doses de leite. Uma vez arrefecidos, guardar no frigorífico, no máximo durante 24hrs. Reaquecer a quantidade necessária para uma alimentação, através do aquecedor de biberões ou banho-maria. Não utilizar o microondas para aquecer o leite, pelo risco de queimaduras.

Eliminar quaisquer sobras de tomas reaquecidas, que não tenham sido consumidas no intervalo de 2hrs.

Transporte de biberões/porções preparados

- Pode transportar a água fervida quente num termos e depois adicionar a quantidade de pó na hora de administração do leite;
- Pode transportar o leite já preparado, frio, a menos de 5°C, e aquecer na hora de administração.

Contato: [REDACTED]

Realizado por: Enfª Rita Puppe, no âmbito da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Janeiro, 2021

APÊNDICE 2
Folheto “Preparação de leite de fórmula para lactentes” - em língua
inglesa

MILK FORMULAS PREPARATION FOR INFANTS



From: <https://www.babygrip.blog/2019/09/09/prepare-bottle-feeding/>

Neonatal Unit Care

January 2021

If your child need formula milk, follow your doctors instructions regarding the type of formula and milk quantities the baby needs.

Formula milk is not a sterile food and therefore it is extremely important that the milk preparation is done correctly, to avoid the spread of bacteria.

Hygiene care with the bottle

- Wash your hands before touching the bottle;
- After using all the utensils (bottle, bottle teat, spoon, etc), wash with detergent and water. Make sure all the milk residues come out before sterilizing;
- Sterilize utensils. You can do this in several ways:
 - Boil in a pan;
 - Steam sterilization with a specific machine;
 - Microwave sterilization with a specific recipient.
- To prevent re-contamination of the bottles, remove it just before a new milk preparation, if you use the sterilizers. If using the pan, remove the bottles from the pan and drain on a clean and disinfected surface.

How to prepare formula milk

1. Clear and disinfect the counter where you will prepare the bottle;

2. Wash your hands and use clean and sterile utensils. Ensure that the top of the milk can is clean;

3. Boil the water and let it cool (no more than 30min) until min. 40°C. Bottled water is not sterile and must be boiled before use, except for bottled water indicated for the preparation of formula milk;

4. Put the necessary amount of water in the bottle (30ml of water to 1 shallow measure of milk powder);

5. Add the powder dose using the measuring spoon of the milk can;

6. Shake the bottle making sure that it is completely dissolved;

7. Before giving the baby the milk, check the milk's temperature (max. 36-40°C) by testing it with a few drops on your wrist. If necessary, cool the bottle by keeping it



Attention



- Do not use eye powder measures.
- You should always prepare milk every 30ml, depending on the amount of milk you need.
- Do not put less or more milk power than indicated, it can be harmful to your baby's health. Do not press the powder on the spoon, it will increase the concentration of the milk.

Preparing bottles in advance

Whenever possible, prepare the bottle milk at the time of administration, due to the risk of bacterial contamination. When it is not possible, you can prepare several doses of milk. Once cooled, store it in the fridge, for a maximum of 24hrs. Reheat the amount needed for one feeding, through the bottle warmer or in the pan. Do not use the microwave to heat the milk, for the burning risk. Eliminate any left overs of reheated milk that has not been consumed within 2hrs.

Transport of prepared bottles/portions

- You can transport the hot boiled water in a thermos bottle and then add the amount of powder milk needed at the time of milk administration;
- You can transport the milk already prepared, cold, below 5°C, and heat it up at the time of administration.

Written by: Enfª Rita Puppe, within
the Pediatric Nursing Specialty

Contact: [REDACTED]

January, 2021

APÊNDICE XIV
Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de
Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar

		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
<i>Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar</i>			Aprovado em: Enfª Diretora
Elaborado por: Enfª Rita Puppe, no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESEL); sob orientação de Enfª [REDACTED] e da Profª Cristina Jeremias Em: 03/2021	Revisto por: [REDACTED]	Próxima Revisão: Março / 2022	

1. DEFINIÇÃO

O leite materno é um alimento vivo e fundamental para o desenvolvimento saudável do lactente. Em algumas situações clínicas torna-se necessária a extração do leite materno e administração por outras vias (biberão, sonda gástrica). Nestas situações, a correta manipulação do leite materno torna-se imperativo para o controlo da contaminação do leite humano. Assim, esta norma elenca um conjunto de boas práticas para a manipulação e conservação do leite humano em contexto de serviço de urgência pediátrica.

2. OBJETIVO

Uniformizar as boas práticas na manipulação, acondicionamento e conservação segura do Leite Materno (LM) em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

Implementar boas práticas na manipulação, acondicionamento e conservação do LM no SUP.

Informar a equipa sobre as orientações mais recentes relativas à manipulação e acondicionamento do LM.

3. ÂMBITO

Aplica-se aos enfermeiros e assistentes operacionais do Serviço de Urgência Pediátrica do [REDACTED]

4. RESPONSABILIDADE

Enfermeiros e Assistentes Operacionais do SUP que manipulem Leite Humano.

5. PRINCÍPIOS TEÓRICOS

O LM é um alimento vivo, completo, natural e o mais adequado para o recém-nascido (Levy & Bértolo, 2012). É consensual o aconselhamento do aleitamento materno em exclusivo até aos seis meses, já que este é o alimento ideal para suprir as necessidades nutricionais do lactente, e em suplemento até aos 12 meses (PNPAS, 2019; WHO, 2009). Mesmo que seja necessário suplementar com fórmula infantil, em complementação ao leite materno, é sempre mais benéfico o aleitamento materno parcial que a alimentação exclusiva por fórmula (PNPAS, 2019). Assim, torna-se fundamental promover o aleitamento materno.

		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
<i>Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar</i>			Aprovado em:
Elaborado por: Enfª Rita Puppe, no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESEL); sob orientação de Enfª [REDACTED] e da Profª Cristina Jeremias	Revisto por: [REDACTED]	Próxima Revisão: Março / 2022	Enfª Diretora [REDACTED]
Em: 03/2021			

O LM tem inúmeras vantagens para o bebé, prevenindo infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; apresenta um efeito protetor sobre as alergias; melhora a adaptação a outros alimentos e previne diabetes, obesidade e linfomas (Levy & Bértolo, 2012).

Inicialmente o LM produzido é o colostro, um leite mais fluido e transparente (por ter menos gordura) e produzido em menor quantidade, mas fundamental para o bebé por ser rico em proteínas, vitaminas lipossolúveis, imunoglobulinas e células do sistema imunitário (PNPAS, 2019). O LM seguinte, mais maduro, vai diferindo a sua composição diariamente e ao longo da mamada, adaptando-se às necessidades do bebé, sendo constituído por compostos nutritivos e funcionais, exclusivos da espécie, garantindo a oferta nutricional ideal (PNPAS, 2019). O LM apresenta também efeitos positivos no crescimento e na saúde do bebé, fundamentais para um saudável neurodesenvolvimento e para a proteção imunológica (PNPAS, 2019).

Apesar de todas essas vantagens, existem situações onde não é possível amamentar e torna-se necessário utilizar o leite materno previamente extraído. No SUP são várias as situações onde são necessárias a administração de LM através de sonda gástrica/biberão. De forma a administrar o LM através de sonda gástrica/biberão, torna-se necessária a sua manipulação e conservação, podendo ocorrer a contaminação do LM com microrganismos patogénicos, possivelmente letais para o bebé, já que o LM não é um alimento estéril e é um excelente meio de cultura (DGS, 2013). Assim, a manipulação, conservação e preparação do LM em meio hospitalar está associada a um maior risco de infeção, torna-se fundamental a adoção de normas de boas práticas na área da extração, manipulação e conservação do LM em contextos hospitalares (DGS, 2013).

As boas práticas manipulação do LM dão-se a vários níveis: extração do LM, higienização da bomba/kit de extração de leite, conservação, preparação, administração e transporte do LM.

6. REQUISITOS

Os requisitos para a execução desta norma passam por:

- Mãe com vontade e possibilidade/necessidade de extrair LM;
- Disponibilidade de material de extração e acondicionamento do LM;
- Condições de conservação do LM no SUP.

		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
<i>Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar</i>			Aprovado em: Enfª Diretora
Elaborado por: Enfª Rita Puppe, no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESEL); sob orientação de Enfª [REDACTED] e da Profª Cristina Jeremias Em: 03/2021	Revisto por: [REDACTED]	Próxima Revisão: Março / 2022	

7. MATERIAL

O material necessário para a execução adequada dos procedimentos são:

- Bomba de extração de leite;
- Kit de extração de leite;
- Frasco coletor;
- Etiqueta de identificação do LM;
- Máscara cirúrgica;
- Frigorífico;
- Termómetro para o frigorífico;
- Caixa de armazenamento dos leites;
- Aquecedor de biberons.

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

8.1. Extração de Leite Materno no SUP

Os enfermeiros do SUP têm a responsabilidade de garantir que as mães realizam a extração adequada do LM, explicando e esclarecendo as dúvidas existentes previamente à extração do leite.

As mães devem cumprir os cuidados de higiene corporal diários, higienizar as mãos antes e depois de cada colheita e, utilizar máscara cirúrgica (DGS, 2013).

Para a extração de LM, o SUP disponibiliza bomba de extração de leite e respetivo Kit de extração. A sua utilização, montagem e limpeza/esterilização encontra-se descrito em Anexo 1 “Ficha Técnica para Extrator de Leite Materno Symphony Medela”.

Em meio hospitalar, deve ser utilizado um kit esterilizado por cada mãe e por cada colheita (DGS, 2013). De acordo com o mesmo autor, a descontaminação do conjunto de recolha de leite é feita por lavagem com água e detergente e esterilização a 121°C durante 15min.

