



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Empoderamento parental para a manutenção do
aleitamento materno até aos 6 meses**

Parental empowerment for maintaining breastfeeding until 6 months

Anexos e Apêndices

Sara Beatriz Anjo Martins

Lisboa

2024



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Empoderamento parental para a manutenção do
aleitamento materno até aos 6 meses**

Parental empowerment for maintaining breastfeeding until 6 months

Anexos e Apêndices

Sara Beatriz Anjo Martins

Orientadora: Professora Doutora
Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Índice de Apêndices

Apêndice I – Mapa Conceptual

Apêndice II – Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

Apêndice III – Cronograma

Apêndice IV – Descrição dos contextos de estágio

Apêndice V – Guia orientador das atividades de estágio

Apêndice VI – Normas de procedimentos

Apêndice VII – Projeto desenvolvido em Neonatologia

Apêndice VIII – Documento para avaliação das intervenções de educação para a saúde

Apêndice IX – Recursos da comunidade do contexto de Cuidados de Saúde Primários

Apêndice X – Reflexão no âmbito do contexto de Cuidados de Saúde Primários

Apêndice XI – Protocolo de revisão sistemática da literatura qualitativa “A experiência de pais de crianças com excesso de peso ou obesidade nos cuidados de saúde primários”

Apêndice XII – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na adaptação da parentalidade em situação de diagnóstico inaugural de uma doença crónica: estudo de caso

Apêndice XIII – Reflexão no âmbito do contexto de Centro de Desenvolvimento Infantil

Apêndice XIV – Grelha de observação dos determinantes do Aleitamento Materno

Apêndice XV – Folhetos no âmbito do Aleitamento Materno

Apêndice XVI – Pósteres no âmbito do Aleitamento Materno

Apêndice XVII – Tabela resumo de diferentes recursos materiais para o Aleitamento materno

Índice de Anexos

Anexo I – Webinar: “Desafios à Responsabilidade profissional do enfermeiro na atualidade”

Anexo II – 10 Medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés

Anexo III – Evento Científico internacional “Encontro com Dra. Jean Watson”

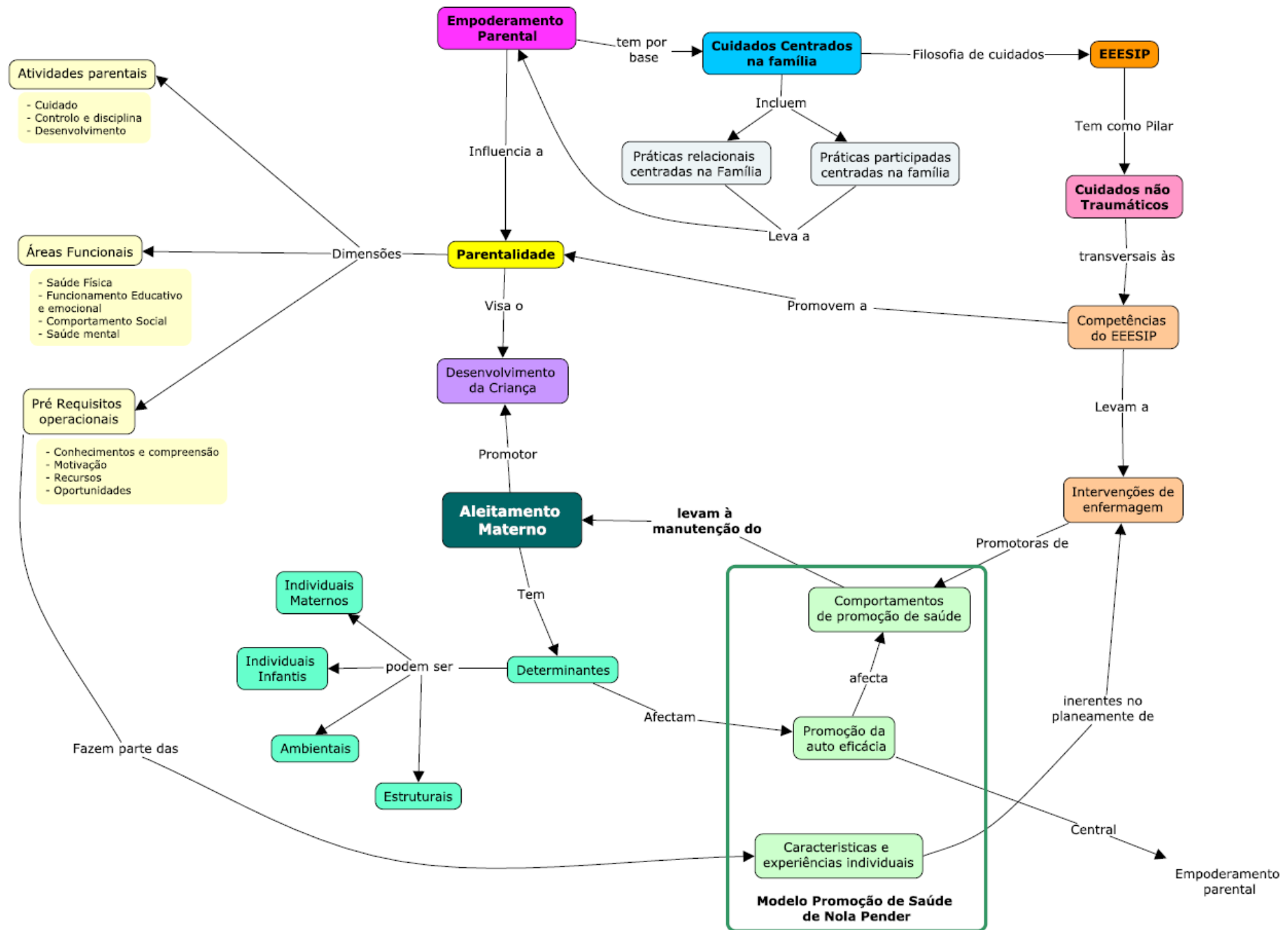
Anexo IV – Webinar: “Cuidar de crianças maltratadas Intervenção na comunidade”

Anexo V – Seminário do projeto NIDCare: Prática Baseada na Evidência na Seleção das Técnicas de Alimentação Oral do Recém-nascido

Anexo VI – Aula Aberta - “Diversidade de género em crianças e jovens- que desafios éticos enfrenta o enfermeiro especialista?”

Apêndices

Apêndice I – Mapa Conceptual



Apêndice II – Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

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

Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

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

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

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado <1 >4
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. E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. 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 sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar. E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.	Considero esta unidade de competência praticamente desenvolvida uma vez que, desde há quase 13 anos, desenvolvo a minha atividade profissional no âmbito dos cuidados de saúde primários, nomeadamente inicialmente no planeamento e realização de rastreio de saúde dirigidos a população infanto-juvenil e no planeamento e desenvolvimento de sessões de educação para a saúde em creches, escolas e na comunidade, no sentido de promover a adoção de comportamentos potenciadores de saúde e utilizando estratégias de comunicação adequadas a idade e estágio de desenvolvimento. Nos últimos anos realizo consultas de saúde infantil e juvenil no âmbito do PNSIJ da DGS (2013), onde continuamente desenvolvo as minhas competências de comunicação, procurando envolver a criança/família no processo de cuidar. Articulo com os recursos da comunidade, nomeadamente creches, escolas, IPSS e casas de acolhimento onde estão inseridas crianças e jovens. Bem como com as equipas de apoio à família da SCML e a CPCJ. Contudo, considero que preciso de aprofundar as minhas competências na promoção de conhecimento e aprendizagens mais especializadas para gestão de processos específicos de saúde/doença. Não tenho contacto com a saúde escolar do SNS. No sentido de procurar a prática de excelência considero importante aprofundar as competências de inclusão no caso de crianças/jovens com necessidades de saúde e educativas especiais e sobre os protocolos de articulação com o SNIPI e a CPCJ.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 <u>4</u> Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 <u>4</u> Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 <u>4</u> Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 <u>4</u> Observações:
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. E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.	Demonstro conhecimentos sobre doenças comuns nas várias idades e implemento respostas adequadas no âmbito das consultas de enfermagem não programadas por doença, fazendo os encaminhamentos adequados sempre que necessário. Avalio conhecimentos e comportamentos relativos à saúde da criança/família, e facilito a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança, no âmbito das consultas.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 <u>4</u> Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito

E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico. E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos. E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.	Acompanho crianças/jovens institucionalizadas decorrentes de situações de negligência e maus-tratos e tenho alguma experiência na articulação com a equipa multidisciplinar e os recursos da comunidade, mas sendo situações que me provocam desconforto considero que preciso de desenvolver principalmente a minha resposta emocional neste âmbito. Em situações de mal estar psíquico considero que ainda preciso de aprofundar competências para identificar de forma mais segura as evidências emocionais de mal estar.	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
--	--	--

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

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

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados. E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.	Na minha experiência profissional tive muito pouco contacto com situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, sendo que as experiências que tive foram todas com adultos. Tive também uma única experiência relativo ao processo de luto da família de uma criança que apesar de me ter marcado e ter potenciado a minha reflexão sobre a ação nesse âmbito ainda não foi suficiente para que seja considerada uma competência adquirida, pelo que esta é uma unidade de competência a adquirir.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4
E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem. E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.	A experiência que tenho no âmbito desta competência é a avaliação e gestão da dor relacionada especificamente com a vacinação ou outras situações de traumatismos ligeiros e aplico conhecimentos sobre crioterapia, termoterapia e relaxamento quando necessário para alívio da dor. Sendo por isso uma competência a desenvolver.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4

		Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ <u>2</u> _____ 3 _____ 4
E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.	Ao longo do meu percurso profissional tenho apenas contacto muito pontual em situações de doença rara, pelo que é uma competência a adquirir	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios <u>1</u> _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito <u>1</u> _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica <u>1</u> _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) <u>1</u> _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem. E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar	Tenho formação em reflexologia podal e um Curso de suplementos alimentar e aconselhamento em farmácia e parafarmácia, mas como não uso muito no âmbito dos cuidados de saúde infantil, só esporadicamente em consultas a jovens, falta aprofundar conhecimentos sobre a posição da ordem sobre estas terapia na prática de enfermagem e depois refletir com base na evidências científica que tenho, mas sobre as quais ainda tenho de aprofundar conhecimentos.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ <u>2</u> _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito <u>1</u> _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ <u>2</u> _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ <u>2</u> _____ 3 _____ 4 Observações:
E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação. E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.	Relativamente a esta competência sinto ainda dificuldade na aplicação de estratégias promotoras de esperança e de coping e adaptação apesar de nestas últimas ter muito mais experiência e conhecimentos. Trabalho quase constantemente com as crianças/jovens/famílias na promoção da relação dinâmica e a sua adaptação.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios <u>1</u> _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito <u>1</u> _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica <u>1</u> _____ 2 _____ 3 _____ 4

E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.	Sempre que necessário referencia para instituições de suporte, mas não tenho tido muita oportunidade de desempenhar esta competência por ser pontual o contacto com estas situações.	Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4
--	---	--

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

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

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. 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.	Esta Competência tem sido desenvolvida consultas de saúde infantil e juvenil, onde avalio o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem através dos instrumentos preconizados no âmbito do PNSIJ da DGS 2013, promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento através de orientações antecipatórias. Mas considero necessário aprofundar a avaliação de desenvolvimento recorrendo a instrumentos mais específicos inerentes as consultas no contexto de centro de desenvolvimento	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4
E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. E3.2.1 — Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5 — Promove a amamentação. E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.	No âmbito da minha experiência em unidade de saúde de cuidados de saúde primários realizo frequentemente consultas a recém-nascidos e família, em processo de transição para a parentalidade. Tenho também o curso de promotora do aleitamento materno da UNICEF, o curso de assessora de lactação e frequente anualmente conferências e congressos sobre amamentação, o que me permite mobilizar conhecimento, recursos e prestar cuidados baseados na evidencia promotores da amamentação. Sou também consultora de babywearing uma prática que potencia o contacto físico entre cuidadores e recém nascido. Pelo que considero esta competência bem desenvolvida.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4
	Considero igualmente esta competência desenvolvida, no meu contexto da prática presto cuidados as crianças/jovens e famílias	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4

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. E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.	de várias idades e culturas, o que promove um crescimento de conhecimentos contínuos dada a grande diversidade de famílias e culturas.	Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
E3.4 — Promove a autoestima do adolescente e a sua auto - determinação nas escolhas relativas à saúde. E3.4.1— Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.	Apenas recentemente voltei a ter um contacto mais frequente com adolescentes o que veio salientar que especificamente no que diz respeito às emoções é uma competência de preciso de aprofundar. No entanto, considero nos restantes critérios de avaliação considero estarem desenvolvidos podendo ser ainda mais aprofundados	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:

Apêndice III - Cronograma

Apêndice IV – Descrição dos contextos de estágio



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

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Descrição dos contextos de Estágio

Sara Beatriz Anjo Martins

Professora Orientadora:
Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues


Lisboa
2024

Cuidados de Saúde Primários

O primeiro contexto de estágio decorreu numa unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) de Lisboa com mais de metade dos inscritos sem médico de família atribuído, muitos deles de nacionalidade estrangeira e em situação de vulnerabilidade (principalmente pelo percurso e condições de vida (Wardrop et al., 2021)) e quase 20% com idades até aos 19 anos (SPMS, 2023). As instalações físicas estão distribuídas por vários andares e acolhe também a unidade de cuidados na comunidade (UCC), a unidade de saúde pública e um Programa ligado à Saúde Jovem.

A UCSP trabalha organizada por programas de saúde, sendo que cada programa se encontra numa secção diferente da unidade e trabalha de forma relativamente autónoma com uma enfermeira responsável por secção. A enfermeira coordenadora (que também é EEESIP) gere toda a unidade. A secção de saúde infantil encontra-se no primeiro andar (o que dada a avaria do elevador durante parte do meu estágio condicionou o acesso a famílias com carrinhos de bebé), com uma sala de espera dedicada com mesas e cadeiras pequenas para as crianças e pósteres informativos sobre várias temáticas em especial AM. Dentro da secção, tem salas dedicadas exclusivamente à vacinação e outros gabinetes de enfermagem e médicos. Da equipa fazem parte duas EEESIP, uma Enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, três enfermeiras, médicos clínicos gerais e por vezes internos de pediatria, como foi o caso. Os registos de enfermagem são feitos de acordo com a linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem(CIPE®) no sistema de informação Sclínico®

Nesta unidade considero que o método de trabalho de enfermagem é direccionado ao utente, sendo um método híbrido entre o método de enfermeiro de referência e o método individual. Durante cada consulta o Enfermeiro que estiver disponível fica responsável por aquele caso e apesar de os enfermeiros não terem famílias atribuídas como nas Unidades de Saúde Familiar, a coordenação das decisões clínicas a tomar é feita por aquele Enfermeiro, personalizando as intervenções. Existe uma relação entre o enfermeiro dos CSP e o utente que permite a maximização da identificação das necessidades e respetivo planeamento, intervenções adequadas e avaliação dos resultados em termos de ganhos em saúde (Parreira et al., 2022).

Para melhoria continua dos cuidados de enfermagem, a unidade tem normas de procedimentos que são frequentemente atualizadas. Tem igualmente um projeto de formação em serviço desenvolvido pelos enfermeiros das diferentes secções, havendo uma calendarização anual dos vários temas a serem abordados e na secção de saúde infantil tem

um projeto para permitir a vigilância de saúde de acordo com a calendarização do PNSIJ (DGS, 2013), mesmo com a falta de recursos humanos médicos, sendo as consultas do 1º, 9º e 15º mês realizadas autonomamente pelas EEESIP.

Centro de Desenvolvimento Infantil

Ainda no primeiro período de estágio, nas últimas duas semanas, o segundo contexto aconteceu num CDI de um hospital. Esta unidade é composta por uma enfermeira chefe que é comum às consultas externas, três EEESIP, uma professora de ensino especial, uma assistente social, uma psicóloga, duas terapeutas da fala e quatro médicas pediatras do neurodesenvolvimento. Esta unidade partilha o espaço com a unidade de pedopsiquiatria da primeira infância, com quem trabalha em articulação, o que permite ser um centro diferenciado e de referência na intervenção, formação e intervenção, na área do neurodesenvolvimento e da saúde mental. Este centro dá resposta à crescente procura de consultas devido ao aumento da sobrevivência de RN muito prematuros ou com patologias complexas, o que implica intervenções multidisciplinares à criança e sua família (Caicedo, 2014; Docherty et al., 2019).

Para acederem a esta consulta as crianças podem ser encaminhadas por médicos das várias especialidades do respetivo hospital ou pelo médico de família/médico assistente/pediatra. A primeira consulta habitualmente é feita em conjunto enfermeira e médico, sendo a consulta de enfermagem focalizada na relação com a criança de acordo com o modelo DIR®/Floortime. Este modelo é baseado no afeto, através da relação tendo em conta as diferenças individuais de cada criança e tem uma abordagem de desenvolvimento de capacidades das mais básicas para as mais complexas. Trabalhando pelo método de enfermeiro de referência (Parreira et al., 2022), quando pertinente são desenvolvidas consultas autónomas de enfermagem para empoderamento, vigilância terapêutica e estimulação do desenvolvimento psico-motor da Criança/família, que são registadas sob a forma de texto livre no processo clínico informático do utente.

Numa filosofia de melhoria contínua e de transdisciplinaridade existem reuniões de todo o centro (que inclui a unidade de desenvolvimento e de pedopsiquiatria), reuniões semanais da unidade de desenvolvimento e reuniões de articulação com a comunidade (mensalmente com as Equipas Locais de Intervenção e com equipas dos Agrupamentos de Centros de Saúde da zona de abrangência). Para além disso está em desenvolvimento uma biblioteca de livros infantis para serem entregues às crianças/família e periodicamente são desenvolvidas oficinas de pais sobre diferentes temáticas.

Serviço de Internamento Pediátrico

O terceiro contexto de estágio, do segundo período de estágios foi num SIP por me parecer que dos últimos três contextos era o que tinha menos complexidade e me permitiria uma melhor adaptação a contextos hospitalares, com os quais já não tinha contacto desde os ensinamentos clínicos da licenciatura. Este serviço recebe Crianças provenientes de serviços do próprio hospital ou transferidas de outras unidades hospitalares. A população é muito diversificada desde população migrante e carenciada, a população com mais recursos económicos e literacia. Tem 15 vagas distribuídas por nove quartos identificados com cores diferentes, de acordo com o grupo etário para o qual estão preparados, mais um quarto para monitorização remota de vídeo Eletroencefalograma e três quartos de isolamento.

Para além dos quartos, sendo um Hospital Amigo dos Bebés (HAB) e o único em que um dos ACES da zona de atuação também é Amigo dos Bebés, tem uma sala de AM equipada com uma bomba de extração hospitalar e poltronas confortáveis. Tem uma Sala de Pais onde as famílias podem deixar os seus pertences, visto que o serviço preconiza a permanência das famílias e tem condições para que realizem a sua higiene e fornece-lhes refeições no refeitório do hospital. Existem também duas salas de atividades, divididas por faixas etárias e durante a semana.

Da equipa multidisciplinar fazem parte médicos, fisioterapeutas, dietista, educadora de infância, assistente social, secretárias de unidade, assistentes operacionais (auxiliares, auxiliares de alimentação e auxiliares de limpeza), 13 enfermeiros (três deles EEESIP) e duas enfermeiras de coordenação (ambas EEESIP). O método de trabalho é individual, mas sempre que possível usam o método de enfermeiro de referência (Parreira et al., 2022). Nesta unidade os registos clínicos são feitos no sistema de informação Sclínico® de acordo com a linguagem CIPE®. No sentido da melhoria dos cuidados existem Normas de Orientação Clínica, formação em serviço e diversos projetos em comum com outros serviços como a Urgência Pediátrica, o Puerpério e a Neonatologia, nomeadamente sobre a promoção e apoio ao Aleitamento materno, a parentalidade, entre outros.

Serviço de Urgência Pediátrica

O penúltimo e quarto contexto de estágio foi num SUP de um hospital da periferia de Lisboa, também HAB que atende uma população variada, maioritariamente vulnerável (quer

pelos riscos e suscetibilidades acrescidas em termos de prevalência de certas patologias, quer pelo percurso e condições de vida (Wardrop et al., 2021)). No período em que realizei o estágio, este serviço estava encerrado durante o período da noite, a trabalhar em rede com outras urgências pediátricas da Grande Lisboa, funcionando apenas para a população entre as 8h e as 20h, mas prestando cuidados até às 22h ou mais, caso ainda se encontrassem utentes em balcão ou na Unidade de Internamento de Curta Duração ou Serviço de Observação (SO). Importa ainda referir que este é um dos hospitais em que usam sedação para intervenções da Pequena Cirurgia.

Neste serviço usa-se o sistema de triagem de Manchester feito em sistema de informação próprio, que é feita em gabinete próprio ou na sala de tratamentos da Ala de doenças não respiratórios (divisão que ainda se mantém desde a pandemia Covid-19) caso haja uma grande afluência, nesta ala há também uma sala de reanimação, uma sala de recobro e gabinetes médicos. Para além destes gabinetes na ala respiratórios, tem outra sala de tratamentos, uma sala de inaloterapia, SO, três quartos de isolamento e gabinetes médicos. Cada Ala tem a sua sala de espera. Os registos de enfermagem relativos aos cuidados prestados na sala de tratamento, sala de inaloterapia e SO são feitos no sistema de informação Soarian Clinicals®.

A equipa residente é composta por assistentes administrativos e operacionais, pediatras e 37 enfermeiros divididos por equipas em que o chefe de equipa é sempre EEESIP havendo também na equipa outros EEESIPs e especialistas em reabilitação. No serviço existem vários núcleos e grupos de trabalhos nomeadamente o núcleo da dor, o núcleo de EEESIPs, entre outros que elaboram e atualizam regularmente normas de procedimentos. No âmbito do trabalho dos departamentos da criança e jovem e da mulher existe uma equipa de enfermeiros de diferentes serviços destes departamentos que assegura o projeto da consulta de amamentação, aberta ao público mediante marcação prévia.

Serviço de Neonatologia

Para último contexto de estágio optei pelo serviço de neonatologia por ser um serviço altamente diferenciado e complexo, em comparação com o meu contexto de trabalho. Esta unidade pertence ao mesmo hospital do SIP e presta cuidados a RN desde o limiar a viabilidade e nascidos na maternidade do hospital ou transferidos de outros hospitais a sul de Lisboa e ilhas. Composto por uma UCIN com 6 vagas nível III e por uma Unidade de Cuidados Intermédios com 8 vagas nível II, dispõe igualmente de uma sala de Amamentação (onde as

mães podem fazer a extração de leite com recurso a uma bomba de extração hospitalar) e uma sala de pais (onde podem descansar, comer e guardar os seus pertences) uma vez que se preconiza a filosofia de CCF e incentiva a presença dos pais no serviço e na prestação de cuidados (M. Hockenberry, 2024). Durante o estágio o serviço encontrava-se em período de transição entre dois sistemas de informação para registos de enfermagem (BSimple® e Patient care®) pelo que tive oportunidade de trabalhar com os dois.

De forma a desenvolver cuidados de qualidade existe vários grupos de trabalho e projetos de melhoria, saliento os grupos de trabalhos e apoios ao AM, ao canguru, à parentalidade e cuidados paliativos que dinamizam periodicamente sessões de esclarecimentos aos pais. A equipa é multidisciplinar composta nomeadamente por 39 enfermeiros, oito deles EEESIP e um especialista em Reabilitação, duas enfermeiras de coordenação, para além de neonatologistas, médicos de várias especialidades, psicólogo, assistente social, assistente espiritual, fisioterapeutas técnicos administrativos e operacionais. O método de trabalho é híbrido entre método individual e de equipa (Parreira et al., 2022), principalmente na UCIN onde todos os elementos do turno conhecem as necessidades e problemas de cada utente e podem intervir para garantir que são supridas, apesar de cada enfermeiro ser responsável pelos cuidados a prestar a dois ou três utentes, por turno.

Referência Bibliográficas

- Caicedo, C. (2014). Families with special needs children: family health, functioning, and care burden. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(6), 398–407. <https://doi.org/10.1177/1078390314561326>
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Docherty, S. L., Brandon, D., Superdock, A. K., & Bartfield, R. C. (2019). Impact of Chronic Illness, Disability, or End-of-life Care for the Child and Family. In Hockenberry, Wilson, & Rodgers (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (11th Edition, pp. 589–631). Elsevier.
- Hockenberry, M. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. In Hockenberry, Duffy, & Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care os Infants and Children* (12th Edition, pp. 107–171). Elsevier.
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2022). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. In Ordem dos Enfermeiros, Associação de Apoio aos Cuidados de saúde dos Pequenitos, & Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (Eds.), *Gestão nas Organizações de Saúde (Volume 2)* (1a Edição). <https://www.researchgate.net/publication/368472162>
- Serrano, M. T. pereira, Costa. Arminfa da Silva Mendes Carneiro da, & Costa, N. M. V. N. da. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III(3).
- SPMS. (2023, June). *UCSP Sete Rios. Bilhete de Identidade Dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3113800/Pages/default.aspx>
- Wardrop, R., Crilly, J., Ranse, J., & Chaboyer, W. (2021). Vulnerability: A concept synthesis and its application to the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 54, 100936. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100936>

Apêndice V – Guia Orientador das Atividades de Estágio

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

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**Guia orientador das atividades de estágio (nos vários
contextos)**

Sara Beatriz Anjo Martins

Professora Orientadora:
Professora Doutora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

**Lisboa
2023**

Lista De Siglas

AM - aleitamento materno

AME - aleitamento materno exclusivo

APA - American Psychological Association

COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative

CCF - Cuidados Centrados na Família

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Índice

1. Nota Introdutória.....	4
2. Contextualização da problemática.....	7
3. Atividades a Desenvolver.....	11
4. Referências Bibliográficas.....	21

1. Nota Introdutória

O presente guia visa ser um resumo do projeto de estágio a ser implementado pela estudante, adequado ao local de estágio atual, com o objetivo de guiar todos os intervenientes nas atividades planeadas. O Guia serve igualmente de ponto de partida para a adequação das atividades proposta às especificidades do enquadramento do contexto.

O presente estágio em Urgência Pediátrica, decorrerá de [] a []. Tem como objetivos gerais a aquisição das competências do grau de mestre¹ e as competências comuns e específicas² do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), conforme as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021) conducentes ao título profissional de Especialista, tendo como base um tema que partiu de uma problemática relevante para a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Com base na Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável da ONU, o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 visa que todas as crianças tenham uma alimentação e acesso a saúde de qualidade, através da promoção, proteção, prevenção e cuidados de alta qualidade. Aposta igualmente, na melhoria da saúde e bem estar da população, investindo nos determinantes das doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente na alimentação não saudável, excesso de peso e obesidade (Freitas, 2022), que são o principal fator de risco para a carga da doença em Portugal (DGS et al., 2022).

No entanto, de acordo com o *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) (2022), apesar de entre 2008 e 2019 o excesso de peso e obesidade infantil terem tido uma tendência decrescente, nos anos seguintes até 2022 esta tendência voltou a inverter-se (Rito et al., 2023) e sabe-se que uma em cada doze crianças com menos de cinco anos tem excesso de peso (DGS et al., 2022). Neste sentido, já desde 2013, que o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) incentiva à promoção de comportamentos promotores de saúde, nomeadamente o AM. Identicamente, as estratégias propostas pelo Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2022) são, entre outras: que os profissionais de saúde sejam capacitados para a promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade; e que o AM seja incentivado e promovido. Mais especificamente, que até 2030 a taxa de aleitamento materno exclusivo (AME) até aos 6 meses, suba para pelo menos 50% (DGS et al., 2022). Seguindo as recomendações da UNICEF e OMS (2022).

¹ Decreto-Lei n.º 65/2018

² Regulamento n.º 140/2019 e Regulamento n.º 422/2018

O AM é a forma normal e mais natural de um lactente se alimentar (Genna, 2017; Sandes et al., 2007). No entanto, apesar de ser um processo integrante da nossa biologia, na segunda metade do século XX a nossa cultura ocidental perdeu a confiança de que o parto e o aleitamento materno funcionam, já que é cada vez menos o contacto e as memórias sobre esta prática (Glover & Wiessinger, 2017). Para além de ser natural quando o AM é prolongado (ou seja, por mais de 6 meses), tem inúmeras vantagens quer para a criança, como para a mãe e sociedade (OMS, 2021; Pérez-Escamilla et al., 2023; Victora et al., 2015, 2016). Principalmente destaca-se:

- Para a criança: com o início precoce do AM há menos risco de morbilidade e mortalidade devido a infeções adquiridas; menos más oclusões dentárias, promove o desenvolvimento cerebral (Pérez-Escamilla et al., 2023; Victora et al., 2016), as crianças são mais inteligentes (do que as que não foram amamentadas ou foram por menos tempo) e têm mais rendimentos na vida adulta (Victora et al., 2015), aparentemente têm menos risco de diabetes e obesidade (Horta et al., 2023), e há estudos que referem uma relação positiva com as respostas socio-afetivas, competências linguísticas e capacidades de memorização (Krol & Grossmann, 2018); apesar da controvérsia, considerando vários achados deve-se considerar, a relação entre amamentação e a qualidade do apego mãe-bebé (pelo menos parcialmente) na sensibilidade materna aos sinais do filho (infant cues) (Krol & Grossmann, 2018);
- Para a mãe: aumenta o espaçamento entre partos e parece diminuir o risco de diabetes, de doenças cardiovasculares, de cancro dos ovários e da mama (Pérez-Escamilla et al., 2023; Victora et al., 2016), pode ativar os recetores de recompensa da mãe, que pode promover o apego materno (Jansen et al., 2008)
- Para a sociedade: benefícios económicos pela poupança com a morbilidade e mortalidade evitadas; pela poupança na produção de substitutos do leite materno (McFadden et al., 2016); pela poupança devido à redução no impacto ambiental; pelos ganhos económicos decorrentes com o aumento cognitivo das crianças (Pérez-Escamilla et al., 2023); é um investimento rentável e inteligente (Hansen, 2016) e contribui para alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável (Pérez-Escamilla et al., 2023; Victora et al., 2016).

Assim, é essencial perceber quais são os determinantes do aleitamento. De acordo com os estudos feitos por diversos autores, alguns portugueses, Al Shahrani et al. (2021); Araújo et al (2020); Duarte et al. (2022); Fraga et al. (2020); Nass et al. (2021); Pérez-Escamilla et al. (2023);

Rollins et al. (2016); Sandes et al. (2007); Silva (2013), entre outros, apresenta-se um resumo dos principais determinantes para a manutenção do AM, agrupados em quatro grupos principais desenvolvidos de acordo com as várias propostas dos autores consultados:

a) INDIVIDUAIS MATERNOS (conhecimentos sobre AM vantagens e desvantagens, experiência anterior de amamentação, hipogalactia/ percepção materna de hipogalactia, desconfortos/dor ao amamentar, percepção de autoeficácia a amamentar, percepção de causar desconforto no filho, escolaridade, estatuto socio económico, hábitos tabágicos, entre outros);

b) INDIVIDUAIS INFANTIS (prematuridade, baixo peso, hipotonia, anquiloglossia, qualidade da pega, início tardio do AM, internamentos, uso de chucha, entre outros);

c) AMBIENTAIS relacionados com os serviços e sistemas de saúde (pouco conhecimento dos profissionais sobre AM, pouco apoio às famílias, pouco acompanhamento pré natal), relacionados com a família e comunidade (falta de rede de suporte, falta de apoio do parceiro, crenças e mitos), relacionados com o trabalho (falta de condições no trabalho para amamentar/extração, desconforto da mãe/colegas);

d) ESTRUTURAIS (sociedade em que a família se insere, a cultura, as leis e políticas, mercado de substitutos de leite materno, entre outros).

Assim, por todos estes fatores os profissionais de saúde têm uma intervenção imprescindível para a promoção do AM que não pode ser alcançado apenas através da preparação técnico científica, mas também de uma visão humana e holística que entenda os fatores emocionais, culturais e sociais envolvidos na lactação (Dantas et al., 2020). Porque o AM não é só da responsabilidade materna, são importantes a nível da população, melhores práticas de aleitamento materno. No entanto, por último, salienta-se que há algumas situações muito específicas em que o leite materno é contra indicado; e que a decisão de como alimentar o lactente é complexa e multifatorial (Sandes et al., 2007) e que cabe aos pais e cuidadores, devendo ser uma decisão informada.

2. Contextualização da Problemática

Face ao exposto anteriormente e considerando o **tema** do AM, importa conhecer qual a prevalência do AM em Portugal. Das crianças que participaram no estudo COSI (2021), nascidas entre 2011 e 2013, apenas 19,1% mantiveram AM até aos 4 ou 6 meses. Os dados mais recentes, referentes ao estudo de Branco et al. (2023) relativos a 2019 e à área metropolitana de Lisboa, revelam que apenas 25,6% dos lactentes mantiveram AME até aos 6 meses. Em suma, de acordo com os poucos dados disponíveis, aparentemente há ainda um grande número de lactentes que têm um desmame precoce (que deixam de mamar antes dos 6 meses (UNICEF, 2016)).

A alimentação do lactente, através do AM é um recurso para um estilo de vida saudável, uma opção recomendada por vários órgãos nacionais e internacionais (Organização Mundial de Saúde (OMS), Nações Unidas, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Direção geral de Saúde (DGS)) mas é uma escolha dos pais e cuidadores, que deve, no entanto, ser uma escolha informada. Portanto, os pais/cuidadores tem o controlo sobre a decisão e a ação a tomar, cabendo ao enfermeiro e em especial ao EESIP o seu empoderamento para que este controlo e poder de decisão sejam aumentados.

Neste sentido o **objetivo de estudo** deste projeto é o: Empoderamento parental para a manutenção do aleitamento materno até aos 6 meses, apoiado no previsto pelo regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da OE (2015)³ que destacam a importância da promoção de saúde, como forma de ajudar a alcançar o potencial máximo de saúde da criança e do jovem, nunca esquecendo o respeito pela cultura e crenças da criança e família; e destacam igualmente o bem estar e o auto cuidado através, entre outras, do desenvolvimento de intervenções que fomentem a promoção da amamentação. Na linha dos Padrões de Qualidade, também as Competências Específicas do EESIP⁴ salientam a importância de se procurar constantemente momentos para se promover comportamentos potenciadores de saúde (critério de avaliação E1.1.5) e da promoção do vínculo, através da promoção do AM (critério de avaliação E3.2.5).