A DGS (2013) e Rhodes (2011) aconselham, no domicílio, para lavagem do kit de extração de LM passar em primeiro lugar com água fria (para remover as proteínas), depois com sabão e água quente e posterior secagem numa superfície descontaminada. De seguida armazenar.

No domicílio, Rhodes (2011) recomenda a esterilização do kit durante 10min em água a ferver ou em sacos de esterilização de micro-ondas. CDC (2020) vai ao encontro do referido e recomenda a esterilização uma vez dia de todos os itens de alimentação do bebé.

		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
<i>Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar</i>			Aprovado em: Enfª Diretora
Elaborado por: Enfª Rita Puppe, no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESEL); sob orientação de Enfª e da Profª Cristina Jeremias Em: 03/2021	Revisto por: 	Próxima Revisão: Março / 2022	

8.2. Armazenamento do Leite Materno

O LM deve ser acondicionado em recipientes adequados à conservação de LM, de plástico duro adequado ou vidro, preenchidos até um máximo de $\frac{3}{4}$ do volume total. (DGS, 2013)

O frasco de LM deve estar identificado com: nome, nº processo, data e hora de colheita (DGS, 2013). Deve-se utilizar a etiqueta de identificação do LM do SUP (Anexo 2).

O LM deve ser armazenado em frigorífico imediatamente após a colheita e conservado a temperatura $\leq 4^{\circ}\text{C}$ durante um período máximo de 48hrs (DGS, 2013).

O LM deve ser guardado o mais atrás possível no frigorífico, e nunca na porta, para evitar grandes variações de temperatura. Deve estar também afastado de outros alimentos para evitar contaminações (CDC, 2021; DGS, 2013). Assim, o LM extraído no SUP será armazenado numa caixa identificada para o efeito, numa prateleira do frigorífico do SO.

Local	Duração
Frigorífico $\leq 4^{\circ}\text{C}$	48hrs
Congelador $> 20^{\circ}\text{C}$	2-3 semanas
Congelador $\leq 20^{\circ}\text{C}$	6 meses

8.3. Manipulação do Leite Materno

- O biberão deve ser retirado do frigorífico imediatamente antes da administração e não deve voltar a ser refrigerado. Deve-se utilizar em primeiro lugar o leite extraído há mais tempo;
- O LM pode ser consumido à temperatura ambiente ou aquecido;
- Deve ser privilegiada a utilização de aquecedores de biberões a seco, quando tal não for possível, aquecer em banho-maria ($40-42^{\circ}\text{C}$), no máx. durante 15min (Consultar Anexo 3);
- Nunca utilizar o micro-ondas para aquecer o leite, pode destruir nutrientes do leite e criar zonas mais quentes que podem provocar queimaduras ao bebé;
- Lavar e secar as tinas do banho-maria a cada utilização;
- Antes da administração do leite, deve-se higienizar as mãos e confirmar o nome do lactente e a temperatura do leite;
- O período de tempo entre o aquecimento e a toma da totalidade do leite não deve ser superior a 2hrs;
- O LM administrado por bomba infusora não deve permanecer à temperatura ambiente durante mais de 2hrs se for aquecido previamente, e durante 4hrs se não for aquecido;

			DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM
<i>Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar</i>			Aprovado em:
Elaborado por: Enf ^a Rita Puppe, no âmbito do 11 ^o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESEL); sob orientação de Enf ^a [REDACTED] e da Prof ^a Cristina Jeremias Em: 03/2021	Revisto por: [REDACTED]	Próxima Revisão: Março / 2022	Enf^a Diretora [REDACTED]

- As seringas e prolongamentos para administração de leite devem ser substituídas a cada administração de leite;
- Os biberons utilizados no SUP são de uso único;
- O leite não deve ser reaquecido;
- Todas as sobras de leite são rejeitadas.

(CDC, 2021; DGS, 2013; WHO, 2009)

8.4. Transporte do Leite Materno

O LM deve ser transportado frio para o domicílio, em saco térmico com placas termoacumuladoras. Em situações que se preveja um internamento mais prolongado, pedir ao acompanhante que transporte o LM extraído no SUP e armazene no domicílio, de forma a garantir uma conservação mais prolongada do LM.

O transporte do LM para as outras unidades deve ser rápido (inferior a 10min) e transportado em saco/caixa isotérmica com termoacumulador (DGS, 2013).

8.5. Recomendações de higiene dos locais de receção e preparação do leite humano

Manutenção e limpeza da área de preparação do LM

Imediatamente antes e depois da preparação do LM, recomenda-se a descontaminação da bancada com toalhete desinfetante e posterior secagem.

A área de preparação do LM deve seguir as orientações descritas nas normas do SUP “Orientações para as tarefas a executar pelos Assistentes Operacionais” e “Descontaminação de materiais e equipamentos” ([REDACTED] 2014 e revisto em 2017).

Manutenção e limpeza do frigorífico

O frigorífico utilizado deve ter um dispositivo para a medição da temperatura e deve estar a uma temperatura entre os 2^o-4°C.

A leitura da temperatura deve ser realizada diariamente, com registo em folha própria (Anexo 4), com a identificação do funcionário responsável.

A manutenção do frigorífico, de acordo com a DGS (2013) implica tarefas diárias, semanais, trimestrais e anuais, tal como já consta da norma do departamento de pediatria “Registo e controlo de temperatura dos frigoríficos de medicamentos, higienização e atuação nas desconformidades” (2018):

		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
<i>Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar</i>			Aprovado em: Enfª Diretora
Elaborado por: Enfª Rita Puppe, no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESEL); sob orientação de Enfª [REDACTED] e da Profª Cristina Jeremias Em: 03/2021	Revisto por: [REDACTED]	Próxima Revisão: Março / 2022	

Tarefa diária:

- Verificar e registar a temperatura;
- Esvaziar o frigorífico e lavá-lo com água e detergente;
- Lavar o puxador da porta.

Tarefa semanal:

- Desligar da corrente;
- Esvaziar o frigorífico antes da lavagem;
- Retirar e desmontar todos os elementos de armazenamento: grelhas e outros acessórios;
- Mergulhar estes elementos em água e detergente, em concentração de acordo com as recomendações do fabricante;
- Lavagem interior com pano limpo, de uso único e água limpa com detergente de loiça;
- Efetuar passagem com água limpa;
- Efetuar lavagem com água e hipoclorito de sódio 1000ppm (0,1%) com tempo de contacto de 5-10min, ou outro desinfetante aconselhado pelo fabricante;
- Passar novamente com água limpa;
- Deixar secar e montar;
- Lavar o exterior com detergente e superfícies e secar com um pano;
- Ligar a corrente;
- Verificar a temperatura interior;
- Registar em escala de limpeza com a identificação do profissional responsável.

Tarefa trimestral:

- Retirar do local onde se encontra e limpar e lavar o chão;
- Limpar a parte de trás do frigorífico.

Tarefa anual:

- Calibrar o termómetro.

9. ABREVIATURAS / SIGLAS

HSM – [REDACTED]

LM – Leite Materno

RN – Recém-Nascido

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
<i>Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar</i>			Aprovado em: Enfª Diretora
Elaborado por: Enfª Rita Puppe, no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESEL); sob orientação de Enfª e da Profª Cristina Jeremias Em: 03/2021	Revisto por: 	Próxima Revisão: Março / 2022	

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020). *How to clean, sanitize, and store infant feeding items*. Acedido a 4/03/2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/cleansanitize.html>.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021). *Proper storage and preparation of breast milk*. Acedido a 4/03/2021. Disponível em: https://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling_breastmilk.htm.

Direção-Geral da Saúde (2013). Orientação nº 018/2013 – Leite materno, fórmulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar. Lisboa: DGS.

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento Materno*. Comité Português para UNICEF.

Pograma Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de orientação para profissionais e educadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Rhodes, J. (2011). Evidence-based recommendations for breast pumping hygiene. *Neonatal Intensive Care*. 24 (4), 20-23.

World Health Organization (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO.

11. ANEXOS

Anexo 1 “Ficha Técnica para Extrator de Leite Materno Symphony Medela”.

Anexo 2 – Etiqueta de identificação do LM

Nome:		
Nº Processo:		
Extraído a:	Dia ____ / ____ /20__	Hora ____ : ____
Válido até:	Dia ____ / ____ /20__	Hora ____ : ____

		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar			Aprovado em: Enfª Diretora
Elaborado por: Enfª Rita Puppe, no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESEL); sob orientação de Enfª [REDACTED] e da Profª Cristina Jeremias Em: 03/2021	Revisto por: [REDACTED]	Próxima Revisão: Março / 2022	

Anexo 3 – Manual de funcionamento do aquecedor de biberons “Universal Bottle Warmer”

UNIVERSAL BOTTLE WARMER

Aquecedor de Biberons e Comida

RÁPIDO E SEGURO DE AQUECER A COMIDA DO SEU BÉBE



INTRODUÇÃO

Este aquecedor de biberons de modelo único, não só permite-lhe aquecer qualquer tipo de biberon disponível no mercado como também mantém e aquece a comida (papa, compotas, etc.)

MODO DE USAR

- Coloque o aquecedor perto de uma tomada de corrente eléctrica.
- Coloque o biberon ou frasco de comida dentro do aquecedor e encha com água da seguinte maneira:
Biberons – Encher de água até 1.5 cm (um dedo) do topo do aquecedor ou 1 cm acima do nível do leite.
Frascos de Comida- Encher até 1 cm abaixo do topo do frasco.