Como tal definiram-se como **Objetivos Gerais** para este projeto:

1. Desenvolver competências comuns e específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e à família, nos processos de saúde doença nos diferentes contextos de saúde

³ Regulamento n.º 351/2015

⁴ Regulamento n.º 422/2018

2. Desenvolver competências especializadas no empoderamento parental para a promoção da manutenção do aleitamento materno até aos 6 meses.

Para empoderar famílias Dunst & Espe-Sherwindt (2016) referidas por Borges Rodrigues et al. (2021) propõem dois tipos de práticas principais, mediadas pela percepção da competência, da confiança e da autoeficácia dos pais: **práticas relacionais centradas na família** que incluem escuta ativa, respeito, empatia, compaixão, pensamentos positivos e sensibilidade para com as forças, capacidades e valores dos membros da família e **práticas participadas centradas na família** em que as intervenções devem ser individualizadas, flexíveis e de acordo com as prioridades e preocupações da família, envolvendo-a nas tomadas de decisão, e estimulando: a mobilização de forças e habilidades existentes, o desenvolvimento de novas capacidades e a procura de suporte, recursos e serviços que melhorem as suas circunstâncias de vida. Borges Rodrigues et al. (2022) salientam ainda que o empoderamento implica o reconhecimento de que as crianças e famílias são parceiros de cuidados. Desta forma, promove-se cuidados baseados na evidência e de acordo com a filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF).

Os CCF são uma abordagem que permite o planeamento, operacionalização e avaliação dos cuidados de saúde e do contexto, para que se compreenda melhor os comportamentos de saúde dos indivíduos e se promova os processos de adaptação à doença. Para além do contexto, são também avaliados aspetos estruturais, funcionais e do desenvolvimento da família que permitem nortear a intervenção. Os principais princípios desta filosofia são: Respeito e Dignidade; Partilha de Informação; Participação, e Colaboração. O importante é promover a saúde e o bem-estar, mas de forma que a criança/família mantenha o poder (daí a importância do empoderamento familiar). (Ashcraft et al., 2019; Institute for Patient-and Family-Centered Care, n.d.; Nelas, 2015).

Para promover a saúde, neste projeto opta-se pelo referencial teórico do modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender que descreve a natureza única e multidimensional da pessoa a interagir com os seus ambientes interpessoais e físicos, no sentido de expressar o seu potencial de saúde. Para tal usa as suas capacidades de autoconsciência reflexiva e regula o seu comportamento no sentido de um crescimento que considera positivo (Murdaugh et al., 2019; Sakraida & Wilson, 2018). Para Nola Pender a pessoa tem 1) características e experiências individuais que vão influenciar as 2) cognições e os efeitos específicos do comportamento que vão levar a um 3) resultado comportamental (ver Figura 1).

Para além destes fatores existem também, paralelamente exigências imediatas competitivas para as quais a pessoa tem pouco controlo, como as responsabilidades familiares que podem surgir e as preferências competitivas sobre as quais tem um grande controlo, porque pode optar pelo que vai escolher. Estas existências e preferências têm uma influência direta sobre a adoção de comportamentos promotores de saúde.

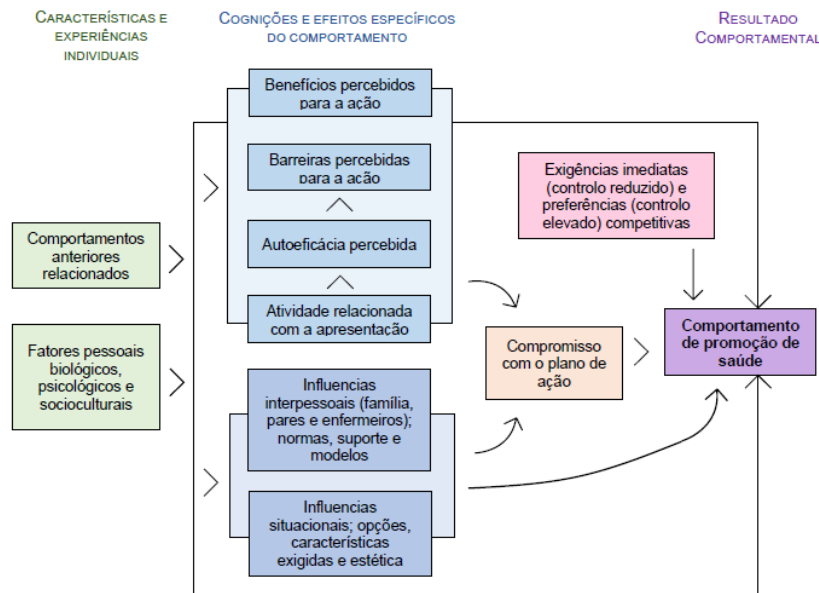


Figura 1 -Traduzido e adaptado do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (revisto) in Murdaugh et al. (2019)

Neste sentido, através deste modelo percebe-se a importância do enfermeiro, na sua intervenção de empoderamento parental para a promoção de AM até aos 6 meses, perceber junto das famílias se têm história anterior de AM, como está a sua auto motivação para amamentar, quais as emoções que associa ao amamentar. Assim como, avaliar a sua perceção de autoeficácia sobre o AM, desmistificar as barreiras percecionadas e ensinar ou relembrar os benefícios do AM de acordo com os percecionados. É também importante avaliar os contextos que frequentam, podem ser ou não promotores do AM e as exigências e preferências que possam surgir.

O modelo Integrativo da Parentalidade de Hoghughi pode servir de guia para empoderar os pais para a manutenção do AM, uma vez que ajuda a sistematizar as dimensões a avaliar com cada família de forma a empoderá-las, para que mantenham o AM até aos 6 meses. Designadamente, neste modelo a parentalidade é dividida em três dimensões, cada uma com subdimensões, que entre todas permitem determinar as capacidades e competências parentais: no que diz respeito as atividades parentais de Cuidado, os pais podem perceber que o AM é uma forma de responder as necessidades físicas e emocionais. Os pré-requisitos

podem ser avaliados no sentido de perceber os determinantes à manutenção do AM conforme referidos por Araújo et al. (2020), Duarte et al. (2022), Nass et al. (2021) e Rollins et al. (2016), nomeadamente, mas não só, os conhecimentos sobre AM, a motivação para o continuar o AM e os recursos disponíveis inclusive, os internos (perceção da autoeficácia) e a rede de suporte existente; nas oportunidades é importante perceber a dinâmica familiar e a gestão do tempo visto que amamentar implica perda de liberdade da mãe, dado ser uma tarefa que só poder desempenhada por si (Nass et al., 2021).

PARENTALIDADE		
Atividades parentais	Áreas Funcionais	Pré Requisitos
• Cuidados físicos, emocionais e sociais • Controlo • Desenvolvimento	• Saúde Física • Funcionamento educativo e intelectual • Comportamento Social • Saúde Mental	• Conhecimentos e compreensão • Motivação • Recursos • <i>Qualidades</i> • <i>Competencias</i> • <i>Rede social</i> • <i>Recusos materiais</i> • Oportunidade

Figura 2 – Adaptação do Modelo Integrativo da Parentalidade de Hoghughi (2014)
in Hoghughi & Long (2014)

3. Atividades a Desenvolver

CONTEXTO: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS				
Competências a desenvolver: E1.1, E1.2, E3.2, E3.4 (Reg. n.º 422/2018) A2.2, B1, B2, B3.2, C2.1, D1, D2.2 (Reg. n.º 140/2019)				
OG	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores
1	1.1 Identificar o contributo do EESIP na melhoria da qualidade dos cuidados, na gestão dos mesmos e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais.	- Consulta de normas e protocolos do serviço; - Realização de entrevistas exploratórias à equipa para conhecer a contextualização e caracterização da população abrangida; - Identificação junto da enfermeira chefe quais os programas de melhoria contínua, em curso na instituição; - Levantamento da necessidade de elaboração de recurso, no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados, no sentido de promover a manutenção do aleitamento materno; - Elaboração de recurso para melhoria de cuidados, se adequado; - Observação das dinâmicas de gestão de cuidados.	<u>Humanos:</u> Professor orientador; Enfermeiro supervisor; Enfermeiro chefe Outros enfermeiros Crianças e famílias <u>Materiais:</u> Normas e documentos do serviço;	Recurso de apoio à prestação de cuidados para promoção do aleitamento materno de acordo com necessidades do serviço e população;
	1.2 Aprofundar conhecimentos na assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.	- Colaboração na prestação de cuidados especializados - Realizações de intervenções no âmbito da saúde escolar - Entrevista aos enfermeiros e aos enfermeiros orientador para perceber qual o protocolo das articulações com os recursos na comunidade e o SNIPI para potenciar a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais e promover a intervenção precoce - Observação das articulações realizadas	Evidência científica Outros específicos de acordo com as necessidades levantadas	Reflexão crítica sobre a intervenção do EESIP na identificação e articulação situações que requerem

		- No âmbito da assistência a crianças/jovens em situações de abuso, negligência e maus-tratos, participar nas reuniões ou noutras atividades desenvolvidas com as equipas da CPCJ		intervenção precoce.
	1.4 Desempenhar cuidados adequados as necessidades do ciclo de vida e ao desenvolvimento da criança e jovem.	- Colaboração na prestação de cuidados especializados e diferenciados - Discussão com enfermeiro supervisor sobre estratégias promotoras de esperança; - Aprofundamento de técnicas de comunicação expressiva de emoções e de técnicas de prestação de cuidados a adolescentes		
2	2.1. Identificar os principais determinantes da manutenção do aleitamento materno;	- Levantamento junto da equipa de saúde dos principais determinantes do AM até aos 6 meses percebidas - Levantamento junto da família/cuidadores, nas consultas no âmbito do PNSIJ, das principais dificuldades à manutenção do aleitamento materno		
	2.2 Prestar cuidados centrados na família de acordo com o modelo de promoção da saúde, com vista a manutenção do aleitamento materno até aos 6 meses	- Aplicação do protocolo de observação e avaliação da mamada da mamada da UNICEF e outros protocolos relacionados com a amamentação, se adequados - Promoção da identificação, junto das famílias, da sua autoeficácia, benefícios e barreiras da amamenta-o - Operacionalização estratégias promotoras do aleitamento materno adequadas ao contexto e população.		

CONTEXTO: CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO

Competências a desenvolver: E1.1, E1.2, E2.3, E2.4, E2.5, E3.2, E3.4 (Reg. n.º 422/2018) A1.2, A1.3, B1, B2, B3.2 (Reg. nº 140/2019)

OG	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores
1	1.1 Identificar o contributo do EESIP na melhoria da qualidade dos cuidados, na gestão dos mesmos e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais;	- Consulta de normas e protocolos do serviço; - Realização de entrevistas exploratórias à equipa para conhecer a contextualização e caracterização da população abrangida; - Identificação junto da enfermeira chefe quais os programas de melhoria contínua, em curso na instituição;	<u>Humanos:</u> Professor orientador; Enfermeiro supervisor; Enfermeiro chefe Outros enfermeiros Crianças e famílias <u>Materiais:</u> Normas e documentos do serviço; Evidência científica Outros específicos de acordo com as necessidades levantadas	Reflexão crítica sobre a intervenção do EESIP nas respostas as doenças raras e possível impacto das mesmas no AM.
	1.2 Aprofundar conhecimentos na assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;	- Observação participada na prestação de cuidados especializados as crianças/jovem família no âmbito das doenças raras, deficiências e incapacidades; - Observação participada da avaliação do desenvolvimento infantil com recursos a instrumentos adequados à criança e ao contexto: Schedule of Growing Skills II		
	1.3 Reconhecer a intervenção do EESIP nos cuidados em situações de especial complexidade à criança/jovem e família;	- Observação das estratégias de intervenção na gestão da dor e bem-estar - Observação dos processos de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.		
	1.4 Desempenhar cuidados adequados as necessidades do ciclo de vida e ao desenvolvimento da criança e jovem			
2	1.1. Identificar os principais determinantes da manutenção do aleitamento materno;	- Discussão com o enfermeiro orientador e equipa quais as histórias de amamentação das famílias que acompanham e quais os principais		

		determinantes à manutenção do aleitamento materno que as mesmas identificaram.		
--	--	--	--	--

CONTEXTO: INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Competências a desenvolver: E1, E2.2, E2.3, E2.4, E2.5, E3.1, E3.2, E3.4 (Reg. n.º 422/2018) A1.2, A1.3, B1, B2, B3.2 (Reg. nº 140/2019)

OG	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores
1	1.1 Identificar o contributo do EESIP na melhoria da qualidade dos cuidados, na gestão dos mesmos e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais.	- Consulta de normas e protocolos do serviço; - Realização de entrevistas exploratórias à equipa para conhecer a contextualização e caracterização da população abrangida; - Identificação junto da enfermeira chefe quais os programas de melhoria contínua, em curso na instituição; - Levantamento da necessidade de elaboração de recurso, no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados, no sentido de promover a manutenção do aleitamento materno; - Elaboração de recurso para melhoria de cuidados, se adequado; - Observar dinâmicas de gestão de cuidados	<u>Humanos:</u> Professor orientador; Enfermeiro supervisor; Enfermeiro chefe Outros enfermeiros Crianças e famílias <u>Materiais:</u> Normas e documentos do serviço; Evidência científica Outros específicos de acordo com as necessidades levantadas	Elaboração de crítica reflexiva sobre o impacto da intervenção do EESIP na promoção do AM no internamento. Recurso de apoio à prestação de cuidados para promoção do aleitamento materno de acordo com
	1.2 Aprofundar conhecimentos na assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;	- Levantamento dos principais motivos de internamento no serviço; - Pesquisa bibliográfica sobre as principais patologias recorrentes no internamento e respetivas intervenções de enfermagem; - Colaboração, sempre que possível, na prestação de cuidados; - Compreensão sobre as articulações feitas no momento da alta, para a promoção da continuidade de cuidados.		

	1.3 Reconhecer a intervenção do EESIP nos cuidados em situações de especial complexidade à criança/jovem e família;	- Observação das intervenções do EESIP na gestão da dor e do bem-estar, na aplicação de terapias de enfermagem comuns e complementares e na promoção da esperança, se aplicável.		necessidades do serviço e população;
	1.4 Desempenhar cuidados adequados as necessidades do ciclo de vida e ao desenvolvimento da criança e jovem	- Colaboração participada na prestação de cuidados promotores da vinculação e do desenvolvimento e manutenção da parentalidade nas situações de internamento; - Observação e Identificação das estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro orientador para uma comunicação expressiva das emoções dos adolescentes - Discussão com o enfermeiro orientador e restante equipa sobre estratégias utilizadas na negociação das intervenções a prestar às e pelas crianças/adolescentes e famílias.		
2	2.1. Identificar os principais determinantes da manutenção do aleitamento materno;	- Levantamento junto da equipa de saúde dos principais determinantes do AM até aos 6 meses percebidas -Levantamento junto da família/cuidadores dos lactentes e crianças internadas, dos principais determinantes (atuais ou passados) à manutenção do aleitamento materno		
	2.2 Prestar cuidados centrados na família de acordo com o modelo de promoção da saúde, com vista a manutenção do aleitamento materno até aos 6 meses	- Aplicação do protocolo de observação e avaliação da mamada da mamada da UNICEF e outros protocolos relacionados com a amamentação, se adequados - Promoção da identificação, junto das famílias, da sua autoeficácia, benefícios e barreiras da amamentação.		

		- Operacionalização estratégias promotoras do aleitamento materno adequadas ao contexto e população.		
--	--	--	--	--

CONTEXTO: SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Competências a desenvolver: E1, E2, E3.2, E3.4 (Reg. n.º 422/2018) A1.2, A1.3, B1, B2, B3.2 (Reg. nº 140/2019)

OG	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores
1	1.1 Identificar o contributo do EESIP na melhoria da qualidade dos cuidados, na gestão dos mesmos e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais.	- Consulta de normas e protocolos do serviço; - Realização de entrevistas exploratórias à equipa para conhecer a contextualização e caracterização da população abrangida; - Identificação junto da enfermeira chefe quais os programas de melhoria contínua, em curso na instituição; - Levantamento da necessidade de elaboração de recurso, no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados, no sentido de promover a manutenção do aleitamento materno; - Elaboração de recurso para melhoria de cuidados, se adequado; - Observar dinâmicas de gestão de cuidados de enfermagem (gestão da equipa, otimização da tomada de decisão e do trabalho de equipa adequado os recursos às necessidades de cuidados, e adaptação do estilo de liderança)	<u>Humanos:</u> Professor orientador; Enfermeiro supervisor; Enfermeiro chefe Outros enfermeiros Crianças e famílias <u>Materiais:</u> Normas e documentos do serviço; Evidência científica Outros específicos de acordo com as necessidades levantadas	Elaboração de crítica reflexiva sobre a identificação de situações de negligência/ maus-tratos em contexto de urgência. OU - Elaboração de uma revisão da literatura do aleitamento materno como
	1.2 Aprofundar conhecimentos na assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;	- Levantamento dos principais motivos em que as crianças/jovens e família recorrem ao Serviço de Urgência (UP); - Pesquisa bibliográfica sobre as principais patologias recorrentes no SU e respetivas intervenções de enfermagem;		

		- Observação, sempre que possível participada, da prestação de cuidados nas várias áreas que compõem a urgência pediátrica, nomeadamente triagem, sala de reanimação, sala de tratamentos e sala de inaloterapia; - Compreensão sobre as articulações feitas no momento da alta, para a promoção da continuidade de cuidados; - Observar as intervenções do ESSIP e equipa multidisciplinar na identificação e assistência à criança/jovem e família em situações de abuso, negligencia e maus-tratos.		medida não farmacológica. OU - Elaboração de uma reflexão crítica sobre a amamentação como medida não farmacológica. E Recurso de apoio à prestação de cuidados para promoção do aleitamento materno de acordo com necessidades do
	1.3 Reconhecer a intervenção do EESIP nos cuidados em situações de especial complexidade à criança/jovem e família;	- Observação das intervenções do EESIP nas situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte; - Observação das intervenções do EESIP na avaliação, gestão e controlo da dor e do bem-estar, na aplicação de terapias de enfermagem comuns e complementares e na promoção da esperança, se aplicável. - Estimular o recurso à amamentação como estratégia de gestão e controlo da dor, caso não seja já utilizada.		
	1.4 Desempenhar cuidados adequados as necessidades do ciclo de vida e ao desenvolvimento da criança e jovem	- Observação e identificação das estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro orientador para uma comunicação expressiva das emoções dos adolescentes; - Discussão com o enfermeiro orientador e restante equipa sobre estratégias utilizadas na negociação das intervenções a prestar as e pelas crianças/adolescentes e famílias.		
2	2.1. Identificar os principais determinantes da manutenção do aleitamento materno;	- Levantamento junto da equipa de saúde dos principais determinantes do AM até aos 6 meses percebidas;		

		-Levantamento junto da família/cuidadores dos lactentes e crianças internadas, dos principais determinantes (atuais ou passados) à manutenção do aleitamento materno. -Participação no 4º Seminário de Investigação do Projeto NIDCare e apresentação do livro "Competências oro-motoras do recém-nascido"		serviço e população: poster divulgação consulta amamentação e esclarecimentos sobre pega correta; poster promotor da técnica sonda mama pelos profissionais.
	2.2 Prestar cuidados centrados na família de acordo com o modelo de promoção da saúde, com vista a manutenção do aleitamento materno até aos 6 meses	- Aplicação do protocolo de observação e avaliação da mamada da UNICEF e outros protocolos relacionados com a amamentação e as competências oro-motoras da criança. - Promoção da identificação, junto das famílias, da sua autoeficácia, benefícios e barreiras da amamentação. - Operacionalização estratégias promotoras do aleitamento materno adequadas ao contexto e população. - Participação nas consultas de amamentação no serviço de consultas externas transversais ao SUP; internamento de pediatria, neonatologia, Obstetrícia e bloco de partos.		

CONTEXTO: UNIDADE DE NEONATOLOGIA

Competências a desenvolver: E1, E2, E3.2, E3.4 (Reg. n.º 422/2018) A1.2, A1.3, B1, B2, B3.2 (Reg. nº 140/2019)

OG	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores
1	1.1 Identificar o contributo do EESIP na melhoria da qualidade	- Consulta de normas e protocolos do serviço;	<u>Humanos:</u>	Elaboração de critica reflexiva

dos cuidados, na gestão dos mesmos e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais.	- Realização de entrevistas exploratórias à equipa para conhecer a contextualização e caracterização da população abrangida; - Identificação junto da enfermeira chefe quais os programas de melhoria contínua, em curso na instituição; - Levantamento da necessidade de elaboração de recurso, no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados, no sentido de promover a manutenção do aleitamento materno; - Elaboração de recurso para melhoria de cuidados, se adequado; - Observar dinâmicas de gestão de cuidados	Professor orientador: Enfermeiro supervisor; Enfermeiro chefe Outros enfermeiros Crianças e famílias <u>Materiais:</u> Normas e documentos do serviço; Evidência científica Outros específicos de acordo com as necessidades levantadas	sobre o impacto das situações de risco de morte e morte, na gestão emocional dos enfermeiros.
1.2 Aprofundar conhecimentos na assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;	- Pesquisa bibliográfica sobre as principais patologias do serviço, respetivas intervenções de enfermagem; - Observação, sempre que possível participada, da prestação de cuidados - Compreensão sobre as articulações feitas no momento da alta, para a promoção da continuidade de cuidados;		Recurso de apoio à prestação de cuidados para promoção do aleitamento materno de acordo com necessidades do serviço e população, por exemplo elaboração de cartões com frases motivacionais e com informação
1.3 Reconhecer a intervenção do EESIP nos cuidados em situações de especial complexidade à criança/jovem e família;	- Identificação dos sinais de sinais de descompensação e instabilidade do recém-nascido; - Observação das intervenções do EESIP nas situações instabilidade das funções vitais e risco de morte; - Observação das intervenções do EESIP na gestão da dor e do bem-estar, na aplicação de terapias de enfermagem comuns e complementares e na promoção da esperança, se aplicável;		
1.4 Desempenhar cuidados adequados as necessidades do	- Observação e Identificação das estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro orientador para uma comunicação expressiva das emoções;		

	ciclo de vida e ao desenvolvimento da criança e jovem	- Identificação das estratégias dos enfermeiros e EESIP para a promoção da vinculação do recém-nascido.		pertinentes para motivar o AM nas famílias que mostrem esse desejo.
2	2.1. Identificar os principais determinantes da manutenção do aleitamento materno;	- Levantamento junto da equipa de saúde dos principais determinantes do AM até aos 6 meses percebidas -Levantamento junto da família/cuidadores dos lactentes e crianças internadas, dos principais determinantes (atuais ou passados) à manutenção do aleitamento materno		
	2.2 Prestar cuidados centrados na família de acordo com o modelo de promoção da saúde, com vista a manutenção do aleitamento materno até aos 6 meses	- Aplicação da escala de observação de competências precoces na alimentação oral (<i>Early feeding Skills assessment scale</i>) e outros protocolos relacionados com a amamentação, se adequados - Promoção da identificação, junto das famílias, da sua autoeficácia, benefícios e barreiras da amamentação. - Operacionalização estratégias promotoras do aleitamento materno adequadas ao contexto e população.		

Referências Bibliográficas

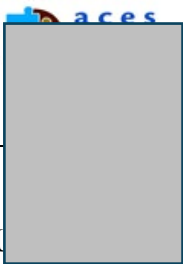
- Al Shahrani, A., Hushan, H., Binjamaan, N., Binhuwaimel, W., Alotaibi, J., & Alrasheed, L. (2021). Factors associated with early cessation of exclusive breast feeding among Saudi mothers: A prospective observational study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(10), 3657. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_852_21
- Araújo, T. P., Formigosa, L. A. C., & Maciel, A. P. (2020). Prevalência e fatores associados ao desmame precoce: uma revisão integrativa. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 10(59), 4508–4521. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i59p4508-4521>
- Ashcraft, L. E., Asato, M., Houtrow, A. J., Kavalieratos, D., Miller, E., & Ray, K. N. (2019). Parent Empowerment in Pediatric Healthcare Settings: A Systematic Review of Observational Studies. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 12, 199–212. <https://doi.org/10.1007/s40271-018-0336-2>
- Borges Rodrigues, S., Parisod, H., Barros, L., & Salanterä, S. (2021). Measuring Empowerment Counselling in Routine Primary Health Care: Psychometric Properties of a Portuguese Adaptation of the Empowering Speech Practices Scale. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, e79–e86. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.04.031>
- Borges Rodrigues, S., Parisod, H., Barros, L., & Salanterä, S. (2022). Examining Empowerment Interventions With Families and Preschool Children: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. In *Health Education and Behavior* (Vol. 49, Issue 2, pp. 358–377). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/10901981211031444>
- Branco, J., Manuel, A. R., Completo, S., Marques, J., Antão, R. R., Gago, C. P., Paulino, E., Voutsen, O., & Barroso, R. (2023). Prevalence and Predictive Factors of Exclusive Breastfeeding in the First Six Months of Life. *Acta Médica Portuguesa*. <https://doi.org/10.20344/AMP.18692>
- Regulamento n.º 140/2019, Pub. L. No. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Ordem dos enfermeiros. Diário da República, Série II (nº 26, de 2019-02-06) 4744 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018), Pub. L. No. 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 2018-07-12) 19192. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Dantas, B. P., Tassara, K. R., Moraes, P. H. A. de, Oliveira, R. A. de, & Ansaloni, L. V. S. (2020). A colaboração do enfermeiro no processo de amamentação por primíparas: superando

- barreiras e dificuldades. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 10(56), 3226–3237. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i56p3226-3237>
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- DGS, Freitas, M. da G. (coord.), & Mestre, R. (coord.). (2022). *Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável*. www.dgs.pt
- Duarte, M. L., Dias, K. R., Ferreira, D. M. T. P., & Fonseca-Gonçalves, A. (2022). Knowledge of health professionals about breastfeeding and factors that lead the weaning: a scoping review. *Ciencia e Saude Coletiva*, 27(2), 441–457. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.35672020>
- Fraga, M. do R. B. de A., Barreto, K. A., Lira, T. C. B., Celerino, P. R. R. P., Tavares, I. T. da S., & Menezes, V. A. de. (2020). Ankyloglossia and breastfeeding: what is the evidence of association between them? *Revista CEFAC*, 22(3). <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202022312219>
- Freitas, M. da G. (Coord). (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*.
- Genna, C. W. (2017). *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants* (C. W. Genna, Ed.; 3^a). Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Glover, R., & Wiessinger, D. (2017). They Can do it, you can help: Building Breastfeeding Skill and Confidence in Mother and Helper. In C. W. Genna (Ed.), *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants* (3th Edition, pp. 89–112). Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018), Pub. L. No. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, Assembleia da República. Diário da República, Série I (n.º 157/2018 de 2018-08-16) 4147. Retrieved April 20, 2023, from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Hansen, K. (2016). Breastfeeding: a smart investment in people and in economies. *The Lancet*, 34.
- Horta, B. L., Rollins, N., Dias, M. S., Garcez, V., & Pérez-Escamilla, R. (2023). Systematic review and meta-analysis of breastfeeding and later overweight or obesity expands on previous study for World Health Organization. *Acta Paediatrica*, 112(1), 34–41. <https://doi.org/10.1111/APA.16460>
- Institute for Patient-and Family-Centered Care. (n.d.). *What is PFCC?* Retrieved April 24, 2023, from <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>

- Jansen, J., Weerth, C. de, & Riksen-Walraven, J. M. (2008). Breastfeeding and the mother-infant relationship-A review. In *Developmental Review* (Vol. 28, Issue 4, pp. 503–521). <https://doi.org/10.1016/j.dr.2008.07.001>
- Krol, K. M., & Grossmann, T. (2018). Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. In *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (Vol. 61, Issue 8, pp. 977–985). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2769-0>
- McFadden, A., Mason, F., Baker, J., Begin, F., Dykes, F., Grummer-Strawn, L., Kenney-Muir, N., Whitford, H., Zehner, E., & Renfrew, M. J. (2016). Spotlight on infant formula: coordinated global action needed. *The Lancet*, 387, 31–33.
- Murdaugh, C., Parsons, M. A., & Pender, N. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8ª edição). Pearson.
- Nass, E. M. A., Marcon, S. S., Teston, E. F., Monteschio, L. V. C., Reis, P. dos, & Vieira, V. C. de L. (2021). Maternal factors and early weaning from exclusive breastfeeding / Fatores maternos e o desmame precoce do aleitamento materno exclusivo. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 1698–1703. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10614>
- Nelas, J. C. (Coord.). (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Ordem dos Enfermeiros.
- OMS. (2021, June 9). *Infant and young child feeding*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- OMS, & UNICEF. (2022, July 31). *Joint statement by UNICEF and WHO on World Breastfeeding Week*. WHO. <https://www.who.int/news/item/31-07-2022-joint-statement-by-unicef-executive-director-catherine-russell-and-who-director-general-dr-tedros-adhanom-gehebreyesus-on-the-occasion-of-world-breastfeeding-week>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do títulos profissional de Enfermeiro Especialista*.
- Regulamento n.º 351/2015, Pub. L. No. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, Diário da República, Série II (n.º 119/2015 de 2015-06-22) 16660. Retrieved April 20, 2023, from <https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>
- Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz,

- E., Rollins, N., Victora, C. G., & Richter, L. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, 401(10375), 472–485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
- Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Farja, M. do C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T. S., Dinis, A., & Rascôa, C. L. (2023). *Childhood Obesity Surveillance Initiative COSI Portugal 2022*.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Breastfeeding 2 Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387. www.thelancet.com
- Sakraida, T. J., & Wilson, J. (2018). Health Promotion Model. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work* (Ninth Edition, p. 323). Elsevier.
- Sandes, A. R., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., Correia, S., Rocha, E., & Da Silva, L. J. (2007). Aleitamento Materno Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 193–200.
- Silva, T. (2013). Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 223–228.
- UNICEF. (2016). *From the First Hour of Life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere*.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding 1 Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387. <http://mics>.
- Victora, C. G., Lessa Horta, B., Loret De Mola, C., Quevedo, L., Tavares Pinheiro, R., Gigante, D. P., Gonçalves, H., & Barros, F. C. (2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*, 3, 199–205. www.thelancet.com/lancetgh

Apêndice VI – Normas de procedimentos

	NORMA DE PROCEDIMENTO 1ª CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL	Elaborado em: Enf.ª EESIP [redacted] Enf.ª Sara Martins estudante do 1º Curso MESIP da ESEL sob Orientação Prof. Dra. Sónia Rodrigues
	Aprovação a / /	
	Dr.ª E [redacted] b, Diretora Executiva	Revisão em:

OBJETIVOS:

- Assistir, de forma harmoniosa, a criança e família, em resposta às suas necessidades específicas de vida e de desenvolvimento na primeira consulta de vida;
- Melhorar de forma contínua os cuidados, através da sistematização dos procedimentos, de forma a permitir responder à complexidade da população abrangida.

FUNDAMENTAÇÃO:

A promoção da saúde infantil ajuda a garantir a igualdade de oportunidades e de recursos para permitir que todas as crianças atinjam o seu potencial máximo de saúde (Hockenberry, 2019), sendo para isso essencial o papel dos cuidados de saúde primários (OMS, 2022). As bases para a saúde e para o desenvolvimento das crianças começam durante o período pré-concepcional e continuam durante o primeiro ano de vida (Hagan et al., 2017). Neste sentido, a sistematização da vigilância de saúde e a contribuição e empenho de todos os envolvidos é um garante de cuidados de saúde adequados e eficazes (DGS, 2013). Igualmente, a filosofia de Cuidados Centrados na Família são uma abordagem que permite o planeamento, operacionalização e avaliação dos cuidados de saúde, do contexto, dos aspetos estruturais, funcionais e do desenvolvimento da família que permitem nortear a intervenção, com base no respeito e dignidade; partilha de informação; participação e colaboração (Ashcraft et al., 2019; Institute for Patient-and Family-Centered Care, n.d.)

PROCEDIMENTO:

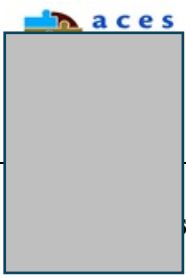
- Mostrar e acolher a criança e família ao serviço;
- Confirmar ou incentivar o registo do recém-nascido/criança, inscrição na unidade de saúde e atribuição de número do SNS (se adequado), verificando o médico de família;
- Abrir contacto e iniciar programa de saúde infantil no Sclínico;
- Preencher a avaliação inicial e folha de rosto;

- Colher a anamnese: queixas atuais e estado geral; naturalidade, antecedentes pessoais, medicação e cumprimento do PNV; história comportamental e social; história obstétrica materna; informação sobre gravidez e parto; História familiar;
- Avaliar situação e risco familiar (sinais de alerta de maus-tratos);
- Avaliar satisfação, recursos, adaptação do principal cuidador e suas principais preocupações e expectativas;
- Realizar exame físico: pele, cabeça e pescoço, visão, audição, cavidade oral, respiração, palpação abdominal e coto umbilical, coluna, genitais externos, anca, reflexos primitivos e sinais vitais;
 - Se criança entre o 3º e 6º dia de vida verificar se já realizou rastreio metabólico neonatal, se não realizou proceder de acordo com a norma rastreio metabólico neonatal;
- Realizar avaliação antropométrica: peso, comprimento/estatura, IMC e perímetro cefálico;
- Avaliar alimentação, eliminação, cuidados de higiene e hábitos de sono, apoiar e promover hábitos de vida saudáveis;
 - Se adequado (se recém-nascido sem cetoacidúria de cadeia ramificada, fenilcetonúria ou galactosemia e mãe sem VIH) incentivar, avaliar e apoiar a amamentação de acordo com as normas de promoção do aleitamento materno e resolução de problemas relacionado com a amamentação;
- Avaliar desenvolvimento psico-motor com recurso a escala rastreio de Mary Sheridan Modificada;
- Adequar cuidados antecipatórios à família;
- Ativar focos de enfermagem adequados à família e criança;
- Validar conhecimentos sobre sinais de alarme em que deve recorrer ao serviço para reavaliação ou aqueles em que deve recorrer ao serviço de urgência;
- Informar como funcionam as consultas por doença/consulta do dia;
- Agendar com a família a próxima consulta de enfermagem e consulta médica (ou colocar na lista de espera);
- Explicar como fazer a admissão na próxima consulta;
- Confirmar ou orientar a mãe (caso se aplique) para agendar a consulta de revisão do parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ashcraft, L. E., Asato, M., Houtrow, A. J., Kavalieratos, D., Miller, E., & Ray, K. N. (2019). Parent Empowerment in Pediatric Healthcare Settings: A Systematic Review of Observational Studies. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 12, 199–212. <https://doi.org/10.1007/s40271-018-0336-2>
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

- Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (Eds.). (2017). Bright Futures Health Supervision Visits. In *Bright Futures - Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* (4th Edition). American Academy of Pediatrics.
- Hockenberry, M. J. (2019). Perspectives of Pediatrics Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (11^a Edition, pp. 1–14). Elsevier.
- Institute for Patient-and Family-Centered Care. (n.d.). *What is PFCC?* Retrieved April 24, 2023, from <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- OMS. (2022). *Pocket Book of Primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence*. WHO Regional Office for Europe.