		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
<i>Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar</i>			Aprovado em: Enfª Diretora
Elaborado por: Enfª Rita Puppe, no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESEL); sob orientação de Enfª [redacted] e da Profª Cristina Jeremias Em: 03/2021	Revisto por: [redacted]	Próxima Revisão: Março / 2022	

Nota: Não encher demais o aquecedor

- Ligue a ficha à tomada e automaticamente acenderá uma luz (power on) a indicar o início do aquecimento.
- Ajuste o interruptor do aquecedor para mais ou menos quente. Veja quadro de ajuda – Diferentes tipos de aquecimento
- Assim que retirar o biberon ou frasco de comida desligue imediatamente a ficha da tomada.

IMPORTANTE: Verifique sempre a temperatura da comida antes de dar ao seu bebé

AQUECER ALIMENTOS SÓLIDOS EM FRASCOS

- Retire sempre a tampa aos frascos. Encher de água até 1 cm abaixo do topo do frasco.
- Rodar o interruptor para o máximo (fig. Da Taça).

Nota: Cuidado ao retirar o frasco pode estar muito quente.

**COMO USAR A TIGELA
(Banho de Maria)**

- A tigela em banho-de-Maria conserva a comida quente cerca de 40 minutos quando usada da seguinte maneira:
- Encher o aquecedor até metade e rodar o interruptor até ao máximo (fig.da Taça). Colocar a taça no topo do aquecedor e servir quando quiser.
CUIDADO: Ao retirar a taça pois a água está quente.

COMO LIMPAR O SEU AQUECEDOR

- Desligue **SEMPRE** o aquecedor antes de limpar
- NUNCA meter o aquecedor em água ou na máquina de lavar a louça
- Não usar produtos abrasivos na limpeza do aquecedor
- USE um pano macio e húmido para limpar

**Mapa de ajuda de TEMPERATURAS
À temperatura do frigorífico (5°C)**

125 cc Leite	Ponto "2"	8 minutos
250cc Leite	Ponto "3"	8 minutos
Frascos de comida	Ponto "3"	8 minutos

À temperatura ambiente reduzirá o tempo de aquecimento

		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
<i>Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar</i>			Aprovado em: Enfª Diretora
Elaborado por: Enfª Rita Puppe, no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESEL); sob orientação de Enfª [REDACTED] e da Profª Cristina Jeremias Em: 03/2021	Revisto por: [REDACTED]	Próxima Revisão: Março / 2022	

Atenção

Antes de usar o seu aquecedor tome as seguintes precauções:

- Mantenha **SEMPRE** o aquecedor fora do alcance das crianças
- Depois de usar **DESLIGUE SEMPRE** o aquecedor
- Use **SEMPRE** água fresca para o aquecimento. Não use duas vezes a mesma água

DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
<i>Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar</i>	
Elaborado por: Enfª Rita Puppe, no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESEL); sob orientação de Enfª [REDACTED] e da Profª Cristina Jeremias Em: 03/2021	Revisto por: [REDACTED] Próxima Revisão: Março / 2022
Aprovado em: Enfª Diretora [REDACTED]	

Anexo 4 - Ficha de registo de temperatura do frigorífico

[REDACTED]

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

SERVIÇO: Pediatria Médica UNIDADE: Urgência de Pediatria ____/____ (Mês/Ano)

Monitorização da Temperatura do Frigorífico de Medicação

Dia do Mês	Noite		Manhã		Tarde	
	Temp.	Assin.	Temp.	Assin.	Temp.	Assin.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

Nota: Validar mediante assinatura na segunda coluna referente aos turnos da M, T e N

Março 2012

APÊNDICE XV
Apresentação da Norma de Boas Práticas para a Manipulação e
Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Hospitalar

Norma de Boas Práticas para a Manipulação e Conservação de Leite Humano em Serviço de Urgência Pediátrica

Discente: Rita Puppe dos Santos

Docente: Profª Cristina Jeremias

Orientador Clínico: Enfª [REDACTED]



11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria 2019-2021
Março, 2021

Sumário

1. Objetivo da norma
2. Âmbito e responsabilidade
3. Princípios teóricos
4. Requisitos
5. Material
6. Procedimento:
 1. Extração do LM
 2. Armazenamento do LM
 3. Manipulação do LM
 4. Transporte do LM
 5. Recomendações de higiene dos locais de manipulação e armazenamento
7. Referências Bibliográficas
8. Discussão



Objetivo da Norma

- Uniformizar as boas práticas na manipulação, acondicionamento e conservação segura do Leite Materno (LM) em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica.
- Implementar boas práticas na manipulação, acondicionamento e conservação do LM no SUP
- Informar a equipa sobre as orientações mais recentes relativas à manipulação e acondicionamento do LM.

Âmbito e responsabilidades:
Enfermeiros e
Assistentes Operacionais do SUP

Princípios teóricos

- O LM é um alimento vivo, completo, natural e o mais adequado para o recém-nascido (Levy & Bértolo, 2012);
- LM exclusivo até aos 6 Meses e suplemento até aos 12M (PNPAS, 2019; WHO, 2009);
- O LM tem inúmeras vantagens para o bebé, tanto a nível gastrointestinal, prevenindo infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; apresenta um efeito protetor sobre as alergias; melhora a adaptação a outros alimentos e previne diabetes, obesidade e linfomas (Levy & Bértolo, 2012);
- O LM apresenta também efeitos positivos no crescimento e na saúde do bebé, fundamentais para um saudável neurodesenvolvimento e para a proteção imunológica (PNPAS, 2019).

- No SUP são várias as situações onde são necessárias a administração de LM através de sonda gástrica/biberão;
- Necessária a manipulação e conservação do LM, podendo ocorrer a contaminação com microrganismos patogénicos, possivelmente letais para o bebé, já que o LM não é um alimento estéril e é um excelente meio de cultura (DGS, 2013);
- Meio hospitalar – maior risco de contaminação.

Necessidade de adoção de normas de boas práticas na área da extração, manipulação e conservação do LM em contextos hospitalares

Requisitos

- Mãe com vontade e possibilidade de extrair LM;
- Recém-nascido (RN) / Lactente com possibilidade de ingesta oral;
- Disponibilidade de material de extração e acondicionamento do LM;
- Condições de conservação do LM no SUP.

Material

- Bomba de extração de leite;
- Kit de extração de leite;
- Frasco coletor;
- Etiqueta de identificação do LM;
- Máscara cirúrgica;
- Frigorífico;
- Termómetro para o frigorífico;
- Caixa de armazenamento dos leites;
- Aquecedor de biberons.

Procedimento – Extração do LM

- **Enfermeiros** – garantir adequada extração do LM, explicar e esclarecer dúvidas;
- **Mãe** – cuidados de higiene corporal, higienização das mãos, máscara cirúrgica;
- Disponibilizar de bomba de extração de leite e kit;
- **Em meio hospitalar**, deve ser utilizado um kit esterilizado por cada mãe e por cada colheita. A descontaminação do conjunto de recolha de leite é feita por lavagem com água e detergente e esterilização a 121°C durante 15min (DGS, 2013);
- **No domicílio**, para lavagem do kit de extração de LM passar em primeiro lugar com água fria (para remover as proteínas), depois com sabão e água quente e posterior secagem numa superfície descontaminada. De seguida armazenar (DGS, 2013; Rhodes, 2011);
- **No domicílio**, Rhodes (2011) recomenda a esterilização do kit durante 10min em água a ferver ou em sacos de esterilização de micro-ondas. CDC (2020) recomenda a esterilização uma vez dia de todos os itens de alimentação do bebé.

medela

FICHA TÉCNICA PARA EXTRATOR DE LEITE MATERNO SYMPHONY - MEDELA

- Adapta-se na perfeição ao peito;
- Máximo conforto e eficácia na estimulação do peito;



Procedimento – Armazenamento do LM

- Plástico duro adequado ou vidro, preenchidos até um máximo de $\frac{3}{4}$ do volume total (DGS, 2013);
- O frasco de LM deve estar identificado com: nome, nº processo, data e hora de colheita (DGS, 2013). Deve-se utilizar a **etiqueta de identificação** do LM do SUP (Anexo 2);
- O LM deve ser armazenado em frigorífico imediatamente após a colheita e conservado a temperatura $\leq 4^{\circ}\text{C}$ durante um período máximo de 48hrs (DGS, 2013);
- O LM deve ser guardado o mais atrás possível no frigorífico, e nunca na porta, para evitar grandes variações de temperatura. Deve estar também afastado de outros alimentos para evitar contaminações (CDC, 2021; DGS, 2013). Assim, o LM extraído no SUP será armazenado numa **caixa identificada para o efeito, numa prateleira do frigorífico do SO**.

[Redacted]		
Nome:		
Nº Processo:		
Extraído a:	Dia / /20	Hora :
Válido até:	Dia / /20	Hora :



Procedimento – Manipulação do LM

- O biberão deve ser retirado do frigorífico imediatamente antes da administração e não deve voltar a ser refrigerado. Deve-se utilizar em primeiro lugar o leite extraído há mais tempo;
- O LM pode ser consumido à **temperatura ambiente ou aquecido**;
- Deve ser privilegiada a utilização de **aquecedores de biberões** a seco, quando tal não for possível, aquecer em banho-maria ($40-42^{\circ}\text{C}$), no máx. durante 15min;
- Nunca utilizar o micro-ondas para aquecer o leite;
- **Lavar e secar as tinas do banho-maria a cada utilização**;
- Antes da administração do leite, deve-se higienizar as mãos e confirmar o nome do lactente e a temperatura do leite;

(CDC, 2021; DGS, 2013; WHO, 2009)



Procedimento – Manipulação do LM

- O período de **tempo entre o aquecimento e a toma** da totalidade **do leite** não deve ser superior a **2hrs**;
- O LM administrado por bomba infusora
 - Se for aquecido, usar em 2hrs
 - Se não for aquecido, usar em 4hrs
- As seringas e prolongamentos para administração de leite devem ser substituídas a cada administração de leite;
- Os **biberons** utilizados no SUP são de **uso único**;
- O **leite não deve ser reaquecido**;
- Todas as **sobras** de leite são **rejeitadas**.

(CDC, 2021; DGS, 2013; WHO, 2009)

Procedimento – Transporte do LM

- **Domicílio:** Transportado em saco térmico com placas termoacumuladoras. Em situações que se preveja um internamento mais prolongado, pedir ao acompanhante que transporte o LM extraído no SUP e armazene no domicílio.
- **Outras unidades do HSM:** O transporte deve ser rápido (inferior a 10min) e transportado em saco/caixa isotérmica com termoacumulador (DGS, 2013).

Procedimento – Recomendações de higiene

Área de preparação do LM

- Imediatamente antes e depois da preparação do LM, recomenda-se a **descontaminação da bancada com toalhete desinfetante e posterior secagem**.
- A área de preparação do LM deve seguir as orientações descritas nas normas do SUP "Orientações para as tarefas a executar pelos Assistentes Operacionais" e "Descontaminação de materiais e equipamentos" (CHULN 2014 e revisto em 2017).

Manutenção e limpeza do frigorífico

- O frigorífico utilizado deve ter um dispositivo para a medição da temperatura e deve estar a uma **temperatura entre os 2º-4ºC**.
- A **leitura da temperatura deve ser realizada diariamente**, com registo em folha própria (Anexo 3), com a identificação do funcionário responsável.
- A manutenção do frigorífico, de acordo com a DGS (2013) implica tarefas diárias, semanais, trimestrais e anuais, tal como já consta da norma do departamento de pediatria "Registo e controlo de temperatura dos frigoríficos de medicamentos, higienização e atuação nas desconformidades" (2018).



DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA		UNIDADE de Urgência de Pediatria		____ (Médico)	
Monitorização da Temperatura dos Frigoríficos de Medicamentos					
Ord. de Med.	Temp.	Assin.	Temp.	Assin.	Temp.
1					
2					
3					
4					
5					

Referências Bibliográficas

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020). *How to clean, sanitize, and store infant feeding items*. Acedido a 4/03/2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/cleansanitize.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021). *Proper storage and preparation of breast milk*. Acedido a 4/03/2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling-breastmilk.htm>.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Orientação nº 018/2013 – Leite materno, fórmulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar. Lisboa: DGS.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento Materno*. Comité Português para UNICEF.
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de orientação para profissionais e educadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Rhodes, J. (2011). Evidence-based recommendations for breast pumping hygiene. *Neonatal Intensive Care*. 24 (4), 20-23.
- World Health Organization (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO.

Discussão



APÊNDICE XVI
Planeamento de Folheto “Introdução alimentar na dieta
vegetariana”



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**Planeamento de Folheto “Introdução alimentar na
dieta vegetariana”**

Rita Cabral de Soveral Puppe dos Santos Pinto



Orientadora: Professora Cristina Maria Rosa Jeremias



Lisboa

2021

ÍNDICE

1. Pertinência.....	5
2. Objetivo.....	6
3. População-alvo	6
4. Contextualização teórica.....	6
5. Conclusão e avaliação.....	10
Referências bibliográficas	11

Apêndices

Apêndice 1 - Folheto “a introdução alimentar na dieta vegetariana/vegana” - em língua portuguesa

Apêndice 2 - Folheto “a introdução alimentar na dieta vegetariana/vegana” - em língua inglesa

Apêndice 3 - Apresentação multimédia dos conteúdos do folheto à equipa de enfermagem

1. PERTINÊNCIA

No âmbito do Ensino Clínico da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no contexto de estágio da Unidade de Saúde Familiar, enquadrado no projeto de estágio com a temática “A alimentação no primeiro ano de vida: a intervenção de enfermagem nas crianças de origem asiática meridional” foi definido como atividade a realização de um folheto “Introdução alimentar na dieta vegetariana”.

Com base no feedback de vários elementos da equipa de enfermagem, a temática da alimentação no primeiro ano de vida, adaptada à dieta vegetariana, é uma área que necessita de ser trabalhada e uma necessidade já previamente identificada pela equipa. Esta necessidade emerge das características culturais da população cliente da USF, já que existe uma grande percentagem de clientes de origem asiática meridional e, muitas destas famílias, seguem um regime alimentar vegetariano e/ou vegan.

Assim, após discussão com a Enf^a Orientadora sobre os vários métodos complementares de transmissão de informação aos pais de crianças lactentes, acerca da temática da introdução alimentar, em regime vegetariano, conclui-se que para a população da USF, seria mais facilitador a realização de um folheto informativo. A razão do folheto relaciona-se por ser um meio de transmissão de informação de forma simples e de fácil acesso, respeitando as orientações da dieta vegetariana e vegan, permitindo que a equipa de enfermagem consiga individualizar os cuidados às famílias e prestar cuidados de enfermagem culturalmente congruentes.

A realização do folheto de introdução alimentar na dieta vegetariana/vegana, enquadra-se no segundo objetivo geral do projeto de estágio “2. Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança de origem da Ásia Meridional, nos diferentes contextos pediátricos”, e no objetivo específico “2.2. Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de alimentação saudáveis no RN e criança lactente e família de origem asiática meridional”.

2. OBJETIVO

Este folheto tem como finalidade adequar os cuidados de enfermagem às especificidades alimentares de cada cliente vegetariano ou vegan, prestando cuidados individualizados e baseados na evidência científica.

O objetivo do folheto é transmitir informação de forma sintética e esquematizada aos pais que optem por realizar a introdução alimentar do seu filho em regime vegetariano ou vegan, de forma simplificada e em suporte de fácil acesso.

3. POPULAÇÃO-ALVO

Este folheto dirige-se aos pais das crianças lactentes, que pertencem à USF e queiram realizar a introdução alimentar em dieta vegetariana/vegan.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2019) define a diversificação alimentar como o “(...) período durante o qual decorre a introdução de outros alimentos na dieta do lactente, para além do leite (materno ou fórmula infantil), em simultâneo com a redução gradual do aporte lácteo e até à introdução no modelo da dieta familiar (...)” (p.58). Nos dias de hoje, são cada vez mais as famílias que optam por realizar algum tipo de dieta vegetariana, motivadas por razões éticas e filosóficas, saúde, ambientais, religiosas, sociopolíticas e paladar (Martins, Faria & Loureiro, 2019). Estas mudanças na alimentação das famílias, afetam os cuidados de enfermagem, sendo necessária a sua individualização no início da introdução alimentar do lactente.

Relativamente à dieta vegetariana importa compreender que existem vários tipos de dieta: ovolactovegetariana (permite leite/derivados e ovos); ovovegetariana (permite ovos); lactovegetariana (permite leite e derivados); e vegan (exclusão total de todos os alimentos de origem animal e seus derivados) (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018). O PNPAS (2019) e Martins, Faria e Loureiro (2019) referem que existem alguns benefícios para a saúde relativamente à dieta vegetariana, podendo reduzir o risco de algumas doenças crónicas em idade adulta, como a obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, cancro e osteoporose. Os autores

mencionam que é possível garantir uma nutrição adequada, mas adverte que este tipo de dieta deve ser realizada sob a supervisão médica, com uma orientação nutricional realizada por um profissional de saúde experiente. É importante ressaltar que quanto mais restritiva a dieta escolhida, mais lacunas nutricionais podem existir, com repercussões no desenvolvimento do lactente, sendo por isso fundamental cumprir a suplementação de vitaminas e minerais recomendadas (PNPAS, 2019; Martins, Faria & Loureiro, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018). Das carências mais frequentes, são de destacar o déficit de Vitamina B12 (que influencia o desenvolvimento cerebral, o crescimento e pode causar anemia), de Vitamina D e cálcio (que comprometem o crescimento ósseo e o desenvolvimento muscular) e de ferro (que influencia o desenvolvimento neuro-cognitivo e motor, assim como pode comprometer a imunidade) (PNPAS, 2019).

Na diversificação alimentar vegetariana, importa também garantir que a lactante vegetariana também é acompanhada e realiza uma alimentação equilibrada com a suplementação em micronutrientes necessária às suas necessidades (PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Assim, relativamente à alimentação do lactente no primeiro ano de vida, a WHO (2020), PNPAS (2019) e WHO (2009) aconselham o aleitamento materno em exclusivo até aos seis meses, já que este é o alimento ideal para suprir as necessidades nutricionais do lactente, e em suplemento até aos 12 meses. De acordo com PNPAS (2019), na ausência de leite materno/necessidade de suplementação é aconselhado uma Fórmula Infantil de baixo teor proteico. Na dieta vegan, na necessidade de utilização de fórmula infantil para substituir o leite materno ou complementar, podem ser oferecidas fórmulas infantis com proteína de soja ou de arroz, mas não devem ser utilizadas bebidas vegetais em substituição (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

De acordo com PNPAS (2019) e WHO (2009), a partir dos seis meses, o leite materno deixa de ser suficiente e torna-se necessário a introdução de outros alimentos. Esta introdução alimentar deverá ser realizada de forma gradual e os alimentos devem ser introduzidos com um intervalo de dois-três dias entre cada grupo de alimentos, para avaliar a tolerância ao mesmo (PNPAS, 2019). Ao longo de todo o segundo semestre de vida do lactente, deverá existir uma redução progressiva do volume de produtos lácteos, sendo que não deve exceder 500-700ml/dia (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018). Durante a diversificação alimentar está desaconselhado o consumo de sal e açúcar, assim como de alimentos processados, chás ou sumos de

fruta industrializados (PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018, WHO, 2009). A diversificação alimentar vegetariana segue os mesmos princípios da dieta omnívora, alterando apenas alguns aspetos.