	NORMA DE PROCEDIMENTO DA CONSULTA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO		<u>Elaborado em:</u> Enf. ^a EESIP Enf. ^a Sara Martins estudante do 1º Curso MESIP da ESEL sob Orientação Prof. Dra. Sónia Rodrigues
	Aprovação a / / Dr. ^a E p, Diretora Executiva		<u>Revisão em:</u>

OBJETIVOS:

- Sistematizar os principais aspetos a abordar na consulta de enfermagem, de forma a promover o aleitamento materno, se essa for a decisão informada da família.

FUNDAMENTAÇÃO:

A Organização Mundial de Saúde (2022), a UNICEF (2021) e DGS (2013) recomendam a manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, que deve ser iniciado o mais precocemente possível. Para tal, durante todos os contactos nomeadamente nos cuidados pós-natais, devem ser disponibilizados serviços de saúde de apoio, com aconselhamento sobre alimentação de lactentes e crianças (OMS, 2021). Para o estabelecimento do sucesso do aleitamento materno é necessária a conjugação de 3 fatores: a decisão pelo aleitamento materno, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação (Levy & Bértolo, 2012). O tipo de apoio que os indivíduos lactantes recebem pode influenciar a sua autoeficácia na amamentação e se os seus esforços para amamentar são feitos de uma posição de confiança ou derrota (Glover & Wiessinger, 2017).

PROCEDIMENTO:

- Identificar a história de amamentação anterior (se se aplicar) e antecedentes pessoais do indivíduo lactante, se:
 - VHA, VHC ou VHB* o aleitamento **Não** está contraindicado⁵ (*se administração da vacina e da imunoglobulina contra VHB ao recém nascido, nas primeiras 12h);
 - CMV recém nascido de termo **Não** está contraindicado o aleitamento materno⁶;
 - VIH e vírus T-linfotrópico humano tipo 1 e 2 **a substituição de leite materno está recomendada**⁷;

⁵ Dionne-Odom et al., 2016; Secção de Neonatologia da SPP, 2007

⁶ Cunha, 2009; Parker et al., 2021

⁷ Franco et al., 2018

- Tuberculose **aleitamento materno deve ser encorajado**, se for necessária a separação mãe-recém nascido, recomendar a extração de leite materno para ser oferecido ao recém nascido ⁸;
- Medicação habitual, verificar compatibilidade em <https://www.e-lactancia.org/>.
- Avaliar com o cuidador principal e/ou orientar sobre aleitamento materno, competências, recursos e materiais relevantes;
- Avaliar qual a forma escolhida para manter o aleitamento materno (direto ou diferido) e motivo:
 - Se direto: Avaliar a pega e se necessário empoderar para uma pega correta, com transferência de leite, sem dor ou desconforto numa posição confortável - Entregar folheto informativo;
 - Se diferido: avaliar e validar conhecimentos sobre extração de leite manual e com bomba extratora (se se adequar), conservação do leite materno e forma de administração do leite materno;
 - No SClínico: ativar e avaliar focos amamentar e vinculação; nos cuidados antecipatórios ativar tipo de aleitamento e selecionar o adequado à situação.
- Avaliar com o cuidador principal os benefícios, barreiras e autoeficácia percebidas sobre aleitamento materno, bem como quais os recursos e influências (familiares, sociais, culturais, entre outros) que identificam, que possam afetar o aleitamento materno:
 - Considerar antecedentes infantis que podem ser barreiras à amamentação: prematuridade, baixo peso, hipotonia, anquiloglossia (fazer avaliação da anatomia e função oral), uso de chucha⁹;
 - Considerar que antecedentes do indivíduo lactante de alcoolismo, obesidade, hipertensão, diabetes, síndrome ovários poliquísticos podem afetar a produção/ejeção do leite¹⁰.
- Validar ou empoderar sobre importância da vitalidade, do aumento ponderal (utilizar por exemplo: <https://newbornweight.org/> e as tabelas de incrementos de peso por grupos de peso ao nascer da OMS para avaliar) e da eliminação do bebê, na avaliação do sucesso do aleitamento materno.
 - Se necessário suplementar:
 - Optar sempre que possível e de acordo com os desejos da família, por suplementar com leite materno, preferencialmente oferecido na mama com recurso a dispositivos lactadores/sondas. Se oferecido por biberão optar pela técnica *pacefeeding*;
 - Combinar a quantidade a oferecer, intervalo e duração da suplementação (o suplemento quando oferecido sem ser na mama deve ser numa quantidade que ainda assim permita mamadas frequentes, mínimo 8 a cada 24 horas);
 - Reavaliar a necessidade de manter na próxima consulta.
- No SClínico ativar e avaliar focos de atenção mamar e vinculação; nos cuidados antecipatórios ativar tipo de aleitamento materno.
- Agendar próxima consulta de apoio à amamentação, se próxima consulta de rotina não for dentro do intervalo de tempo necessário.

⁸ DGS, 2020

⁹ Al Shahrani et al., 2021; Fraga et al., 2020; Pérez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2016; Sandes et al., 2007;

T. Silva, 2013

¹⁰ Marasco & West, 2020

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al Shahrani, A., Hushan, H., Binjamaan, N., Binhuwaimel, W., Alotaibi, J., & Alrasheed, L. (2021). Factors associated with early cessation of exclusive breast feeding among Saudi mothers: A prospective observational study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(10), 3657. https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_852_21
- Cunha, M. A. (2009). Aleitamento materno e prevenção de infecções. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 356–362.
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- DGS. (2020). *Manual de Tuberculose e micobactérias não tuberculosas*. www.dgs.pt
- Dionne-Odom, J., Tita, A. T. N., & Silverman, N. S. (2016). Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series:#38: Hepatitis B in pregnancy screening, treatment, and prevention of vertical transmission. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(1), 6–14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.09.100>
- Fraga, M. do R. B. de A., Barreto, K. A., Lira, T. C. B., Celerino, P. R. R. P., Tavares, I. T. da S., & Menezes, V. A. de. (2020). Ankyloglossia and breastfeeding: what is the evidence of association between them? *Revista CEFAC*, 22(3). <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202022312219>
- Franco, C., Castilho, S., Graça, A., & Marques, J. G. (2018). Transmission of Infections via Breast Milk: A Literature Review. *Acta Pediatrica Portuguesa*, 49, 243–252. <https://doi.org/10.21069/APP.2018.13325>
- Glover, R., & Wiessinger, D. (2017). They Can do it, you can help: Building Breastfeeding Skill and Confidence in Mother and Helper. In C. W. Genna (Ed.), *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants* (3th Edition, pp. 89–112). Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/1209/4-manual-de-aleitamento-materno.pdf>
- Marasco, L., & West, D. (2020). *Making More Milk: The breastfeeding Guide to Increasing your milk production* (2th edition). McGraw-Hill.
- OMS. (2021, June 9). *Infant and young child feeding*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- OMS. (2022). *Pocket Book of Primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence*. WHO Regional Office for Europe.
- Parker, M. G., Stellwagen, L. M., Noble, L., Kim, J. H., Poindexter, B. B., & Puopolo, K. M. (2021). CLINICAL REPORT Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care: Promoting Human Milk and

Breastfeeding for the Very Low Birth Weight Infant. *PEDIATRICS*, 148(5), 1–15.
http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/148/5/e2021054272/1353757/peds_2021054272.pdf

Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C. G., & Richter, L. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, 401(10375), 472–485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)

Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Breastfeeding 2 Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387. www.thelancet.com

Sandes, A. R., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., Correia, S., Rocha, E., & Da Silva, L. J. (2007). Aleitamento Materno Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 193–200.

Secção de Neonatologia da SPP. (2007). *Protocolos de Diagnóstico e Terapêutica em Infeciologia Perinatal: Hepatites A, B e C*.

Silva, T. (2013). Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 223–228.

Apêndices da Norma

How you and your health visitor can recognise that your baby is feeding well			This assessment tool was developed for use in or around day 10-14
What to look for/ask about	✓	✓	
Your baby: has at least 8 -12 feeds in 24 hours			Wet nappies: Nappies should feel heavy. To get an idea of how this feels take a nappy and add 2-4 tablespoons of water as this will help you know what to expect.
is generally calm and relaxed when feeding and content after most feeds			
will take deep rhythmic sucks and you will hear swallowing			
will generally feed for between 5 and 40 minutes and will come off the breast spontaneously			Stools/dirty nappies: By day 10-14 babies should pass frequent soft runny yellow stools every day with 2 stools being the minimum you would expect. After 4-6 weeks when breastfeeding is more established this may change with some babies going a few days or more without stooling. Breastfed babies are never constipated and when they do pass a stool it will still be soft, yellow and abundant.
has a normal skin colour and is alert and waking for feeds			
has regained birth weight			
Your baby's nappies: At least 6 heavy, wet nappies in 24 hours			
At least 2 dirty nappies in 24 hours, at least £2 coin size, yellow and runny and usually more			Feed frequency: Young babies will feed often and the pattern and number of feeds will vary from day to day. Being responsive to your baby's need to breastfeed for food, drink, comfort and security will ensure you have a good milk supply and a secure happy baby.
Your breasts:			
Breasts and nipples are comfortable			Care plan commenced: Yes/No
Nipples are the same shape at the end of the feed as the start			
How using a dummy/nipple shields/infant formula can impact on breastfeeding?			
Date			
Health visitor initials			
Health Visitor: if any responses not ticked: watch a full breastfeed, develop a care plan including revisiting positioning and attachment and/or refer for additional support. Consider specialist support if needed.			

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da mãe _____ Data _____
Nome do bebê _____ Idade do bebê _____

Sinais que a amamentação vai bem

Sinais de possível dificuldade

SEÇÃO A

Observação geral

Mãe

- | | |
|--|--|
| ☐ Mãe parece saudável | ☐ Mãe parece doente ou deprimida |
| ☐ Mãe relaxada e confortável | ☐ Mãe parece tensa e desconfortável |
| ☐ Mamas parecem saudáveis | ☐ Mamas avermelhadas, inchadas /doloridas |
| ☐ Mama bem apoiada, c/ dedos fora do mamilo | ☐ Mama segurada com dedos na aréola |

Bebê

- | | |
|--|--|
| ☐ Bebê parece saudável | ☐ Bebê parece sonolento ou doente |
| ☐ Bebê calmo e relaxado | ☐ Bebê inquieto ou chorando |
| ☐ Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê | ☐ Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil |
| ☐ O bebê busca /alcança a mama se está com fome | ☐ O bebê não busca, nem alcança |

SEÇÃO B

Posição do bebê

- | | |
|--|--|
| ☐ A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados | ☐ Pescoço/cabeça do bebê girados ao mamar |
| ☐ Bebê seguro próximo ao corpo da mãe | ☐ Bebê não é seguro próximo |
| ☐ Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo | ☐ queixo e lábio inferior opostos ao mamilo |
| ☐ Bebê apoiado | ☐ Bebê não apoiado |

SEÇÃO C

Pega

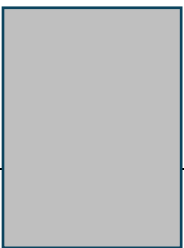
- | | |
|--|---|
| ☐ Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê | ☐ Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior |
| ☐ A boca do bebê está bem aberta | ☐ A boca do bebê não está bem aberta |
| ☐ O lábio inferior está virado para fora | ☐ Lábios voltados p/ frente/ virados para dentro |
| ☐ O queixo do bebê toca a mama | ☐ O queixo do bebê não toca a mama |

SEÇÃO D

Sucção

- | | |
|---|--|
| ☐ Sucções lentas e profundas com pausas | ☐ Sucções rápidas e superficiais |
| ☐ Bebê solta a mama quando termina | ☐ Mãe tira o bebê da mama |
| ☐ Mãe percebe sinais do reflexo da oxitocina | ☐ Sinais do reflexo da oxitocina não percebidos |
| ☐ Mamas parecem mais leves após a mamada | ☐ Mamas parecem duras e brilhantes |

WHO. Positioning a baby at the breast. In: WHO. Integrated Infant Feeding Counselling: a Training Course. Trainer's Guide 2004]

	NORMA DE PROCEDIMENTO DA CONSULTA DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO	<u>Elaborado em:</u> Enf. ^a EESIP  Enf. ^a Sara Martins estudante do 1º Curso MESIP da ESEL sob Orientação Prof. Dra. Sónia Rodrigues
	Aprovação a / /	
	Dr. ^a  , Diretora Executiva	<u>Revisão em:</u>

OBJETIVOS:

- Sistematizar os principais aspetos a abordar na consulta de enfermagem, de forma a promover o aleitamento materno, se essa for a decisão informada da família.

FUNDAMENTAÇÃO:

A (OMS, 2022) e a UNICEF (2021) e DGS (2013) recomendam a manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, que deve ser iniciado o mais precocemente possível. Para tal, durante todos os contactos nomeadamente nos cuidados pós natais, devem ser disponibilizados serviços de saúde de apoio, com aconselhamento sobre alimentação de lactentes e crianças (OMS, 2021). Para o estabelecimento do sucesso do aleitamento materno é necessária a conjugação de 3 fatores: a decisão pelo aleitamento materno, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação (Levy & Bértolo, 2012). O tipo de apoio que as mães recebem pode influenciar auto eficácia materna na amamentação e se os seus esforços para amamentar são feitos de uma posição de confiança ou derrota (Glover & Wiessinger, 2017).

PROCEDIMENTO:

- Identificar história de amamentação anterior (se se aplicar) e antecedentes pessoais maternos. Se mãe com:
 - VHA, VHC ou VHB* o aleitamento **Não** está contraindicado¹¹ (*se a administração da vacina e da imunoglobulina contra VHB ao recém nascido, nas primeiras 12h)
 - CMV recém nascido de termo **Não** está contraindicado o aleitamento materno¹².
 - VIH e vírus T-linfotrópico humano tipo 1 e 2 **a substituição de leite materno está recomendada**¹³.

¹¹ Dionne-Odom et al., 2016; Secção de Neonatologia da SPP, 2007

¹² Cunha, 2009; Parker et al., 2021

¹³ Franco et al., 2018

- Tuberculose **aleitamento materno deve ser encorajado**, se for necessária a separação mãe-recém nascido, recomendar a extração de leite materno para ser oferecido ao recém nascido ¹⁴
- Medicação habitual, verificar compatibilidade em <https://www.e-lactancia.org/>
- Avaliar com a mãe/cuidador principal e/ou orientar sobre aleitamento materno, competências e recursos materiais relevantes;
- Avaliar qual a forma escolhida para manter o aleitamento materno (direto ou diferido) e motivo:
 - Se direto: Avaliar a pega e se necessário empoderar mãe para uma pega correta, com transferência de leite, sem dor ou desconforto numa posição confortável - Entregar folheto informativo;
 - Se diferido: avaliar e validar conhecimentos sobre extração de leite manual e com bomba extratora (se se adequar), conservação do leite materno e forma de administração do leite materno;
 - No SClínico: ativar e avaliar focos amamentar e vinculação; nos cuidados antecipatórios ativar tipo de aleitamento e selecionar o adequado à situação.
- Avaliar com a mãe/cuidador principal quais os benefícios, barreiras e autoeficácia percebidas sobre aleitamento materno, bem como quais os recursos e influências (familiares, sociais, culturais, entre outros) que identificam, que possam afetar o aleitamento materno:
 - Considerar antecedentes infantis que podem ser barreiras à amamentação: prematuridade, baixo peso, hipotonia, anquiloglossia (fazer avaliação da anatomia e função oral), uso de chucha ¹⁵
 - Considerar que antecedentes maternos de alcoolismo, obesidade, hipertensão, diabetes, síndrome ovários poliquísticos podem afetar a produção/ejeção do leite ¹⁶
- Validar ou empoderar sobre importância da vitalidade, do aumento ponderal (utilizar por exemplo: <https://newbornweight.org/> e as tabelas de incrementos de peso por grupos de peso ao nascer da OMS para avaliar) e da eliminação do bebé, na avaliação do sucesso do aleitamento materno
 - Se necessário suplementar:
 - Optar sempre que possível e de acordo com os desejos da família, por suplementar com leite materno, preferencialmente oferecido na mama com recurso a dispositivos lactadores/sondas. Se oferecido por biberão optar pela técnica *pacefeeding*;
 - Combinar quantidade a oferecer, intervalo e duração da suplementação (o suplemento quando oferecido sem ser na mama deve ser numa quantidade que ainda assim permita mamadas frequentes, mínimo 8 a cada 24 horas);
 - Se suplemento com leite artificial empoderar sobre como preparar corretamente;
 - Reavaliar necessidade de manter na próxima consulta.
- No SClínico ativar e avaliar focos de atenção mamar e vinculação; nos cuidados antecipatórios ativar tipo de aleitamento materno.

¹⁴ DGS, 2020

¹⁵ Al Shahrani et al., 2021; Fraga et al., 2020; Pérez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2016; Sandes et al., 2007; T. Silva, 2013

¹⁶ Marasco & West, 2020

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al Shahrani, A., Hushan, H., Binjamaan, N., Binhuwaimel, W., Alotaibi, J., & Alrasheed, L. (2021). Factors associated with early cessation of exclusive breast feeding among Saudi mothers: A prospective observational study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(10), 3657. https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_852_21
- Cunha, M. A. (2009). Aleitamento materno e prevenção de infecções. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 356–362.
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. www.dgs.pt
- DGS. (2020). *Manual de Tuberculose e micobactérias não tuberculosas*. www.dgs.pt
- Dionne-Odom, J., Tita, A. T. N., & Silverman, N. S. (2016). Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series:#38: Hepatitis B in pregnancy screening, treatment, and prevention of vertical transmission. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(1), 6–14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.09.100>
- Fraga, M. do R. B. de A., Barreto, K. A., Lira, T. C. B., Celerino, P. R. R. P., Tavares, I. T. da S., & Menezes, V. A. de. (2020). Ankyloglossia and breastfeeding: what is the evidence of association between them? *Revista CEFAC*, 22(3). <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202022312219>
- Franco, C., Castilho, S., Graça, A., & Marques, J. G. (2018). Transmission of Infections via Breast Milk: A Literature Review. *Acta Pediatrica Portuguesa*, 49, 243–252. <https://doi.org/10.21069/APP.2018.13325>
- Glover, R., & Wiessinger, D. (2017). They Can do it, you can help: Building Breastfeeding Skill and Confidence in Mother and Helper. In C. W. Genna (Ed.), *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants* (3th Edition, pp. 89–112). Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/1209/4-manual-de-aleitamento-materno.pdf>
- Marasco, L., & West, D. (2020). *Making More Milk: The breastfeeding Guide to Increasing your milk production* (2th edition). McGraw-Hill.
- OMS. (2021, June 9). *Infant and young child feeding*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- OMS. (2022). *Pocket Book of Primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence*. WHO Regional Office for Europe.
- Parker, M. G., Stellwagen, L. M., Noble, L., Kim, J. H., Poindexter, B. B., & Puopolo, K. M. (2021). CLINICAL REPORT Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care: Promoting Human Milk and Breastfeeding for the Very Low Birth Weight Infant. *PEDIATRICS*, 148(5), 1–15. http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/148/5/e2021054272/1353757/peds_2021054272.pdf
- Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C. G., & Richter, L. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, 401(10375), 472–485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)

- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Breastfeeding 2 Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387. www.thelancet.com
- Sandes, A. R., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., Correia, S., Rocha, E., & Da Silva, L. J. (2007). Aleitamento Materno Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 193–200.
- Secção de Neonatologia da SPP. (2007). *Protocolos de Diagnóstico e Terapêutica em Infeciologia Perinatal: Hepatites A, B e C*.
- Silva, T. (2013). Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 223–228.

Apêndices da norma

How you and your health visitor can recognise that your baby is feeding well			This assessment tool was developed for use in or around day 10-14
What to look for/ask about	✓	✓	Wet nappies: Nappies should feel heavy. To get an idea of how this feels take a nappy and add 2-4 tablespoons of water as this will help you know what to expect.
Your baby: has at least 8 -12 feeds in 24 hours			
is generally calm and relaxed when feeding and content after most feeds			
will take deep rhythmic sucks and you will hear swallowing			Stools/dirty nappies: By day 10-14 babies should pass frequent soft runny yellow stools every day with 2 stools being the minimum you would expect. After 4-6 weeks when breastfeeding is more established this may change with some babies going a few days or more without stooling. Breastfed babies are never constipated and when they do pass a stool it will still be soft, yellow and abundant.
will generally feed for between 5 and 40 minutes and will come off the breast spontaneously			
has a normal skin colour and is alert and waking for feeds			
has regained birth weight			
Your baby's nappies: At least 6 heavy, wet nappies in 24 hours			Feed frequency: Young babies will feed often and the pattern and number of feeds will vary from day to day. Being responsive to your baby's need to breastfeed for food, drink, comfort and security will ensure you have a good milk supply and a secure happy baby.
At least 2 dirty nappies in 24 hours, at least £2 coin size, yellow and runny and usually more			
Your breasts:			Care plan commenced: Yes/No
Breasts and nipples are comfortable			
Nipples are the same shape at the end of the feed as the start			
How using a dummy/nipple shields/infant formula can impact on breastfeeding?			
Date			
Health visitor initials			
Health Visitor: if any responses not ticked: watch a full breastfeed, develop a care plan including revisiting positioning and attachment and/or refer for additional support. Consider specialist support if needed.			

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da mãe _____ Data _____
Nome do bebê _____ Idade do bebê _____

Sinais que a amamentação vai bem

Sinais de possível dificuldade

SEÇÃO A

Observação geral

Mãe

- | | |
|--|--|
| ☐ Mãe parece saudável | ☐ Mãe parece doente ou deprimida |
| ☐ Mãe relaxada e confortável | ☐ Mãe parece tensa e desconfortável |
| ☐ Mamas parecem saudáveis | ☐ Mamas avermelhadas, inchadas /doloridas |
| ☐ Mama bem apoiada, c/ dedos fora do mamilo | ☐ Mama segurada com dedos na aréola |

Bebê

- | | |
|--|--|
| ☐ Bebê parece saudável | ☐ Bebê parece sonolento ou doente |
| ☐ Bebê calmo e relaxado | ☐ Bebê inquieto ou chorando |
| ☐ Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê | ☐ Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil |
| ☐ O bebê busca /alcança a mama se está com fome | ☐ O bebê não busca, nem alcança |

SEÇÃO B

Posição do bebê

- | | |
|--|--|
| ☐ A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados | ☐ Pescoço/cabeça do bebê girados ao mamar |
| ☐ Bebê seguro próximo ao corpo da mãe | ☐ Bebê não é seguro próximo |
| ☐ Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo | ☐ queixo e lábio inferior opostos ao mamilo |
| ☐ Bebê apoiado | ☐ Bebê não apoiado |

SEÇÃO C

Pega

- | | |
|--|---|
| ☐ Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê | ☐ Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior |
| ☐ A boca do bebê está bem aberta | ☐ A boca do bebê não está bem aberta |
| ☐ O lábio inferior está virado para fora | ☐ Lábios voltados p/ frente/ virados para dentro |
| ☐ O queixo do bebê toca a mama | ☐ O queixo do bebê não toca a mama |

SEÇÃO D

Sucção

- | | |
|---|--|
| ☐ Sucções lentas e profundas com pausas | ☐ Sucções rápidas e superficiais |
| ☐ Bebê solta a mama quando termina | ☐ Mãe tira o bebê da mama |
| ☐ Mãe percebe sinais do reflexo da oxitocina | ☐ Sinais do reflexo da oxitocina não percebidos |
| ☐ Mamas parecem mais leves após a mamada | ☐ Mamas parecem duras e brilhantes |

WHO. Positioning a baby at the breast. In: WHO. Integrated Infant Feeding Counselling: a Training Course. Trainer's Guide 2004]

	NORMA DE PROCEDIMENTO REALIZAÇÃO DE RASTREIO METABÓLICO NEONATAL		<u>Elaborado em:</u> Enf. ^a EESIP  Enf. ^a Sara Martins estudante do 1º Curso MESIP da ESEL sob Orientação Prof. Dra. Sónia Rodrigues
	Aprovação a / /		<u>Revisão em:</u>
	Dr. ^a E  , Diretora Executiva		

OBJETIVOS:

- Sistematizar o procedimento de realização de rastreio metabólico neonatal, de forma a garantir a qualidade de cuidados e a uniformização dos registos.

FUNDAMENTAÇÃO:

As famílias precisam de um plano claro, adaptado às suas necessidades individuais, para continuar a cuidar do seu recém-nascido. Com base nos riscos de saúde conhecidos para um recém nascido que não eram visíveis nos exames iniciais, mas que se tornaram sintomáticos durante as primeiras semanas de vida — icterícia, dificuldades de alimentação, problemas de hidratação que causam perda de peso excessiva, suspeita de sépsis e deteção de malformações congénitas graves — recomenda-se que a calendarização da visita inicial do recém-nascido aos cuidados de saúde seja no prazo de 48 a 72 horas após a alta, entre o 3º e o 6º dia após o nascimento o que permite igualmente a realização do rastreio neonatal metabólico (Hagan et al., 2017; Silva et al., 2022), habitualmente conhecido por «teste do pezinho».

Em Portugal, o rastreio neonatal metabólico insere-se no Programa Nacional de Rastreio Metabólico (PNRN) gerido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e tem como objetivo rastrear várias doenças graves, quase todas genéticas, que podem beneficiar de intervenção terapêutica precoce. Desde 2006 a nível nacional são rastreadas 24 doenças hereditárias do metabolismo e desde 2018 inclui-se igualmente o rastreio da Fibrose Quística (Despacho n.º 7276/2019).

PROCEDIMENTO:

- Explicar a finalidade e o procedimento do rastreio metabólico neonatal à família/cuidador;
- Pedir consentimento à família/cuidador antes da realização do procedimento;
- Preparar o material para o procedimento;
- Informar a família/cuidador sobre onde consultar os resultados do rastreio e entregar folheto informativo
- Realizar colheita de sangue, em impresso próprio, para realização de rastreio neonatal metabólico;
- Entregar impresso com envelope na secretaria;

- No SClínico:
 - Prescrições/Atitudes terapêuticas: registar técnica colheita de sangue para diagnóstico precoce, neste contacto.
 - No Mapa de Cuidados: validar a colheita para diagnóstico precoce
 - Avaliação inicial: Saúde infantil -> Desenvolvimento -> Diagnóstico precoce: escrever data e local

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (Eds.). (2017). Bright Futures Health Supervision Visits. In *Bright Futures - Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* (4th Edition). American Academy of Pediatrics.
- Despacho n.º 7276/2019, Pub. L. No. Aprova o Programa Nacional do Rastreio Neonatal (PNRN) e determina a sua implementação pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P, Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. Diário da República, Série II (n. 156 de 2019-08-16) 141. Retrieved June 13, 2023, from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7276-2019-124006819>
- Silva, J., Pinheiro, M., Santos, S. P., Carvalho, A. M., & Teixeira, Â. (2022). *Manual de Saúde Infantil e Juvenil*. ACES Espinho Gaia, USF Nova Via e CHEDV.

Apêndice VII – Projeto desenvolvido em Neonatologia

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

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**Reflexão sobre a elaboração de um recurso de apoio à
prestação de cuidados em neonatologia**

Sara Beatriz Anjo Martins

Professora Orientadora: Professora Doutora
Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

**Lisboa
2024**

A short, solid green horizontal line is positioned below the text '2024'.

1. Reflexão

No âmbito do estágio no contexto de Neonatologia, uma das atividades programadas inicialmente era a realização de um recurso de apoio à prestação de cuidados para promoção do aleitamento materno, de acordo com as necessidades do serviço e população. Assim, foi importante caracterizar a unidade onde decorreu o estágio. Esta unidade pertence a um hospital que tem a certificação da antiga Comissão Hospital Amigo dos Bebés (Despacho n.º 13056/2023), o que implica que já têm recursos para promover o Aleitamento Materno (AM). É composta por uma Unidade Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) com 6 vagas nível III e por uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCInt) com 8 vagas nível II. Presta cuidados a recém-nascidos (RN) desde o limiar a viabilidade e nascidos na maternidade do hospital ou transferidos de outros hospitais a sul de Lisboa e ilhas.

Neste sentido, e de acordo com o Guia Orientador para a Organização dos Projetos de Melhoria Continua (2013)¹⁷ para dar resposta à atividade proposta foi necessário identificar e descrever o problema. O aleitamento materno (AM) é recomendado a quase todos os lactentes, incluído RN de baixo peso (RNBP), doentes ou pré-termo. No entanto, segundo a OMS e UNICEF (2020) o AM de RNBP, doentes e /ou pré-termo implica muitos desafios, devido tanto ao ambiente (nas unidades de internamento existe muito barulho e luz, pouca privacidade e pouco acesso aos RN) como à psicologia e fisiologia materna e infantil.

Para além de ser determinante a escolaridade, estatuto socio económico e hábitos tabágicos da mãe, também os conhecimentos maternos sobre a condição do filho e o AM, possíveis experiências anteriores de AM, a perceção de autoeficácia a amamentar e a perceção de causar desconforto no filho determinam a manutenção do AM (Araújo et al., 2020; Duarte et al., 2022; Nass et al., 2021; Pérez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2016; Sandes et al., 2007; Silva, 2013). Em específico, nos casos de internamento em neonatologia o stress e separação inibem a ejeção do leite; e a perceção de tamanho e fragilidade do RN diminuídas, a dificuldade no estabelecimento da vinculação, dificuldade no acesso a bombas de extração de leite ou no armazenamento do leite, falta de apoio da família e a exaustão materna são apontados como desafios ao AM (OMS & UNICEF, 2020; Srichalerm et al., 2024).

¹⁷ “propomos a utilização da adaptação deste ciclo para oito fases, proposta por Pedro Salvada (...) 1 - Identificar e descrever o problema; 2 - Perceber o problema e dimensioná-lo; 3 – Formular objetivos iniciais; 4 – Perceber as causas; 5 – Planear e executar as tarefas/atividades; 6 – Verificar os resultados; 7 – Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; 8 - Reconhecer e partilhar o sucesso” (SRS da OE, 2013, p. 2)

Do ponto de vista infantil, para além da prematuridade e baixo peso serem por si só um determinante do AM (Al Shahrani et al., 2021; Fraga et al., 2020; Pérez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2016; Sandes et al., 2007; Silva, 2013), a imaturidade fisiológica e de neurodesenvolvimento, manifestada pelo tamanho pequeno da boca do RN em relação ao mamilo, poucas competências oro motoras do RN e reflexo de sucção subdesenvolvido, descoordenação entre sucção-deglutição-respiração podem afetar a qualidade da pega ou inclusive atrasar/impossibilitar a amamentação e assustar as mães (OMS & UNICEF, 2020; Zukova et al., 2021).

Considerando estes aspetos defini o problema: desafios de promover/manter o AM na neonatologia. Como forma de o perceber e dimensionar procurei junto das famílias identificar se sentiam alguma dificuldade relativamente ao AM. Para isso na UCIN fiz entrevistas semi diretivas, às famílias presentes, com base num guião de entrevista elaborado a partir da revisão da literatura sobre determinantes do AM. Destas entrevistas destacou-se como principais desafios a extração e conservação do leite materno, nomeadamente uma mãe sentia que a informação sobre a extração em casa vs. serviço era contraditória; outra mãe referiu a dificuldade de extrair leite devido à preocupação com o estado de saúde do filho e ao facto de ter de sair perto do seu filho para extrair leite (o que coincide com a literatura — [OMS & UNICEF, 2020; Srichalerm et al., 2024]); outra das mães mencionou como obstáculo o não ter disponível um funil de extração com o tamanho adequado.

Após focar o problema nas dificuldades relacionadas com a extração de leite materno, o meu objetivo inicial foi promover uma discussão sobre as práticas com alguns elementos do serviço, incluindo elementos do grupo de trabalho de apoio ao AM, no sentido de perceber melhor os recursos e práticas do serviço. Esta discussão permitiu igualmente perceber algumas das causas do problema, nomeadamente a falta de autorização para extração de leite junto à unidade do utente, apesar de outras unidades hospitalares já o permitirem; a inexistência de funis de tamanho diferente e o frequente desaparecimento de kits de extração. Por outro lado, foi uma oportunidade para concluir que seria benéfico a criação de um recurso em papel ou digital que desse resposta a várias dúvidas colocadas pelos pais, nomeadamente atualizando o folheto sobre aleitamento existente no serviço, na vertente da extração, conservação e transporte.

Para além de desenvolver o folheto “Aleitamento materno: extração, conservação e transporte” (Apêndice I), elaborei um breve questionário (Apêndice II) com perguntas de escolha múltipla e abertas, em que as hipóteses de resposta foram elaboradas com base nas

entrevistas realizadas anteriormente e na revisão de literatura. Este questionário tem como intuito ser uma ferramenta que apoie o levantamento de necessidades no âmbito do AM, que permita a melhoria contínua das práticas.

Depois de executar as atividades propostas é importante avaliar os resultados (SRS da OE, 2013) esta fase só foi realizada para o folheto, que foi avaliado pelos elementos do grupo de trabalho de apoio ao AM e foi corrigido de acordo com o seu feedback, assim como o dos pais com RN internados na UCInt. Os pais que tiveram oportunidade de ver o folheto valorizaram a iniciativa. Na reunião realizada com a equipa foi igualmente possível propor outras medidas de melhoria, como informar sobre a existência no mercado de funis de vários tamanhos, e motivar a discussão sobre a idade gestacional da introdução da amamentação e da importância da amamentação nos aspetos relacionais e emocionais do estabelecimento do vínculo, para lá de seu papel instrumental na alimentação (Flacking et al., 2021). Questionei também a possibilidade de discutir com a enfermeira chefe sobre o uso de bombas extratoras pessoais junto da unidade do utente, para que o contacto mais próximo com o RN facilite o processo de ejeção do leite e por conseguinte a extração de leite (Genna, 2017; Levy & Bértolo, 2012). Após o término do meu estágio, quando a última versão do folheto foi concluída o folheto foi divulgado junto da enfermeira chefe para ser aprovado e começado a ser usado no serviço.

A realização deste projeto incluiu uma variedade de emoções, no início o stress, o medo, a ansiedade e a sobrecarga, porque todo o contexto de unidade de intensivos é muito díspar do meu local de trabalho, com uma especificidade e complexidade muito altas. Assim, optei por priorizar a aquisição e desenvolvimento de novas competências e habilidades, pelo que a realização de todo o projeto só aconteceu na última semana e meia de estágio. Após decidir fazer um levantamento de necessidades e de ter ouvido as mães e as suas dificuldades, senti mais esperança, confiança e força para continuar. Senti que este projeto podia ser uma boa forma de promover a vinculação com o RN doente e o AM (Regulamento n.º 422/2018) e que era importante definir estratégias e atividades que pudessem ajudar a colmatar as dificuldades identificadas. A reunião com alguns dos elementos da equipa foi um momento de grande inspiração, partilha e até excitação com a partilha de experiências. Depois de realizar o folheto, e principalmente quando o pude mostrar aos pais por um lado senti-me desapontada por não ter tido oportunidade de o mostrar às mães da UCIN, por vários constrangimentos durante o meu último turno, mas por outro senti-me feliz, agradecida e satisfeita por ter

conseguido o feedback dos pais da UCInt, que também deram o seu feedback e que validaram que o folheto também é importante para esta unidade.

Em conclusão, a promoção do AM num contexto tão específico e complexo tem desafios específicos que os enfermeiros e EEESIP devem estar despertos para que o empoderamento das famílias destes RN seja possível, trabalhando os pré-requisitos (conhecimentos, motivação e recursos), autoeficácia, benefícios percebidos e barreiras percebidas (Cattaneo & Goodman, 2015; Hoghughi, 2004; Murdaugh et al., 2019). O desenvolvimento deste projeto para além de ter sido uma oportunidade de aprofundar questão do AM específicas desta população, foi também um momento de crescimento pessoal em que apesar da falta de confiança inicial, encontrei motivação para assumir o desafio e oportunidade.

Referências bibliográficas

- Al Shahrani, A., Hushan, H., Binjamaan, N., Binhuwaimel, W., Alotaibi, J., & Alrasheed, L. (2021). Factors associated with early cessation of exclusive breast feeding among Saudi mothers: A prospective observational study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(10), 3657. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_852_21
- Araújo, T. P., Formigosa, L. A. C., & Maciel, A. P. (2020). Prevalência e fatores associados ao desmame precoce: uma revisão integrativa. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 10(59), 4508–4521. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i59p4508-4521>
- Cattaneo, L. B., & Goodman, L. A. (2015). What is empowerment anyway? A model for domestic violence practice, research, and evaluation. *Psychology of Violence*, 5(1), 84–94. <https://doi.org/10.1037/a0035137>
- Despacho n.º 13056/2023. Constitui a Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno, Gabinete da secretária de Estado da Promoção da Saúde, Diário da República, Série II (n.º 244 de 2023-12-20) 272. Retrieved August 19, 2024, from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13056-2023-808130290>
- Duarte, M. L., Dias, K. R., Ferreira, D. M. T. P., & Fonseca-Gonçalves, A. (2022). Knowledge of health professionals about breastfeeding and factors that lead the weaning: a scoping review. *Ciencia e Saude Coletiva*, 27(2), 441–457. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.35672020>
- Flacking, R., Tandberg, B. S., Niela-Vilén, H., Jónsdóttir, R. B., Jonas, W., Ewald, U., & Thomson, G. (2021). Positive breastfeeding experiences and facilitators in mothers of preterm and low birthweight infants: a meta-ethnographic review. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00435-8>
- Fraga, M. do R. B. de A., Barreto, K. A., Lira, T. C. B., Celerino, P. R. R. P., Tavares, I. T. da S., & Menezes, V. A. de. (2020). Ankyloglossia and breastfeeding: what is the evidence of association between them? *Revista CEFAC*, 22(3). <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202022312219>
- Genna, C. W. (2017). *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants* (C. W. Genna, Ed.; 3ª). Jones & Bartlett Learning, LLC.

- Hoghugh, M. (2004). Parenting - An Introduction [e-book]. In M. Hoghugh & N. Long (Eds.), *Handbook of Parenting: Theory and Research for practice* (pp. 1–18). SAGE Publications Ltd.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/1209/4-manual-de-aleitamento-materno.pdf>
- Murdaugh, C., Parsons, M. A., & Pender, N. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8^o edição). Pearson.
- Nass, E. M. A., Marcon, S. S., Teston, E. F., Monteschio, L. V. C., Reis, P. dos, & Vieira, V. C. de L. (2021). Maternal factors and early weaning from exclusive breastfeeding / Fatores maternos e o desmame precoce do aleitamento materno exclusivo. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 1698–1703. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10614>
- OMS, & UNICEF. (2020). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005648>
- Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C. G., & Richter, L. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, 401(10375), 472–485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
- 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 2018-07-12) 19192. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). Breastfeeding 2 Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387. www.thelancet.com
- Sandes, A. R., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., Correia, S., Rocha, E., & Da Silva, L. J. (2007). Aleitamento Materno Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 193–200.

- Silva, T. (2013). Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 223–228.
- Srichalerm, T., Kamkhoad, D., & Phonyiam, R. (2024). Experiences of breastfeeding among mothers of preterm infants during their infants' hospital stays: a qualitative systematic review protocol. *JB I Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.11124/JBIES-24-00078>
- SRS da OE. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
- Zukova, S., Krumina, V., & Buceniece, J. (2021). Breastfeeding preterm born infant: Chance and challenge. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 8(2), 94–97. <https://doi.org/10.1016/J.IJPAM.2020.02.003>

Apêndices

**Apêndice I - Folheto Aleitamento Materno: Extração,
Conservação e Transporte**

Descongelamento

- Comece pelo leite mais antigo, porque a qualidade do leite vai diminuindo com o tempo;
- Descongele, de preferência dentro do frigorífico a 4° C, porque perde menos gordura;
- Descongelamento rápido: sob água corrente ou colocando o recipiente dentro de água morna, agitando suavemente;
- Depois de completamente descongelado, o leite só dura 24 horas no frigorífico e não pode ser re-congelado.

Não descongele/aqueça leite materno no micro-ondas, nem em banho maria!

Transporte

- O leite deve ser sempre transportado em malas térmicas com acumulador de frio (ou gelo comum, que tem de ser substituído à medida que derrete);
- Ao chegar ao destino se o leite não for logo consumido, deve ser refrigerado ou congelado imediatamente.



Armazenamento na Neonatologia



EXTRAÍDO EM CASA

- Identifique com as etiquetas do bebé, data da extração e hora em que retirou do congelador de casa;
- Deixe o leite em cima do balcão da copa;
- O leite trazido de casa será oferecido ao seu filho nas 24h seguintes. O que sobrar será desperdiçado, porque não pode ser congelado novamente;
- Traga só um pouco mais que a quantidade necessária para cada dia.



EXTRAÍDO NO SERVIÇO

- Extraia para um copo identificado com etiqueta do bebé e coloque a data e hora;
- Deixe o leite extraído na sala de amamentação, para ser levado para a copa;
- O leite que não for usado nesse dia será congelado.

Bibliografia

- Centers for Disease Control and Prevention. (2022, January 24). Proper Storage and Preparation of Breast Milk. Breastfeeding. <https://bit.ly/2d6V1U1>
- Eglash, A., Simon, L. & The Academy of Breastfeeding Medicine. (2017). ABM Clinical Protocol #6: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants. Revised 2017. Breastfeeding Medicine. 12(7). 590-595. DOI:10.1089/bfm.2017.29047.aje
- OMS & UNICEF. (2020). Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns.
- Parecer da mesa do colégio de EESMO n.º 26/2023. (2023). Armazenamento do Leite Materno. Ordem dos Enfermeiros, I-4.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). Como conservar leite materno. In Manual para pais de bebés prematuros.

Imagens do Carva ou retiradas da internet. Autor Mencionado.



Realizado por: Enfermeira Sara Martins Estudante do 1º MESIP. Orientada pela EEESIP E [redacted] a Prof. Doutora Sónia Rodrigues

Fevereiro 2024

HOSPITAL [redacted]
Serviço Neonatologia
[redacted]

Extração

- A extração de leite materno é uma forma de:
 - Ter leite para ser oferecido por sonda ou biberão ao seu bebé;
 - Facilitar a pega quando a mama está cheia;
 - Manter a produção de leite materno, extraindo a cada 3/4 horas, dia e noite!
- O leite materno pode ser extraído manualmente ou com bomba (elétrica, manual ou passiva).
- Pode extrair em qualquer lugar! Em casa e no hospital se se sentir bem e confortável facilita.
- Estar perto do seu filho ou a ver uma foto/vídeo enquanto extraí, ajuda!

Como Extrair?

EXTRAÇÃO COM BOMBA



1. Lave bem as mãos;
2. Verifique se todo o kit de extração (funil e tubos) foram esterilizados e estão limpos;
3. Escolha o tamanho de funil adequado, para a extração ser mais eficaz e confortável.

No serviço tem bomba extratora ou pode trazer a sua bomba e extrair junto do seu filho!



Vídeo de como extrair

EXTRAÇÃO MANUAL



1. Comece sempre 1º por lavar as mãos;
2. Uma massagem suave pode ajudar;
3. Coloque 4 dedos por baixo e o polegar por cima do mamilo, na zona de transição da areola (zona escura) para a pele da mama;
4. Com o polegar e o indicador, faça uma ligeira pressão para trás, em direção ao tórax. Não deslize os dedos ao longo da pele;
5. Mantendo a pressão, aperte o polegar e o indicador, com um ligeiro movimento para a frente, expulsando o leite;
6. Recomece, mudando a posição dos dedos à volta da mama;

Não esprema o mamilo ou puxe a mama para evitar magoar-se.



d/araquelpequeno.com.br/

Conservação

- Use recipientes esterilizados adequados à conservação de leite materno, sem BPA (frascos de vidro com tampa, frascos de plástico rígido e sacos de congelação);
- Rotule o recipiente, com dia/mês/ano e hora da extração;
- Pode juntar leites de várias extrações das últimas 24 horas, na mesma temperatura. Rotule com a hora da 1ª extração;
- Encha apenas até 3/4 do recipiente, porque congelado o leite expande;
- De preferência, extraia leite e congele imediatamente.

Pode pedir copos para conservação do leite materno no serviço!

DURAÇÃO DO LEITE CONSOANTE TEMPERATURA DE ARMAZENAMENTO

Temperatura ambiente (até 25° C)	Até 4 a 8 horas
Frigorífico fundo 1ª prateleira (5 a 10° C)	Até 3 dias e 6h
(0 a 4° C)	Até 4 a 8 dias
Congelador (-20 a 0° C)	Até 3 meses
(< -20 °C)	6 a 12 meses

* valores máximos de duração, se leite extraído em condições de muita higiene.

Apesar do frio alterar algumas características do leite materno, este continua a ser um alimento de qualidade superior, sobretudo para prematuros!

Apêndice II – Questionário para Levantamento de Necessidades
– Manutenção do Aleitamento Materno

Levantamento necessidades: Manutenção do Aleitamento Materno

A Organização Mundial da Saúde recomenda que todos os bebês, incluindo os de baixo peso, doentes ou prematuros sejam alimentados com leite materno até pelo menos aos 6 meses, pelas suas imensas vantagens! Porém, estes bebês podem não conseguir mamar à nascença, mas podem receber logo os benefícios do leite materno por sonda ou biberão e eventualmente mais tarde, mamar.

Neste sentido, de forma a facilitar o processo do aleitamento materno durante este período de internamento e no futuro, pedimos que responda a duas questões.

Que dificuldades sente para manter o aleitamento materno?

- ☐ Nenhuma
- ☐ Dificuldade na extração
- ☐ Local de extração longe do bebé
- ☐ Dificuldade na amamentação em geral
- ☐ Falta de tempo/cansaço
- ☐ Não ter meio de extrair leite/não conseguir extrair
- ☐ Desmotivação
- ☐ Medos/receios relativamente à situação de saúde
- ☐ Outras. Quais?

Que apoio pensa que poderia ser oferecido?

- ☐ Relembrar as vantagens do aleitamento materno
- ☐ Sessão esclarecimento sobre o assunto
- ☐ Folhetos
- ☐ Mais apoio personalizados
- ☐ Outros. Quais?

**Apêndice VIII – Documento para avaliação de sessões de educação
para a saúde e ensinos**

Avaliação das sessões de educação para a saúde e ensinamentos

De forma a avaliar a probabilidade dos cuidadores se envolverem nos comportamentos promotores da parentalidade e da saúde da criança, transmitidos durante as sessões de educação para a saúde ou os momentos de ensinamentos, sugere-se um questionário elaborado de acordo com as variáveis do modelo de promoção de saúde de Nola Pender (Murdaugh et al., 2019).

Este modelo descreve a natureza única e multidimensional da pessoa a interagir com os seus ambientes interpessoais e físicos, no sentido de expressar o seu potencial de saúde. Para tal usa as suas capacidades de autoconsciência reflexiva e regula o seu comportamento no sentido de um crescimento que considera positivo (Murdaugh et al., 2019; Sakrinda & Wilson, 2018). Para Nola Pender a pessoa tem 1) características e experiências individuais que vão influenciar as 2) cognições e os efeitos específicos do comportamento que vão levar a um 3) resultado comportamental (ver Figura 1):

1) Dentro das características e experiências individuais podemos considerar a existência de Comportamentos anteriores relacionados iguais ou semelhantes e os Fatores pessoais que incluem entre outros idade, sexo, autoestima, estado de saúde percebido, raça e status socioeconómico. Estas características vão influenciar a probabilidade de adoção de um comportamento promotor de saúde.

2) Estas dimensões são consideradas os principais determinantes do comportamento de saúde e mediante a ação do enfermeiro são suscetíveis de mudança. Incluem Atividade relacionada com a apresentação que são os sentimentos vividos, que por sua vez influenciam a perceção de auto eficácia (autoanálise da capacidade para desenvolver o comportamento de promoção de saúde), por sua vez se esta for elevada resulta em menores barreiras percebidas para ação (reais ou imaginárias). Os benefícios percebidos para a ação são as potenciais vantagens da adoção do comportamento de saúde e aumentam o compromisso com o plano de ação. Também as influências interpessoais, as normas, suporte e modelos juntamente com as influências situacionais (perceções pessoais e conhecimentos de um contexto ou situação que podem facilitar ou impedir um comportamento) vão também influenciar o compromisso com o plano de ação.

Para além destes fatores existem também, paralelamente exigências imediatas competitivas para as quais a pessoa tem pouco controlo, como as responsabilidades familiares que podem surgir e as preferências competitivas sobre as quais tem um grande controlo,

porque pode optar pelo que vai escolher. Estas existências e preferências têm uma influência direta sobre a adoção de comportamentos promotores de saúde.

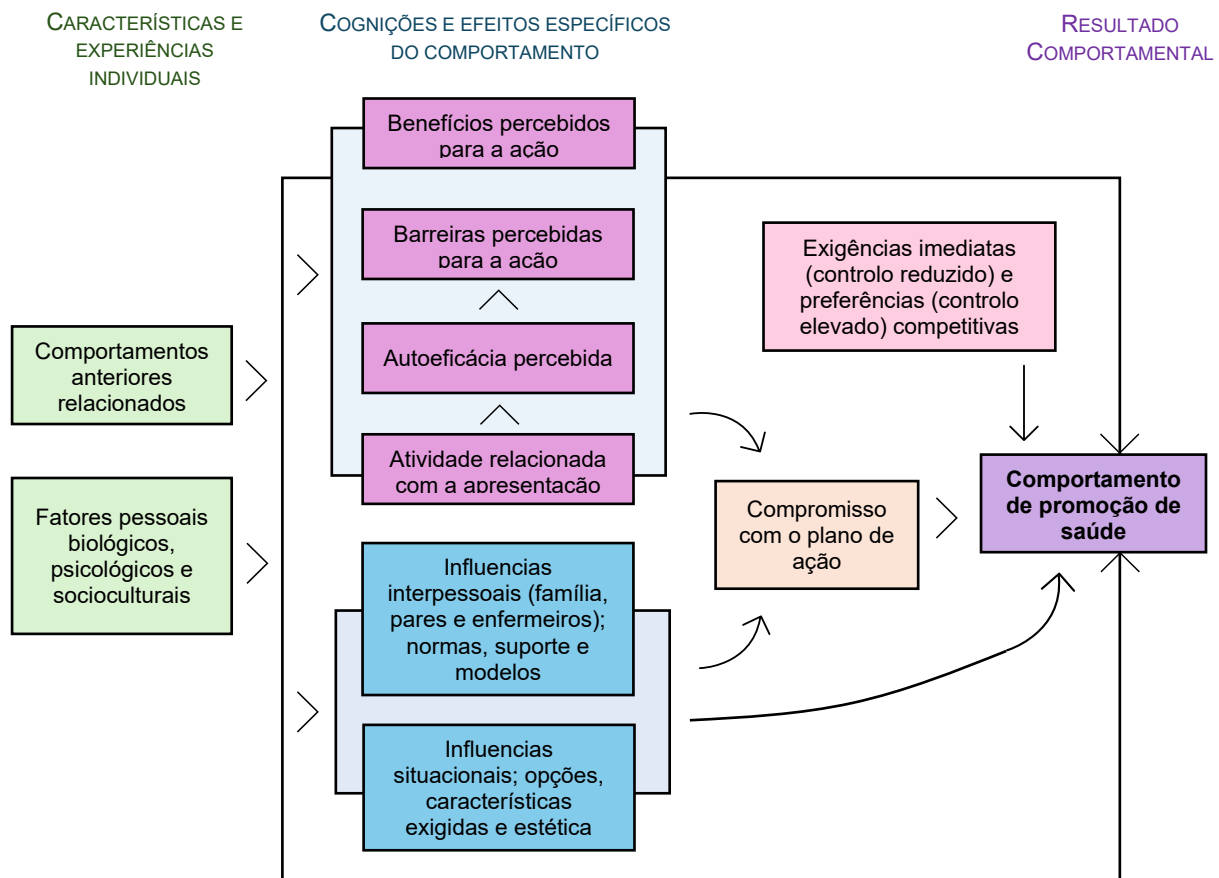


Figura 3 -Traduzido e adaptado do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (revisto) in Murdaugh et al. (2019)

Referências Bibliográficas:

- Murdaugh, C., Parsons, M. A., & Pender, N. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8ª edição). Pearson.
- Sakraida, T. J., & Wilson, J. (2018). Health Promotion Model. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work* (Ninth Edition, p. 323). Elsevier.

Nome da criança: _____ **Idade:** _____ **Nome do Cuidador:** _____

Ao longo do internamento falaram consigo sobre alguns temas de saúde, por exemplo:

Preparar o biberão? / Dar banho? / Gerir a dor? / Gerir as cólicas? / Gerir a febre? / Aleitamento materno? / Gerir vómitos? / Vigilância de saúde infantil? / Prevenção de acidentes? / desenvolvimento infantil/ integração na creche / introdução novos alimentos / higiene oral / vacinação / prevenção de acidentes)

Pensado nos temas abordados, por favor responda às seguintes perguntas, para percebermos se existe mais alguma dúvida ou dificuldade que possa ser esclarecida ou superada.

Temas abordados: _____

1. Ficou com alguma dúvida sobre o que foi falado?
2. Já tinha conhecimentos e/ou experiência sobre o tema falado? Quais?
3. Na sua vida alguma coisa pode afetar o tema falado?
4. Sente que vai ser capaz de fazer/gerir aquilo que foi falado? Se não, o que falta para conseguir?
5. Parece-lhe que vai ter alguma dificuldade? Qual?
6. O que lhe falaram vai trazer benefícios/facilitar o dia a dia com o seu/sua filho/a? Quais?
7. Sobre o tema falado tem alguma preferência? Qual?
8. Há algum motivo para não conseguir fazer o que foi falado? Qual?
9. Qual a importância que atribuem ao tema falado?

Apêndice IX – Recursos da comunidade do contexto de Cuidados de Saúde Primários

Dentista/Higienista



SAÚDE ORAL



Ortodontia



Odontopediatria



Endodontia



Higiene oral



Periodontologia



Cirurgia oral



Dentisteria



Patologia oral

Oftalmologia



Iha

- Contactar Assistente Social para perceber se tem direito a cartão de saúde;
- Após ativação cartão de saúde SC [redacted] de Saúde [redacted];
- Pedir Referenciação para Oftalmologia Pediátrica;
- Aguardar contacto telefónico do Hospital da [redacted]

Apêndice X – Reflexão no âmbito do contexto Cuidados de Saúde Primários

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

Unidade curricular de Estágio

Reflexão de estágio em Cuidados de Saúde Primários

Sara Beatriz Anjo Martins nº 510

**Lisboa
2023**

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

Unidade curricular de Estágio

Reflexão de estágio em Cuidados de Saúde Primários

Sara Beatriz Anjo Martins nº 510

Professor Orientador:
Professora Doutora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues


Lisboa
2023

1. Cuidados De Saúde Primários

O meu primeiro estágio decorreu a nível dos cuidados de saúde primários durante 5 semanas, numa grande unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) de Lisboa com cerca de 88 000 inscritos, mais de metade sem médico de família atribuído, muitos deles de nacionalidade estrangeira e quase 20% com idades até aos 19 anos (SPMS, 2023). As instalações físicas têm bons acessos rodoviários e de transportes, estão distribuídas por vários andares e acolhem também a unidade de cuidados na comunidade (UCC), a unidade de saúde pública (USP), Programa ligado à Saúde Jovem.

A UCSP trabalha organizada por programas de saúde, sendo que cada programa se encontra numa secção diferente da unidade e trabalha de forma relativamente autónoma com uma enfermeira responsável por secção. A secção de saúde infantil encontra-se no primeiro andar, tem um balcão de secretaria comum à saúde materna, mas com uma sala de espera dedicada com mesas e cadeiras pequenas para as crianças e pósteres informativos sobre aleitamento materno. Dentro da secção, tem 2 salas dedicadas exclusivamente à vacinação e outros 5 gabinetes: dois de enfermagem, dois de médicos e um multiusos. Da equipa fazem parte 2 enfermeiras EESIP, 1 enfermeira EESMO, 3 enfermeiras, médicos clínicos gerais e por vezes internos de pediatria, como foi o caso durante este período.

Todas as secções são geridas pela enfermeira coordenadora de toda a unidade (que também é EEESIP), que logo no primeiro dia de estágio me proporcionou uma visita guiada onde me contextualizou e caracterizou, em traços gerais, a população abrangida e a forma de trabalhar da unidade. No decorrer do estágio tive também oportunidade de conversar sobre a sua experiência de coordenação e liderança. Por ser uma unidade tão grande e por estar no cargo há relativamente pouco tempo, explicou-me que os programas de melhoria contínua a ser desenvolvidos ainda não estão formalizados, estando ainda em fase de orientação e planeamento. Nomeadamente, verifiquei que estão a apostar na elaboração de guias orientadores de boa prática. Neste sentido, e após sugestão e discussão com a enfermeira orientadora elaborei três normas de procedimentos uma delas relacionada especificamente com a temática deste projeto: norma de procedimento de consulta de promoção do aleitamento materno, que pode ser desenvolvida em qualquer consulta de enfermagem de saúde infantil que se julgue pertinente.

Assim, com a elaboração destas normas foi possível trabalhar a competência de **desenvolvimento de práticas de qualidade**, colaborando em programas de melhoria

contínua, especificamente na **elaboração de guias orientadores de boa prática**¹⁸. Estes permitem a sistematização de procedimentos, como forma de responder à complexidade da população abrangida, **suportando a prática clínica especializada em evidência científica**, outra competência do Regulamento n.º 140/2019¹⁹. Por outro lado, esta atividade enquadra-se na competência de **prestar cuidados específicos de acordo com as necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**, especificamente na **promoção da amamentação** (Regulamento n.º 422/2018).

No que diz respeito às consultas de saúde infantil-juvenil que tive oportunidade de planejar e desenvolver, estas abrangeram apenas crianças até aos 12 anos, pela organização do serviço e pela falta de recursos humanos para dar resposta ao acompanhamento da saúde juvenil a partir dessa idade. Também devido à falta de recursos humanos em especial médicos, existe uma calendarização de consultas de enfermagem baseada no PNSIJ (DGS, 2013), mas que são desempenhadas autonomamente pelas EESIP, nomeadamente as consultas durante o 1º mês de vida, aos 9 meses e aos 15 meses.

A faixa etária predominante nas consultas que realizei era inferior a 5 anos, onde o papel do enfermeiro é maioritariamente empoderar os pais para a **promoção da vinculação, crescimento e desenvolvimento infantil**²⁰, de acordo com o PNSIJ (DGS, 2013). Neste âmbito, tive a oportunidade de discutir e refletir com a enfermeira orientadora do local, as intervenções de enfermagem a desempenhar nas diferentes consultas, nomeadamente na 1ª consulta do recém-nascido onde colaborei e/ou desempenhei, de forma autónoma, a avaliação física, social, emocional e familiar²¹ da criança; a realização da colheita de sangue para o rastreio metabólico neonatal e a promoção e apoio ao aleitamento materno.

Ao longo destas consultas e sempre que adequado tendo em conta o Programa Nacional de Vacinação (PNV), administrei vacinas de forma a aproveitar todas as oportunidades de vacinação — um dos pilares do PNV (Freitas (coord.) et al., 2020). A administração foi feita com a criança ao colo de um dos cuidadores e se aplicável a mamar, sempre que esse foi o desejo dos pais, após explicação que ambos são **estratégias não farmacológicas de alívio da dor** (Reis (Coord.) et al., 2013), que são recomendadas por vários autores referidos no

¹⁸ "B2.2 Planeia programas de melhoria contínua e B2.2.4 Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática" (Regulamento n.º 140/2019)

¹⁹ "D2.2 Suporta a prática clínica em evidência científica" (Regulamento n.º 140/2019)

²⁰ "E3.1 Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil" e "E3.2 promove a vinculação de forma sistemática (...)" (Regulamento n.º 422/2018.)

²¹ "E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. (Regulamento n.º 140/2019)

parecer da Ordem dos Enfermeiros (2020). Similarmente no âmbito da vacinação, nas consultas realizei avaliações da elegibilidade para vacinação com BCG e observei o procedimento da sua administração.

Por outro lado, tive igualmente oportunidade de promover o crescimento e desenvolvimento infantil nomeadamente através da avaliação antropométrica, da aplicação da escala de Mary Sheridan Modificada e **da transmissão de orientações antecipatórias** às famílias, sobre vários temas de acordo com a situação, **comunicados de forma apropriada ao desenvolvimento e à cultura** de cada criança/família (Regulamento n.º 422/2018.). Para transmitir estas orientações e como forma de estimular as famílias a tomar decisões informadas para alcançarem os seus objetivos de saúde e como ponto de partida na identificação das forças e competências preexistentes e perfeccionadas — essenciais ao empoderamento (Cattaneo & Goodman, 2015) — podem ser usados vários recursos, nomeadamente folhetos e pósteres.

Neste serviço existem diversos folhetos e pósteres afixados, inclusive dentro do gabinete em que tive oportunidade de realizar consultas. Contudo, relativamente à temática do aleitamento materno em específico, os pósteres encontram-se afixados na parede oposta ao local onde é feita a observação e avaliação das crianças (recém-nascidos a toddler), as informações já não são as mais atuais e existe apenas um folheto sobre conservação do leite materno. Neste sentido, por forma a ser possível ter um recurso acessível ao maior número de famílias optou-se pelo desenvolvimento de folhetos em português e em inglês (ver apêndice V), porque podem ser mostrados mais facilmente aos pais em qualquer zona da sala e podem posteriormente ser levados para casa. Optei igualmente por fazer os folhetos numa versão amigável da impressão a preto e branco e por isso com poucas imagens, mas com um QRcode que dá acesso à versão mais completa, com imagens que ajudam a exemplificar a informação.

Os temas escolhidos decorreram das necessidades identificadas ao longo das consultas que realizei, da evidência científica consultada e das perceções das enfermeiras de quais os temas mais comuns nas suas consultas. O primeiro folheto “Aleitamento Materno – o que saber” pretende ser um breve resumo de aspetos básicos sobre o aleitamento nomeadamente, as vantagens, as contraindicações, como amamentar e iniciar a pega e quais os sinais de eficácia do aleitamento materno (Genna, 2017; Levy & Bértolo, 2012; NHS, 2022). O segundo folheto, refere-se a algumas das complicações comuns que podem surgir durante o aleitamento materno, nomeadamente o espectro de condições que compreendem a Mastite (Mitchell et al., 2022), bem como algumas sugestões de soluções. Para além destes folhetos,

elaborei um infográfico com imagens das principais ajudas técnicas que podem ser um apoio na manutenção do aleitamento materno, bem como o seu nome em português e inglês e o preço inferior médio.

Importa igualmente referir que as consultas realizadas tiveram por base a filosofia dos cuidados centrados na família, que na população abrangida nesta unidade faz ainda mais sentido porque as diferenças culturais²² a serem respeitadas são muitas e a família é uma fonte de conhecimentos a serem mobilizados. Estes conhecimentos permitem a individualização dos cuidados à criança e o empoderamento parental com o intuito de **motivar as crianças/famílias a assumirem o seu papel em saúde de forma promover a saúde e prevenir a doença** (Regulamento n.º 422/2018).

Central ao processo de empoderamento estão os recursos comunitários, neste sentido e como forma de ajudar a dar resposta as necessidades de saúde na área da saúde oral e da saúde visual, partilhei alguns dos recursos da instituição onde desempenho funções e que podem ser acedidos por alguns utentes, que são comuns à UCSP onde realizei o estágio. Desta forma iniciei o **estabelecimento uma rede de recursos comunitários de suporte as crianças/jovens e famílias** (Regulamento n.º 422/2018) que espero manter no futuro.

Outro dos recursos da comunidade são as Equipas Locais de Intervenção inseridas no Sistema Nacional de Intervenção precoce na Infância (SNIPI) que foi criado em 2009 na sequência da Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança²³, no sentido de garantir a intervenção precoce na Infância (Decreto-Lei n.º 281/2009). O enfermeiro e em especial o EEESIP para além de **garantir os Direitos Humanos**²⁴, deve ser responsável por **gerir a resposta às crianças com estas necessidades de intervenção**²⁵. Assim, apesar de durante o estágio não ter tido contacto com nenhuma situação em que este encaminhamento para as ELI fosse necessário, tentei perceber quais os procedimentos necessário neste sentido, tanto no sistema SClínico como nos formulários em papel, bem como as situações mais comuns identificadas pelas EEESIP do serviço, na sua experiência.

²² "E3.3.2 e B3.1 promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo" (Regulamento n.º 422/2018) e ponto 10 da carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários (Tavares et al 2021).

²³ Artigo 24º ponto 1 "Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação." (Instituto de Apoio à Criança, 2020).

²⁴ "A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos" (Regulamento n.º 140/2019)

²⁵ "E3.2.7. - Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce." (Regulamento n.º 422/2018)

As escolas também são recursos fundamentais na comunidade, por serem organizações em que as crianças/jovens desenvolvem a aquisição de competências cognitivas e socioemocionais, mas onde aprendem também a gerir individualmente e em grupo a sua saúde e os fatores que a influenciam (Pereira & Cunha, 2017). A **intervenção em programas no domínio da saúde escolar** é da competência do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018) que pode assumir também o papel de supervisor das ações desenvolvidas ao **delegar tarefas e garantindo a qualidade destas intervenções**²⁶. Consequentemente, apesar desta intervenção ser desempenhada por enfermeiras da UCC teve oportunidade de acompanhar a realização de uma sessão de educação para a saúde realizada num jardim de infância, sobre cuidados com o calor e o Sol.

Para além destas sessões, no início do ano letivo a UCC faz o levantamento das necessidades de sessões de educação para a saúde tanto para alunos, como para pais/encarregados de educação como profissionais das escolas. Têm também um papel fundamental no acompanhamento e prevenção de situações de risco, havendo mensalmente uma reunião com elementos da UCSP e da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) para discutir as situações identificadas e estratégias de assistência às situações de abuso, negligência e maus-tratos. A **sensibilização para a prevenção e consequências, bem como a assistência à criança/jovem nestas situações que podem afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e jovem**, são intervenções inerentes ao EEESIP (Regulamento n.º 422/2018) em todos os âmbitos de atuação.

Nesta unidade saúde outros dos âmbitos de intervenção é um projeto ligado à Saúde Jovem, que tem uma gestão autónoma da unidade, apenas usa as suas instalações físicas. Tem como premissa não ser necessário estar inscrito no centro de saúde, nem marcar consulta, é apenas necessário aparecer. A população são jovens entre os 12 e os 24 anos de qualquer zona de Lisboa e tem como equipa uma enfermeira, dois médicos e uma psicóloga. A intervenção do enfermeiro nestas consultas não se rege pelo PNSIJ, foca-se nas exigências da adolescência que são levantadas pelos próprios adolescentes ou pelos cuidadores, no sentido de **promover a sua autoestima e autodeterminação**²⁷. Nos últimos anos, segundo a

²⁶ "C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade." Regulamento n.º 140/2019)

²⁷ Unidade de competência do (Regulamento n.º 422/2018) "E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde."

enfermeira do projeto as principais questões têm sido relacionadas com a sexualidade, a identidade de género, saúde mental e a multiculturalidade.