Assim, aos seis meses deverão introduzir-se as hortofrutícolas, cereais (creme de legumes, papas e frutas) e a proteína vegetal. Em primeiro lugar introduzir a sopa, depois as papas e depois a fruta. O creme de legumes torna-se importante pelo seu baixo valor calórico e por ser uma boa fonte de vitaminas, minerais e fibras. Este não deve ter mais de quatro legumes, cada um de grupo diferente: um do grupo dos legumes “base” (batata normal ou doce, chuchu, curgete, beringela ou couve-flor), um do grupo dos fornecedores de betacarotenos (cenoura ou abóbora), um do grupo dos ricos em antioxidantes (cebola, alho ou alho-francês) e um de folhas (alface, brócolo, couve coração, etc. e feijão verde) (PNPAS, 2019). Em cada dose de sopa deve adicionar-se azeite cru para garantir o aporte de gordura necessário (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Relativamente às papas, estas são uma fonte de hidratos de carbono, proteína vegetal e vitaminas e minerais (ferro) consequente do seu enriquecimento, e que a maioria das papas industriais já não têm açúcar adicionado (PNPAS, 2019). O autor refere que as papas podem ser lácteas (preparadas com água) ou não lácteas (preparadas com leite materno ou fórmula infantil). O glúten deve ser introduzido entre os quatro a sete meses, podendo realizar-se a sua introdução através das papas, até aos sete meses (PNPAS, 2019). O PNPAS (2019) e Pimentel, Tomada e Rêgo (2018) advertem para a realização de papas caseiras ou biológicas devido às lacunas nutricionais que estas poderão apresentar.

Os mesmos autores, relativamente à fruta aconselham a começar com uma peça de fruta por dia e depois passar para as duas peças por dia, como sobremesa ou parte de um lanche. No início devem ser moídas e cruas. O PNPAS (2019) sugere como primeiras frutas a maçã, pera e banana e faz reserva no primeiro ano de vida para o kiwi, morango e maracujá devido às potenciais reações alérgicas.

Aos seis meses introduz-se a proteína vegetal, como o tofu fresco e natural numa dose máxima de 30grs/dia, devendo evitar-se outras versões mais processadas (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Aos sete/oito meses dá-se início ao treino de texturas e por isso os alimentos deverão ser menos moídos, começando a oferecer a proteína no prato (PNPAS, 2019). De acordo com o autor, nesta idade introduz-se o arroz, couscous, massa, bulgur, quinoa, assim como a soja e as leguminosas. As leguminosas são uma

importante fonte de proteína vegetal, fibra, ferro, vitaminas e minerais, e devem ser oferecidas e forma de puré (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018). De forma a enriquecer as sopas ou batidos sugere-se a utilização da proteína de cânhamo, gérmen de trigo e levedura de cerveja devido ao elevado teor proteico, mas com advertência nas quantidades utilizadas (PNPAS, 2019).

Aos oito/nove meses aconselha-se a introdução de iogurtes, ovos, frutos secos e algas. Os iogurtes introduzem-se nesta idade, de forma a iniciar a oferta de leite de vaca e devem ser naturais, sem aroma nem açúcar (PNPAS, 2019). No caso das dietas veganas, poderá substituir-se os iogurtes de leite de vaca pelos iogurtes de soja, tendo em atenção a sua composição pela possível adição de açúcares e outros aditivos (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Os ovos devem ser oferecidos de forma gradual (devido ao potencial alérgico) sendo que na primeira semana oferece-se meia gema, a gema inteira na segunda semana e depois o ovo todo. Os ovos devem ser consumidos no máximo três vezes por semana, em substituição da proteína vegetal (PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018). Os frutos oleaginosos e as sementes devem ser oferecidas trituradas, pelo risco de engasgamento (PNPAS, 2019). Aos nove meses adiciona-se a introdução de algas, pela seu elevado teor em proteína, vitaminas e minerais. As algas podem ser oferecidas três a quatro vezes por semana, no creme de legumes. As algas escolhidas devem ser as de menor teor proteico (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Aos onze/doze meses introduz-se o tempeh e o seitan como fonte proteica. Os autores não recomendam a utilização de molho de soja (pelo elevado teor de sódio) nem a soja granulada (por ser um alimento bastante processado).

Aos doze meses é espectável que o lactente já esteja introduzido na dieta familiar (WHO, 2020; PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018; WHO, 2009).

5. CONCLUSÃO E AVALIAÇÃO

A realização desta atividade enquadra-se no objetivo geral do projeto de estágio “2. Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança de origem da Ásia Meridional, nos diferentes contextos pediátricos”. No objetivo específico “2.1. Identificar os fatores que influenciam a alimentação saudável do RN e da criança lactente de origem asiática meridional.” dá resposta à atividade proposta de aprofundamento teórico sobre hábitos alimentares saudáveis no RN e lactente, segundo as recomendações da DGS, PNPAS, OMS, etc. No objetivo específico “2.2. Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de alimentação saudáveis no RN e criança lactente e família de origem asiática meridional”, dá resposta à atividade de realização de folheto sobre alimentação saudável no 1º ano de vida, em vários idiomas.

Com esta atividade, ao procurar compreender quais as necessidades da equipa de enfermagem, no sentido da transmissão de conhecimentos na temática do projeto, assim como a concretização do folheto e sua apresentação à equipa, desenvolvo as seguintes competências comuns de enfermeiro especialista, compreendidas no Regulamento n.º 140/2019 (2019), “D2 – Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica. D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.” (p.4749) com os critérios de avaliação “D2.1.1 – Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 - Diagnostica necessidades formativas.” (p.4749). E “D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.” (p.4749) com o critério de avaliação “D2.2.1 – Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos.” (p.4749).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martins, D., Faria, A. & Loureiro, H. (2019). Alimentação vegetariana na criança e no adolescente. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 18, 50-53.
- Pimentel, D., Tomada, I. & Rêgo, C. (2018). Alimentação vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 14, 10-17.
- Pograma Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de orientação para profissionais e educadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 26 de 6-02-2019), 4744-4750.
- World Health Organization (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO.

APÊNDICES

APÊNDICE 1
Folheto “A introdução alimentar na dieta vegetariana/vegana” - em
língua portuguesa

11 Meses

- Seitan;
- Tempeh,

12 Meses

Dieta familiar.



Fonte: <http://www.665046.gov/health-information/weight-management/feeding-your-child-who-is-overweight>

Não está recomendado:

- ⊗ Sal;
- ⊗ Açúcar (e mel);
- ⊗ Alimentos processados (sumos industriais, soja granulada, etc);
- ⊗ Molho de soja (elevado teor em sal).



Acompanhamento nutricional

Um **bebê** que faça uma dieta vegetariana deve estar sob maior vigilância, devido a eventuais repercussões que essa alimentação possa ter no seu desenvolvimento. Pode ser necessário realizar suplementação vitamínica e de minerais. Aconselhe-se com o seu Médico de Família.

A **mãe que amamente** e que faça uma dieta vegetariana, deve também ser acompanhada por um profissional de saúde, de forma a realizar uma alimentação equilibrada e com suplementação em micronutrientes necessários às suas necessidades.



Fonte: <http://www.665046.gov/health-information/weight-management/feeding-your-child-who-is-overweight>

Referências Bibliográficas:

Martins, D., Faria, A. & Loureiro, H. (2019). Alimentação vegetariana na criança e no adolescente. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 18, 50-53.

Pimentel, D., Tomada, I. & Rêgo, C. (2018). Alimentação vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 14, 10-17.

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de orientação para profissionais e educadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

World Health Organization (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO.

Elaborado pela Enfª Rita Puppe dos Santos, aluna do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESEL); sob a orientação da Enfª [redacted] e da Profª Cristina Jeremias



Tel: [redacted]

Correio eletrónico: [redacted]

Versão:

Aprovado em:

Rever em:



USF

A INTRODUÇÃO ALIMENTAR NA DIETA VEGETARIANA/ VEGANA



Fonte: <http://www.ficargravidia.com.br/bebes/introducao-alimentar-voce-conhece-o-metodo-bbil/>

Introdução de novos alimentos na dieta vegetariana/vegana

0 - 6 Meses

Aleitamento materno exclusivo. Na ausência de leite materno, ou necessidade de suplementação, utilizar uma fórmula infantil (fórmula standard de leite de vaca, ou fórmulas com proteína de arroz ou soja). Não utilizar bebidas vegetais em substituição da fórmula infantil.

O leite materno/fórmula deve manter-se em suplementação até aos 12M.

4-6 Meses

Começar por introduzir a sopa, depois as papas e depois a fruta. Se não fizer aleitamento materno exclusivo, deverá iniciar o puré de legumes aos 4M.

Creme de legumes – 4 legumes, 1 de cada grupo:

1. Batata normal ou doce, chuchu, curgete, beringela ou couve-flor;
2. Cenoura ou abóbora;
3. Cebola, alho ou alho-francês;
4. Alface, brócolos, couve, feijão verde, agrião.

Adicionar um fio de azeite em cru, para garantir aporte de gordura necessário.

(ver mais informações no folheto "Alimentação no



Fonte: <http://www.bibim.org.br/infancia/0-12-recomendacoes-aleitamento-materno/>

Papas de cereais com glúten (para realizar a introdução do glúten até aos 7M) e fortificadas com ferro. Papas lácteas (preparadas com água) ou papas não lácteas (preparadas com leite materno ou fórmula infantil).

Se optar por papas caseiras ou biológicas, ter em atenção aos aportes nutricionais, pois podem não ser adequados às necessidades da criança.