Inserido no período de estágio tive oportunidade de participar no “Encontro com a Dra. Jean Watson”, que decorreu no dia 27 de julho onde pude ouvir a explicação sobre a Teoria do Cuidado Humano dada pela própria autora, de forma muito clara e informal. Assim, foi possível lembrar que o cuidar é um meio de comunicação, uma libertação de sentimentos, um processo relacional com foco nas relações interpessoais, onde é dada ênfase às experiências humanas ultrapassando o domínio das necessidades fisiológicas em direção a uma maior harmonia e evolução espiritual – Cuidado transpessoal. Jean Watson apresentou ainda o seu guia para uma prática consciente do cuidado de enfermagem o *Clinical Caritas Process* e os dez elementos estruturantes que o compõem (Santos et al., 2014; Watson, 2002).

Em conclusão, este estágio permitiu-me ver uma realidade diferente do meu contexto de trabalho, apesar de ser no mesmo âmbito, e formas de atuação de diferentes enfermeiras especialistas. Até agora, tenho contruído as minhas intervenções com base nos saberes apresentados por Serrano et al (2011), o saber empírico, científico, ético e pessoal, que fui adquirindo ao longo dos anos na área da saúde infantil através do estudo, da participação em formações e conferências. Contudo, ainda não tinha tido oportunidade de o confrontar na prática com alguém com mais experiência, uma vez que até agora foi raro trabalhar com colegas com experiência em Saúde infantil. Esta socialização, segundo os autores anteriores, tem um grande papel na integração, assimilação e individualização do cuidado ao ser humano porque enfermagem é uma construção recíproca e continua entre o meio e a pessoa.

Assim, o enfermeiro está em contante processo de aprofundamento e construção de conhecimentos e competências (Abreu, 2007) Com este estágio, consegui respeitando a carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários (Tavares et al., 2021), adquirir e aprofundar algumas das competências específicas do EEESIP, o que implica uma compreensão, juízo e adaptação das intervenções às situações, com intencionalidade e mobilizando as três subcompetências — cognitiva, técnica e comunicacional (Alarcão & Rua, 2005).

Referências Bibliográficas

- Abreu, W. C. (2007). *Formação aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, Teorias e considerações didáticas*. Formasau.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinarity, clinical placements and development of competences. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*.
- Cattaneo, L. B., & Goodman, L. A. (2015). What is empowerment anyway? A model for domestic violence practice, research, and evaluation. *Psychology of Violence*, 5(1), 84–94. <https://doi.org/10.1037/a0035137>
- Decreto-Lei n.º 281/2009 (2009). Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, Ministério da Saúde. Diário da República, Série I (no 193 de 2009-10-06) 7298. Retrieved July 18, 2023, from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2009/10/06/p/dre/pt/html>
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Freitas (coord.), G., Santos (Coord.), B. E. dos, & Fernandes (Coord.), T. (2020). *Programa Nacional de Vacinação* (Direção-Geral de Saúde, Ed.). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Genna, C. W. (2017). *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants* (C. W. Genna, Ed.; 3a). Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Instituto de Apoio à Criança. (2020). *Convenção sobre os direitos da Criança*. www.freepik.com
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/1209/4-manual-de-aleitamento-materno.pdf>
- Mitchell, K. B., Johnson, H. M., Rodríguez, J. M., Eglash, A., Scherzinger, C., Zakarija-Grkovic, I., Cash, K. W., Berens, P., Miller, B., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2022). Academy of breastfeeding medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. *Breastfeeding Medicine*, 17(5), 360–376. <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29207.kbm>
- NHS. (2022). *Off to the best Start. A guide to help you start breastfeeding*. The baby Friendly Initiative Unicef UK.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Parecer da mesa do colégio da especialidade de ESIP no 7/2020: Recusa do enfermeiro de família em administrar uma vacina injetável a um lactente de 3 meses durante a amamentação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20888/parecer-n%C2%BA-07_2020_mceesip_recusa-enf-fam%C3%ADlia-em-administrar-vacina-injectavel-a-lactante-duran.pdf

- Pereira, F. (coord.), & Cunha, P.). (2017). *Referencial de Educação para a Saúde* (Direção-geral de Educação & Direção-geral de Saúde, Eds.).
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, Serie II(no 26, de 2019-02-06), Art. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018), Pub. L. No. 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 2018-07-12) 19192. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Reis (Coord.), G. M. R., Costa, L. P. S., Carvalho, M. D. R., Seguro, M. I., Costa, M. J. M. C., Pimenta, M. M., Correia, M. M., & Anjos, O. M. Q. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança: Vol. Série 1-Número 6* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaofarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Santos, M. R. dos, Bousso, R. S., Vendramim, P., Baliza, M. F., Misko, M. D., & Sílvia, L. (2014). A prática do cuidado do enfermeiro com famílias de criança à luz de Jean Watson. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 48, 82–88. <https://doi.org/DOI: 10.1590/S0080-623420140000600012>
- Serrano, M. T. pereira, Costa. Arminfa da Silva Mendes Carneiro da, & Costa, N. M. V. N. da. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III(3).
- SPMS. (2023, June). *UCSP Sete Rios. Bilhete de Identidade Dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3113800/Pages/default.aspx>
- Tavares, M. (coord.), Agostinho, I., & Abecasis, V. (2021). *Carta da Criança nos cuidados de saúde primários* (Instituto de Apoio à Criança & DGS, Eds.; 1o Edição). Instituto de Apoio à Criança. https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/05/CARTA-V14_digital.pdf
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Lusociência.

**Apêndice XI – Protocolo de revisão sistemática da literatura
qualitativa “A experiência de pais de crianças com excesso de peso
ou obesidade nos cuidados de saúde primários”**

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

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

Protocolo de revisão sistemática da literatura qualitativa

Sara Beatriz Anjo Martins n.º 510

Professora Orientadora:

Professora Doutora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

**Lisboa
maio 2024**

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

Autores: Sara Lobo, Sara Martins e Sónia Rodrigues

Questão de revisão/objetivo:

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

Enquadramento:

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

A obesidade é uma doença crónica complexa e multifatorial definida pelo excesso de depósitos de gordura, resultado de um desequilíbrio entre a ingestão nutricional e gasto energético, sendo influenciada por fatores psicossociais, ambientes obesogénicos e variantes genéticas (OMS, 2024). Deriva de uma série de exposições sociais, ambientais e económicas, que interagem com fatores comportamentais e biológicos individuais, que se acumulam ao longo da vida. Sabe-se que quando adquirida na infância, a obesidade ou excesso de peso tende a persistir na adolescência e adultícia (Jebeile et al., 2022; OMS, 2022). Esta condição aumenta o risco de doenças crónicas não-transmissíveis, como a diabetes *mellitus* tipo II, doença cardiovascular, entre outros, verificando-se consequências psicossociais adversas e uma importante influência na qualidade de vida das pessoas, no desempenho escolar e agravado pelo estigma, discriminação e *bullying* (OMS, 2024).

A falha de resposta dos sistemas de saúde na identificação do ganho excessivo de peso e depósito de gordura numa fase inicial agrava a progressão da obesidade. A obesidade e o excesso de peso, bem como comorbilidades associadas, podem ser largamente prevenidas e

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

Os profissionais de saúde na abordagem à criança com excesso de peso ou obesidade devem realizar a avaliação antropométrica, providenciar aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis, monitorizar fatores de risco de outras doenças crónicas não-transmissíveis (OMS, 2024). Quanto mais competentes na transmissão de informação e aconselhamento relativamente à obesidade infantil, mais eficaz e eficiente será a intervenção. Assim, os enfermeiros nas consultas de vigilância infantil e devem reconhecer as características do ambiente psicossocial das famílias para assim individualizar os cuidados, de forma a corresponder às suas necessidades, preocupações, especificidades, circunstâncias e prontidão para a mudança (Borges Rodrigues, 2022). Contudo, ainda se verifica alguma entropia entre os enfermeiros e pais de crianças com excesso de peso/obesidade, identificando-se como barreiras a possível quebrar da confiança e disrupção na relação terapêutica, a dificuldade da articulação com outros profissionais para a agilização de cuidados especializados, constrangimentos relacionados com tempo e com formação dos enfermeiros neste âmbito. Consequentemente, verifica-se uma protelação da intervenção necessária (Sjunnestrand et al., 2019).

Foi realizada uma pesquisa preliminar no PROSPERO e no *JB1 Evidence synthesis* não tendo sido encontrada nenhuma revisão sistemática concluída ou em construção sobre o tema em estudo. No motor de busca PROSPERO foi realizada a pesquisa com a frase "*childhood AND obesity AND Parent* AND experience* AND primary care*" gerando 8 resultados, dos quais nenhum se centrava nas experiências dos pais de crianças com obesidade em contexto de cuidados de saúde primários. Do motor de buscar *JB1 Evidence Synthesis* foi realizada uma pesquisa com a frase "*Parent* AND Childhood Obesity AND experience**" surgindo 29 resultados, dos quais nenhum centrado na temática de interesse. Assim, verifica-se uma

necessidade premente de sintetizar as experiências dos pais de crianças com excesso de peso ou obesidade infantil, nos cuidados de saúde primários de forma a adequar a intervenção de enfermagem.

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

Questão de revisão

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

Critérios de inclusão:

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

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

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

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

Metodologia:

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

Estratégia de Pesquisa:

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

	Termos naturais	CINAHL	MEDLINE	Pubmed
População	Children Child Pediatric Paediatric Parents Parental Childhood Obesity Overweight	Child Child, Infant Child, Preschool Adolescence Adolescent Pediatric Obesity Obesity	Child Infant Child, Preschool Adolescent Pediatric Obesity Obesity Overweight	Child Child, Preschool Adolescent Pediatric Obesity Obesity Overweight
Interesse	Parents Experiences Mother Father Caregiver Qualitative Studies Experiences Difficulties Challenges Questions	Parents Caregivers Mothers Fathers Life Experiences MH Parental Attitudes MH Parental Sensitivity Parental Notification Qualitative Studies: • Action Research • Document Analysis • Ethnographic Research • Ethnological Research • Ethnonursing Research • Grounded Theory • Naturalistic Inquiry • Phenomenological Research	Parents Caregivers Mothers Fathers Parental Notification Perception Qualitative Research	Parents Caregivers Mothers Fathers Parental Notification Qualitative Research Life Change Events
Contexto	Primary Health Care	Primary Health Care	Primary Health Care	Primary Health Care

Seleção dos estudos:

Após a realização da pesquisa, serão identificados todos os estudos e eliminados os duplicados. Serão lidos os títulos e resumos dos estudos selecionados por dois investigadores para análise dos critérios de inclusão. Os estudos potencialmente relevantes serão guardados e a sua referência apontada. O texto na sua totalidade será posteriormente avaliado por dois investigadores para verificação dos critérios de inclusão. As razões de eliminação dos estudos selecionados serão documentadas e reportadas na revisão sistemática. Quaisquer desentendimentos que possam surgir durante o processo de seleção dos estudos será resolvido através de discussão ou com o apoio de um terceiro investigador.

Avaliação da qualidade metodológica:

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

Extração de dados:

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

Síntese de dados:

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

apresentados em separado. Quando a agregação textual não for possível os dados serão apresentados sob forma de narrativa.

Conflitos de interesses:

As autoras declaram não existir qualquer conflito de interesse.

Referências Bibliográficas

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

Apêndices

Apêndice I – Histórico de pesquisa

N.º pesquisa	Termos	Resultados obtidos
1.	MH Pediatric Obesity	17,543
2.	MH obesity AND MH child AND MH Infant AND MH Child, preschool AND MH adolescen*	512
3.	TI obesity OR TI obese OR TI overweight AND child* OR P?ediatric	92239
4.	AB obesity OR AB obese OR AB overweight AND child* AND p?ediatric	96271
5.	S1 OR S2 OR S3 OR S4	157325
6.	MH Life experiences	42166
7.	MH parental attitudes OR MH Parental sensitivity OR MH Parental notification	17706
8.	TI experienc* OR TI difficult* OR TI challeng* OR TI question* OR AB experienc* OR AB difficult* OR AB challeng* OR AB question*	1,273.124
9.	S6 OR S7 OR S8	1,298,322
10.	MH parents OR MH caregivers OR MH mothers OR MH fathers	135,694
11.	TI parent* OR TI caregiver* OR TI mother* OR TI father* OR AB parent* OR AB caregiver* OR AB mother* OR AB father*	(315,935)
12.	S10 OR S11	355, 466
13.	S9 OR S12	1,514.092
14.	MH qualitative studies OR MH phenomenological research OR MH Ethnographic research OR Grounded theory or MH interviews OR MH thematic analysis OR MH focus groups OR MH narratives OR MH metasynthesis OR MH action research	354,051
15.	TI (focus group* OR qualitative OR descriptive OR ethnograph* OR fieldwork OR field work OR key informant OR grounded theory OR phenomenolo* OR metasynthesis OR meta synthesis OR meta-synthesis OR action research OR mixed methods) OR AB (focus group* OR qualitative OR descriptive OR ethnograph* OR fieldwork OR field work OR key informant OR grounded theory OR phenomenolo* OR metasynthesis OR meta synthesis OR meta-synthesis OR action research OR mixed method*)	338,636
16.	TI (semi structured OR semistructured OR unstructured OR informal OR indepth OR in-depth OR “face to face”) OR AB (semi structured OR semistructured OR unstructured OR informal OR indepth OR in-depth OR “face to face”)	140,316
17.	S14 OR S15 OR S16	571,653
18.	MH Primary health care	(74,913)
19.	S5 AND S13 AND S17 AND S19	190

Apêndice II – Quadro de extração de dados

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

Apêndice XII – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na adaptação da parentalidade em situação de diagnóstico inaugural de uma doença crónica: estudo de caso

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

Unidade curricular de Estágio com Relatório

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na adaptação
da parentalidade em situação de diagnóstico inaugural
de uma doença crónica: estudo de caso**

Sara Beatriz Anjo Martins nº 510

Professora Orientadora: Doutora Sónia Rodrigues


**Lisboa
2023**

Lista de siglas

APA - *American Psychological Association*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

eco TF - ecografia transfontanelar

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

HC – Hipotireoidismo congénito

ILAE - Liga Internacional Contra a Epilepsia

LA – Leite artificial

LM – Leite materno

MDAIF - Modelo Dinâmico de avaliação e intervenção familiar

NHF - necessidades humanas fundamentais

OMS – Organização Mundial de Saúde

SU – Serviço de urgência

TSH - *Thyroid Stimulating Hormone* ou Hormona Estimuladora da Tireoide

UCEP - Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos

Índice

Introdução	4
1. Caracterização da Patologia e sua Etiologia	6
1.1. Epidemiologia	7
1.2. Apresentação clínica.....	8
1.3. Diagnóstico.....	9
1.4. Tratamento	9
2. História Pessoal e Familiar.....	11
3. História de Enfermagem e evolução no Internamento	12
4. Avaliação Inicial Física e da Necessidades Humanas Fundamentais.....	14
5. Plano de Cuidados	18
6. Discussão e Recomendações	24
7. Conclusão	30
Referências Bibliográficas	31
Anexos	
Anexo I: Escala EDIN	
Anexo II: Escala de Mary Sheridan Modificada	
Anexo III: Escala de Braden Q	
Anexo IV: Escala adaptada de Humpty Dumpty Fall Scale	
Anexo V: Protocolo de avaliação do frênulo Lingual para bebês	
Apêndices	
Genograma e Ecomapa	

Introdução

O presente trabalho enquadra-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório, no contexto de Internamento de Pediatria. Tem como objetivo a aquisição de competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) através da realização de um estudo de caso clínico. Este método de estudo é usado para explorar, aprender e compreender mais sobre um caso único, através da análise da fisiopatologia, da gestão dos cuidados médicos e de enfermagem, assim como outras questões relacionadas com esse caso em específico (Nilmanat & Kurniawan, 2021).

Esta atividade permite, com base numa situação, refletir sobre a atuação e competências do EEESIP, no que diz respeito à identificação de necessidades e intervenções inerentes ao processo de planeamento de cuidados de saúde, em parceria e personalizados à criança e sua família, de acordo com os recursos existentes (Regulamento n.º 422/2018). Por outro lado, promove a integração de novos conhecimentos resultantes da resolução de problemas numa situação e contexto que não me é familiar, por ser diferente da minha experiência profissional. Ao lidar e analisar estas situações complexas potencio, igualmente, a minha capacidade de conseguir refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas que implicam. Com isto estou, igualmente, a desenvolver as minhas competências enquanto mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018).

A situação escolhida diz respeito a uma lactente de dois meses internada por suspeita de **crises epiléticas**. No início do estágio tive uma breve oportunidade de prestar cuidados a um jovem com epilepsia, o que despertou o meu interesse em perceber a importância da intervenção do EEESIP na adaptação dos pais a esta condição e às necessidades específicas inerentes, especialmente numa situação em que recentemente tinha sido diagnosticado outra doença crónica o **hipotireoidismo congénito (HC)**. Bem como, permite estudar e planear quais os cuidados de saúde a prestar em situações de doença, recorrendo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Os dados apresentados neste estudo de caso foram colhidos através de diferentes técnicas de recolha de dados, nomeadamente, de observação participante, da entrevista à família, da prestação direta de cuidados, da consulta do processo clínico e de enfermagem, e

de instrumentos de avaliação. Cumprindo o Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 106º que estabelece o dever do sigilo, a identidade da lactente e família foi ocultada²⁸.

Como referência usaram-se as teorias e modelos de enfermagem, designadamente a teoria de Virgínia Henderson sobre as necessidades humanas fundamentais para guiar a apreciação, o modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender e a Teoria das Transições de Afaf Meleis para guiar e analisar as intervenções realizadas.

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa bibliográfica foi realizada nos portais Wiley Online Library, EBSCOhost WEB, Repositório científico de acesso aberto de Portugal e desenvolvida em artigos científicos publicados, livros técnicos, normas de orientação e legislação. Este trabalho cumpre as indicações do Manual para a elaboração de trabalhos académicos e referenciação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (Godinho, 2023) e as normas da *American Psychological Association* (APA) 7ª Edição.

A organização deste estudo de caso inicia-se pela caracterização das patologias e suas etiologias, seguida da descrição da história pessoal e familiar e da história de enfermagem e evolução do internamento. Depois apresenta-se a avaliação física inicial, a avaliação das necessidades humanas fundamentais e o plano de cuidados. Por fim, é feita uma discussão e conclusão.

²⁸ "O Enfermeiro está obrigado a (...) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados" (Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro de 2015)

4. Caracterização da patologia e sua etiologia

As **crises convulsivas** são relatadas há mais de 5000 anos. E ao longo dos anos a sua definição tem vindo a mudar, mas podem ser definidas por atividades neuronais anormalmente excessivas. São alterações limitadas no tempo, transitórias e involuntárias de uma ou mais funções cerebrais. Consoante a área afetada as manifestações clínicas diferem (Departamento Pediatria HSM do CHULN, 2019; Ingle & Gibbs, 2024; Liberalesso & Rocha, 2018; Organização Mundial de Saúde, 2023).

Estas podem ser classificadas como «sintomáticas agudas ou provocadas» decorrentes de infeções, lesões durante o nascimento, lesões intracranianas ou hemorragia, distúrbios metabólicos, traumas, malformações cerebrais, doenças genéticas ou ingestão de tóxicos (Liberalesso & Rocha, 2018; Organização Mundial de Saúde, 2023; Saraiva & Sousa, 2022). Estas crises e uma convulsão só não podem a priori ser consideradas epilepsia. Na idade pediátrica os eventos paroxísticos são comuns, contudo apenas 1% a 1,5% são considerados crises epiléticas (Departamento Pediatria HSM do CHULN, 2019; Liberalesso & Rocha, 2018; Organização Mundial de Saúde, 2023). Nos lactentes, a maioria das convulsões acontecem por etiologias sintomáticas agudas, nomeadamente devido a erros inatos do metabolismo que correspondem a distúrbios congénitos. Em 85% dos erros inatos do metabolismo existem manifestações neurológicas, nomeadamente convulsões (Da Silva et al., 2022).

Em oposição se forem crises epiléticas sem um motivo subjacente, «não provocadas ou reflexas» pode assumir-se o conceito epilepsia que segundo a OMS (2023) é uma doença cerebral crónica não transmissível, em que em 50% dos casos mundiais não se sabe a origem, que se caracteriza por convulsões recorrentes, definida segundo a Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE) em 2014, por uma de três condições: 1) pelo menos duas convulsões não provocadas ou reflexas com um intervalo superior a 24 horas; 2) uma convulsão não provocada ou reflexa e uma probabilidade de novas crises, que ocorram nos 10 anos seguintes, semelhante risco geral de recorrência (pelo menos 60%) após duas convulsões não provocadas; 3) Diagnóstico de uma síndrome epilética (Fisher et al., 2014).

O **HC** caracteriza-se por uma deficiência de hormonas tiroideias à nascença. Pode ser transitório ou permanente e devido a um grande número de causas, não sendo na grande maioria das vezes hereditário. É a doença endócrina mais frequente. (A. L. Rodrigues et al., 2014; Rose et al., 2023). Em Portugal, de acordo com o último relatório do Programa Nacional de Rastreio Neonatal durante o ano 2020 foram diagnosticados 42 casos de Hipotireoidismo

Congénito (1:2.842) (Vilarinho et al., 2021). A causa mais frequente desta patologia é a carência de iodo de cerca de um terço da população mundial, que durante a gravidez implica com a formação das hormonas tiroideias em quantidades adequadas para as necessidades (A. L. Rodrigues et al., 2014).

Durante o desenvolvimento embrionário podem surgir disgenesias da tiroide, a causa de 85 a 90% do HC (segundo Rodrigues et al (2014) que podem ser influenciadas por fatores genéticos e epigenéticos), nos restantes casos defeitos enzimáticos resultam em dishormonogénese das hormonas da tiroide. Estas são as causas do hipotireoidismo congénito primário. Existe ainda o HC central, mais raro e muitas vezes transitório, que resulta da deficiente estimulação da tiroide devido a doença hipofisária ou hipotalâmica. Contudo, em muitos casos a etiologia do hipotireoidismo não chega a ser determinada. (Rastogi & Lafranchi, 2010; A. L. Rodrigues et al., 2014; Rose et al., 2023)

5. Epidemiologia

Não existem dados sobre **crises epiléticas** como um todo (provocadas e não provocadas), mas sabe-se que a epilepsia afeta cerca de 50 milhões de pessoas em todo o mundo (Organização Mundial de Saúde, 2023) e estima-se que uma em cada 200 pessoas em Portugal possam sofrer de epilepsia (Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN) & Comissão de internos e Recém-especialistas de Neurologia (CIREN), 2021). Segundo Schubert-Bast et al. (2023), a epilepsia tem uma maior incidência nos primeiros anos de vida em comparação com a infância mais tardia e a adolescência. Segundo estes autores, a nível mundial, crianças com menos de 5 anos têm incidência de mais de 60:100000. Wheless et al. (2023) referem que a nível mundial afeta cerca de 2,6 milhões de crianças. Sendo que até aos 16 anos entre 4 a 10% terá pelo menos 1 convulsão (Ingle & Gibbs, 2024).

O **HC** afeta todas as raças e etnias, mas é mais prevalente entre os asiáticos, hispânicos e índios americanos ou nativos do Alasca (1 em 2000 a 1 em 700 recém-nascidos respetivamente). Na Europa, França tem reportado muitos menos casos (1:10000), por outro lado a Grécia num período de 11 anos a incidência foi de 1:800. O sexo feminino tem uma incidência 2 vezes superior de disgenesia tiroideia. No caso de recém nascidos pré-termo, verifica-se frequentemente hipotireoidismo transitório (hipotiroxinemia) à nascença como resultado de imaturidade hipotalâmica e hipofisária (Rastogi & Lafranchi, 2010; A. L. Rodrigues

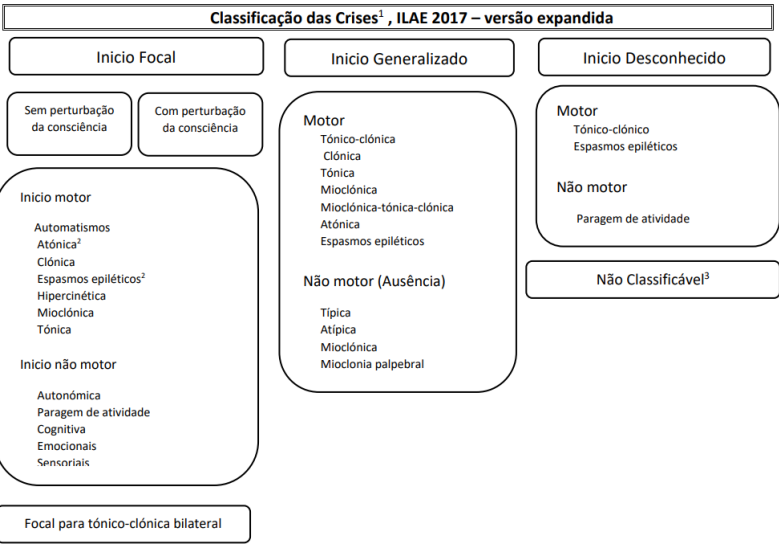
et al., 2014; Schubert-Bast et al., 2023). Todavia, como 70% dos recém nascidos a nível mundial não fazem rastreio neonatal é difícil de estabelecer uma prevalência mundial (Rose et al., 2023).

6. Apresentação clínica

As **crises epiléticas** podem manifestar-se clinicamente de diferentes formas de acordo com o tipo de convulsão. De uma maneira geral manifestam-se pela presença ou não de pródromos, consciência alterada, movimentos involuntários e alterações da percepção, dos comportamentos, das sensações e/ou postura. No caso dos lactentes podem ser associadas a episódios febris, causar letargia após o episódio e manifestar-se por cianose ou palidez, dispneia e sialorreia (Da Silva et al., 2022).

As convulsões podem ser focais (se começar numa região ou hemisfério), generalizadas (se desde o início envolver redes cerebrais bilaterais) e de início desconhecido. As crises focais são o tipo de crise predominante tanto em crianças como em adultos (Schubert-Bast et al., 2023). Geralmente são divididas em diferentes tipos, especificamente: tónica, clónica, tónico-clónica, parcial simples, parcial complexa, ausência, atónica, mioclónica, acinética, espasmos infantis, febril e estado epilético (Saraiva & Sousa, 2022). Contudo, em 2017, a ILAE apresentou classificações ligeiramente diferentes de acordo a Figura 1 (Fisher et al., 2017):

Figura 4 - Classificação Operacional expandida das Crises, ILAE 2017



O HC ini is. A história da gestação é um i ão prolonga-se por mais do que as 40 ou 42 semanas de idade gestacional. Podem ser bebés calmos, que dormem a noite toda, mas apresentam um choro rouco e obstipação, a hiperbilirrubinémia superior a três semanas é comum, juntamente com dificuldades na alimentação.

Pode igualmente manifestar-se por fontanela posterior grande, pseudo-hipertelorismo ocular, macroglossia, hérnia umbilical, letargia e/ou hipotermia. Um exame mais aprofundado pode revelar bradicardia, hipotonia e reflexos lentificados, a pele pode ser fria ao toque e marmoreada. Estas crianças apresentam igualmente maior risco de perda ligeira da audição, disfunção neurocognitiva e socio-emocional (Rastogi & Lafranchi, 2010; Rose et al., 2023).

7. Diagnóstico

O diagnóstico de **epilepsia** baseia-se principalmente na história clínica, observação treinada e vários exames diagnósticos. É também importante diferenciar convulsões de outras alterações de consciência ou comportamento; e ser feita uma recolha de descrição detalhada. Deve também ser feita uma avaliação física e neurológica, que inclui a avaliação do desenvolvimento motor, linguagem, aprendizagem e comportamento. Estas avaliações são igualmente complementadas com exames neurológicos de imagem e laboratoriais diversos, dadas as possíveis causas das convulsões (Ingle & Gibbs, 2024).

O **HC**, atualmente, é uma doença que pode ser detetada precocemente através do rastreio neonatal. Em Portugal é feito pelo Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge e os critérios são: se valores de Thyroid Stimulating Hormone ou Hormona Estimuladora da Tireoide (TSH) inferiores a 10 mU/L são considerados normais; se superiores a 40 mU/L deve ser referenciado para centro de tratamento. No caso de valores entre 10-20 mU/L são considerados suspeitos, pelo que exigem a determinação da hormona T4 na mesma amostra; se a T4 for inferior a 9,5 µg/dl ou se TSH entre 20-40 mU/L pede-se nova amostra e faz-se a determinação da TSH, caso esta seja superior a 10 mU/L confirma-se a suspeita de HC e o recém-nascido deverá ser referenciado (Vilarinho et al., 2021).

8. Tratamento

Para as **crises epiléticas** o principal objetivo é descobrir a causa e corrigi-la quando possível, ou controlar as convulsões ou a reduzir a sua gravidade e frequência, para permitir que a criança e família tenham o máximo de qualidade de vida. Para isso pode-se optar por quatro vias de tratamento: medicação anticonvulsivante e outra que atue na origem das convulsões, dieta cetogénica, estimulação do nervo vago e cirurgia para epilepsia (Ingle & Gibbs, 2024).

No **HC** está indicada a medição da hormona estimulante da tiroide sérica e da tiroxina livre, independentemente do resultado do rastreio neonatal. O objetivo é manter um eutiroidismo consistente com o estímulo normal da tiroide e com o valor da tiroxina livre na metade superior do valor de referência para a idade. Em populações específicas como prematuros, ou de baixo peso à nascença, ou de HC transitório, o tratamento é controverso (Rose et al., 2023).

9. História pessoal e Familiar

Utente de 2 meses, do sexo feminino, doravante referida por C. Primeira e única filha de ambos os progenitores. Vive com os pais em Lisboa. A mãe J. de 29 anos é agente da PSP, atualmente em licença de maternidade, natural de São Tomé e Príncipe. Durante o parto sob ampicilina e gentamicina por febre. Desconhece antecedentes pessoais de saúde. O pai P., de 38 anos, é vigilante, natural de Portugal e tem como antecedentes pessoais tabagismo e Síndrome de Gilbert. De acordo com o Modelo Dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF), o tipo de família é nuclear (ver genograma e ecomapa – apêndice I) mas não foi possível aplicar a escala de Graffar adaptada. Relativamente à dimensão de desenvolvimento encontra-se na etapa do ciclo vital familiar família com filhos pequenos. A dimensão funcional não foi avaliada (Figueiredo, 2012).

A C. nasceu às 37 semanas + 3 dias, em apresentação cefálica, de parto distócico com ventosa, após 16 horas de rotura da bolsa amniótica, Índice apgar 9/10/10. Peso 3340g, percentil 50 a 90. Sem alterações no rastreio séptico. Foram identificadas na linha média da face manchas vinho do porto (aguarda consulta de dermatologia). Fez ecografia transfontanelar (eco TF) com vasculopatia tálamo-estriada, sem alterações do canal medular. Fez fototerapia entre o dia 4 e dia 6 de vida por hiperbilirrubinemia neonatal transitória e trombocitopenia ligeira, depois resolvida. Teve perda ponderal máxima de 10,3% aos 9 dias de vida, agora boa evolução ponderal, alimenta-se de leite materno (LM) e leite artificial 1 (LA) 90 ml de 3 em 3 horas. Rastreios neonatais sem alterações à exceção da suspeita de hipotireoidismo congénito que se veio a confirmar. Está a ser seguida em consulta hospitalar e medicada com Levotiroxina 12,5 µg/dia. Sem alergias conhecidas. PNV atualizado.

No dia 30 de outubro foi transferida da Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP) para o internamento de pediatria com o diagnóstico de suspeita de **crises epiléticas** no lactente com atraso do desenvolvimento psicomotor e **hipotireoidismo congénito** (HC).

10. História de enfermagem e evolução no internamento

A C. esteve aparentemente bem até ao dia anterior ao que recorreu ao (SU), em que a mãe J. começou a reparar que a C. estava mais sonolenta, com menos apetite, e com dificuldade em ingerir os biberões como anteriormente. No dia em que recorreu ao hospital a C. teve episódio paroxístico com menos de 10 segundos de duração, caracterizado por cianose labial, movimento de protusão da língua, acentuado pestanejo bilateral, flexão dos membros superiores e sem resposta aparente (que mostrou em vídeo que gravou). Negou febre ou outro sintoma.

Na admissão ao SU apresentava-se sonolenta, pele e mucosas coradas e hidratadas com manchas cor de vinho do porto nas duas pálpebras, base do nariz, região occipital e região sagrada e mancha despigmentada abdominal. Eupneica, apirética. Aparentemente sem dor. Não fixava, nem seguia o olhar, apresentava movimentos dos membros pouco harmoniosos, hipotonia axial, sem sorriso social. Reflexos presentes. Sem alterações nas eliminações vesicais e intestinais. Realizou exames complementares de diagnóstico (gasimetria capilar e análises) sem alterações. Ficou internada no SO na companhia da mãe, por possível hipotonia axial e suspeita de crises convulsivas no lactente com hipotireoidismo. Durante o internamento no SO melhorou da sonolência, tolerou alimentação oral e manteve-se apirética.

No segundo dia, foi observada por neurologia pediátrica e foi transferida para a UCEP para vigilância de possíveis eventos paroxísticos e estudo etiológico aguardando realização de eco TF, Ressonância Magnética do neuroeixo e Eletroencefalograma. Sem medicação anti-convulsivas. Por se manter estável e sem novas crises foi transferida nesse dia para o internamento de pediatria com o diagnóstico de suspeita de crises epiléticas no lactente, com atraso do desenvolvimento psicomotor e hipotireoidismo congénito.

Deu entrada no internamento com a mãe, onde ficaram em alojamento conjunto. Às 11h40 a C. teve novo episódio convulsivo idêntico ao anterior, com duração inferior a 10 segundos. Mas durante o resto do dia 2 e no dia 3 de internamento sem novos episódios. Tolerou a alimentação mantendo LM e LA 90 mL por tetina, em intervalos regulares de 3 em 3 horas tendo despertado naturalmente para se alimentar, urinou e evacuou sem alterações. Mantendo movimentos pouco harmoniosos, principalmente dos membros superiores e ausência de fixação do olhar. A aguardar observação por oftalmologia e os resultados da hemocultura e urocultura, mas já com agendamento dos restantes exames prescritos e com indicação para iniciar colheita de urina 24, no dia seguinte.

Assim, durante o internamento a C. foi medicada com Levotiroxina 12,5 µg/dia, *per os*, 5 gotas, às 7h e colecalciferol 1 gota/dia, *per os*, às 19h. Teve indicação para não fazer terapêutica anti convulsionante. Para realização de análise de urina 24 horas, foi algaliada com Foley calibre 6, procedimento que a mãe quis participar e esteve a colaborar na gestão da dor e a tranquilizar a C.

11. Avaliação Inicial física e das Necessidades Humanas Fundamentais

De seguida apresenta-se a avaliação física, realizada no 4º dia de internamento quando tive oportunidade de realizar turno e prestar cuidados a esta criança e família, organizada de forma céfalo-caudal e de seguida é feita a avaliação segundo as necessidades humanas fundamentais (NHF) de Virgínia Henderson , ordenadas de acordo com a Hierarquia de Necessidades de Maslow retificada (Koltko-Rivera, 2006) e com a versão CIPE ® 2019, correspondente à frente.

A C. apresenta cabeça proporcional à idade e simétrica de formato arredondado. Fontanela anterior normotensa. Face simétrica. Olhos simétricos, sem nistagmos, pupilas isocóricas, mas com estrabismo fisiológico. Pavilhões auriculares simétricos e alinhados. Nariz alinhado. Cavidade oral integra, língua faz extrusão e elevação, aparentemente sem anquiloglossia. Pescoço ligeiramente hipotónico, dois mamilos simétricos e bem implantados, tórax sem alterações. Abdómen globuloso, simétrico, com cicatriz umbilical sem alterações, exceto mancha despigmentada oval. Vulva sem sinequias dos pequenos lábios, meato urinário e vagina bem localizados. Ânus perfurado. Membros sem alterações anatómicas e com mobilidade (mas pouco harmoniosa), dedos, espaços interdigitais e unhas sem alterações.

Manteve-se estável hemodinamicamente, com oximetria e frequência cardíaca em repouso adequadas à idade, assim como a tensão arterial. Aparentemente sem dor de acordo com a escala EDIN (Anexo I), exceto durante a realização de procedimentos invasivos.

- NHF Respirar – respiração: Eupneica em ar ambiente, cerca de 59 ciclos/min, respiração simétrica e abdominal, predominantemente com uma frequência adequada e amplitude normal. **Sem compromisso;**
- NHF Comer e beber – ingestão nutricional: Faz intervalos regulares de mais ou menos 3 horas, ingere LM através da amamentação e LA 90 mL através de tetina, que tolera. Boa evolução ponderal, peso de 4505 g, percentil superior a 15. **Sem compromisso;**
- NHF Eliminar – eliminação: Sem dificuldades em urinar e evacuar. A mãe não referiu alterações na aparência da urina e das fezes. **Sem Compromisso;**
- NHF Movimentar-se e manter a postura – atividade psicomotora: A C. apresenta hipotonia axial ao passar para a posição de sentado e em suspensão ventral, os movimentos dos membros superiores, nem sempre são harmoniosos. De

acordo com a escala Mary Sheridan Modificada (Anexo II) apresenta sinais de alarme, não segue a face humana. **Comprometida;**

- NHF Dormir e repousar – sono e padrão de repouso: adormece ao colo da mãe ou no berço onde dorme por períodos calma e tranquila, no intervalo das refeições.

Sem compromisso.

- NHF Vestir e despir – vestir-se ou despir-se: dependente na realização desta atividade. A roupa é escolhida pela mãe, adequada ao tamanho, clima e contexto. **Sem compromisso.**

- NHF Manter a temperatura corporal – temperatura corporal: manteve-se apirética com a roupa limpa à temperatura ambiente, extremidades ligeiramente mais frias. Sem história anterior de convulsões febris ou febre, que normalmente avalia com termómetro digital axilar. **Sem compromisso.**

- NHF Manter-se limpo e proteger os tegumentos – cuidar da higiene e sistema tegumentar: habitualmente toma banho ao fim da tarde ou antes do sono da noite. Usa produtos de higiene adequados. Pele e mucosas limpas, quentes, coradas, hidratadas, com um preenchimento capilar adequado, com manchas cor de vinho do porto nas duas pálpebras, base do nariz, região occipital e região sagrada e uma mancha oval despigmentada abdominal. De acordo com a Escala de Braden Q (Anexo III) apresenta Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão. **Sem compromisso;**

- NHF Evitar perigos - Adesão a precauções de segurança: durante o internamento a C. alternou entre o colo da mãe e um berço de grades adequado à idade (em casa também dorme em berço de grades), com as grades elevadas sempre que não lhe estavam a ser prestados cuidados. O colchão estava elevado a 30º para prevenir a aspiração. O banho foi dado em segurança, com temperatura e quantidade de água adequada. Sabe preparar o biberão de forma adequada na temperatura certa. Contudo, de acordo com a Escala de avaliação de risco de queda em Pediatria (Anexo IV) tem um alto risco de queda. **Comprometida;**

- NHF Comunicar com os seus semelhantes – capacidade para comunicar: quando desconfortável chorava vigorosamente, mas facilmente consolável pela mãe. Quando desperta é tranquila muito esporadicamente emite sons guturais. Mas não fixa nem segue o olhar, não tem sorriso social. **Comprometido.**

- NHF Praticar a sua religião/agir segundos as crenças – crença: A família da C. é cristã, católica não praticante. As suas crenças culturais, espirituais e religiosas aparentemente são positivas e não dificultam os cuidados de saúde à C., mas não foi feita uma avaliação aprofundada. **Sem compromisso;**
- NHF Ocupar-se de forma a sentir-se útil – atividade do cliente: A C. manteve-se maioritariamente calma durante o internamento, com uma convulsão com menos de 10 segundos no 3º dia, descrita como idêntica à que motivou o internamento. A mãe J. manifestou desejo e participou nos cuidados à C. **Sem compromisso.**
- NHF Recrear-se/divertir-se - capacidade para desempenhar atividades de lazer: A mãe J. tem sido muito diligente na diversificação de atividades para promover o desenvolvimento, em especial para potenciar a fixação do olhar. Refere ter adquirido cartões com as cores preto, branco e vermelho para esse efeito e passa períodos a realizar atividades lúdicas adequadas à idade. Contudo, a C. é incapaz de seguir objetos a pequena distância da cara e aparentemente a interação é para comunicar as necessidades básicas de alimentação, eliminação e repouso. Não tem sorriso social. **Comprometida.**
- NHF Aprender – aprendizagem: A mãe J. tem alguns conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, é interessada em aprender mais e aplica esse conhecimento para estimular a C. Relativamente ao HC já sabe o que significa de uma forma simplificada, as suas implicações e importância da adesão ao tratamento. Contudo, está preocupada com o motivo do internamento e ansiosa por perceber qual o diagnóstico. Em caso de convulsão já sabe que deve filmar para posteriormente ser avaliada e se possível chamar um profissional de saúde. Tem colocado várias dúvidas nomeadamente para validar a preparação do leite artificial que prepara corretamente, ou para validar a forma de dar banho que também faz corretamente, o que aparenta falta de confiança nas suas competências parentais. Para além da preocupação com o internamento a mãe J. tem estado sozinha com pouco apoio do pai, que ainda não conseguiu vir ao internamento devido ao trabalho apesar de estar a acompanhar por telefone. Esta família está a passar por transições múltiplas, os pais estão a passar pela transição para a parentalidade; que é condicionada também pela transição saúde-doença que estão a atravessar devido à hospitalização e ao

diagnóstico de uma doença crónica da C., que por sua vez está a viver transições de desenvolvimentais. **Comprometida.**

12. Plano de Cuidados

O plano de cuidados foi elaborado no turno da manhã com a C. e a família, neste caso a mãe J., pelo que reflete algumas das intervenções realizadas, mas maioritariamente diz respeito a diagnósticos e intervenções que identifiquei como importantes para manter a continuidade de cuidados, com vista à facilitação dos processos de adaptação da família à nova condição de saúde que motivou o internamento. Apresentam-se também alguns diagnósticos indicadores da qualidade dos cuidados. Refletindo assim competências dos EEESIP relativas à promoção da parentalidade, à intervenção nas doenças comuns que podem afetar a qualidade de vidas das crianças, à gestão da dor, à adaptação à doença crónica e à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil; e as competências comuns dos enfermeiros especialistas, no que diz respeito à melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 422/2018 (2018), sem data). Todavia não tive oportunidade de pôr todas em prática. Os diagnósticos e intervenções são apresentados com a taxonomia CIPE® 2019:

DIAGNÓSTICO	RESULTADO ESPERADO	INTERVENÇÕES	AValiação
1-11-2023 Papel parental comprometido	Papel parental melhorado	↪ Negociar o envolvimento da família nos cuidados; ↪ Ensinar sobre o papel parental durante a hospitalização ↪ Identificar atitude face aos cuidados; ↪ Apoiar processo tomada de decisão sobre tratamentos a realizar; ↪ Estabelecer relação de confiança; ↪ Avaliar potencial para melhorar o conhecimento da família sobre HC; ↪ Avaliar potencial para melhorar o conhecimento da família sobre tomar conta [durante a hospitalização e em casa, considerando especificidades do HC e das crises epilépticas e as necessidades desenvolvimentais];	1-11-2023 papel parental comprometido relacionado com hospitalização e adaptação a doença crónica

		→ Validar conhecimento da família sobre tomar conta [durante a hospitalização e em casa, considerando especificidades do HC e das crises epiléticas e as necessidades desenvolvimentais]; → Avaliar autoeficácia [percebida pela família quanto ao tomar conta durante a hospitalização e depois em casa]; → Facilitar capacidade para comunicar sentimentos; → Avaliar medo da família [relacionado com o impacto do diagnóstico]; → Aconselhar sobre medos [relacionados com a hospitalização e/ou doença]; → Promover coping efetivo; → Providenciar apoio emocional à família.	
1-11-2023 Risco vinculação comprometida	Vinculação segura	→ Avaliar vinculação [interação, consolabilidade]; → Estimular a presença da família [mãe]; → Incentivar contacto físico com a família [mãe]; → Estimular comunicação [entre a C. e a família, em especial durante momentos potencialmente stressantes, como procedimentos e exames, como forma de favorecer a sensação de segurança]; → Promover ambiente familiar [incentivando a ter os seus brinquedos e manta]; → Manter rotinas familiares [horários alimentação, sono e higiene]; → Minimizar interrupção do vínculo [minimizando interrupções desnecessárias durante os momentos de contato com a família].	1-11-2023 vinculação comprometida

1-11-2023 Desenvolvimento infantil comprometido	A médio prazo: Desenvolvimento infantil melhorado	→ Avaliar desenvolvimento da criança [de acordo com escala de Mary Sheridan modificada (Anexo II)]; → Avaliar potencial para melhorar o conhecimento da família sobre desenvolvimento infantil [considerando possíveis alterações inerentes ao HC e às crises epilépticas]; → Avaliar potencial para melhorar a capacidade da família sobre desenvolvimento infantil [considerando possíveis alterações inerentes ao HC]; → Avaliar autoeficácia [percebida pela família quanto à promoção do desenvolvimento infantil]; → Avaliar como a família [mãe] promove o desenvolvimento infantil [refere que tem cartões com as cores branco, preto e vermelho, perceber como os usa e com que objetivo]; → Promover o desenvolvimento da criança [incentivar e/ou reforçar a mãe pegar ao colo olhar nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, falar com a C., movimentar objetos coloridos perto do rosto, elevar o troco da posição de decúbito dorsal para sentado].	1-11-2023 sinais de alarme presente de acordo com escala Mary Sheridan Modificada
1-11-2023 Risco de convulsão	Curto prazo: Sem convulsão ou se convulsão filmar	- Avaliar potencial para melhorar conhecimento da família [mãe] sobre convulsão; - Avaliar potencial para melhorar capacidade da família [mãe] para gerir convulsão; - Ensinar a família [de acordo com os conhecimentos prévios da mãe e a experiência já vivida] sobre identificar uma convulsão; - Ensinar à família [de acordo com os conhecimentos prévios da mãe] sobre gerir convulsão; - Validar capacidade da família para gerir convulsão; - Gerir convulsão [se voltar a acontecer garantir que o ambiente em redor é seguro; gravar episódio; não tentar controlar movimentos da criança; monitorizar sinais vitais e saturação de	1-11-2023 sem convulsão durante o turno da manhã

		oxigénio; monitorizar estado de consciência; se tónico-clónica colocar em posição lateral de segurança; garantir a privacidade da criança e família; contabilizar duração]; - Tranquilizar a família [mãe] [esclarecer dúvidas relacionadas com o episódio se ocorrer; reforçar, clarificar e validar informações médicas recebidas]; → Avaliar autoeficácia [percebida pela família quanto à capacidade para identificar e gerir convulsões].	
1-11-2023 Risco de queda	Sem queda	→ Avaliar risco de queda; → Avaliar potencial para melhorar conhecimento da família sobre prevenção de queda; → Avaliar potencial para melhorar capacidade da família sobre prevenção de queda; → Validar capacidade da família sobre prevenção de queda; → Providenciar dispositivo de segurança [berço e grades na cama partilhada funcionantes]; → Demonstrar como prevenir quedas [demonstrar como baixar e subir as grades do berço; como manter a cama da mãe baixa e com as grades subidas quando fazem cama partilhada].	1-11-2023 alto risco de queda, mas sem quedas durante turno da manhã
1-11-2023 Risco de infeção	A curto prazo: Sem Infeção	→ Vigiar sinais e sintomas de infeção; → Prevenir infeção [cumprir protocolo de controlo de infeção instituído; realizar sistematicamente a higiene e desinfeção das mãos; usar luvas na realização dos procedimentos necessários]; → Avaliar potencial para melhorar conhecimentos da família [mãe] sobre prevenção da infeção; → Avaliar potencial para melhorar capacidade da família [mãe] sobre prevenção da infeção;	1-11-2023 aguarda-se resultado de hemocultura e urocultura Sem sinais de infeção

		→ Validar com a família [mãe] capacidade sobre prevenção de infecção [validar técnica de lavagem e desinfecção das mãos, evitar contacto com crianças infetadas, garantir que dispositivo urinário não toca no chão]; → Assegurar cumprimento da família [mãe] da prevenção da infecção.	
1-11-2023 Dor	Curto prazo: Sem dor	→ Avaliar dor de acordo com a escala de dor EDIN, pelo menos 1x turno; → Gerir dor [durante o procedimento de algaliação administrados 2ml de sacarose <i>per os</i>, explicada intervenção passo a passo para tranquilizar a mãe J. de forma que pudesse estar calma para apoiar a filha]; → Avaliar potencial para melhorar conhecimentos da família [mãe] sobre dor; → Validar capacidade da família [mãe] sobre gestão da dor [incentivada a acalmar a C. através do toque e da fala carinhosa, bem como com colo após intervenções dolorosas]. → Avaliar autoeficácia [percebida pela mãe sobre capacidade para gerir a dor].	1-11-2023 Sem dor – Escala EDIN 4
1-11- 2023 Risco de desmame precoce	A médio prazo: Amamentação mantida	→ Promover o potencial para melhorar o conhecimento sobre amamentar [mãe]; → Avaliar evolução do plano de amamentação preestabelecido pela família; → Promover o potencial para melhorar a capacidade para amamentar [mãe]; → Avaliar cavidade oral [da C. quanto à anatomia e função, nomeadamente a elevação, lateralização e extrusão da língua, com recurso ao protocolo da Dra. Martinelli (anexo V)] → Avaliar reflexo de sucção [e transferência de leite da C.] durante a amamentação; → Promover ingestão nutricional positiva [propor administração de LA através de sonda mama, em vez do biberão para prevenir o desmame precoce].	Capacidade para amamentar mantida Capacidade para mamar mantida

1-11-2023 Eliminação Urinária comprometida	2-11-2023 Eliminação urinaria normal [sem cateter urinário]	→ Cateterizar cateter urinário [foley calibre 6] de acordo com normas vigentes no serviço; → Gerir cateter urinário [potenciar saída da urina, colocar Urimeter® mais baixo que o corpo da C; manter assepsia]; → Avaliar potencial para melhorar o conhecimento da família [mãe] sobre cuidados com cateter urinário; → Ensinar [considerando os conhecimentos existentes da mãe] sobre cuidados com cateter urinário [deve ficar sempre preso ao berço ou cama da mãe, sem tocar no chão; não desconectar saco do Urimeter®; manter mais baixo que o corpo da C.]; → Validar capacidade da família para cuidados com cateter urinário; → Assegurar cumprimento dos cuidados ao cateter urinário; → Gerir eliminação urinária [esvaziar frequentemente o Urimeter®; contabilizar quantidade de urina; manter urina recolhida refrigerada]; → 2-11-2023 Suspende cateter urinário.	1-11-2023 Cateter vesical funcionante, urina clara e sem cheiro Validados conhecimentos da mãe sobre cuidados ao cateter urinário
Risco úlcera de pressão	1-11-2023 Sem úlcera de pressão	→ Avaliar risco de úlcera de pressão; → Avaliar potencial para melhorar competência da família [mãe] sobre prevenção de úlcera de pressão; → Validar competência da família [mãe] sobre prevenção de úlcera de pressão.	Baixo risco desenvolvimento de úlceras de pressão na criança Braden Q. (anexo III)

13. Discussão e Recomendações

A hospitalização e a doença são muitas vezes inesperadas para as famílias e frequentemente é a primeira crise que a criança e família enfrentam (Fox, 2024), pelo que exige que os pais se adaptem às novas responsabilidades inerentes, o que pode implicar uma indefinição sobre o que podem fazer ou não e sobre o que os profissionais esperam que façam, bem como, exigir a reformulação da sua identidade em alguns aspetos (Cristina et al., 2023; Nelas (coord.) et al., 2015). O exercício do **papel parental**, que era realizado até então, tem de ser alterado devido à hospitalização, causada muitas vezes por uma doença crónica que está a ser diagnosticada pela primeira vez (Cristina et al., 2023) como no caso da situação apresentada.

Todas estas alterações implicam uma transição, pela necessidade de reformular o plano de vida familiar. A atitude com que encaram esta transição e a hospitalização depende de vários fatores como experiências anteriores de doença/hospitalização, competências de coping inatas e adquiridas, gravidade da doença, sistema de suporte, as características da criança, dos pais e dos enfermeiros, mas também do tipo de assistência de enfermagem recebida (Cristina et al., 2023; Fox, 2024). Assim, é importante que o enfermeiro, em especial o EEESIP cumprindo a sua missão, estabeleça uma relação de parceria com a família que vai permitir: que sejam alcançados melhores padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 351/2015); e que a família nesta transição desenvolvimental tenha consciência do processo que está a atravessar e esteja envolvida, para que alcancem o bem estar e os conhecimentos, competências, capacidades de decisão e autoconfiança sobre a sua nova situação e os seus novos papéis (Meleis, 2010).

A informação relativamente à doença, evolução do internamento, procedimentos necessários são importantes para que os pais fiquem menos ansiosos, por terem algum sentimento de controlo da situação (Fox, 2024; Rodrigues et al., 2020) e para que os consentimentos dados, sejam informados²⁹. Contudo, é importante que o enfermeiro e EEESIP tente perceber quais os conhecimentos e experiências anteriores que os pais têm, bem como qual a autoeficácia percebida relativamente às exigências de toda a situação. Posteriormente é possível avaliar qual o potencial da família para melhorar os seus conhecimentos e

²⁹ artigo 105º do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, 2015) e artigo 5º da carta da criança hospitalizada "As crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde." (European Association for Children in Hospital, 2017)

capacidades para lidar com a situação, tendo em consideração a sua cultura e adequando a forma de comunicar a cada família ³⁰ (Murdaugh et al., 2019).

A participação ativa e continua dos pais durante o internamento interfere significativamente na recuperação e tratamento do filho. Contudo, ao mesmo tempo os pais experienciam medo, angústia, impotência, ansiedade, culpa, sensação de inutilidade, cansaço físico e mental, falta de privacidade e preocupações com outros filhos. O que pode ser agravado quando há incerteza quanto ao diagnóstico. Assim, a parceria de cuidados deve ser usada pelos EEESIP com intencionalidade, negociando qual o envolvimento que os pais querem ter e estão disposto em cada momento e procedimentos, confiando neles e promovendo a sua confiança nos enfermeiros. Bem como, fornecendo suporte emocional e orientação relativamente ao serviço em que estão e aos recursos que tem disponíveis³¹, como também os seus recursos individuais e familiares que podem mobilizar (Cristina et al., 2023; European Association for Children in Hospital, 2017; Fox, 2024; J. I. B. Rodrigues et al., 2020). Nesta situação era importante fazer um levantamento mais completo dos recursos que esta família dispõe.

Para além dos pais, as crianças hospitalizadas são afetadas por vários stressores incluindo a separação. Neste estágio de desenvolvimento, de acordo com Ainsworth (1979) um lactente de 2 meses está na transição entre a pré-vinculação e a fase da vinculação em progressão, sendo que nesta última para além dos comportamentos instintivos (choro, sucção, sorriso reflexo, contacto visual e reflexo de busca), começam a agarrar e a querer seguir o adulto. No entanto, durante a hospitalização o contacto com o cuidador de referência e a possibilidade de este identificar estes comportamentos e lhes dar resposta, pode estar dificultada pelos procedimentos inerentes e a patologia, o que pode comprometer a vinculação (Fox, 2024). Neste sentido o EEESIP tem uma intervenção fundamental na avaliação e promoção da vinculação³² durante este período. No caso desta família pelo comprometimento existente a nível do desenvolvimento, é ainda mais desafiador.

³⁰ Unidade de competência E3.3. "Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura." (Regulamento n.º 422/2018) e considerando o artigo 4º da Carta da criança hospitalizada "As crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão" (European Association for Children in Hospital, 2017).

³¹ Artigo 3º da Carta da Criança Hospitalizada "(...) Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço (...)" (European Association for Children in Hospital, 2017).

³² Unidade de Competência E3.2 "Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais." (Regulamento n.º 422/2018).

É também importante que mesmo durante o internamento, pelo comprometimento físico e psicológico que implica, o EEESIP avalie e promova o **desenvolvimento infantil**, considerando e adequando à patologia, ou que antecipe o máximo potencial de desenvolvimento da criança, para que a família possa ter expectativas realistas³³. A avaliação do desenvolvimento deve ser oportunista, mesmo que o contexto não pareça o ideal, porque pode ser onde são detetadas e encaminhadas situações de risco (Pestana, 2010). A mãe desta criança estava motivada para estimular o desenvolvimento e procurava perceber que atividades podia desenvolver, esses momentos no futuro podem continuar a ser oportunidades de avaliação de desenvolvimento e de empoderamento parental sobre esta temática.

O **aleitamento materno** é também um promotor do desenvolvimento motor e cognitivo (Krol & Grossmann, 2018; Pérez-Escamilla et al., 2023), neste sentido os pais como responsáveis pelo desenvolvimento da criança devem ser informados sobre as suas vantagens (Comité Português para a UNICEF, 2019) e ter apoio na saúde para conseguirem atingir o plano de amamentação delineado. No entanto, sabe-se que a hospitalização e o uso de tetinas (entre outras causas) potenciam o desmame precoce (Alvarenga et al., 2017; Lago et al., 2020; Lopes & Chora, 2019). Assim, o EEESIP deve promover a amamentação e neste caso em estudo, é importante igualmente perceber o motivo que levou à introdução do leite artificial e do biberão. Como o motivo pode ser por dificuldades na pega podia ser interessante fazer a aplicação do protocolo de avaliação do freio da língua da Dra. Martinelli. Por outro lado, pode ser usado como referência o modelo de promoção de saúde de Nola Pender para potenciar a adoção de comportamento de promoção, tendo por base as características e experiências dessa família; os benefícios, barreiras e autoeficácia que identificam; e as influências, exigências e preferências (Murdaugh et al., 2019).

Para além de promover o desenvolvimento e o aleitamento materno, ao longo do internamento o enfermeiro especialista deve promover a segurança do utente, nomeadamente ao implementar medidas de identificação e prevenção do risco³⁴ cumprindo com o Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2021-2026. Neste plano o quinto pilar foca-se nas práticas seguras em ambientes seguros, particularmente relacionadas com a ocorrência de quedas e úlceras de pressão, bem como com a redução de infeções associadas aos cuidados

³³ Unidade de competência E3.1 “Promove o crescimento e desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018).

³⁴ Unidade de competência A2.2 “Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.” (Regulamento n.º 140/2019).

de saúde (Despacho n.º 9390/2021). Também no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil se salienta que os cuidados antecipatórios devem focar a segurança do ambiente e a prevenção de acidentes (DGS, 2013).

As **quedas** fazem parte do desenvolvimento infantil, são inerentes à aquisição de competências motoras (quando aprendem a andar, trepar, correr, saltar) e à curiosidade inata e incapacidade de avaliar o risco. São também uma das principais causas de acidentes na infância que podem resultar em incapacidades permanentes ou morte (Brás et al., 2020; Peden et al., 2008). Segundo a Organização Mundial de Saúde, o número de mortes por quedas tem vindo a aumentar e é um problema de saúde pública desvalorizado (Organização Mundial de Saúde, 2021). Durante a hospitalização, devido ao novo contexto, alterações do estado de saúde, efeitos da medicação, existe mais risco de queda, que pode ser avaliado na idade pediátrica através da escala Humpy Dumpty.

Ainda no que diz respeito a práticas seguras, importa salientar que as **úlceras por pressão** diminuem a qualidade de vida e causam sofrimento, sendo por isso um problema de saúde pública que é usado como indicador da qualidade dos cuidados. A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras permite o planeamento e execução de medidas para as prevenir e tratar. Na idade pediátrica recomenda-se a aplicação da escala de Braden Q, que categoriza como alto risco as crianças e jovens com um valor final na escala inferior a 22 (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2011). O **risco de infeção** é igualmente um foco de preocupação mundial e na população neonatal e pediátrica assume especial relevância pela imaturidade e desenvolvimento incompleto do sistema imunitário e pela possibilidade de as infeções afetarem o desenvolvimento psicomotor (DGS, 2018). Como práticas de prevenção de infeção é importante que toda a equipa e famílias desenvolvam todos os esforços, nomeadamente através da lavagem das mãos e do cumprimento dos protocolos específicos de cada instituição.

Neste sentido, a monitorização do **risco de queda, de úlcera por pressão e de infeção** permite o planeamento e implementação precoce de estratégias adequadas a cada situação considerando as particularidades de cada internamento, criança e sua família, permitindo a melhoria contínua dos cuidados³⁵. O EEESIP é o profissional de saúde que pela parceria que estabelece com a família, pode desenvolver ações informativas, educativas e preventivas sobre estas temáticas, considerando os conhecimentos, competências, expectativas e ansiedades da família, que em interação com o ambiente (ao qual pertencem os enfermeiros) potenciam a

³⁵ B1.1 “Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.” (Regulamento n.º 140/2019)

transição para comportamentos que são identificados e antecipados como benéficos para a saúde (Murdaugh et al., 2019).

A avaliação do **risco de convulsão** é inerente ao motivo de internamento desta criança/família e pela variabilidade de apresentações clínicas que pode ter depende grandemente da capacidade do cuidador presente a saber identificar. Assim, compete ao EEESIP avaliar os conhecimentos e as competências da mãe neste sentido, se esta demonstrar interesse em estar envolvida neste cuidado, para que após ser detetada a equipa de saúde possa mais rapidamente intervir.

Para elaboração dos diagnósticos médicos no decorrer do internamento são realizados exames complementares de diagnóstico, neste caso o exame de urina de 24 horas que implicou a algália da criança. Assim os enfermeiros são responsáveis pela gestão deste dispositivo para a realização do exame, assegurando que todos os cuidados são realizados de forma adequada, para garantir igualmente a prevenção de infeção urinária, que se sabe tem um maior risco em caso de **cateterização vesical** (Despacho n.º 10901/2022). Ao realizar o procedimento de cateterização vesical a C. mostrou-se muito desconfortável pelo que se aplicaram medidas de gestão da dor.

A **dor**, considerada o 5º sinal vital, é um fenómeno complexo, subjetivo, multidimensional, uma experiência fisiológica, sensorial, emocional, comportamental, cognitiva e social única e influenciada por experiências anteriores. Em contexto pediátrico pode ser expressa de diversas formas, devido às particularidades de cada grupo etário e no caso de hospitalização cerca de 75% das crianças experienciam algum nível de dor aguda, da doença, do tratamento e de procedimentos invasivos (DGS, 2010; Hellsten, 2024; Reis (Coord.) et al., 2013). A avaliação, prevenção e tratamento da dor são das funções mais complexas em pediatria (Batalha et al., 2005). Contudo, uma vez que a dor está muitas vezes associada à ansiedade e medo, dificultam a sua avaliação e tomada de decisão quanto à melhor intervenção.

Ao EEESIP em parceria com a família, compete fazer a gestão da dor e a otimização das respostas adequadas³⁶, sendo essencial a sua avaliação para que seja possível a identificação e reconhecimento da criança com dor de uma forma uniformizada dentro da equipa de saúde e para que as decisões sejam homogéneas, mas personalizadas permitindo igualmente a avaliação da eficácia das intervenções e a sua correção em tempo útil se necessário. Existem

³⁶ Unidade de Competência E2.2 do Regulamento n.º 422/2018

vários instrumentos validados para a avaliação da dor, considerando as orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças da DGS recorreu-se à escala EDIN. Esta escala tem 5 dimensões e pressupõe um contacto de pelo menos 1 hora com o lactente, que pode ter até 3 meses de idade (Batalha et al., 2005; DGS, 2010).

14. Conclusão

O plano de cuidados apresentado foi delineado em específico para a criança e família, tendo por base os pilares da enfermagem pediátrica, os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados. Contudo, algumas das intervenções só foram planeadas à posteriori com base no estudo feito para este trabalho e na reflexão sobre a ação passada e futura, o que me vai permitir em práticas futuras semelhantes mais facilmente aceder a estas competências adquiridas, uma vez que foram perspetivadas para uma situação específica que aconteceu na prática.

Ao longo deste trabalho procurei refletir sobre a intervenção do EEESIP na adaptação da parentalidade num diagnóstico inaugural de uma doença crónica (neste caso em específico já havia outro diagnóstico recente de doença crónica que foi também importante ter em consideração) porque uma das competências que os especialistas devem desenvolver é a promoção da adaptação da criança e família à doença crónica, assim como a capacidade de intervir nas doenças comuns da infância que possam afetar negativamente a sua qualidade de vida. Estas capacidades permitem a facilitação destes processos de adaptação e redefinição parental nestas situações de cuidados que contemplam mais complexidade e especificidade.

Ao desenvolver a avaliação e as intervenções inerentes aos cuidados planeados tive também oportunidade de desenvolver competências na gestão de cuidados que devem ser personalizados a cada criança/família e adaptado às várias situações que possam surgir; bem como na comunicação com a família em situação de doença, adequada aos seus conhecimentos e características.

Para tal norteei as minhas intervenções nas evidências e regulamentações mais recentes de boas práticas, sobre esta temática em específico, mas também sobre questões transversais à qualidade dos cuidados que fazem parte das competências comuns dos especialistas como a prevenção de infeções, quedas e úlceras de pressão. Os modelos da Afaf Meleis e da Nola Pender foram fundamentais para planear e sustentar as intervenções nesta situação com vista à potenciação de uma transição para comportamentos de saúde, nomeadamente promovendo o aleitamento materno.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>
- Alvarenga, S. C., de Castro, D. S., Leite, F. M. C., Brandão, M. A. G., Zandonade, E., & Primo, C. C. (2017). Fatores que influenciam o desmame precoce. *Aquichan*, 17(1), 93–103.
<https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.9>
- Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2005). Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(4), 201–207.
http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/42/20130124172423_temas_de_atualizacao_201.pdf
- Brás, A. M. R., Quitério, M. M. de S. L., & Nunes, E. M. G. T. (2020). Nurse's interventions in preventing falls in hospitalized children: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 6).
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0409>
- Comité Português para a UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança*.
https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o-dos-direitos-da-crianca.pdf
- Cristina, P., Mesquita De Sousa, M., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 8, 15, 4–17.
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>
- Da Silva, G. P., Pinto, R. N. C., Spina, R. B., Trindade, L. R., Lima, L. B. T., Chávare, J., De Oliveira, O. G. P. C., Barbosa, L. L., Moser, L. L., & De Aquino, I. P. (2022). Epilepsias no lactente: aspectos etiopatogênicos, métodos diagnósticos e condutas terapêuticas. *Brazilian Journal of Development*, 8(5), 34281–34296. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n5-107>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Assembleia da República. Diário da República, Série I*(n.º 157/2018 de 2018-08-16), 4147–4182.
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Departamento Pediatria HSM do CHULN. (2019). *Protocolos de urgência em Pediatria* (A. L. gomes, C. Camilo, F. Abecasis, J. Albuquerque, J. G. Marques, M. Vieira, & S. Quintas, Eds.). ACSM Editora.
- Despacho n.º 9390/2021. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). *Assembleia da República. Diário da República, 2ª Série*(n.º 187 de 2021-09-24), 96–103. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

- Despacho n.º 10901/2022. (2022). Atualiza o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). *Assembleia da República. Diário da República, 2ª Série*(n.º 174 de 2022-09-08), 93. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>
- DGS. (2010). *Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- DGS. (2011). *Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 018/2011: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- DGS. (2018). *Saúde Infantil e Juvenil. Portugal 2018*. www.dgs.pt
- European Association for Children in Hospital. (2017). *Anotações à Carta da Criança hospitalizada* (Instituto de Apoio à Criança, Ed.; 3ª). https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Anotacoes_2017_compressed.pdf
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de avaliação e Intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família* (1ª edição). Lusociência.
- Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., Engel, J., Forsgren, L., French, J. A., Glynn, M., Hesdorffer, D. C., Lee, B. I., Mathern, G. W., Moshé, S. L., Perucca, E., Scheffer, I. E., Tomson, T., Watanabe, M., & Wiebe, S. (2014). ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475–482. <https://doi.org/10.1111/epi.12550>
- Fisher, R. S., Cross, J. H., French, J. A., Higurashi, N., Hirsch, E., Jansen, F. E., Lagae, L., Moshé, S. L., Peltola, J., Roulet Perez, E., Scheffer, I. E., & Zuberi, S. M. (2017). Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 58(4), 522–530. <https://doi.org/10.1111/epi.13670>
- Fox, J. L. (2024). Family-centered Care of the child during Illness and Hospitalization. Em M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition). Elsevier.
- Godinho, N. (2023). *Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Centro de Documentação e Biblioteca da ESEL.