Fruta: inicialmente 1x/dia, a partir dos 6M 2x/dia.

No início cruas e trituradas. Começar com maçã, pera e banana. Evitar kiwi, morango e maracujá devido às potenciais reações alérgicas.

6 Meses

Introduzir a **proteína vegetal**, 30grs/dia. Idealmente tofu fresco ou ao natural (evitar versões mais processadas).



Fonte: <https://img.ata.unimedeia.com.br/infancia/0-12-recomendacoes-aleitamento-materno/>

7 - 8 Meses

Começar a introduzir alimentos menos moídos, já no prato, para iniciar o treino de texturas. Incluir 3-4 hortícolas diferentes no prato.

- Arroz, massa, couscous, bulgur, quinoa;
- **Leguminosas** em forma de puré (feijão, grão, lentilhas);
- Soja;
- Proteína de cânhamo, gérmen de trigo, levedura de cerveja para enriquecer as sopas.

8 – 9 Meses

logurtes naturais ou de soja (sem açúcar)

Ovo – primeiro só a gema (1/2 gema na 1ª semana, 1 gema 2ª semana); depois ovo inteiro. Máx. 3 ovos/semana em substituição da proteína vegetal.

Frutos secos e sementes triturados.

Algas, 3/4x por semana no creme de legumes, devido ao elevado teor em proteína, vitaminas e minerais. Consumir as algas com menor teor de sal (nori, wakame, arame)

APÊNDICE 2
Folheto “A introdução alimentar na dieta vegetariana/vegana” - em
língua inglesa

Food introduction on a vegetarian/vegan diet

0 - 6 Months

Exclusive breastfeeding.

In the absence of breast milk, or need for supplementation, use an infant formula (standard formula of cow's milk, or formulas with rice or soy protein). Do not use vegetable milks instead of infant formula. Breast milk/ formula milk should be offered until 12 months.



Fonte: <http://www.2fem.org.br/shutterstock.com/19-recomendacoes-adeq-vegetarianas.html>

4-6 Months

Start by introducing the soup, then the porridge and then the fruit. If you do not to exclusive breastfeeding, you should start the soup at 4 months.

Vegetables soup – 4 vegetables, 1 from each group:

1. Normal or sweet potatoes, chayote, courgette, eggplant por cauliflower;
2. Carrot or pumpkin;
3. Onion, garlic or leeks;
4. Lettuce, broccoli, cabbage, green beans, watercress.

Add a drizzle of raw olive oil to ensure the necessary fat supply.

(see more information in the brochure "Food in the 1st year of life—guide for parents and caregivers")

Cereal porridge with gluten (to carry out the introduction of gluten up to 7 months) and fortified with iron. Dairy porridge (prepared with water) or non-dairy porridge (prepared with breast milk or infant formula).

If you choose homemade or organic porridge, pay attention to nutritional inputs, as they may not be suitable for the child's needs.

Fruit: start with 1x/day, from 6 months 2x/day. At first, raw and crushed. Start with apple, pear and banana. Avoid kiwi, strawberry and passion fruit due to potential allergic reactions.

6 Months

Introduce **vegetable protein**, 30grs/day. Ideally fresh or natural tofu (avoid more processed versions).



Fonte: <https://gafasartemedia.com.br/alemtica-do-bem-que->

7 - 8 Months

Start introducing less ground foods, already on the plate, to start training textures. Include 3-4 different vegetables in the dish.

- Rice, pasta, couscous, bulgur, quinoa;
- Pureed **beans** (different beans, chickpeas, lentils);
- Soy;
- Hemp protein, wheat germ, brewer's yeast to enrich soups.

8 – 9 Months

Natural or soy **yogurts** (sugar free).

Egg – first only the yolk (1/2 yolk in the 1st week, 1 yolk in the 2nd week); then the whole egg. Max. 3 eggs/week to replace vegetable protein.

Nuts and seeds crushed.

Seaweed, 3/4x a week in the soup, due to the high content of protein, vitamins and minerals. Consume seaweed with less salt content (nori, wakame, arame).

APÊNDICE 3
Apresentação Multimédia dos conteúdos do folheto à equipa de enfermagem

A INTRODUÇÃO ALIMENTAR NA DIETA VEGETARIANA

Discente: Rita Puppe dos Santos, n.º 4961

Docente: Cristina Jeremias

Orientador Clínico: Enf.º [REDACTED]

Abril, 2021

SUMÁRIO



- Pertinência do folheto;
- Dieta vegetariana;
- Diversificação alimentar:
 - 0-6 meses;
 - 4-6 meses;
 - 6 meses;
 - 7-8 meses;
 - 8-9 meses;
 - 11 meses;
- Referências bibliográficas;
- Discussão.



PERTINÊNCIA DO FOLHETO

POPULAÇÃO CARACTERÍSTICA DA USF

Multiculturalidade;
Vários estratos sociais.

TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO AOS PAIS

Informação simples e de fácil
acesso;
Individualidade de cuidados;
Cuidados culturalmente
congruentes.

NECESSIDADE DE DESENVOLVER A TEMÁTICA JÁ IDENTIFICADA PELA EQUIPA

Projeto pendente.

PROJETO DE ESTÁGIO

A alimentação no 1º ano de
vida: A intervenção de
enfermagem em crianças de
origem asiática meridional.

DIETAS VEGETARIANAS



→ LACTOVEGETARIANA

Permite leite e
derivados

→ OVOLACTOVEGETARIANA

Permite leite e seus
derivados e ovos

→ OVOVEGETARIANA

Permite ovos

→ VEGAN

Exclusão total de
todos os alimentos de
origem animal e seus
derivados

(Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018)

CONSEQUÊNCIAS DA DIETA VEGETARIANA

BENEFÍCIOS

PROMOÇÃO DA SAÚDE

REDUZIR RISCO DE ALGUMAS PATOLOGIAS

- Obesidade;
- Doenças cardiovasculares;
- DM II;
- Câncer;
- Osteoporose.

RISCOS

LACUNAS NUTRICIONAIS

REPERCUSSÕES NO DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE

- Vit B12 (desenvolvimento cerebral, crescimento, anemia);
- Vit D e cálcio (crescimento ósseo, desenvolvimento muscular);
- Ferro (desenvolvimento neuro-cognitivo e motor, imunidade).

- SUPERVISÃO MÉDICA
- POSSÍVEL NECESSIDADE DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS
- LACTANTE VEGETARIANA

(PNPAS, 2019; Martins, Faria & Loureiro, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018)



PORQUÊ DIETA VEGETARIANA/ VEGANA?

Razões éticas e filosóficas;
Saúde;
Ambiente;
Religião;
Sociopolítica (segurança alimentar, justiça social);
Paladar.

(Martins, Faria & Loureiro, 2019)



ALEITAMENTO MATERNO

0 - 6 MESES: EM EXCLUSIVO

O leite materno deixa de ser suficiente e torna-se necessário a introdução de outros alimentos.

6-12 MESES: EM SUPLEMENTAÇÃO

Não utilizar bebidas vegetais em substituição de fórmulas infantis

Na ausência de LM/necessidade de suplementação, aconselhado fórmula infantil:

- Standard;
- Arroz;
- Soja.

(PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018; WHO, 2009)

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

"... PERÍODO DURANTE O QUAL DECORRE A INTRODUÇÃO DE OUTROS ALIMENTOS NA DIETA DO LACTENTE, PARA ALÉM DO LEITE (MATERNO OU FÓRMULA INFANTIL), EM SIMULTÂNEO COM A REDUÇÃO GRADUAL DO APORTE LÁCTEO E ATÉ À INTRODUÇÃO NO MODELO DA DIETA FAMILIAR..." (PNPAS, 2019, P.58).



INTRODUÇÃO GRADUAL

Intervalo 2-3 dias entre cada grupo de alimentos.



REDUÇÃO PROGRESSIVA DE PRODUTOS LÁCTEOS

Reduzir ao longo do 2º semestre, não devendo exceder os 500-700mL/dia.



DESANCONSELHADO

Sal;
Açúcar;
Alimentos processados.



(PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018; WHO, 2009)

4-6 MESES

1

SOPAS DE LEGUMES

Baixo valor calórico, boa fonte de vitaminas, fibras e minerais.

Adicionar 4 legumes, 1 de cada grupo:

1. Batata normal ou doce, chuchu, curgete, beringela ou couve-flor;
2. Cenoura ou abóbora;
3. Cebola, alho ou alho-francês;
4. Alface, brócolos, couve, feijão verde, agrião.

Adicionar um fio de azeite em cru, para garantir aporte de gordura necessário.

2

PAPAS

Fonte de hidratos de carbono, proteína vegetal, vitaminas e minerais (ferro).

Introdução do glúten até aos 7M.

- Lácteas (preparadas com água);
- Não lácteas (preparadas com LM ou fórmula).

Atenção às papas caseiras, ou biológicas devido às lacunas nutricionais.

3

FRUTA

Começar 1x dia, a partir dos 6M 2x dia.

Inicialmente cruas ou trituradas.

Lanches ou sobremesa.

Evitar kiwi, morango e maracujá devido às potenciais reações alérgicas.

(PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018; WHO, 2009)



6 MESES



PROTEÍNA VEGETAL

Tofu fresco e natural
Máx 30grs/dia

Evitar versões mais processadas

(PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018)



7-8 MESES

TREINO DE TEXTURAS - ALIMENTOS MENOS MOÍDOS, JÁ NO PRATO



FARINÁCEOS

Arroz;
Couscous;
Massa;
Bulgur;
Quinoa.

LEGUMINOSAS

Grão;
Feijão;
Lentilhas.

Em forma de purê
Fonte de proteína, fibra,
ferro, vitaminas e minerais.

SOJA

Não oferecer
a granulada.