- Hellsten, M. B. (2024). Pain Assessment in Children. Em Hockenberry, Duffy, & Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition). Elsevier.
- Ingle, T., & Gibbs, K. D. (2024). The Child with Cerebral Dysfunction. Em Honckenberry, Duffy, & Gibbs (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th Edition). Elsevier.
- Koltko-Rivera, M. E. (2006). Rediscovering the Later Version of Maslow's Hierarchy of Needs: Self-Transcendence and Opportunities for Theory, Research, and Unification. *Review of General Psychology*, 10(4), 302–317. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.10.4.302>
- Krol, K. M., & Grossmann, T. (2018). Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. Em *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (Vol. 61, Número 8, pp. 977–985). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2769-0>
- Lago, I. D. do, Silva, M. M., Ferreira, M. dos S., Rocha, K. N. S., Rocha, R. C., & Bezerra, M. A. R. (2020). Fatores de risco para o desmame precoce no período neonatal: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 10(57), 3621–3636. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i57p3621-3636>
- Lei n.º 156/2015. (2015). Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, no sentido de o adequar à Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro. *Assembleia da República. Diário da República, Série I*(Nº 181, de 2015-09-16), 8059–8105. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Liberalesso, P. B. N., & Rocha, M. M. da. (2018). Síndromes epilépticas na infância. Uma abordagem prática. *Residência Pediátrica*, 8(1), 56–63. <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2018.v8s1-10>
- Lopes, M. L. L., & Chora, M. A. F. C. (2019). Aleitamento Materno: Fatores que contribuem para o abandono precoce. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(2), 1796–1809.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Murdaugh, C., Parsons, M. A., & Pender, N. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8ª edição). Pearson.
- Nelas (coord.), J. C., Dias de Melo, E. da C. O. T., Reis, G. M. R. dos, Apóstolo, J. M. A., Carvalho, L. M. F. M., & Silva, L. D. (2015). *Guia Orientador de Boa prática - Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização* (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Ed.; Vol. 8). Ordem dos Enfermeiros.

- Nilmanat, K., & Kurniawan, T. (2021). The Quest in Case Study Research. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(1).
- Organização Mundial de Saúde. (2021, Março 19). *Injuries and Violence*. World Health Organization website. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>
- Organização Mundial de Saúde. (2023, Fevereiro 9). *Epilepsy*. World Health Organization website. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
- Peden, M., Oyegbite, K., Ozann-Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C., Rahman, A. F., Rivara, F., & Bartolomeos, K. (2008). *World report on child injury prevention*. <https://www.perkons.com/wp-content/uploads/2022/01/relatorio-mundial-acidentes-criancas-adolescentes.pdf>
- Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C. G., & Richter, L. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, 401(10375), 472–485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
- Pestana, V. L. F. F. de G. (2010). Guia orientador de boa prática: promover o desenvolvimento infantil na criança dos 0 aos 5 anos. Em Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Vol. Vol. 1*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf
- Rastogi, M. V, & Lafranchi, S. H. (2010). Congenital hypothyroidism. Em *Orphanet Journal of Rare Diseases* (Vol. 5). <http://www.ojrd.com/content/5/1/17>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, Série II*(nº 26, de 2019-02-06), 4744–4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 351/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República, Série II*(n.º 119/2015 de 2015-06-22), 16660–16665. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>
- 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 2018-07-12), 19192–19194.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Reis (Coord.), G. M. R., Costa, L. P. S., Carvalho, M. D. R., Seguro, M. I., Costa, M. J. M. C., Pimenta, M. M., Correia, M. M., & Anjos, O. M. Q. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança: Vol. Série 1-Número 6* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

Rodrigues, A. L., Carvalho, A., Pereira Duarte, C., César, R., & Anselmo, J. (2014). Hipotireoidismo congénito. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 9(1), 41–52.
<https://doi.org/10.1016/j.rpedm.2014.01.001>

Rodrigues, J. I. B., Fernandes, S. M. G. C., & Marques, G. F. D. S. (2020). Concerns and needs of parents of hospitalized children. *Saude e Sociedade*, 29(2). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190395>

Rose, S. R., Wassner, A. J., Wintergerst, K. A., Yayah-Jones, N.-H., Hopkin, R. J., Chuang, J., Smith, J. R., Abell, K., LaFranchi, S. H., Wintergerst, K. A., Bethin, K. E., Brodsky, J. L., Jelley, D. H., Marshall, B. A., Mastrandrea, L. D., Lynch, J. L., Laskosz, L., Burke, L. W., Geleske, T. A., ... Spire, P. (2023). Congenital Hypothyroidism: Screening and Management. Technical report. *Pediatrics*, 151(1).
<https://doi.org/10.1542/peds.2022-060420>

Saraiva, H., & Sousa, A. (2022). *Cuidados Diferenciados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem* (1ª Edição). Lidel.

Schubert-Bast, S., Kaur, M., Joeres, L., Foskett, N., Roebeling, R., & Strzelczyk, A. (2023). Epidemiology of focal onset seizures in children aged >1 month to 4 years in Europe, United States, and Canada: A literature review. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 112, 88–97.
<https://doi.org/10.1016/j.seizure.2023.09.022>

Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN), & Comissão de internos e Recém-especialistas de Neurologia (CIREN). (2021, Fevereiro 5). *Epilepsia: o que é, como se diagnostica e trata, o que fazer perante uma crise?* Sinopse: Conversas de Neurologia.
<https://www.spneurologia.com/noticias/epilepsia-o-que-e-como-se-diagnostica-e-trata-o-qu/56>

Vilarinho, L., Garcia, P., & Pinho e Costa, P. (2021). *Programa nacional de Rastreio Neonatal - Relatório 2020*. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7787>

Wheless, J. W., Gidal, B., Rabinowicz, A. L., & Carrazana, E. (2023). Practical Questions About Rescue Medications for Acute Treatment of Seizure Clusters in Children and Adolescents with Epilepsy in the USA: Expanding Treatment Options to Address Unmet Needs. *Pediatric Drugs*. <https://doi.org/10.1007/s40272-023-00601-x>

Anexos

Anexo I: Escala EDIN

ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU NÉ (EDIN)

IDENTIFICAÇÃO					DATA														
					HORA														
	0	1	2	3															
ROSTO	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobranceiras franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada	0														
CORPO	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel	1														
SONO	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece	0														
INTERACÇÃO	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação	3														
RECONFORTO	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável. Sucção desesperada	0														
PONTUAÇÃO TOTAL					4														

Debillon T, Sgaggero B, Zupan V, Tres F, Magny JF, Bouguin MA. Séméiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994; 1:1085-92.
 Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. Acta Pediatr Port 2003; 34 (3): 159-13..

Fonte: Direção-geral da Saúde. (2010). *Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*.
https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf

Anexo II: Escala de Mary Sheridan Modificada

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – notas explicativas

Idade	Parâmetros a avaliar			Material
4 – 6 Semanas	C	- Fixa a face da mãe quando esta o alimenta. - Sorriso presente às 6 semanas / sorriso social (em resposta a estímulos, distinto de movimentos faciais involuntários). - Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.		
	A ⁵			
	V M F	Fixa e segue objeto a 20-25cm de distância, horizontalmente de lado para a linha média (quarto de círculo).		Bola pendente
	P M G	Postura Normal / Esperada - Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos, cotovelos afastados e nádegas elevadas; tenta levantar a cabeça. - Decúbito dorsal: virando subitamente cabeça da criança para um lado observa-se flexão / adução do membro superior ipsilateral e extensão do membro contralateral (reflexo atónico assimétrico do pescoço). - Queda da cabeça se tração pelas mãos para sentar. Se sentado(a), dorso em arco e mãos fechadas. - Em suspensão ventral, cabeça alinhada com o tronco e membros semi-fletidos. - Pode voltar os olhos e/ou parar a atividade em curso (por ex. choramingar, “chupetar”, etc.), pisca os olhos, estende pernas ou abre as mãos, em resposta ao som (sineta, roca ou voz) a 15 cm do ouvido.		Roca

⁵ CAS – Comportamento e Adaptação Social; VMF – Visão e Motricidade Fina; PMG – Postura e Motricidade Global.

Sinais de Alarme: 1 – 12 M

1 MÊS	3 M	6 M	9 M	12 M
- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a). - Apresenta hipertonicidade na posição de pé. - Nunca segue a face humana. - Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). - Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.	- Não fixa, nem segue objetos. - Não sorri. - Não há qualquer controlo da cabeça. - Tem as mãos sempre fechadas. - Tem os membros rígidos em repouso. - Apresenta sobressalto ao menor ruído. - Chora e grita quando se toca. - Pobreza de movimentos.	- Ausência de controlo da cabeça. - Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar. - Não olha nem pega em qualquer objeto. - Apresenta assimetrias. - Não reage aos sons. - Não vocaliza. - Tem desinteresse pelo ambiente. - Apresenta irritabilidade. - Tem estrabismo manifesto e constante.	- Não se senta. - Permanece sentado(a) e imóvel sem procurar mudar de posição. - Apresenta assimetrias. - Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca. - Não reage aos sons. - Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização. - É apático(a), sem relação com familiares. - Engasga-se com facilidade. - Tem estrabismo.	- Não aguenta o peso nas pernas. - Permanece imóvel, não procura mudar de posição. - Apresenta assimetrias. - Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. - Não responde à voz. - Não brinca nem estabelece contacto. - Não mastiga.

Fonte: DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Anexo III: Escala de Braden Q

ESCALA DE BRADEN (CRIANÇAS) PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Intensidade e duração da pressão					Pontos
MOBILIDADE Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda	2. Muito limitada Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de se virar sozinho	3. Ligeiramente limitada Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda	4. Nenhuma limitação Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda	3
ACTIVIDADE Nível de actividade física	1. Acamado O doente está confinado à cama	2. Sentado Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado	4. Todos os doentes desmoldado jovens para deambular OU caminhar frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas, durante o tempo em que está acordado	4
PERCEÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de uma forma adequada em termos de desenvolvimento ao desconforto relacionado com a pressão	1. Completamente limitada Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação OU Capacidade limitada de sentir dor na maior parte do seu corpo	2. Muito limitada Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação OU Tem uma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	3. Ligeiramente limitada Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição OU Tem alguma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4. Nenhuma limitação Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	4
Tolerância da pele e estruturas de apoio					
HUMIDADE Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, drenagem, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado	2. Pele muito húmida A pele está frequentemente húmida, mas nem sempre. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos de 8 em 8 horas	3. Pele ocasionalmente húmida A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança dos lençóis de 12 em 12 horas.	4. Pele raramente húmida A pele está geralmente seca; os lençóis só requerem uma mudança a cada 24 horas	
FORÇAS DE FRICÇÃO E DESLIZAMENTO Fricção: ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio Deslizamento: ocorre quando a pele e a superfície desliza uma contra a outra	1. Problema significativo Espasticidade, contracturas ou agitação leva a um quase constante movimento e fricção	2. Problema Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima	3. Problema potencial Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai	4. Nenhum problema É possível levantar completamente o doente durante um posicionamento; Move-se na cama e cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante o posicionamento. Mantém sempre uma boa posição na cama ou cadeira, em todas as alturas	4
NUTRIÇÃO Padrões usuais de alimentação	1. Muito pobre Está em jejum e/ou a dieta líquida, ou EV por mais de 5 dias OU Albumina < 2,5 mg/dl OU Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/4 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 2 refeições de carne ou laticínios. Ingere poucos líquidos. Não toma suplemento dietético.	2. Inadequada Encontra-se em dieta líquida ou alimentação por SNG/nutrição parentérica, que fornece calorias e minerais inadequados para a idade OU Albumina < 3 mg/dl OU raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/4 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.	3. Adequada Encontra-se a ser alimentado por SNG ou nutrição parentérica, o que fornece calorias e minerais adequados para a idade OU come mais de metade da maior parte das refeições. Come um total de 4 refeições diárias de proteínas (carne, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento dietético caso lhe seja oferecido	4. Excelente Encontra-se numa dieta que fornece calorias adequadas à idade. Por exemplo: come/bebe a maioria das refeições/dietas. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne ou laticínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos	4
PERFUSÃO TECIDULAR E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometido Hipotensão (TA Média < 50 mmHg; < 40 mmHg num recém-nascido) OU o doente não tolera fisiologicamente mudanças de posição	2. Comprometido Normotenso; A saturação de oxigénio pode ser < 95% OU a hemoglobina pode ser < 10 mg/dl OU o reenchimento capilar pode ser > 2 segundos; Ph sérico < 7,40	3. Adequado Normotenso; A saturação de oxigénio pode ser > 95% OU a hemoglobina pode ser > 10 mg/dl OU o reenchimento capilar pode ser > 2 segundos; Ph sérico normal	4. Excelente Normotenso; saturação de oxigénio > 95%; Hemoglobina normal; 8 reenchimento capilar < 2 segundos	4
Total:					27

© 2002. Quigley SM, Carley MAQ, Children's Hospital, Boston
Versão Portuguesa 2003. Cristina Miguel, João Gonçalves, Kátia Furtado, Pedro Ferreira
Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEIUSC)

Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão na criança - valor final < 22 d) Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão na criança - valor final ≥ 22.

Anexo IV: Escala adaptada de Humpty Dumpty Fall Scale

Parâmetros	CrITÉrios	Pontuação (assinala)			
Idade	< 3 anos	4	4	4	4
	≥3 e <7 anos	3	3	3	3
	≥7 e <13 anos	2	2	2	2
	≥13 anos	1	1	1	1
Género	Masculino	2	2	2	2
	Feminino	1	1	1	1
Diagnóstico	Alterações neurológicas	4	4	4	4
	Alterações na oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anemia, anorexia, tonturas/ síncope, etc.)	3	3	3	3
	Psiquiátrico/ Alterações do comportamento	2	2	2	2
	Outros diagnósticos	1	1	1	1
Cognição	Não está consciente das suas limitações	3	3	3	3
	Esquece as suas limitações	2	2	2	2
	Está consciente das suas limitações	1	1	1	1
Factores ambientais	História de quedas nos últimos 3 meses ou criança < 3 anos em cama (i.e. não em berço)	4	4	4	4
	Utiliza produtos de apoio para locomoção (cadeira de rodas, apoio de marcha, etc.)	3	3	3	3
	Criança com menos de 3 anos em berço	2	2	2	2
	Criança/adolescente acamado	1	1	1	1
	Criança/adolescente que deambula	1	1	1	1
Cirurgia/ Sedação/ Anestesia	Há menos de 24h	3	3	3	3
	Há mais de 24 horas e menos de 48 horas	2	2	2	2
	Há mais de 48 horas sem sedação/anestesia/cirurgia	1	1	1	1
Medicação	Utilização de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: • Sedativos • Hipnóticos • Barbitúricos • Fenotiazinas • Anticonvulsivos • Antidepressivos • Narcóticos • Laxantes • Diuréticos	3	3	3	3
	Um dos medicamentos acima listados	2	2	2	2
	Outros medicamentos/ nenhum	1	1	1	1
Total		16			
Nível de Risco					
Data					
Assinatura					

Escala Adaptada de *Humpty Dumpty Fall Scale*

Para crianças/ jovens até aos 18 anos de idade

Pontuação mínima: 7

Pontuação máxima: 23

Baixo risco de queda:
pontuação ≤ 12

Elevado risco de queda:
pontuação > 12

Fonte: Folha de registo do programa de melhoria continua prevenção e monitorização de quedas, do Centro de Medicina de reabilitação de Alcoitão

Anexo V: Protocolo de avaliação do frênulo Lingual para bebês

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

HISTÓRIA CLÍNICA

Nome: _____
 Data do Exame: __/__/__ DN: __/__/__ Idade: ____ Gênero: M () F ()
 Nome da mãe: _____
 Nome do pai: _____
 Endereço: _____ nº: _____
 Bairro: _____ Cidade/Estado: _____ CEP: _____
 Fones: residencial: () trabalho: () celular: ()
 Endereço eletrônico: _____

Antecedentes Familiares

(investigar se existem casos na família com alteração de frênulo da língua)

() não (0) () sim (1) Quem e qual o problema: _____

Problemas de Saúde

() não () sim Quais: _____

Amamentação:

- tempo entre as mamadas: () 2h ou mais (0) () 1h ou menos (2)
- cansaço para mamar? () não (0) () sim (1)
- mama um pouquinho e dorme? () não (0) () sim (1)
- vai soltando o mamilo? () não (0) () sim (1)
- morde o mamilo? () não (0) () sim (2)

Total da história clínica: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 8

Quando a soma dos itens da história clínica for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

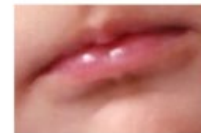
Figura 1 – Protocolo de Frenulum para Bebês – História Clínica

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

EXAME CLÍNICO (sugere-se filmagem para posterior análise)

PARTE I – AVALIAÇÃO ANATOMOFUNCIONAL

1. Postura de lábios em repouso



() lábios fechados (0)



() lábios entreabertos (1)



() lábios abertos (1)

2. Tendência do posicionamento da língua durante o choro



() língua na linha média (0)



() língua elevada (0)



() língua na linha média com elevação das laterais (2)



() língua baixa (2)

3. Forma da ponta da língua quando elevada durante o choro



() arredondada (0)



() ligeira fenda no ápice (2)



() formato de "coração" (3)

Total da avaliação anatomofuncional (itens 1, 2 e 3): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 6

Quando a soma dos itens 1, 2 e 3 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Figura 2 – Protocolo de Frenulum para Bebês – Exame Clínico Parte 1

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

4. Frênulo da língua



() é possível visualizar



() não é possível visualizar



() visualizado com manobra*

NO CASO DE NÃO OBSERVÁVEL VÁ PARA A PARTE II (Avaliação da Sucção não Nutritiva e Nutritiva)

4.1. Espessura do frênulo



() delgado (0)



() espesso (2)

4.2. Fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua



() no terço médio (0)



() entre o terço médio e o ápice (2)



() no ápice (3)

4.3. Fixação do frênulo no assoalho da boca



() visível a partir das carúnculas sublinguais (0)



() visível a partir da crista alveolar inferior (1)

* Manobra de elevação e posteriorização da língua. Se não observável, fazer o acompanhamento.

Total da avaliação anatomofuncional (item 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 6
Quando a soma do item 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 3, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Total da Avaliação anatomofuncional (itens 1, 2, 3 e 4): Melhor resultado= 0 Pior resultado= 12
Quando a soma dos itens 1, 2, 3 e 4 da avaliação anatomofuncional for igual ou maior que 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Figura 3 – Protocolo de Frenulum para Bebês – Exame Clínico Parte 2

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO FRÊNULO DA LÍNGUA COM ESCORES PARA BEBÊS

PARTE II – AVALIAÇÃO DA SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA E NUTRITIVA

1. Sucção não nutritiva (sucção do dedo mínimo enluvado)

1.1. Movimento da língua

() adequado: protrusão de língua, movimentos coordenados e sucção eficiente (0)

() inadequado: protrusão de língua limitada, movimentos incoordenados e atraso para início da sucção (1)

2. Sucção Nutritiva na Amamentação

(na hora da mamada, observar o bebê mamando durante 5 minutos)

2.1. Ritmo da sucção (observar grupos de sucção e pausas)

() várias sucções seguidas com pausas curtas (0)

() poucas sucções com pausas longas (1)

2.2. Coordenação entre sucção/deglutição/respiração

() adequada (0) (equilíbrio entre a eficiência alimentar e as funções de sucção, deglutição e respiração, sem sinais de estresse)

() inadequada (1) (tosse, engasgos, dispneia, regurgitação, soluço, ruídos na deglutição)

2.3. "Morde" o mamilo

() não (0)

() sim (1)

2.4. Estalos de língua durante a sucção

() não (0)

() sim (1)

Total da avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 5

Quando a soma da avaliação da Sucção Não Nutritiva e Nutritiva for igual ou maior que 2, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Quando a soma do exame clínico for igual ou maior que 9, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

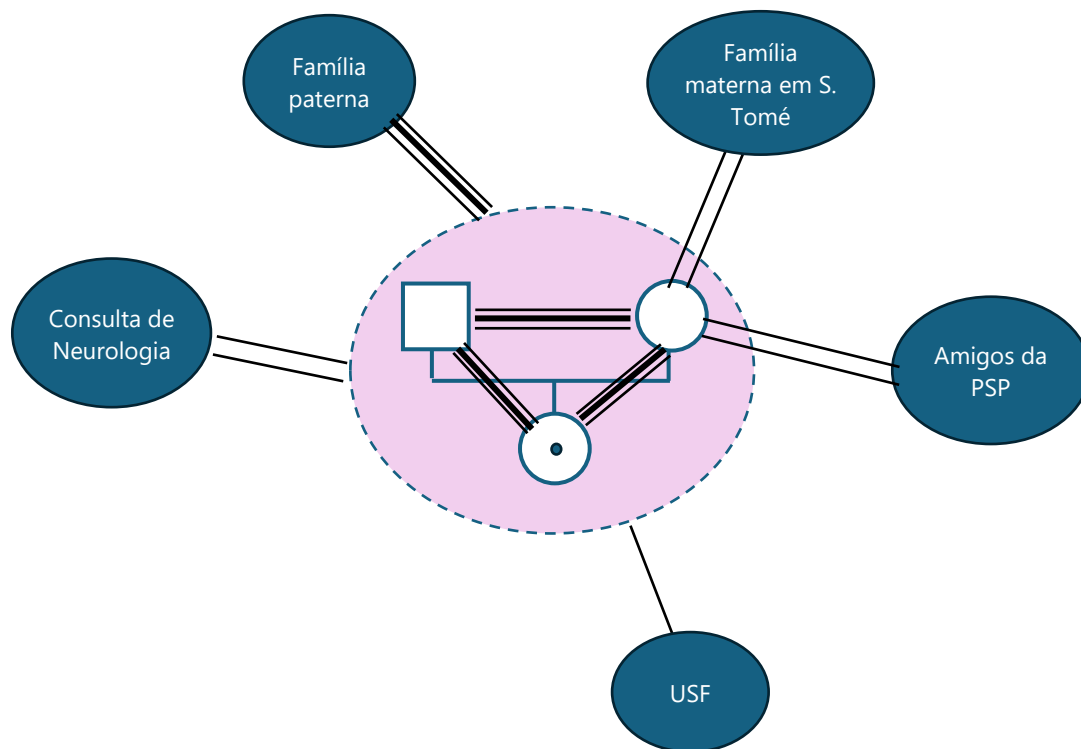
TOTAL GERAL DA HISTÓRIA E DO EXAME CLÍNICO: Melhor resultado= 0 Pior resultado= 25

Quando a soma da história e do exame clínico for igual ou maior que 13, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

Figura 4 – Protocolo de Frenulum para Bebês – Exame Clínico Parte 3

Apêndices

Genograma e Ecomapa



Legenda

	Utente
	Mulher
	Homem
	Casamento
	Filho
	Agregado familiar
	Vínculo muito intenso
	Vínculo Intenso
	Vínculo moderado

Apêndice XIII - Reflexão no âmbito do contexto de Centro de desenvolvimento Infantil



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

Unidade Curricular de Estágio

Reflexão de estágio em Consulta de Desenvolvimento Infantil

Sara Beatriz Anjo Martins nº 510


**Lisboa
2023**

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

Unidade Curricular de Estágio

**Reflexão de estágio em Consulta de Desenvolvimento
Infantil**

Sara Beatriz Anjo Martins nº 510

Professor Orientador:
Professora Doutora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues


Lisboa
2023

1. Consulta de Desenvolvimento Infantil

No âmbito do estágio em contexto da consulta de desenvolvimento infantil tive a oportunidade de observar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) que se encontra numa posição privilegiada para cuidar, acompanhar e orientar de forma individualizada a criança/jovem com perturbação do desenvolvimento e família no seu percurso de vida. Um aspeto fulcral na intervenção do EEESIP é a avaliação e promoção do desenvolvimento.

Nesta unidade a primeira consulta é feita em conjunto com a pediatra. Previamente ao início da consulta é possível ter acesso através do programa informático do hospital aos antecedentes da criança e ao motivo do encaminhamento. Desta forma, permite antecipar, de acordo com o motivo da referência, quais os aspetos a abordar em consulta. De seguida descreve-se uma consulta que tive oportunidade de observar e participar no decorrer do estágio, como forma de sustentar esta reflexão sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista (EE) na consulta de desenvolvimento

A situação de cuidados aconteceu no penúltimo dia de estágio com uma criança D. que tinha completado os 3 anos umas semanas antes da sua consulta, apesar de já ter sido encaminhado há vários meses para a sua primeira consulta de desenvolvimento. A criança veio acompanhada pela sua mãe, natural de Cabo Verde, com o 12º ano de escolaridade, muito preocupada com o filho já desde o nascimento, mas principalmente desde que entrou para a creche. A mãe conta que desde sempre é muito difícil que o D. sorria ou olhe nos olhos. Em termos da linguagem faz vários sons, mas não diz nenhuma palavra.

Ao entrar no gabinete a mãe e o D. foram diretamente para as cadeiras em frente à secretária, apesar de haver vários brinquedos na sala (mesa com cadeiras pequenas, caixa com brinquedos variados e cozinha de brincar). O D. ficou interessado em ver os livros que estavam na secretária. Seguindo o interesse do D. aproveitamos para pedir para apontar no livro, o cão, o gato, para fazer o som do cão, ou para apontar para o animal que faz "miau". O D. continuou apenas interessado em mudar as páginas do livro. Quando o tentámos chamar pelo nome continuou indiferente, na tarefa de ver todas as páginas do livro e mesmo quando impedido de mudar as páginas para tentar que completasse uma das tarefas perdidas, ficou frustrado a tentar mudar de página.

Optou-se por ir buscar uma folha branca e pedir que fizesse riscos na vertical ou horizontal. Ficou muito interessado pela caixa das canetas, abanando-a para ouvir o barulho

que fazia, despejando todas as canetas na mesa. Não pegou em nenhuma caneta da cor pedida, mas quando pegou numa caneta, agarrou com a mão e fez vários rabiscos circulares, continuando sem responder ao nome. Mostramos depois a caixa com cubos, que novamente abanou e se interessou pelo som, mas não cumpriu com a tarefa pedida de fazer torres de cubos.

O primeiro momento em que sorriu foi quando ouviu o som do xilofone, a que se agarrou sem se interessar em mais nada. Nem cócegas, nem carrinhos a passar nas costas ou bolas dentro da camisola, o incomodaram ou fizeram ficar frustrado. Só quando lhe consegui roubar o xilofone, quando se distraiu para escolher outra caneta para tocar, é que ao procurar por ele descobriu o resto dos brinquedos da sala. A forma de brincar foi despejar a caixa de brinquedos e carregar nos botões da cozinha, até descobrir os interruptores das luzes da sala, que esteve a acender e apagar, repetidamente. Enquanto o D. interagia com os brinquedos da sala, a médica foi fazendo algumas perguntas para perceber os antecedentes familiares e pessoais, uma das questões feitas foi se tinha sido amamentado, o que a mãe respondeu afirmativamente, mas quando questionada se o D. a olhava quando estava a mama, a resposta foi "muito dificilmente". Revelou também frequente instrumentalização do adulto em casa, nomeadamente para usar a sanita agarra a mão da mãe e leva-a à sanita.

O encaminhamento para esta consulta foi feito por um pediatra de um hospital particular, porque segundo a mãe para a médica de família sempre que o D. lá foi, estava sempre bem, apesar de na creche lhe dizerem que desconfiavam de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Não assisti ao fim da consulta porque fui requisitada para prestar apoio ao aleitamento materno noutra consulta da unidade de pedopsiquiatria. Em discussão e análise com a enfermeira orientadora sobre a consulta, percebi que o diagnóstico de PEA foi confirmado pela médica da consulta de desenvolvimento, que pediu igualmente uma avaliação formal do desenvolvimento por psicologia, encaminhou-o para intervenção precoce com articulação da professora de educação especial da equipa e para consulta de enfermagem na pedopsiquiatria (apesar de já ter 3 anos o limite máximo).

Esta consulta foi das últimas do estágio e não foi a primeira consulta com diagnóstico de PEA, mas esta foi uma consulta que me custou, que mais me tocou pela quase ausência de relação do D. com quem o rodeia. Senti-me também desiludida e frustrada por esta criança não ter tido uma intervenção mais precoce por falta de referenciação dos cuidados de saúde primários.

Assim, apesar de não ter conseguido estar até ao fim desta consulta, teve vários pontos positivos nomeadamente a possibilidade de assistir ao conceito interdisciplinaridade posto em prática entre as equipas da consulta de desenvolvimento e pedopsiquiatria da primeira infância, pela colaboração e articulação existente que revela uma abertura a outras áreas disciplinares e uma relação dinâmica de saberes, (Alarcão & Rua, 2005) que me permitiu a reconstrução e reconceptualização de saberes a nível individual e profissional. Outro aspeto, foi ter-me levado a ver na prática o impacto da avaliação do desenvolvimento infantil nos cuidados de saúde primários (ou a falta dela) na antecipação e deteção de sinais de alarme na criança. E ainda, ver o estabelecimento da ligação entre a comunidade (centro de saúde, escola e terapeutas) e a consulta de desenvolvimento; e também a importância das competências: promover o crescimento e desenvolvimento infantil e a promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, de deficiência/incapacidade, na intervenção do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018).

Neste sentido, importa inicialmente definir desenvolvimento. Desde a conceção que as crianças iniciam um processo de transformação que dura toda a sua vida (Martorell et al., 2020). Esta transformação leva ao refinamento e autorregulação da estrutura da pessoa para se tornar mais apta a viver em sociedade. Ou seja, o desenvolvimento pode ser entendido como a especialização e o aperfeiçoamento de determinadas funções e de certas competências cada vez mais complexas, que vão sendo progressivamente adquiridas através do crescimento, maturação e aprendizagem (Franklin & Prows, 2017; Pestana, 2010). Assim, o desenvolvimento infantil, que inclui também a interação entre a genética e o meio em que a criança vive, é fundamental ao desenvolvimento humano (Batista & Brentani, 2023; de Souza & Veríssimo, 2015). De acordo com Martorell et al. (2020) o desenvolvimento é estudado em três domínios, físico, cognitivo e psicossocial.

A Ordem dos Enfermeiros, nos seus guias orientadores de boa prática, recomenda que para que o enfermeiro tenha uma intervenção consolidada na promoção do desenvolvimento infantil deve ter por base a utilização de um instrumento de avaliação de fácil utilização, seguro e fiável, que deve ser aplicado numa intervenção flexível e de partilha bidirecional com os pais (Pestana, 2010). O instrumento de avaliação preconizado nesta unidade onde estagiei é o Schedule Growing Skills II, resultante do trabalho da Dra. Mary Sheridan que foi posteriormente melhorado e profundamente revisto para a sua 2ª versão, por Martin Bellman, Sundara Ligan e Anne Aukett. Tendo como objetivo fornecer informações sobre se a criança se está a desenvolver normalmente ou se há necessidade de uma avaliação ou terapia mais

pormenorizada (Bellman et al., 1996). Contudo, a sua aplicação é feita de forma livre, nem sempre incluindo todos os itens porque é feita em simultâneo com o modelo DIR®/FloortimeTM.

O Modelo DIR®/FloortimeTM (D- Capacidades desenvolvimentais emocionais funcionais; I - Diferenças Individual de processamento sensorial; R - modelo Baseado na Relação) é uma estrutura que ajuda profissionais de saúde, pais e educadores a realizar uma avaliação abrangente e a desenvolver um programa de intervenção adaptado aos desafios e pontos fortes únicos das crianças com PEA e outras perturbações do desenvolvimento. Os objetivos do Modelo são construir bases saudáveis para as capacidades sociais, emocionais e intelectuais. (Greenspan & Wieder, n.d.), enfatizando a noção de que a verdadeira aprendizagem acontece em contextos reais, as competências adquiridas podem depois ser generalizada para os vários tipos de interação social (Liao et al., 2014).

Com este modelo, os profissionais podem avaliar a maturidade intelectual e emocional das crianças através dos seis marcos de desenvolvimento do funcionamento emocional, sendo a comunicação recíproca entre a criança e o prestador de cuidados um dos elementos fundamentais (Liao et al., 2014). O contacto com esta forma de avaliar o desenvolvimento, permitiu-me refletir sobre a minha própria prática profissional, no sentido de incluir esta nova forma de olhar a criança e a sua forma de se relacionar com o contexto. Nesta metodologia, dá-se um grande ênfase em seguir os interesses da criança e trabalhar a relação com ela, como forma de fazer a avaliação do desenvolvimento e de diagnosticar necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem (Regulamento nº 422/2018).

O desenvolvimento pode ser afetado, entre outras, por um conjunto de condições que se manifestam geralmente antes da criança entrar no 1º ciclo — perturbações do neurodesenvolvimento, que envolvem défices no desenvolvimento com impacto funcional significativo a nível pessoal, social, académico ou ocupacional (American Psychiatric Association, 2014). A PEA é uma das perturbações do neurodesenvolvimento, que atualmente de acordo com o DSM-5 inclui vários distúrbios como, Asperger ou Rett que anteriormente eram diagnósticos isolados. Pode estar presente desde a primeira infância, mas ser só diagnosticada anos mais tarde. É caracterizado por défices persistentes na comunicação social recíproca, nos comportamentos comunicativos não-verbais utilizados para a interação social, e no desenvolvimento, gestão e compreensão de relacionamentos; e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (American Psychiatric Association, 2014; Black & Grant, 2014). Esta perturbação é um dos principais motivos de encaminhamento

para a consulta de desenvolvimento e é uma condição que afeta 2 a 3% da população da Europa (Isaías, 2019).

Sendo uma condição crónica, pode ser incluída no conceito de Children with Special Health Care Needs – Crianças com Necessidades de Cuidados de Saúde Especiais (CNCSE) que são classificadas de acordo com as necessidades e não com o diagnóstico médico, e engloba crianças que têm ou estão em risco de ter condições leves a severas de saúde física, desenvolvimental, comportamental ou emocional ou com condições medicamente complexas ou dependentes de tecnologia, ou que necessitam de serviços de saúde e de outros tipos e em quantidades diferentes, que a maioria das crianças (Caicedo, 2014; Neves et al., 2019). Por exemplo, a necessidade de acompanhamento médico, de enfermagem e em diferentes terapias como terapia da fala, terapia ocupacional e psicologia.

O EEESIP tem como competência a promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, de deficiência/incapacidade (Regulamento nº 422/2018). Para as famílias, lidar com a condição crónica, no seu quotidiano, é uma das experiências mais difíceis de gerir e está dependente de vários fatores como a cultura, as crenças, o vínculo estabelecido entre todos os elementos da família, e suporte social, emocional e financeiro disponível para enfrentar a transição de saúde para doença, os mecanismos de coping e capacidade de resolução de problemas (Diogo et al., 2020; Teixeira, 2021).

A Família está em constante procura pelo equilíbrio dinâmico entre a mudança e a estabilidade. O Enfermeiro é o facilitador da co-construção das soluções que as famílias têm a capacidade de encontrar para os seus problemas, por serem autopoieticas (Figueiredo, 2012). Para tal, e seguindo uma das linhas mestras do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) — a valorização dos cuidados antecipatórios (DGS, 2013) — é fundamental conhecer e antever os principais pontos de stress parental nomeadamente: no momento do Diagnóstico; ao serem ou não atingidos marcos desenvolvimento; o Início da escola; a “Perceção final/*Reaching the ultimate attainment*” de que algo não vai ser alcançado; Adolescência; a preparação para os cuidados na vida adulta sem os pais; e/ou a Morte da criança (Docherty et al., 2019).

Outra intervenção do EEESIP importante é prestar suporte emocional, tendo em conta a sobrecarga parental que implica cuidar de uma criança com condição crónica. Esta sobrecarga que pode ser objetiva, como a falta de tempo e de recursos económico; ou subjetiva como o stress emocional, responsabilidade pelos cuidados instrumentais em casa, pressão dos familiares, peso da hereditariedade (Diogo et al., 2020; Docherty et al., 2019). Estas

são algumas das intervenções que são feitas na primeira consulta de enfermagem de desenvolvimento da unidade em que estagiei. Após a primeira consulta a criança e família podem ser referenciadas para seguimento de enfermagem. Estas consultas de seguimento têm como objetivo o empoderamento parental e promoção das competências parentais, bem como serem sessões de estímulo do desenvolvimento psicomotor infantil, da comunicação e interação; acompanhamento no caso de estar instituído regime terapêutico

Todas as intervenções devem ter como filosofia os Cuidados Centrados na Família que de acordo com o Institute for Patient-and Family-Centered Care (n.d.) não significa fazer tudo pelas famílias e para as famílias, mas sim com elas, tendo como alicerce a parceria entre os profissionais de saúde, as crianças e as famílias, através do Respeito e Dignidade; Partilha de Informação; Participação, e Colaboração. O importante é que a criança/família mantenha o poder (daí a importância do empoderamento familiar) sendo ela a unidade de cuidados que permite a individualização dos cuidados à criança, mobilizando os conhecimentos que os seus cuidadores têm para participação nos cuidados e na tomada de decisões (Hockenberry, 2019).

Neste sentido, o EEESIP em cada consulta deve perceber qual o dia-a-dia da família, o dia a dia da criança; as estratégias de coping previas; a coesão familiar; e os recursos familiares e comunitários. É igualmente fundamental a prevenção da superproteção, a normalização, mas com expectativas realistas, a promoção do máximo potencial de desenvolvimento da criança, não usando a idade cronológica como referência, mas sim o seu desenvolvimento (Diogo et al., 2020; Docherty et al., 2019).

Em conclusão, o EEESIP na consulta de desenvolvimento tem um papel fundamental no estabelecimento de relação com a criança e família e na avaliação da relação dessa família e impacto no desenvolvimento infantil. Para além disso, o EEESIP, tendo uma visão integral e holística, é um elemento essencial na articulação com toda a equipa multidisciplinar e com a comunidade sendo importante também no apoio à inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais (Regulamento nº 422/2018). Nas consultas de seguimento o EEESIP tem ainda a oportunidade de proporcionar conhecimentos e aprendizagens 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 nº 422/2018), o que juntamente com a auto eficácia de cada família, os recursos na comunidade e um objetivo de saúde permite impulsionar o processo de empoderamento.

Resumindo, esta reflexão possibilitou perspectivar mudanças na minha prestação de cuidados que pude inclusive já pôr em prática desde que iniciou o estágio, nomeadamente na relevância dada à avaliação da relação da criança com ambiente e família, e usar isso como base para depois avaliar o desenvolvimento. Na prática investir ainda mais tempo no brincar sendo esse o foco da consulta, que suporta todas as outras avaliações a desenvolver e que deve ser também estimulado a ser mantido pelos pais/cuidadores.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinarity, clinical placements and development of competences. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnostico e Estatístico de transtorno mentais. DSM-5* (5ª edição). Artmed.
- Batista, C. L. C., & Brentani, A. V. M. (2023). Analysis of the influence of the timing of enrollment in daycares on child development. *Cadernos de Saúde Publica*, 39(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT150622>
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). *Schedule of Growing Skills II. User's Guide*. GL Assessment. <https://support.gl-education.com/media/2407/sgs-ii-user-guide.pdf>
- Black, D. W., & Grant, J. E. (2014). *DSM-5 GuideBook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1th Edition). American Psychiatric Publishing.
- Caicedo, C. (2014). Families with special needs children: family health, functioning, and care burden. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(6), 398–407. <https://doi.org/10.1177/1078390314561326>
- de Souza, J. M., & Veríssimo, M. de la Ó. R. (2015). Child development: Analysis of a new concept. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1097–1104. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Diogo, P., Lemos e Sousa, O., Rodrigues, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2020). Cuidar da Criança com condição crônica e de sua família: Competência Emocional dos Enfermeiros Pediatras. In M. A. M. Gaíva, B. R. G. de O. Toso, & M. A. Mandetta (Eds.), *Proenf Saúde da Criança e do Adolescente* (Vol. 1, pp. 81–117). Secad - Artmed.
- Docherty, S. L., Brandon, D., Superdock, A. K., & Bartfield, R. C. (2019). Impact of Chronic Illness, Disability, or End-of-life Care for the Child and Family. In Hockenberry, Wilson, & Rodgers (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (11th Edition, pp. 589–631). Elsevier.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de avaliação e Intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família* (1ª edição). Lusociência.
- Franklin, Q., & Prows, C. (2017). Developmental and Genetic Influences on Child Health Promotion. In M. Honckenberry, D. Wilson, & C. Rodgers (Eds.), *Wong's Essentials Of Pediatric Nursing* (Tenth Edition). Esivier.

- Greenspan, S., & Wieder, S. (n.d.). DIR/Floortime Model. In *The interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders*. The interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders.
- Hockenberry, M. J. (2019). Perspectives of Pediatrics Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (11^a Edition, pp. 1–14). Elsevier.
- Institute for Patient-and Family-Centered Care. (n.d.). *What is PFCC?* Retrieved April 24, 2023, from <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Isaías, J. M. dos R. (2019). *Prevalência e Etiologia de Transtornos do Espectro do Autismo. O que mudou nos últimos cinco anos?* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8707/1/6964_14763.pdf
- Martorell, G., Papalia, D., & Feldman, R. D. (2020). *O mundo da criança: da infância à adolescência [ebook]* (13 ed.). AMGH.
- Neves, E. T., Okido, A. C. C., Buboltz, F. L., Santos, R. P. Dos, & Lima, R. A. G. de. (2019). Accessibility of children with special health needs to the health care network. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 65–71. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0899>
- Pestana, V. L. F. F. de G. (2010). Guia orientador de boa prática: promover o desenvolvimento infantil na criança dos 0 aos 5 anos. In Ordem dos Enfermeiros (Ed.), *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Vol. Vol. 1*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudelInfantil_Pediatria_volume1.pdf
- Regulamento n.º 422/2018 (2018), Pub. L. No. 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 2018-07-12) 19192. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Teixeira, V. (2021). *Integração da Doença Crónica pediátrica na vida* [Dissertação de Mestrado]. Escola superior de enfermagem do Porto.

**Apêndice XIV – Grelha de observação dos determinantes do
Aleitamento Materno**

	C.S	Desenvol	Interna.	Urgência	Neo
INDIVIDUAIS MATERNOS					
conhecimentos sobre AM vantagens e desvantagens					
experiência anterior de amamentação					
hipogalactia/ percepção materna de hipogalactia					
desconfortos/dor ao amamentar					
percepção de autoeficácia a amamentar					
percepção de causar desconforto no filho					
escolaridade					
estatuto socio económico					
hábitos tabágicos					
INDIVIDUAIS INFANTIS					
prematuridade					
baixo peso					
hipotonia					
anquiloglossia					
qualidade da pega					
início tardio do AM					
internamentos					
uso de chucha					
AMBIENTAIS					
pouco conhecimento dos profissionais sobre AM					
pouco apoio, pouco acompanhamento pré natal					
falta de rede de suporte					
falta de apoio do parceiro					
crenças e mitos					
falta de condições no trabalho para amamentar/extração					
desconforto da mãe/colegas					
ESTRUTURAIS					
sociedade em que a família se insere					
a cultura					
as leis e políticas					
mercado de substitutos de leite materno					

Apêndice XV – Folhetos no âmbito do Aleitamento Materno

O meu bebé está a comer bem se...

- A mãe não sente dor quando o bebé mama (embora as primeiras mamadas possam sentir uma sucção mais forte);
- As suas mamas e mamilos não devem estar doridos;
- O seu bebé faz longas sucções e engole ritmicamente;
- Quando o bebé termina a mamada, parece contente e satisfeito e larga a mama sozinho;
- As fraldas molhadas e sujas são também um bom indicador;
- O seu bebé deve voltar ao peso de nascimento em duas semanas e continuar a ganhar peso.

Off to a best start - NHS 2022

Estamos aqui para ajudar e apoiar!



Notas Importantes

- Não existe leite fraco!
- Pode amamentar com qualquer mamilo;
- Normalmente quanto mais o bebé mamar, mais leite vai produzir;
- No 1º mês de vida é frequente o bebé:
 - adormecer à mama;
 - mamar com intervalos muito curtos (45min a 60min), uma vez que o seu estômago é muito pequeno;
- Se tomar medicação verifique se é compatível com a amamentação (consulte www.e-lactancia.org e/ou aconselhe-se com o seu Enfermeiro/ Médico);
- Se dor/desconforto persistente ou mama quente/vermelha/dura fale com o seu Enfermeiro/Médico.

R. Boa

Referências:

- Genna, C. W. (2017). Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants (C. W. Genna, Ed.; 3a). Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Levy, L., & Bértholo, R. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF e Conselho Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- NHS. (2022). Off to the best Start. A guide to help you start breastfeeding. The baby Friendly Initiative Unicef UK.
- OMS, & UNICEF. (2022, July 31). Joint statement by UNICEF and WHO on World Breastfeeding Week. WHO.

Imagens retiradas da internet. Autor Mencionado

Aleitamento Materno

O QUE SABER



Junho 2023

Estudante do 1º MESIP Sara Martins.
Orientada por: EESIS e
Prof. Doutora Sónia Rodrigues

Como amamentar?

IDENTIFICAR QUANDO O BEBÉ ESTÁ COM DISPOSIÇÃO PARA MAMAR

Estou pronto!

Começa a mexer

Tenta Sugar

Abre a boca

Estica-se e espreguiça-se

Leva as mãos à boca

Movimenta-se cada vez mais

Agora já não consigo...

Chora

Movimentos agitados

Pode ficar vermelha

Têm de me acalmar primeiro

ESCOLHER UMA POSIÇÃO CONFORTÁVEL



ClubeMammy.com

COMEÇAR A MAMADA

- Encostar a barriga do seu bebé à sua;
- Retirar um pouco de leite para ficar uma gota na ponta do mamilo;
- Apontar o mamilo para o nariz e deixar que o seu bebé incline a cabeça para trás e abra bem a boca;
- Não colocar a mama na boca, esperar que ele vá até ao mamilo e pegue até à areola.



Off to a best start - NHS 2022

VERIFICAR A PEGA

- Orelha, ombro e anca do bebé alinhados;
- Boca bem aberta - 1 e 2;
- Lábios virados para fora - 3;
- Grande parte da areola dentro da boca;
- Nariz afastado da mama, queixo encostado - 4;
- Bochechas arredondadas;
- Pode ouvir-se o leite a ser engolido.

My baby is feeding well if

- It doesn't hurt you when your baby feeds (although the first few sucks may feel strong).
- Your baby rhythmically takes long sucks and swallows.
- Your baby finishes the feed, appears content and satisfied after feeds and comes off the breast on their own. Your breasts and nipples should not be sore.
- Wet and dirty nappies are also a good indication.
- Your baby should be back to birth weight by two weeks and then continue to gain weight.

Off to a best start - NHS 2022

We are here to help!



Important Information

- There is no such thing as weak milk!
- You can breastfeed with any kind of nipple!
- Normally the more the baby sucks, the more milk you will produce;
- In the first month of life the baby frequently:
 - falls asleep while breastfeeding;
 - feed at very short intervals (45 to 60 minutes), as their stomach is very small
- If you take medication, check is breastfeeding compatibility at: www.e-lactancia.org and/or get advice from your Nurse/Doctor,
- If persistent pain/discomfort or hot/red/hard breast talk to your Nurse/Doctor.

Referências:

- Genna, C. W. (2017). Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants (C. W. Genna, Ed.; 3a). Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Levy, L., & Bértholo, R. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF e Conselho Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- NHS. (2022). Off to the best Start. A guide to help you start breastfeeding. The baby Friendly Initiative Unicef UK.
- OMS, & UNICEF. (2022, July 31). Joint statement by UNICEF and WHO on World Breastfeeding Week. WHO.

Imagens retiradas da internet. Autor mencionado

How to breastfeed?

BABY FEEDING CLUES

I am ready!

Stirring

Mouth opening

Seeking/rooting

I'm really hungry

Wriggling

Sucking fists

Search for breast

Calm me,

Crying

Agitated body movements

Colour turning red

then feed me!

BREASTFEEDING POSITIONS



ClubeMammy.com

Breastfeed...

- As soon as possible after giving birth;
- With comfortable clothes, especially bra;
- On demand, guide by the baby;
- From one or two breasts;
- With healthy food and water close by;
- Without pain or discomfort;
- Also at nighttime, to increase hormone production of prolactin, responsible for milk production.

Breastfeeding

A QUICK GUIDE



June 2023

1º MESIP Student Sara Martins. Oriented by :
EESIS e PhD Nurse Sónia Rodrigues

LATCHING ON

- Place baby belly against yours;
- Place a drop of your milk on the nipple;
- Level baby nose with your nipple;
- Let your baby's head tip back a little so that his mouth opens wide;
- Don't place your breast in his mouth, let him reach as much breast as possible by himself.



Off to a best start - NHS 2022

CHECKING LATCH

- Baby's ear, shoulder and hips aligned;
- Mouth wide open - 1 and 2;
- Lips turned outwards - 3;
- Most of the areola inside the mouth;
- Nose clear and chin touching the breast - 4;
- Rounded cheeks;
- Milk swallow can be heard.

Estreitamento ductal

Zona mais sensível, com maior quantidade de canais e alvéolos, que pode inflamar. Não dá febre.

Mastite inflamatória

Agravamento do estreitamento ductal e a inflamação espalha-se, causando zona vermelha, inchada e com dor.

Mastite bacteriana

A zona fica mais vermelha e dura e pode alastrar-se. Pode dar febre e aumento dos batimentos cardíacos.

Abcesso

Acumulação de líquido infectado, causa zona ainda mais dura e vermelha. A febre anterior pode desaparecer e depois voltar.

- Massagem de relaxamento para a mãe no pescoço, costas ou pés. Não fazer massagem profunda dos nódulos;
- Aplicar frio e pode ser preciso analgésico ou anti-inflamatório;
- Durante a fase do inchaço se não der para o bebé mamar ou retirar leite manualmente, não forçar;
- Amamentar em livre demanda (de acordo com a vontade do bebé), não reforçar as mamadas ou extrações;
- Começar a dar pela mama não afetada;
- Evitar bombas extratoras (exceto se estiver sem o bebé);
- Não é preciso esterilizar bomba e as lavagens da mama podem danificar a pele;
- Não é necessário deixar fora o leite extraído;
- Não usar bicos de silicone e usar soutien de tamanho adequado;
- A Lecitina de girassol ou soja ajuda a fluidificar o leite e os Probióticos *Limosilactobacillus fermentum* e *Ligilactobacillus salivarius* ajudam a prevenir e tratar mastites.

Se não melhorar contactar um profissional de saúde!

Bibliografia

- Gierma, C. W. (2009). Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants (C. W. Gierma, Ed.). San Jose: Boffert Learning, LLC.
- Leary, L., & Barreto, H. (2002). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para o UNICEF e Conselho Nacional de Saúde Hospital Angéla da Bahia.
- Mitchell, K. B., Johnson, H. M., Rodrigues, J. M., Eglash, A., Schweninger, C., Zakaria-Ghazal, I., Cough, K. W., Benery, P., Miller, B., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2022). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #006: Mastitis Spectrum. Retrieved 2022. Breastfeeding Medicine, 17(5), 503-516. <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29207.0m>



Aleitamento Materno

SUPERAR AS DIFICULDADES



Junho 2025

Estudante do 1º MESIP Sara Martins.

Orientada por: EESIP e Prof. Doutora Sónia Rodrigues

Ductal narrowing

Plugging, more sensitive area, with more channels and alveoli, which may become inflamed. Without fever.

Inflammatory Mastitis

Ductal narrowing persists or worsens and surrounding inflammation progresses, causing red, swollen and painful areas.

Bacterial Mastitis

Worsening redness and hardening, that may spread. Fever and tachycardia may appear.

Abscess

Infected fluid collection, progressive induration and redness. The initial fever may resolve and recur.

- Relax neck, back or feet massage for the mother. Deep lump massage is not advised;
- Apply cold and if needed take analgesic or anti-inflammatory medication;
- During swelling phase do not force milk expressing or breastfeed. Breastfeed on demand (according to baby's will);
- Start feeding from the unaffected breast;
- Minimize breast pump usage (except if you are without the baby);
- Avoid routine pump sterilization and breast washing as it can damage the skin;
- Do not discard the expressed milk;
- Nipple shields should be avoided;
- Wear suitable sized bra;
- Soy or sunflower lecithin assists in fluidizing the milk and the probiotics *Limosilactobacillus fermentum* and *Ligilactobacillus salivarius* help to prevent and treat mastitis.

Contact a healthcare professional if it doesn't improve!

Bibliografia

- Gierma, C. W. (2009). Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants (C. W. Gierma, Ed.). San Jose: Boffert Learning, LLC.
- Leary, L., & Barreto, H. (2002). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para o UNICEF e Conselho Nacional de Saúde Hospital Angéla da Bahia.
- Mitchell, K. B., Johnson, H. M., Rodrigues, J. M., Eglash, A., Schweninger, C., Zakaria-Ghazal, I., Cough, K. W., Benery, P., Miller, B., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2022). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #006: Mastitis Spectrum. Retrieved 2022. Breastfeeding Medicine, 17(5), 503-516. <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29207.0m>



Breastfeeding

OVERCOME DIFFICULTIES



June 2025

1º MESIP Student Sara Martins. Oriented by : EESIP and PhD Nurse Sónia Rodrigues

AMAMENTAR

É algo biologicamente natural, mas nem sempre instintivo. Para além disso, podem surgir algumas dificuldades, que devem ser resolvidas o mais cedo possível:

- Fissuras
- Candidíase mamária
- Ingurgitamento
- Estreitamento de ductos/ducto obstruído
- Mastite

A grande maioria destas dificuldades podem dever-se a alterações na pega ou problemas de sucção do bebé. Por isso, o primeiro passo é sempre avaliar se a **pega** está a ser feita de forma correta:



- Orelha, ombro e anca do bebé alinhados;
- Boca bem aberta (apoiar mamilo para nariz, potência a abertura da boca);
- Grande parte da aréola dentro da boca;
- Nariz afastado da mama, queixo encostado;
- Lábios virados para fora;
- Bochechas arredondadas;
- Pode ouvir-se o leite a ser engolido.

SINTOMAS COMUNS E SOLUÇÕES

Fissuras

Gretas ou ferida no mamilo. Dá dor no início, diminui durante e desaparece no fim da mamada.

- Confirmar sinais de pega adequada;
- Após a mamada aplicar leite materno na mamilo e deixar secar;
- Aplicar camada fina de agente cicatrizante tópico com ou sem antibiótico e deixar secar;
- Aplicar compressas quentes/frias, ou discos de hidrogel;
- Não usar discos de amamentação ou trocar com frequência;
- Usar protetor de mamilo para manter a zona seca (pode comprar ou fazer um rolinho com uma meia/compressas).

Candidíase mamária

Sensação de queimadura ou dor intensa, pode ser bilateral, que começa ou permanece após a mamada. Mamilo rosa, brilhante e descamativo.

- Tratar a mama e a boca bebé em simultâneo;
- Avaliar possível candidíase genital da mãe/bebé;
- Antifúngico tópico 12h/12h durante 14 dias;
- Por vezes necessário limpar o tratamento antes da mamada com óleo comestível (azeite). Água e sabão são muito agressivos;
- Não usar discos de amamentação ou trocar com frequência;
- Lavar toalhas, roupa e soutien a altas temperaturas.

Ingurgitamento

Dor bilateral, mamas inchadas, vermelhas e brilhantes, mamilo pouco saído, sem leite a pingar. Comum entre o 3º e 5º dias após o parto (no caso de cesariana, entre 9 a 10 dias após).

- Seguir indicações para estreitamento ductal e mastites, a seguir.

BREASTFEEDING

Breastfeeding is biologically natural, but not always instinctive. Furthermore, some difficulties may arise, which should be solved as soon as possible:

- Sore Nipples
- Thrush
- Engorgement
- Ductal Narrowing
- Mastitis

Most difficulties can be due to changes in the baby's latching or sucking problems. Therefore, the first step is always to assess whether the baby is latching correctly:



- Baby's ear, shoulder and hips aligned;
- Mouth wide open (by level baby nose with your nipple);
- Lips turned outwards;
- Most of the areola inside the mouth;
- Nose clear and chin touching the breast;
- Rounded cheeks;
- Milk swallow can be heard.

COMMON SYMPTOMS AND SOLUTIONS

Sore Nipples

Cracked or wounded nipples. Initial breast pain lessens during the feed and disappears at the end.

- Check correct latch;
- Rubb breast milk onto nipples and let them dry after feed;
- Apply a thin layer of topical healing agent with or without antibiotic and allow to dry;
- Apply hot/cold compresses, or hydrogel pads;
- Ideally do not use nursing pads but if you do change them frequently;
- Use breastfeeding relief doughnut to keep the area dry (you can buy one or make with a sock/gauze).

Breast Thrush

Burning, sharp, shooting pain, some times in both breasts at the beginning or during the feed. Pink, shiny or flaking nipple.

- Treat breast and baby mouth at the same time;
- Assess possible mother/baby genital/s and mouth candidiasis;
- Topical antifungal drug 12h/12h for 14 days;
- Sometimes it is necessary to clean the treatment area before feeding with edible oil. Water and soap are too aggressive;
- Ideally do not use nursing pads but if you do change them frequently;
- Wash all towels, clothes and bras at a high temperature to kill off the fungus.

Engorgement

Bilateral breast pain, firmness, redness and swelling. Little outflowing nipple, no milk dropping. Usually occurs between days 3 and 5 postpartum (may be as late as 9-10 days in cesarean birth).

- Follow guidelines for ductal narrowing and mastitis.



4 a 6 meses

- Pode ter alterações de humor rápidas;
- Já controla melhor a sucção não nutritiva e não se irrita, por isso acalma mais facilmente na mama quando cansados ou irritados;
- Começa a conseguir ficar sentado;
- Procura com o olhar objetos que caem;
- Ajusta a postura para ver melhor um objeto;
- Pode ser necessário ter um silo calmo, com poucos estímulos durante as mamadas, para evitar que se distraia e solte a mama;
- As mamadas são mais rápidas e menos frequentes, inclusive à noite porque os ciclos de sono são mais compridos;
- O crescimento desacelera, o que é normal;
- Bate e/ou agarra na mama com as duas mãos;
- A mãe regressa ao trabalho, o bebé pode querer mamar mais quando está com a mãe, após um dia separados.

Estamos aqui para
ajudar e apoiar



Bibliografia:

- Bergman, N. (2007). Breastfeeding and Perinatal Neuroscience. In C. W. Genna (Ed.). Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants (5th Edition, pp. 46-63). Jones & Bartlett Learning.
- Franklin, O., & Pryor, C. (2007). Developmental and Genetic Influences on Child Health Promotion. In M. Hoadsberry, D. Wilson, & C. Rodgers (Eds.), Wong's Essentials Of Pediatric Nursing (Tenth Edition). Elsevier.
- Martorell, G., Poppele, D., & Feldman, R. D. (2020). O mundo da criança: da infância à adolescência (ebook) [15 ed.]. AMGH.
- Rodgers, C. C. (2009). Health Promotion of the Infant and Family. In M. Hoadsberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), Wong's Nursing Care of Infants and Children (10 Edição, pp. 358-378). Elsevier.

Alimentação Materna

E O DESENVOLVIMENTO
INFANTIL



Julho 2023

Estudante do 1º MESIP Sara Martins.
Orientada por: EESIP N. [redacted] e Prof. Doutora Sónia Rodrigues



Desenvolvimento

Todos os bebés são únicos, com um desenvolvimento psico-motor próprio. Ao longo do desenvolvimento o seu comportamento à mama também muda, em especial em alturas mais sensíveis do desenvolvimento. Num bebé saudável estes são alguns dos comportamentos expectáveis:



0 a 1 mês

- Após o nascimento, num parto normal o bebé deve conseguir começar a mamar sozinho (sugando e engolindo como fazia dentro da barriga da mãe);
- Nasce a gostar do sabor doce e do leite materno.
- Pode perder até 10% do peso de nascimento;
- Pode mamar durante 50 a 60 minutos, 8 a 12 vezes por dia;
- Passa 75% do tempo a dormir, mas com ciclos de sono que podem ser só 60 minutos;
- Está muito atento aos sons à sua volta.
- Consegue ver até 30 cm.

1 a 3 meses

- A produção de leite fica mais estabilizada e a quantidade será idêntica até aos 6 meses;
- Pode querer estar na mama após terminarem de mamar - sucção não nutritiva, o que é saudável;
- Os ciclos de sono começam a ser maiores;
- Campo de visão continua a aumentar, olha com atenção para a cara dos pais/cuidadores e sorriem;
- Com o olhar procura os sons feitos ao nível dos seus ouvidos, mas a mamar fixa-se na mãe;
- Faz pequenos sons de satisfação quando é alimentado;
- Aos 2 meses com as vacinas, durante alguns dias pode ficar desconfortável e/ou com menos apetite.



3 a 4 meses

- Mais eficiente a mamar, em 5 a 10 min pode já ter comido o suficiente;
- Pode ficar irritados quando a produção de leite continua e queria só sucção não nutritiva;
- Reconhece objetos e pessoas familiares;
- Interesse considerável no que o rodeia, muitas vezes distrair-se da mama - usar um colar colorido de silicone pode ajudar;
- Fica aborrecidos sozinho, pede atenção o que pode ser sinónimo de pedir para mamar;
- Antecipa hora de comer, reconhece objetos usados habitualmente nessa altura;
- Com todas as habilidades que está a aprender ("fala", agarra objectos, brinca com as mãos...) pode ficar mais facilmente irritado.

Apêndice XVI – Pósteres no âmbito do Aleitamento Materno



APOIO À AMAMENTAÇÃO

Durante o aleitamento materno é comum surgirem dúvidas e dificuldades. As principais relacionam-se muitas vezes com a pega e a capacidade do bebé engolir o leite.

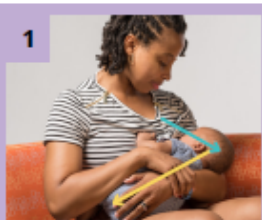


Como é uma pega correta?

1. Cabeça do bebé alinhada com a mama, e orelha, o ombro e anca do bebé alinhados;



2. Apontar o mamilo para o nariz para fazer com que o bebé
3. abra bem a boca,
4. fique com os lábios virados para fora e o queixo encostado à mama,
5. com grande parte da areola dentro da mama, o nariz afastado e bochechas arredondadas.



Como sei que o bebé está a mamar bem?

- Ouve-se o leite a ser engolido;
- Acorda para comer, mama entre 5 a 40 min e solta-se da mama sozinho satisfeito;
- A partir do 3º dia, em 24 horas, enche 3 fraldas de xixi e o cocó é castanho esverdeado mole
- A partir do 5º dia, pelo menos 5 fraldas cheias de xixi e o cocó é amarelado;
- Recuperou o peso do nascimento passado 10 dias.



Cor

Dia 1

Dia 2-3

Dia 4 +

Continuo com dúvidas como fazer?

CONSULTA DA AMAMENTAÇÃO

Funciona no Serviço de Consultas Externas:

- 2ª e 3ª feiras das 10h00 as 14h00

Por marcação prévia para o n.º 21 []

Desenvolvido por: Estudante do 1º MESP Sara Martins. Supervisão: [] e Prof. Doutora Sónia Rodrigues. Dezembro 2023

Referências: Gerna, C. W. (2007). Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants [C. W. Gerna, Ed.; 5a. Jones & Bartlett Learning, LLC].
Levy, L., & Berkley, R. (2003). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos das Bebés.
NHS. (2022). Off to the best Start. A guide to help you start breastfeeding. The baby friendly initiative Unicef UK.



SUPPORTING BREASTFEEDING

During breastfeeding, doubts and difficulties often arise. The main ones are usually related to latch-on and the baby's ability to swallow the milk.

How to correctly latch-on?

1. Baby's head aligned with breast, and baby's ear, shoulder and hips aligned;



2. Point the nipple towards the nose to make the baby
3. open his mouth wide,
4. keep his lips turned outwards and chin against breast,
5. with a large part of the areola inside the breast, nose away and rounded cheeks.



How do I know my baby is feeding properly?

- Wakes up to eat, suckles for 5 to 40 minutes and leaves the breast alone, satisfied;
- From day 3, in 24 hours, fills 3 diapers with pee and the poop is soft greenish brown
- From the 5th day, at least 5 diapers full of pee and the poop is yellowish;
- Has regained his birth weight after 10 days.



Color

Day 1

Day 2-3

Day 4 +

I'm still not sure what should I do?

BREASTFEEDING CONSULTATION

Operates in the External Consultation Service:

- Mondays and Tuesdays from 10 a.m. to 2 p.m.

By appointment to 21 []

Desenvolvido por: Estudante do 1º MESP Sara Martins. Supervisão: [] e Prof. Doutora Sónia Rodrigues. Dezembro 2023

Referências: Gerna, C. W. (2007). Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants [C. W. Gerna, Ed.; 5a. Jones & Bartlett Learning, LLC].
Levy, L., & Berkley, R. (2003). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos das Bebés.
NHS. (2022). Off to the best Start. A guide to help you start breastfeeding. The baby friendly initiative Unicef UK.

**Apêndice XVII – Tabela resumo de diferentes recursos materiais para
o Aleitamento materno**



Almofada de amamentação
Breastfeeding pillow
± 20 euros



Soutien de Amamentação
Nursing Bra
± 15 euros



Coletor de leite
Silicone breast pump
± 20 euros



Bomba elétrica
Electric Breast Pump
± 30 euros



Bomba Manual
Breast Pump
± 10 euros



Sistema Nutrição Suplementar
Supplementar Nutrition Sistem
± 35 euros



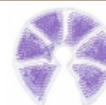
Relactador de silicone
Silicone feeding tube
± 20 euros



Adesivo cicatrizante/ Adesivo hidrogel
Therapeutic breast pads/ Hydrogel pads
± 10 euros



Rosquinha de amamentação
Breastfeeding Relief Doughnut
± 5 euros



Palminha de Gel
Breast Therapy packs
± 10 euros



Concha/protetor e coletor
Breast Shell/ Milk collection shells
± 15 euros



Ladybug
± 30 euros



Mamilos de silicone
Contact Nipple Shield
± 8 euros



Discos absorventes
Breast pads
± 4 euros



ANEXOS

**Anexo I – Webinar: “Desafios à Responsabilidade profissional do
enfermeiro na atualidade”**

CERTIFICADO

Certifica-se que Sara Martins participou na Aula Aberta em formato Webinar “Desafios à Responsabilidade profissional do enfermeiro na atualidade – 2023”, que decorreu no dia 6 de novembro de 2023, com a duração de 2 horas e 30 minutos.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo II – 10 Medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés

DEZ MEDIDAS para ser considerado/a **HOSPITAL AMIGO DOS BEBÉS** **MATERNIDADE AMIGA DOS BEBÉS**

- 1** Ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, 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 bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
- 8** Dar de mamar sempre que o bebé queira.
- 9** Não dar tetinas nem chupetas às crianças amamentadas ao peito até que esteja bem estabelecida a amamentação.
- 10** Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes grupos, após a alta do hospital ou da maternidade.

**Anexo III – Evento Científico internacional “Encontro com Dra. Jean
Watson”**

CERTIFICADO

Certifica-se que Sara Beatriz Anjo Martins participou no evento científico internacional **Encontro com Dra. Jean Watson**, que decorreu no dia 27 de junho de 2023, com a duração de 8 horas, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo IV - Webinar: “Cuidar de crianças maltratadas Intervenção na comunidade”

CERTIFICADO

Certifica-se que Sara Martins participou no 1º Webinar do Projeto de Investigação EmoS&PraxEnf "Cuidar de crianças maltratadas: Intervenção na comunidade", que decorreu online no dia 20 de abril de 2023, com a duração de 2 horas.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

**Anexo V - Seminário do projeto NIDCare: Prática Baseada na
Evidência na Seleção das Técnicas de Alimentação Oral do Recém-
nascido**

Certificado

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

Lisboa, 27 de novembro de 2023



A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa

Anexo VI - Aula Aberta - "Diversidade de género em crianças e jovens- que desafios éticos enfrenta o enfermeiro especialista

CERTIFICADO

Certifica-se que Sara Martins participou na Aula Aberta - “Diversidade de género em crianças e jovens- que desafios éticos enfrenta o enfermeiro especialista?”, que decorreu online no dia 10 de janeiro de 2024, com a duração de 3 horas.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