SUPLEMENTOS PROTEICOS

Proteína de cânhamo;
Gérmen de trigo;
Levedura de cerveja.

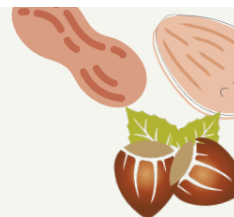
Advertência à quantidade
utilizada.



(PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018; WHO, 2009)



8-9 MESES



IOGURTES

Leite vaca;
Soja.
Sem açúcar

OVO

Primeiro só a gema (1/2 gema
na 1ª semana, 1 gema 2ª
semana); depois ovo inteiro.
Máx. 3 ovos/semana em
substituição da proteína
vegetal.

FRUTOS SECOS E SEMENTES

Triturados
(risco de
engasgamento).

ALGAS

Elevado teor em proteína,
vitaminas e minerais.
3/4x por semana no creme de
legumes.

Consumir as algas com menor
teor de sal (nori, wakame,
arame).



(PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018; WHO, 2009)

11 MESES



SEITAN

Derivado do glúten



TEMPEH

Fermentação de grãos de soja

12 MESES DIETA FAMILIAR

(WHO, 2020; PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018; WHO, 2009)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martins, D., Faria, A. & Loureiro, H. (2019). Alimentação vegetariana na criança e no adolescente. Acta Portuguesa de Nutrição. 18, 50-53.
- Pimentel, D., Tomada, I. & Rêgo, C. (2018). Alimentação vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações. Acta Portuguesa de Nutrição. 14, 10-17.
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019). Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de orientação para profissionais e educadores. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (N.º 26 de 6-02-2019), 4744-4750.
- World Health Organization (2009). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO.



DISCUSSÃO

OBRIGADA!

APÊNDICE XVII
Planeamento de Póster “Diversificação alimentar no primeiro ano de vida”

**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**Planeamento de Póster “Diversificação alimentar no
primeiro ano de vida”**

Rita Cabral de Soveral Puppe dos Santos Pinto



Orientadora: Professora Cristina Maria Rosa Jeremias



Lisboa

2021

ÍNDICE

1. Pertinência.....	3
2. Objetivo.....	3
3. População-alvo	4
4. Contextualização teórica.....	4
5. Póster	8
6. Conclusão.....	9
Referências bibliográficas	10

1. PERTINÊNCIA

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no contexto de estágio do Serviço de Internamento de Pediatria Médica, enquadrado no projeto de estágio com a temática “A alimentação no primeiro ano de vida: a intervenção de enfermagem nas crianças de origem asiática meridional” foi definido como atividade a realização de um póster informativo com o tema “A diversificação alimentar”.

Neste serviço de internamento os clientes têm idades compreendidas dos zero aos dois anos, estando muitos deles na fase da diversificação alimentar. Após a admissão dos clientes no internamento, é o enfermeiro que escolhe a dieta para cada cliente, baseado nas suas necessidades dietéticas, de acordo com a idade, alergias, preferências, cultura, religião, etc. O enfermeiro pode apenas escolher de uma lista de dietas pré-definidas tendo a capacidade de personalizar aspetos simples. Mas, não está contemplada a dieta vegetariana e no caso de ser necessário a personalização da dieta por outro tipo de razão, esta tem de ser feita pela Dietista.

Com base no feedback de vários elementos da equipa de enfermagem, a temática da alimentação no primeiro ano de vida, constitui uma temática sobre a qual necessitam de aprofundar conhecimentos e de atualizar as bases científicas que possuem no momento. Como tal, enquadrado no presente projeto de estágio, previamente à transmissão de conhecimentos acerca das especificações que a população da Ásia Meridional tem na alimentação, torna-se mais importante dotar a equipa de enfermagem de conhecimentos transversais relativos à diversificação alimentar, para posteriormente a equipa conseguir adaptar a alimentação às diversas especificidades dos clientes presentes no internamento.

Assim, de forma a transmitir a informação à equipa de enfermagem, surge a realização de um póster informativo com conteúdos relativos à diversificação alimentar da dieta omnívora e da dieta vegetariana.

2. OBJETIVO

Este póster tem a finalidade de adequar os cuidados de enfermagem às especificidades alimentares do cliente, tanto no internamento como nos ensinos de regresso ao domicílio.

O objetivo do póster é transmitir informação de forma sintética, esquematizada e de rápido acesso, à equipa de enfermagem, sobre a diversificação alimentar no primeiro ano de vida, nos regimes alimentares omnívoro e vegetariano.

3. POPULAÇÃO-ALVO

Este póster dirige-se à equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria Médica.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2019) define a diversificação alimentar como o “(...) período durante o qual decorre a introdução de outros alimentos na dieta do lactente, para além do leite (materno ou fórmula infantil), em simultâneo com a redução gradual do aporte lácteo e até à introdução no modelo da dieta familiar (...)” (p.58).

A WHO (2020), PNPAS (2019) e WHO (2009) aconselham o aleitamento materno em exclusivo até aos seis meses, já que este é o alimento ideal para suprir as necessidades nutricionais do lactente, e em suplemento até aos 12 meses. De acordo com os autores, a partir desta idade, o leite materno deixa de ser suficiente e torna-se necessário a introdução de outros alimentos. A introdução alimentar deverá ser realizada de forma gradual e os alimentos devem ser introduzidos com um intervalo de dois-três dias entre cada grupo de alimentos, para avaliar a tolerância ao mesmo (PNPAS, 2019). Durante a diversificação alimentar está desaconselhado o consumo de sal e açúcar, assim como de alimentos processados, chás ou sumos de fruta industrializados (PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018, WHO, 2009). Ao longo de todo o segundo semestre de vida do lactente, deverá existir uma redução progressiva do volume de produtos lácteos, sendo que não deve exceder 500-700ml/dia (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

De acordo com PNPAS (2019), para a **dieta omnívora** na sua ausência de leite materno/necessidade de suplementação é aconselhado uma Fórmula Infantil de baixo teor proteico. Aos seis meses deverão introduzir-se as hortofrutícolas, cereais (creme de legumes, papas e frutas) e proteína animal. Em primeiro lugar introduzir a sopa, depois as papas e depois a fruta. O creme de legumes não deve ter mais de quatro legumes, cada um de grupo diferente: um do grupo dos legumes “base” (batata normal

ou doce, chuchu, curgete, beringela ou couve-flor), um do grupo dos fornecedores de betacarotenos (cenoura ou abóbora), um do grupo dos ricos em antioxidantes (cebola, alho ou alho-francês) e um de folhas (alface, brócolo, couve coração, etc. e feijão verde) (PNPAS, 2019). Em cada dose de sopa deve adicionar-se azeite cru para garantir o aporte de gordura necessário (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018). PNPAS (2019) refere que as papas podem ser lácteas (preparadas com água) ou não lácteas (preparadas com leite materno ou fórmula infantil). Deve-se realizar a introdução do glúten através das papas, até aos sete meses. O PNPAS (2019) e Pimentel, Tomada e Rêgo (2018) advertem para a realização de papas caseiras ou biológicas devido às lacunas nutricionais que estas poderão apresentar. Os autores, relativamente à fruta aconselham a começar com uma peça de fruta por dia e depois passar para as duas peças por dia, como sobremesa ou parte de um lanche. No início devem ser moídas e cruas. O PNPAS (2019) sugere como primeiras frutas a maçã, pera e banana e faz reserva no primeiro ano de vida para o kiwi, morango e maracujá devido às potenciais reações alérgicas. Quanto à proteína animal, esta é uma importante fonte de ferro e deve ser consumida numa quantidade de 30grs/dia. A indicação é de ingerir quatro vezes por semana carne e três vezes por semana peixe, sendo que tradicionalmente inicia-se com carne de aves ou coelho (PNPAS, 2019).

Aos sete/oito meses dá-se início ao treino de texturas e por isso os alimentos deverão ser menos moídos, começando a oferecer a proteína animal no prato, com arroz, couscous ou massa, assim como hortícolas (PNPAS, 2019)..

Aos oito/nove meses aconselha-se a introdução de leguminosas, iogurtes e ovos. As leguminosas devem ser dadas sob a forma de puré. Os iogurtes também se introduzem nesta idade, de forma a iniciar a oferta de leite de vaca e devem ser naturais, sem aroma nem açúcar. Os ovos devem ser oferecidos de forma gradual (devido ao potencial alérgico) sendo que na primeira semana oferece-se meia gema, a gema inteira na segunda semana e depois o ovo todo. Os ovos devem ser consumidos no máximo três vezes por semana, em substituição da proteína animal (PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Aos nove meses introduz-se os frutos oleaginosos e as sementes, triturados, pelo risco de engasgamento (PNPAS, 2019).

Aos doze meses é espectável que o lactente já esteja introduzido na dieta familiar (WHO, 2020; PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018; WHO, 2009).

Relativamente à **dieta vegetariana** importa compreender que existem vários tipos de dieta: ovolactovegetariana (permite leite/derivados e ovos); ovovegetariana

(permite ovos); lactovegetariana (permite leite e derivados); e vegan (exclusão total de todos os alimentos de origem animal e seus derivados) (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018). O PNPAS (2019) refere que existem alguns benefícios para a saúde já descritos relativamente à dieta vegetariana e que é possível garantir uma nutrição adequada, mas adverte que este tipo de dieta deve ser realizada sob a supervisão médica, onde exista uma orientação nutricional realizada por um profissional de saúde experiente. É de importância ressaltar que quanto mais restritiva a dieta escolhida, mais lacunas nutricionais podem existir, com repercussões no desenvolvimento do lactente, sendo por isso fundamental cumprir a suplementação de vitaminas e minerais recomendadas (PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018). A diversificação alimentar vegetariana segue os mesmos princípios da dieta onívora, alterando apenas alguns aspetos.

Na diversificação alimentar vegetariana, importa também garantir que a lactante vegetariana também é acompanhada e realiza uma alimentação equilibrada com a suplementação em micronutrientes necessária às suas necessidades (PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Na dieta vegana, na necessidade de utilização de fórmula infantil para substituir o leite materno ou complementar, podem ser oferecidas fórmulas infantis com proteína de soja ou de arroz, mas não devem ser utilizadas bebidas vegetais em substituição (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Aos seis meses em substituição à proteína animal, deverá oferecer-se proteína vegetal como o tofu fresco e natural numa dose máxima de 30grs/dia, devendo evitar-se outras versões mais processadas (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Aos sete/oito meses já está recomendada a introdução das leguminosas, em forma de puré, e a soja (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018). De forma a enriquecer as sopas ou batidos sugere-se a utilização da proteína de cânhamo, gérmen de trigo e levedura de cerveja (PNPAS, 2019). Aos oito meses, no caso das dietas veganas, poderá substituir-se os iogurtes de leite de vaca pelos iogurtes de soja, tendo em atenção a sua composição pela possível adição de açúcares e outros aditivos (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

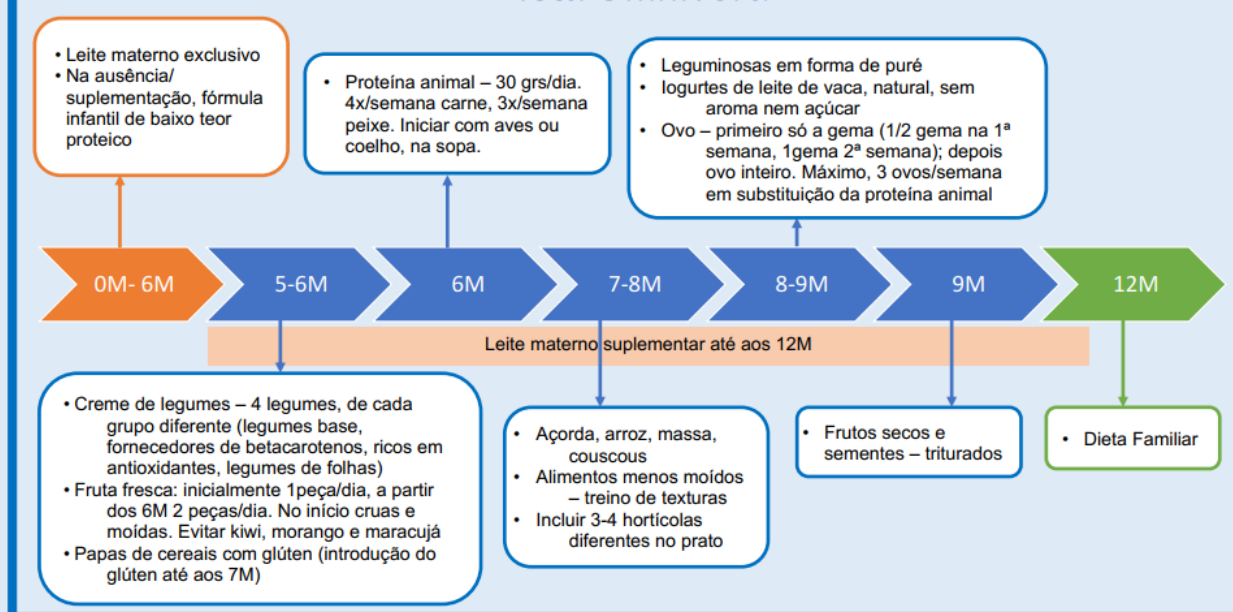
Aos nove meses adiciona-se a introdução de algas, pela seu elevado teor em proteína, fibras e minerais. As algas podem ser oferecidas três a quatro vezes por semana, no creme de legumes. As algas escolhidas devem ser as de menor teor proteico (Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018).

Aos onze/doze meses introduz-se o tempeh e o seitan como fonte proteica. O lactente deverá estar, a partir deste momento, integrado na dieta familiar (PNPAS, 2019; Pimentel, Tomada & Rêgo, 2018). Os autores não recomendam a utilização de molho de soja (pelo elevado teor de sódio) nem a soja granulada (por ser um alimento bastante processado).

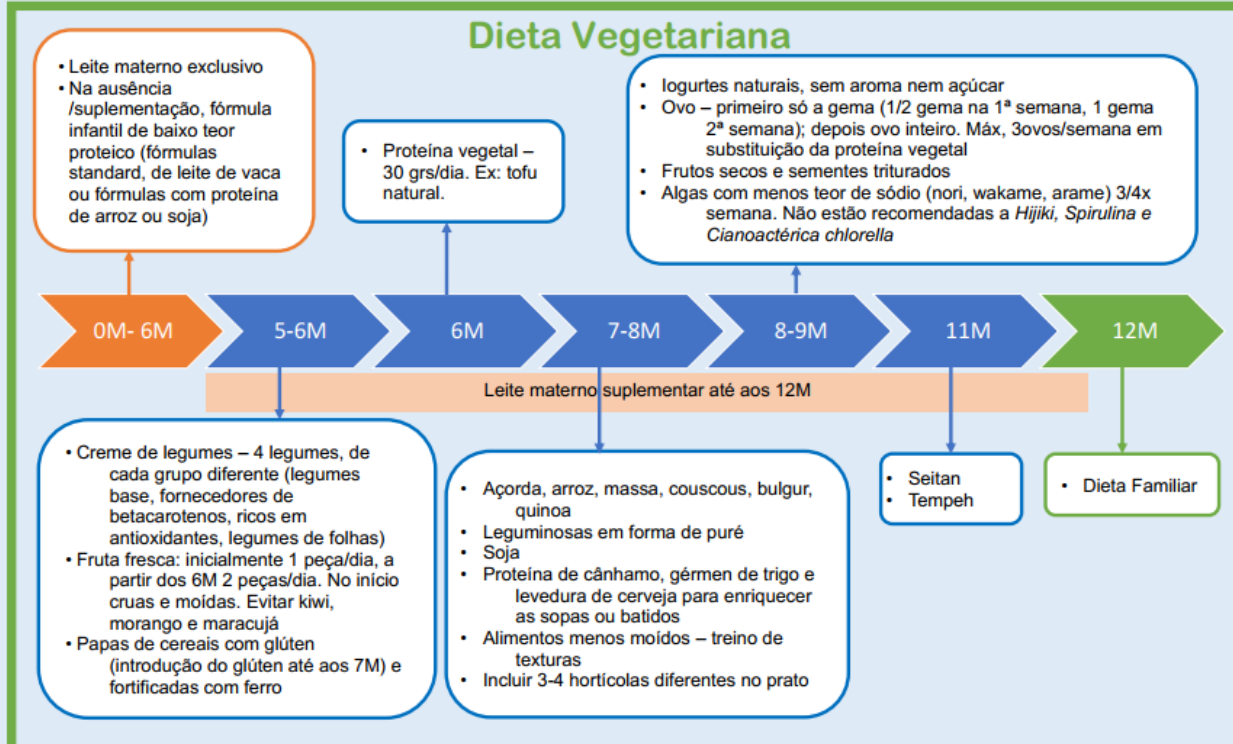
5. PÓSTER

Diversificação Alimentar no 1º ano de Vida

Dieta Omnívora



Dieta Vegetariana



Proibido: Sal e açúcar

Desaconselhado: Alimentos processados (ex: bolachas)

Referências bibliográficas: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de orientação para profissionais e educadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.; Pimentel, D., Tomada, I. & Rêgo, C. (2018). Alimentação vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 14, 10-17.; World Health Organization (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO.

Realizado por En^h Rita Puppe, estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESEL), sob a orientação do En^h [Redigido] e da Pro^f Cristina Jeremias.

Dezembro, 2020

6. CONCLUSÃO

A realização desta atividade enquadra-se no objetivo geral do projeto de estágio “2. Desenvolver competências no âmbito da promoção de hábitos de alimentação saudáveis, no primeiro ano de vida da criança de origem da Ásia Meridional, nos diferentes contextos pediátricos”. No objetivo específico “2.1. Identificar os fatores que influenciam a alimentação saudável do RN e da criança lactente de origem asiática meridional.” dá resposta à atividade proposta de aprofundamento teórico sobre hábitos alimentares saudáveis no RN e lactente, segundo as recomendações da DGS, PNPAS, OMS, etc. No objetivo específico “2.2. Implementar estratégias de intervenção ao nível da promoção de hábitos de alimentação saudáveis no RN e criança lactente e família de origem asiática meridional”, a apresentação do póster à equipa de enfermagem capacita a equipa de conhecimentos no sentido de intervir na promoção de hábitos de alimentação saudáveis na criança lactente, assim como orientações antecipatórias da diversificação alimentar.

Com esta atividade, ao procurar compreender quais as necessidades da equipa de enfermagem, no sentido da transmissão de conhecimentos na temática do projeto, assim como a concretização do póster e sua apresentação à equipa, desenvolvo as seguintes competências comuns de enfermeiro especialista, compreendidas no Regulamento n.º 140/2019 (2019), “D2 – Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica. D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.” (p.4749) com os critérios de avaliação “D2.1.1 – Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 - Diagnostica necessidades formativas.” (p.4749). E “D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.” (p.4749) com o critério de avaliação “D2.2.1 – Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos.” (p.4749).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pimentel, D., Tomada, I. & Rêgo, C. (2018). Alimentação vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 14, 10-17.
- Pograma Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de orientação para profissionais e educadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II Série* (N.º 26 de 6-02-2019), 4744-4750.
- World Health Organization (2009). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO.