

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny
Escola Superior de Saúde de Santa Maria-Porto

Desenvolvimento de Competências de Enfermagem
Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica:
Capacitação Parental para a Diversificação Alimentar

Tânia Maria Fernandes Assunção

Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica.

Funchal,
2023

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny
Escola Superior de Saúde de Santa Maria-Porto

Desenvolvimento de Competências de Enfermagem
Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica:
Capacitação Parental para a Diversificação Alimentar

Tânia Maria Fernandes Assunção

Orientadora: Prof.^a Doutora Rita Fernandes

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica.**

Funchal,
2023

Só fazemos melhor aquilo que repetidamente insistimos em melhorar. A busca da excelência não deve ser um objetivo, e sim um hábito.

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível devido à colaboração e ao contributo, direto ou indireto, de diversas pessoas, às quais gostaria de expressar a minha profunda gratidão:

À Professora Doutora Rita Fernandes, pela sua orientação exemplar e pelo papel desempenhado com paciência, dedicação e amizade.

Às enfermeiras tutoras dos estágios, pelas lições valiosas, carinho e dedicação que proporcionaram ao longo deste percurso.

Ao meu marido, cuja compreensão, incentivo, apoio e ajuda foram fundamentais para a concretização deste percurso académico.

Aos meus filhos, Eva e Henrique, que me incentivaram nos momentos mais desafiantes e compreenderam a minha ausência enquanto me dedicava ao mestrado.

Aos amigos e familiares, cujo amor incondicional e apoio constante têm sido pilares essenciais ao longo de toda a minha jornada.

A todos os utentes e às suas famílias que, generosamente, permitiram o desenvolvimento das competências essenciais para o meu futuro profissional.

Por fim, a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu sincero agradecimento.

A todos o meu agradecimento e o meu sincero bem-haja, estou-vos muito grata.

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria-Porto, sendo que este, assim como a sua discussão pública, visam a obtenção do grau de Mestre. Pretende: refletir no desenvolvimento de competências de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; demonstrar conhecimento e competências inerentes à metodologia do relatório final; evidenciar capacidade de recolha, reflexão e de análise crítica da literatura; revelar rigor científico e respeito pela ética; demonstrar capacidade eficaz de comunicação do desenvolvimento das competências na área de especialização.

Compõe-se por dois capítulos centrais. O primeiro, refere-se à análise reflexiva das competências adquiridas, destacando a análise, reflexão e discussão do progresso experimentado, enfatizando as competências adquiridas (comuns de Enfermeiro Especialista, específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre). Já o segundo capítulo, apresenta uma *scoping review* sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na capacitação parental para a diversificação alimentar, mapeando e escrutinando amplamente a literatura e, evidenciando competências de investigação e de análise crítica. Este termina com uma proposta de projeto de intervenção em enfermagem, apresentando um plano para a aplicação dos *insights* obtidos na revisão, visando a sua implementação futura, demonstrando capacidade de utilizar as evidências científicas para transformar práticas capazes de aperfeiçoar os cuidados às crianças e suas famílias, melhorando o desenvolvimento infantil.

No relatório destaca-se o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, as específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, para além das de mestre. O estudo efetuado investiga minuciosamente o papel do enfermeiro especializado na área referida na diversificação alimentar, apresentando evidências e aplicando-as na prática.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Pediatria; Alimentação Complementar; Capacitação; Intervenção.

ABSTRACT

This report is part of the Master's program in Child and Pediatric Health Nursing at Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, in partnership with Escola Superior de Saúde de Santa Maria - Porto, with the aim of obtaining the Master's degree. It intends to: reflect on the development of Master's and Specialist's competencies in Child and Pediatric Health Nursing; demonstrate knowledge and skills related to the methodology of the final report; show the ability to gather, reflect on, and critically analyze literature; demonstrate scientific accuracy and ethical respect; exhibit effective communication skills in the development of competencies within the area of specialization.

It consists of two central chapters. The first one is related to the reflective analysis of acquired competencies, highlighting the analysis, reflection, and discussion of the experienced progress, emphasizing the acquired competencies (common to a Specialist Nurse, specific to a Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing, and those of a Master). The second chapter presents a scoping review on the role of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing in parental empowerment for dietary diversification, extensively mapping and scrutinizing the literature while demonstrating research and critical analysis skills. It concludes with a nursing intervention project proposal, outlining a plan for the application of insights obtained in the review, aiming for future implementation, and demonstrating the ability to use scientific evidence to transform practices capable of improving care for children and their families, enhancing child development.

The report highlights the development of common competencies of the Specialist Nurse, those specific to the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health, in addition to those of a Master. The study conducted a thoroughly investigation of the specialized nurse's role in the aforementioned area of dietary diversification, presenting evidence and applying it in practice.

Keywords: Pediatric Nurse Specialist; Complementary Feeding; Empowerment; Intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychiatric Association*

BLW – *Baby-Led Weaning*

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – *Diabetes Mellitus*

DQS – Departamento de Qualidade na Saúde

ed. – edição

EDIN - *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESPGHAN – *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition*

ESSSM – Escola Superior de Saúde de Santa Maria

et. al – e outros

FLACC - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

IDF – Internacional Diabetes Federation

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

LPV – Leucomalácia Periventricular

MESIP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

n.º - número

NBO – *Newborn Behavioral Observation*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PCC – População, Conceito e Contexto

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação da Hiperatividade com défice de Atenção

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

RAM – Região Autónoma da Madeira

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

SESARAM, EPERAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SNC – Sistema Nervoso Central

SOS - *Sequential Oral Sensory*

SUP – Serviço de Urgências Pediátricas

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

VSR - Vírus Sincicial Respiratório

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	17
1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	26
1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP.....	33
1.3. Competências De Mestre.....	56
2. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA CAPACITAÇÃO PARENTAL PARA A DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR: <i>SCOPING REVIEW</i>	61
2.1. Fundamentação Teórica.....	63
2.2. Metodologia	67
2.3. Resultados.....	68
2.4. Discussão.....	72
2.5. Projeto de Intervenção	79
CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
APÊNDICES	111

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Artigos incluídos.....	69
Tabela 2 – Número de artigos por categoria.....	71
Tabela 3 - Projeto de Intervenção em Enfermagem	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama da análise dos artigos	69
--	----

INTRODUÇÃO

Ao longo das décadas, a enfermagem tem evoluído de uma prática predominantemente assistencial para uma disciplina complexa e abrangente, que engloba cuidados clínicos, gestão, investigação e educação. A rápida evolução das ciências biomédicas, avanços tecnológicos e as mudanças nas necessidades de cuidados de saúde exigem que os profissionais de enfermagem estejam constantemente atualizados. O desenvolvimento de competências contínuo tornou-se essencial para os enfermeiros, permitindo-lhes adquirir novas competências, adaptar-se a abordagens inovadoras, a aplicar as melhores práticas baseadas em evidências e, conseqüentemente, a melhorar a qualidade dos serviços prestados (Mlambo, 2021). Desta forma, a procura constante por conhecimento garante que os enfermeiros possam oferecer cuidados de qualidade, seguros e atualizados, atendendo à constante evolução da área da saúde.

Este relatório é apresentado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), lecionado pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJ) em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria-Porto (ESSM), sendo orientado pela Professora Doutora Rita Fernandes. Os objetivos delineados para este são multifacetados e refletem tanto a aquisição de conhecimentos técnicos e clínicos como a capacidade de análise crítica, de investigação e de comunicação efetiva, ou seja: refletir com base na evidência no desenvolvimento de competências de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; demonstrar conhecimento e competências inerentes à metodologia do relatório final; evidenciar capacidade de recolha, reflexão e de análise crítica da literatura na área do relatório final; revelar rigor científico e respeito pela ética durante a execução do relatório final; demonstrar capacidade de comunicação eficaz no que diz respeito à descrição, análise e discussão das competências e intervenções desenvolvidas, assim como dos seus resultados.

Considera-se que o relatório é parte fundamental do mestrado em causa, uma vez que documenta e analisa de forma abrangente as experiências e aprendizagens obtidas ao longo dos estágios e a componente de investigação. Assim, divide-se em dois capítulos centrais, iniciando com a “análise reflexiva sobre as competências adquiridas” durante as práticas clínicas, no qual se reflete sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e, por fim, as competências de Mestre. Tal torna-se muito importante na medida em que se demonstra a capacidade de avaliar o progresso

pessoal e profissional, com uma compreensão aprofundada das habilidades adquiridas e evidências científicas. Já no segundo capítulo apresenta-se uma *Scoping Review*, com o título “O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Capacitação Parental para a Diversificação Alimentar”, envolvendo uma revisão abrangente da literatura sendo, posteriormente, apresentada uma proposta de Projeto de Intervenção, no qual se propõe um plano concreto para aplicar os *insights* obtidos na revisão realizada. Esta revisão torna-se fundamental para se demonstrar as capacidades de investigação, analisando criticamente os resultados obtidos e as possíveis áreas de intervenção futura, assim como para revelar capacidades de traduzir o conhecimento obtido numa investigação científica em ações práticas e eficazes, que possam beneficiar a prática clínica e melhorar os cuidados às crianças e famílias.

A aprendizagem contínua é fundamental na formação dos profissionais, promovendo a autonomia, a integração da teoria com a prática e a melhoria do serviço prestado, sendo que a constante aquisição de competências em enfermagem representa uma maior preparação para a prestação de cuidados (Paschoal et al. 2007; Kendall-Gallagher et al., 2011; Korsack et al., 2023). Pelo que se considerou importante a realização do MESIP, sendo esta a área de especialização que sempre se ambicionou.

O EEESIP deve adotar um modelo centrado na criança/jovem e na família, oferecendo cuidados em situações variadas, desde o nascimento até a idade adulta, visando promover a saúde e o desenvolvimento, oferecendo cuidados e educação para a saúde. Além disso, os cuidados deste profissional abrangem o contacto com doenças crónicas e deficiências. Este tem como objetivo principal alcançar o melhor estado de saúde possível para a criança/jovem, trabalhando em parceria com a família/pessoa significativa e mobilizando recursos de suporte (Regulamento n.º 422/2018).

Uma área de intervenção muito predominante, essencialmente nos primeiros 2 anos de vida, é a alimentação. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021a) defende que esta é, indubitavelmente, crucial para incentivar um crescimento e desenvolvimento saudáveis durante a infância. A diversificação alimentar não engloba apenas aspetos nutricionais, devendo ainda ter em conta o estado do desenvolvimento neurológico, motor, sensorial e cognitivo, assim como a maturação biológica (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019). Como tal, o EEESIP tem um papel preponderante nesta fase da vida infantil, na orientação e empoderamento parental, prevenindo problemas futuros.

Considera-se que este relatório final de estágio proporciona uma visão abrangente das competências adquiridas, das capacidades de investigação e de análise crítica, bem como das habilidades de planear e propor intervenções futuras.

CAPÍTULO I

ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Ao longo do presente capítulo abordar-se-á o percurso de aquisição de competências ao longo das práticas clínicas, no âmbito do MESIP, frequentado na ESESJC, em parceria com a ESSSM-Porto, focando-se, especialmente, nas competências comuns do enfermeiro especialista, nas competências específicas do EEESIP e nas competências de mestre. Deste modo, este capítulo visa abranger uma descrição, análise e reflexão ao longo do percurso profissional e académico, tentando ainda demonstrar capacidade em aprofundar conhecimentos e desenvolver capacidades de forma autónoma.

O conceito de competência tem vindo a ser muito debatido, sendo este capaz de expressar um agir metódico, integrando vários “conhecimentos, recursos, saber-fazer e saber-ser” (Nicola & Vosgeral, 2019, p. 135), em situações muito específicas tendo em conta um determinado contexto profissional (Boterf, 2003; Roldão, 2003; Nicola & Vosgeral, 2019). Isto pressupõe que, o seu aprimoramento seja um processo complexo, exigindo não se concentrar apenas num determinado conjunto de intervenções técnicas, mas combiná-las com a sua aprendizagem, capacidade de adquirir e analisar informações e a tomada de decisão (Martins, 2017). Benner (2005) afirma que a aquisição e o desenvolvimento das competências dos enfermeiros são, essencialmente, baseadas nas vivências práticas e na forma como estas foram adquiridas. A mesma autora desenvolveu um modelo sobre a aquisição de competências, designado por: Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, desenvolvendo-se em vários níveis, em que o profissional de enfermagem demonstra competências quando é capaz de identificar as suas práticas e analisá-las de maneira crítica e reflexiva, planeando-as e privilegiando as que são mais adequadas (Benner, 2005).

As Unidades Curriculares referentes às práticas clínicas foram duas – Estágio de Cuidados Especializados I e II – sendo a primeira dividida em 3 módulos (Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento Medicina; Estágio de Pediatria em Unidades de Cirurgia; Estágio de Pediatria em Neonatologia) e, igualmente, a segunda também em 3 módulos (Estágio de Pediatria em Urgências Pediátricas; Estágio de Saúde Infantil na Comunidade; Centros de Desenvolvimento e Unidades de Apoio à Criança). Estes ocorreram entre os dias 7 de novembro de 2022 e 4 de maio de 2023, perfazendo um total de 666 horas, tendo sido realizadas no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, EPERAM). De forma mais concreta, decorreram no Serviço de Internamento de Pediatria, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP), num Centro de Saúde (CS), no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) e no Serviço de Urgência Pediátrico (SUP).

Os estágios são fulcrais para a aquisição e desenvolvimento de competências, despoletando a oportunidade indispensável para interligar o conhecimento teórico e a prática e desenvolvendo competências essenciais para o futuro profissional. Ahmadi et al. (2020) consideram que os estágios são tidos em conta com o objetivo de prestar cuidados ideais, havendo a necessidade de os enfermeiros articularem os seus conhecimentos teóricos sólidos com as capacidades práticas perfeitas.

Keshk et al. (2018) afirmam que o estágio desempenha um papel crucial em enfermagem, representando um período de aprendizagem, adaptação e integração, tendo a oportunidade de aplicar, fortalecer e expandir os seus conhecimentos prévios, adquirindo competências essenciais para a prática de enfermagem. Este não só contribui significativamente para a qualidade do atendimento, mas também para a excelência no cuidado ao utente e respetivas famílias. Assim, os estágios permitem adquirir experiências relevantes, desenvolver competências técnicas, conhecer novas realidades, desenvolvendo competências comunicativas na interação com os utentes, familiares e outros profissionais, empatia, sensibilidade, melhorando ainda as habilidades de resolução de problemas e implicações éticas, contribuindo, indubitavelmente, para o desenvolvimento profissional, para a segurança e autonomia profissional e, até mesmo, para o crescimento pessoal.

Em cada estágio foram definidos objetivos tendo por base os padrões de qualidade, as competências comuns dos enfermeiros especialistas, as competências específicas do EEESIP e as competências de Mestre. Passa-se a abordar, cada área de estágio, de forma sucinta, sendo que a reflexão mais minuciosa será realizada posteriormente na análise das competências adquiridas.

O Módulo I do Estágio de Cuidados Especializados I - Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento Medicina - foi realizado no Serviço de Internamento de Pediatria, tendo como objetivos: revelar conhecimento, aptidões e atitudes para o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; prestar cuidados de enfermagem especializados em saúde infantil e pediátrica, otimizando a resposta das equipas, assim como a articulação na equipa de saúde; revelar conhecimento para a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; demonstrar conhecimento para fundamentar a praxis clínica especializada de enfermagem de saúde infantil e pediatria, em evidência científica; e prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem/família em situação de internamento hospitalar em

unidades de medicina. Esta prática foi muito desafiante e enriquecedora, tendo-se a oportunidade de prestar cuidados a lactentes, crianças e jovens com diversas condições médicas, desde casos agudos a crónicos. Através da interação diária com os utentes, suas famílias e restantes profissionais da equipa, acredita-se que se desenvolveu competências essenciais para a gestão de cuidados e para a prestação de cuidados infantis abrangentes. Centrou-se a abordagem numa comunicação efetiva, adequando a linguagem às faixas etárias, cultura e habilitações, respeitando sempre as suas necessidades, crenças e valores. Priorizou-se o conforto das crianças/famílias, esclarecendo procedimentos e acalmando os seus medos. Colaborar com as famílias foi uma parte crucial desta prática, fornecendo apoio emocional, educação sobre o estado de saúde e ensinamentos para os cuidados em casa. Para além disso, adquiriu-se conhecimentos acerca da administração de medicamentos pediátricos, com precisão, a monitorizar sinais vitais e a interpretar resultados laboratoriais dos exames complementares. Desenvolveu-se ainda a discussão do progresso dos utentes, trocando informações e elaborando estratégias de cuidados. Este foi um estágio muito inspirador e com aquisições muito notórias, salientando a resiliência das crianças e suas famílias. Realça-se que, no término desta prática, realizou-se um estudo de caso sobre os cuidados de enfermagem especializados à criança hospitalizada com bronquiolite (Apêndice I), tendo sido fulcral para a aquisição de competências especializadas, assim como de mestre, aplicando práticas baseadas em evidências e proporcionando cuidados à criança e sua família em situações complexas de saúde. Os objetivos propostos para este foram alcançados ao desenvolver conhecimentos sobre o tema, aplicando o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (Monteiro & Cerqueira, 2020) no processo de enfermagem e refletindo sobre a importância da formação do EEESIP na situação clínica.

O Módulo II – Estágio de Pediatria em Unidades de Cirurgia – foi realizado no mesmo serviço que o anterior, visando: revelar conhecimento, aptidões e atitudes para o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; prestar cuidados de enfermagem especializados em saúde infantil e pediátrica, otimizando a resposta das equipas, assim como a articulação na equipa de saúde; revelar conhecimento para a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; demonstrar conhecimento para fundamentar a praxis clínica especializada de enfermagem de saúde infantil e pediatria, em evidência científica; prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem/família em situação de internamento hospitalar em

unidades de cirurgia. No seu decorrer experimentou-se um ambiente complexo e desafiante, no qual se considera ter adquirido competências muito valiosas. Nesta prática clínica, auxiliou-se na preparação pré-operatória, fornecendo informações claras e de conforto às famílias. Não se teve a oportunidade de assistir a cirurgias, no entanto participou-se no pós-operatório, no que diz respeito à monitorização da dor, administração de medicamentos, executando pensos e observando sinais de recuperação. Desempenhou-se um papel fundamental na comunicação com os pais, explicando os procedimentos, esclarecendo dúvidas e oferecendo o apoio necessário. Conclui-se que tal proporcionou um crescimento profissional significativo, aprendendo a lidar com situações complexas e desafiantes, assim como desenvolvendo competências com as famílias e demais profissionais. Também este estágio culminou com a realização de um estudo de caso, sobre os cuidados especializados a uma adolescente submetida a cirurgia por escoliose (Apêndice II), desenvolvendo-se capacidades de investigação e, principalmente, aprofundando a reflexão sobre a prática clínica, aplicando as evidências mais recentes para promover o bem-estar do adolescente hospitalizado. A abordagem incluiu ativamente as pessoas significativas na vida da criança, visando aprimorar sua saúde global.

Por fim, o Módulo III do Estágio de Cuidados Especializados – Estágio de Pediatria em Neonatologia – foi desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, pressupondo: revelar conhecimento, aptidões e atitudes para o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; prestar cuidados de enfermagem especializados em saúde infantil e pediátrica, otimizando a resposta das equipas, assim como a articulação na equipa de saúde; revelar conhecimento para a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; demonstrar conhecimento para fundamentar a praxis clínica especializada de enfermagem de saúde infantil e pediatria, em evidência científica; prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem/família em situação de internamento hospitalar em unidades de neonatologia. Este estágio, embora breve, proporcionou valiosas oportunidades de aprendizagem e de participação em diversos cuidados especializados na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP). Isso incluiu o acompanhamento de prematuros estáveis e instáveis, cuidados intensivos neonatais, interações com os pais, transferências para o serviço de pediatria, acompanhamento aos Recém-Nascidos (RN) para a realização de métodos complementares de diagnóstico e ensinos aos pais. Esta

prática demonstrou que os cuidados intensivos pediátricos são prestados com excelência e humanidade, apesar da sua aparência intimidante. O relacionamento com os pais foi construído com confiança, conhecimento e orientação, apoiando-os em momentos difíceis e facilitando a vinculação. Teve-se em conta ainda que o EEESIP é responsável por encorajar a interação entre pais e RN prematuros, promovendo o vínculo e a parentalidade. O crescimento e desenvolvimento infantil foram monitorizados constantemente. Preparou-se a alta, envolvendo a capacitação da família e estabelecendo conexões com redes de apoio. A eficácia da equipa multidisciplinar foi evidente. Em suma, o estágio proporcionou uma oportunidade valiosa para desenvolver competências de enfermagem especializada em casos complexos. No fim deste estágio realizou-se uma reflexão crítica sobre a prática, demonstrando-se como fulcral para a aquisição de competências, aprimorando e valorizando a qualidade da prática de cuidados, uma vez que permitiu avaliar tomadas de decisão, identificar pontos fortes e fracos, adaptando-se a situações complexas com base em evidências. Esta reflexão contribuiu, indubitavelmente, para a aprendizagem contínua e para aprofundar conhecimentos de forma autónoma.

Já no que diz respeito aos módulos do Estágio de Cuidados Especializados II, há a referir que o Módulo I – Estágio de Pediatria em Urgência Pediátricas – teve como objetivos: revelar competências, conhecimentos, aptidões e capacidade de atuação na prática de enfermagem (em contexto hospitalar e comunitário), como enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria; prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem/família em situação de internamento hospitalar em Urgências Pediátricas; demonstrar conhecimento e competências inerentes à metodologia do relatório final; e evidenciar capacidade de recolha, reflexão e de análise crítica da literatura na área do relatório final. A experiência neste serviço foi enriquecedora, oferecendo oportunidades desafiantes para lidar com urgências e cuidados imediatos. O estágio permitiu o aprimoramento de competências técnicas, tomada de decisões assertivas, com base em evidência científica e facilitou a compreensão da necessidade da valorização da humanização dos cuidados de enfermagem. O trabalho multidisciplinar também foi valorizado, demonstrando a sua importância nas necessidades dos utentes e suas famílias. Considera-se que a prática clínica foi muito relevante para o futuro profissional, contribuindo para a formação e prática com foco na qualidade, humanização e segurança dos cuidados, atingindo os objetivos do estágio num nível muito satisfatório, ressaltando a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas. Entretanto, alguns desafios foram enfrentados, como a sobrecarga das urgências, sendo este um problema

muito demarcado e que necessita de algumas estratégias para a sua resolução, nomeadamente a aposta na literacia em saúde pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Este estágio culminou com um relatório de progresso que foi imprescindível para analisar o progresso realizado, de forma crítica e demonstrando evidências, alavancando o desenvolvimento de competências e, consecutivamente, o aperfeiçoamento profissional.

O Módulo II – Estágio de Saúde Infantil na Comunidade – foi realizado num CS, dedicado aos CSP, com propósito de: revelar competências, conhecimentos, aptidões e capacidade de atuação na prática de enfermagem (em contexto de saúde comunitária), como enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria; prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem/família na Comunidade; demonstrar conhecimento e competências inerentes à metodologia do relatório final; e evidenciar capacidade de recolha, reflexão e de análise crítica da literatura na área do relatório final. No estágio na comunidade denotou-se que os EEESIP desempenham um papel vital na promoção da saúde infantil e juvenil. Neste âmbito, destaque-se o cuidado centrado na família, o atendimento a crianças com necessidades complexas, o rastreio de doenças, a vacinação, as técnicas de alívio da dor, as intervenções comunitárias, o trabalho com agentes externos, a continuidade na análise ao desenvolvimento infantil, as orientações sobre alimentação e a necessidade de abordar os comportamentos de risco entre os adolescentes. Também se notou a importância do processamento sensorial infantil, da comunicação adaptada à idade e cultura, assim como o papel ativo do enfermeiro no incentivo a comportamentos saudáveis. Realça-se a importância dos cuidados de qualidade e específicos, especialmente para a população adolescente, expondo maior necessidade de se debruçar na Saúde Escolar. Reconhece-se a relevância da formação contínua e baseada em evidências para fornecer cuidados seguros e eficazes, respeitando as necessidades e características individuais de cada utente. Desta forma, reconhece-se que se atingiu os objetivos do estágio, adquirindo competências fulcrais para o futuro profissional. Igualmente à prática anterior, esta também terminou com um relatório de progresso, fulcral para a reflexão das práticas realizadas, para o desenvolvimento profissional e para a qualidade do serviço prestado.

Já o Módulo III – Estágio de Saúde Infantil em Centros de Desenvolvimento e Unidades de Apoio à Criança- foi desenvolvido no CDC, tendo os objetivos de: revelar competências, conhecimentos, aptidões e capacidade de atuação na prática de enfermagem (em contexto hospitalar e de saúde comunitária), como enfermeiro especialista em ESIP; prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem/família em unidades de

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny
Escola Superior de Saúde de Santa Maria-Porto

apoio à criança; demonstrar conhecimento e competências inerentes à metodologia do relatório final; evidenciar capacidade de recolha, reflexão e de análise crítica da literatura na área do relatório final. Esta prática permitiu o desenvolvimento de competências na prática de enfermagem especializada para lactentes e crianças. O CDC oferece suporte multidisciplinar a crianças com perturbações do neurodesenvolvimento e risco acrescido, como crianças prematuras, demonstrando a grande importância da deteção precoce destas e a colaboração entre diferentes profissionais de saúde para um plano de tratamento eficaz. Teve-se oportunidade de intervir, essencialmente, com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), destacando-se a relevância de uma abordagem centrada na família para prestar cuidados eficazes, a necessidade de conscientização e formação para profissionais de saúde e escolas, assim como a população em geral e o impacto positivo dos cuidados especializados no desenvolvimento infantil. Considera-se que os objetivos foram alcançados, resultando na aquisição de competências fundamentais para o futuro como especialista em ESIP. No término deste módulo, realizou-se um relatório de progresso, tendo sido muito vantajoso no que diz respeito à análise da prática desenvolvida, confrontando-a com a evidência científica, sendo capaz de promover a aprendizagem contínua, a partilha de conhecimentos adquiridos e uma abordagem mais humanizada perante perturbações do desenvolvimento.

O último módulo deste Estágio diz respeito à realização do relatório, pelo que se inicia uma análise reflexiva sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, iniciando pela aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, seguindo-se das específicas do EEESIP e, por fim, as de mestre.

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

É evidente a evolução da enfermagem como profissão, ciência e arte do cuidado e, sendo assim, as competências do enfermeiro especialista assumem um papel fundamental na prestação de cuidados de qualidade e na promoção de melhores resultados clínicos. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) descreve o enfermeiro especialista como o que se habilitou com:

um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Decreto-Lei n.º 161/96, p. 2960).

No contexto de especialização em enfermagem, as competências comuns desempenham um papel fulcral na definição do perfil profissional dos enfermeiros especialistas. Essas competências, que transcendem as áreas específicas de especialidade, compreendem capacidades essenciais que todos os enfermeiros especialistas devem possuir para garantir a excelência do cuidar. Surge então o Regulamento n.º 140/2019, capaz de legitimar o conjunto de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, em qualquer que seja o contexto profissional que esteja inserido. Como tal, as competências comuns são aquelas que são:

partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p.4745).

Tendo tal em conta, os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º140/2019).

No que se refere ao domínio da primeira competência: “**responsabilidade profissional, ética e legal**”, ao longo dos estágios, agiu-se sempre de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015a), a deontologia profissional é de carácter universal, correspondendo ao conjunto de deveres relativos ao exercício profissional do enfermeiro na prestação de cuidados de enfermagem às pessoas, famílias ou comunidades. Inclui ainda um conjunto de direitos que se traduz na dignidade profissional do enfermeiro, bem como na excelência do exercício, garantindo assim o direito dos utentes a cuidados de qualidade.

O Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015), no artigo 99º, constata que os valores universais a observar na relação profissional são a igualdade, a liberdade responsável, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. O mesmo refere ainda que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e enfermeiro” (Lei n.º 156/2015, p. 8078), premissa esta reforçada pelo REPE, no qual se encontra implícita a responsabilidade em salvaguardar os interesses e direitos legalmente protegidos dos cidadãos (Decreto-Lei n.º 161/96).

Silva et al. (2018) mencionam que, para além do domínio técnico, o enfermeiro deve demonstrar compromisso ético e a procura contínua pela atualização, visando prevenir efeitos prejudiciais dos seus cuidados. Neste sentido, torna-se de extrema importância que os enfermeiros estejam familiarizados com as obrigações éticas, civis e legais relacionados com a sua prática, compreendendo ainda os seus direitos e responsabilidades. Este conhecimento é ainda fulcral para evitar situações de negligência, de incompetência ou de imprudência (Silva et al., 2018).

Deste modo, zelou-se pela prática de cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, nomeadamente, assumiu-se a defesa dos direitos das crianças, assegurou-se o respeito pelo direito no acesso à informação, garantiu-se a confidencialidade da informação escrita e oral, fomentou-se o respeito pelo direito do cliente à privacidade e assegurou-se o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais. Além disso, realizou-se discussões com as equipas de forma a identificar problemáticas e possíveis soluções para as mesmas, valorizou-se a dimensão humana e social, tendo sempre por base o Código Deontológico, tal como defendem Silva et al. (2018).

Para além disto, salienta-se ainda o consentimento informado, livre e esclarecido, que foi sempre tido em conta, tal como sugere a norma n.º 015/2013, considerando a aptidão da criança/jovem/família para exercer plena autonomia na tomada de decisões relacionadas à saúde e às intervenções realizadas.

No que concerne à liderança, salienta-se que Amestoy et al. (2017) afirmam que esta é uma competência fulcral para o enfermeiro, sendo que este poderá ser capaz de influenciar toda a sua equipa a disponibilizar os melhores cuidados consoante as necessidades dos utentes e respetivas famílias. Deste modo, a liderança representa uma competência indispensável na prática de enfermagem, refletido na qualidade da cultura organizacional bem como nas relações de trabalho.

Quanto a isto, teve-se a oportunidade de constatar a importância do EEESIP em cada equipa, sendo sempre uma pessoa de referência, o chefe de equipa nos serviços hospitalares, delegando tarefas, responsabilizando-se pelas decisões finais e desempenhando um papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de maior exigência na área da especialidade. Embora enquanto estudante, não auferindo de autoridade de liderança, considera-se que se teve uma atitude pró-ativa, com compromisso pela aprendizagem contínua e colaboração eficaz à demais equipa, ajudando a desenvolver competências de liderança. Para tal, demonstrou-se iniciativa, procurando oportunidades para contribuir para a melhoria do atendimento; partilhou-se informação aquando assim foi apropriado; assumiu-se responsabilidades na aceitação das tarefas designadas e no cumprimento de obrigações, demonstrando segurança, confiança e responsabilidade; participou-se ativamente nas discussões das equipas, auxiliando na resolução de problemas; demonstrou-se habilidades na gestão de tempo, priorizando tarefas e gerindo o tempo de forma eficaz; aprendeu-se com o *feedback*, melhorando continuamente e procurando sempre por oportunidades de crescimento.

Relativamente ao domínio de competência “**melhoria contínua da qualidade**”, o enfermeiro especialista deverá colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, devendo ainda desenvolver práticas de qualidade e garantir ambientes terapêuticos e seguros. Considera-se que, ao longo das práticas clínicas, teve-se tal sempre em conta e, sempre que pertinente, foram apresentadas propostas para a melhoria dos serviços e dos seus atendimentos, as quais foram sempre muito bem aceites e tidas em conta, dando o exemplo da sugestão de realização de palestras sobre literacia em saúde nos CSP de modo a dotar os utentes, que recorrem constantemente às urgências, ficando estas sobrelotadas, de conhecimentos referentes à gestão da doença em situações não urgentes.

A OMS (2020), no Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde, refere que os serviços de saúde que visam a prestação de cuidados de qualidade devem caracterizar-se por serem seguros, eficazes e centrados nas pessoas. Sendo cuidados seguros aqueles que não prejudiquem os utentes, cuidados eficazes os que são prestados a todos os que necessitam, baseando-se sempre na base a evidência e, por fim, cuidados centrados nas pessoas os que são adequados às necessidades e valores de cada pessoa. De forma a operacionalizar estes três conceitos essenciais, os cuidados devem ser oportunos, contribuindo para a diminuição dos tempos de espera, eficientes, integrados e equitativos (OMS, 2020).

A segurança em saúde é exequível através da criação de estratégias de ação que avaliem e estructurem a ação dos profissionais de saúde. Estas são, essencialmente, a avaliação das instituições e dos profissionais de saúde através de indicadores de desempenho, a submissão das instituições a planos de certificação da qualidade por auditores externos, a melhoria das condições de higiene e de estrutura e a criação de *guidelines* orientadoras (Despacho nº. 9390/2021).

O serviço de pediatria (consulta externa, hospital de dia, internamento e urgência) foi acreditado com qualidade nível bom, pelo Departamento de Qualidade na Saúde (DQS) da DGS, em janeiro de 2019. Assim como o CS no qual decorreu a prática clínica na comunidade, no ano de 2017.

No decorrer do estágio na comunidade, o DQS realizou uma visita ao serviço para uma reavaliação, com intuito de garantir a continuidade do cumprimento das normas, ao longo do tempo. Deste modo, realça-se a oportunidade de realizar em atividades na área da qualidade, participando em projetos institucionais. Como tal, refere-se a participação ativa na verificação da validade da medicação e do material em falta, considerando tais ações imprescindíveis para a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Ainda no âmbito da qualidade, com vista na sua melhoria, menciona-se ainda a possibilidade de recolha de dados para que fossem, posteriormente, utilizados como indicadores. Os indicadores de saúde são instrumentos de medida que contêm informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde bem como os fatores que a determinam. Estes podem ser utilizados para melhorar o conhecimento sobre os determinantes da saúde, identificando lacunas no estado de saúde e/ou populações específicas (DGS, 2013).

No que diz respeito ao domínio de competência “**gestão dos cuidados**”, considera-se que, ao longo das práticas, estabeleceu-se uma boa relação profissional com as equipas, fomentou-se sempre um ambiente positivo e favorável às práticas, assim como foram reconhecidos os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros das equipas.

Para além disso, há a realçar que se teve a oportunidade de vivenciar o trabalho multi e interdisciplinar e a importância da comunicação entre todos os membros envolvidos nas equipas. A colaboração entre todos os profissionais é fundamental para cuidados de qualidade e de excelência.

Estes factos vão ao encontro de Broca e Ferreira (2012), ao afirmarem que o processo de comunicação entre a equipa de prestação de cuidados é aprimorado pela

relação inter-humana, pela relação de interdependência, pelo reconhecimento profissional, pela melhor interpretação do outro, pela partilha de informações em reuniões de grupo, quando os assuntos dizem respeito a todos os envolvidos, e por conversas individuais, mais reservadas, quando assim é requerido.

Nesta competência é fulcral abordar a importância do processo de enfermagem, sendo este fundamental para a prática clínica, tornando-se num guia fundamental para a gestão de cuidados e para a sua qualidade. Souza et al. (2013) afirmam que é através deste que o enfermeiro se depara com as problemáticas, planeando e implementando ações, assim como avaliando os seus resultados. Deste modo, pode-se assumir que este permite uma abordagem sistemática e holística, conferindo competências de gestão de cuidados. Ao seguir as etapas do processo de enfermagem, os enfermeiros podem personalizar os cuidados de acordo com as necessidades individuais de cada criança/família, promovendo a saúde, prevenindo complicações e colaborando efetivamente com a equipa multidisciplinar. Além disso, o processo de enfermagem ofereceu uma base sólida para a tomada de decisões clínicas informadas, facilitando a comunicação entre os profissionais de saúde e contribuindo para que os resultados fossem positivos tanto para o utente/família como para a prática profissional. Portanto, reconhecer a importância do processo de enfermagem é essencial para garantir a excelência na assistência e no bem-estar dos utentes. Para tal, ao longo das práticas clínicas, seguiu-se sempre o processo de enfermagem e as cinco etapas: avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e reavaliação. Iniciando-se com uma avaliação detalhada, identificaram-se as necessidades de cada utente. Com base nisso, selecionaram-se diagnósticos precisos e criaram-se planos de cuidados personalizados, tendo em conta as preferências e contextos individuais. Posteriormente, aplicaram-se cuidados com atenção aos detalhes, evidência e segurança, enquanto se manteve uma comunicação empática. Por fim, avaliou-se continuamente o progresso das crianças e jovens, assim como dos seus familiares, ajustando os cuidados sempre que necessário. Em suma, considera-se que a prática foi sempre orientada pelo processo de enfermagem, garantindo cuidados eficazes e adaptados a cada paciente.

Salienta-se ainda que, para desempenhar funções e prestar cuidados seguros, sentiu-se a necessidade de aprimorar capacidades de gestão de cuidados, melhorando as tomadas de decisões, a capacidade dos cuidados prestados e baseando as tarefas delegadas na evidência. Para tal, aprofundou-se conhecimentos de forma autónoma por meio de pesquisas e análise de evidências mais recentes.

Em relação ao domínio da competência “**desenvolvimento das aprendizagens profissionais**”, ao longo das práticas, desenvolveu-se habilidades fundamentais, realçando a importância da formação contínua, algo que se tornou fulcral ao longo da experiência, a própria especialização em ESIP, que se destacou como um marco crucial, proporcionando um conhecimento profundo e impactando positivamente todo o percurso. Destaca-se ainda o papel dos orientadores, tendo sido fulcral, fornecendo orientação e *feedback* valiosos. Além disso, a autonomia na procura contínua de conhecimento destacou-se, fortalecendo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Como em todas as áreas de intervenção em saúde, a enfermagem tem vindo a experimentar uma grande evolução científica, exigindo a evolução contínua dos seus profissionais. Para tal, de forma a desenvolver competências há que ter em conta, por exemplo, a formação contínua, as especializações e a exposição à prática baseada em evidências. Kendall-Gallagher et al. (2011) mencionam no seu estudo que a evolução do profissional, mais especificamente no que diz respeito à aquisição de competências especializadas, é capaz de reduzir substancialmente a mortalidade dos clientes internados, denotando melhoria dos cuidados prestados. Como tal, pretende-se continuar a evoluir, a adquirir competências de forma autónoma, atualizando-se e instruindo-se de metodologias, protocolos, conteúdos, investigações, demonstrando constante evolução.

Tendo em conta a importância da formação contínua, como demonstram Assis et al. (2022), considerando que esta possibilita o desenvolvimento profissional, assim como a melhoria e qualidade dos cuidados prestados, sendo estes mais seguros e com uma visão mais ampla das reais necessidades, assumiram-se estratégias capazes de alavancar os conhecimentos e capacidades. Como tal, para além das pesquisas realizadas, frequentaram-se formações no que diz respeito à infância, nomeadamente de nutrição pediátrica, processamento sensorial (relação da visão com os sentimentos; impacto da otite seromucosa no processamento auditivo; aprendizagem multissensorial), emoções (musicoterapia, emoções e crescimento; desafios da família da criança com perturbação do neurodesenvolvimento), desenvolvimento (crescer na diversidade e na diferença; crescer pós-pandemia), aprendizagem (necessidade neurológicas, biológicas e comportamentais para a aprendizagem; perturbações do desenvolvimento da linguagem; impacto das novas tecnologias nas competências para a aprendizagem) e a importância do brincar.

Durante os estágios, houve sempre supervisão de profissionais experientes, que despoletaram orientações, apoio e aprendizagens contínuas, demonstrando extrema importância para todo o percurso pois, como concluem Gcawu e Rooven (2022), os

enfermeiros orientadores de estágio devem desempenhar um papel ativo no ensino clínico, apoiando o orientando e implementando modelos de ensino clínico apropriados para que sejam transmitidos conhecimentos relevantes e que vão ao encontro do nível de ensino.

Considerando tudo o que foi abordado, houve a possibilidade de aprofundar conhecimentos, de pô-los em prática com base em evidências e com as experiências transmitidas, ganhando uma visão abrangente no que diz respeito ao cuidado integral à criança/jovem e respetiva família.

Menciona-se uma situação que se julga ter sido importante na aquisição de competências. No que diz respeito ao suporte avançado de vida pediátrico, não houve a necessidade de se recorrer ao mesmo ao longo das práticas, no entanto foi imprescindível a pesquisa, a atualização e o aprofundamento de conhecimentos, considerando-se assim a capacidade de integrar e articular conhecimento a este nível. Como tal, procurou-se evidências mais recentes, assim como o acesso ao Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2022), da Normas, Emergências Pediátricas e Obstétricas (INEM, 2012) e do Manual de Suporte Avançado de Vida Pediátrico do SESARAM, EPERAM, tendo-se ainda a oportunidade de simular uma hipotética situação com a enfermeira orientadora, sendo esse um pilar fundamental na formação consoante Doroba (2021). Silva et al. (2020) acrescentam que a recriação de contextos reais é essencial para a preparação de futuros profissionais, a fim de promover o desenvolvimento de competências e, ainda, uma melhor tomada de decisão e a resolução de problemas.

Deste modo, identificaram limites pessoais e profissionais, desenvolveu-se capacidade de autoconhecimento e reconheceu-se como a forma de ser e de estar influencia as relações terapêuticas e multiprofissionais. Soube-se gerir sentimentos e emoções, oferecendo sempre uma resposta eficiente. Muitas vezes a gestão emocional foi uma dificuldade e, principalmente após vivenciar a maternidade, muitas vezes sentiu-se a dor e angústia de muitos pais. Frequentemente chegou-se a casa com o coração destruído, mas tal suscitou crescimento enquanto pessoa, vendo a vida com outra perspetiva e valorizando cada vez mais os pequenos momentos em família.

A prática clínica especializada foi sempre baseada na evidência científica, revelando conhecimentos na prestação de cuidados seguros e competentes. Acrescenta-se que, sempre que foi pertinente, divulgou-se resultados de pesquisas com as enfermeiras tutoras com intuito de contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.

1.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em ESIP

Ao longo de todo o processo formativo presenciou-se ambientes diversificados e desafiantes, nos quais se teve a oportunidade de aplicar conhecimentos e adquirir novas competências. Tendo isso em conta, passa-se a explorar e refletir sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas de EEESIP.

O Regulamento de Competências Específicas do EEESIP define as seguintes competências: assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento n.º 422/2018).

Relativamente à competência **“assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”**, o enfermeiro especialista “estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade” (Regulamento n.º 422/2018, p.19192).

Para atingir a competência supramencionada, e atendendo à unidade de competência “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacitação para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193), ao longo dos estágios teve-se a oportunidade de negociar e trabalhar com as crianças/jovens, assim como com as suas respetivas famílias, em todo o processo de cuidar, visando a sua independência e o seu bem-estar, como defende a OE, referindo que o EEESIP deve utilizar, na sua prática, um modelo conceptual centrado na criança e na família (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Assim, em todos os estágios, realizaram-se planos de cuidados centrados na criança/jovem e na família, envolvendo sempre os pais nos cuidados. Nos internamentos e no SUP é permitido a um dos progenitores a acompanhar a criança, indo ao encontro do que defende a carta da criança hospitalizada: “Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado” (Instituto de Apoio à Criança, 2017, p.8).

Como refere a OE (2015b, p.19), “os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos”, isto por conhecê-los melhor do que ninguém, valorizando e respeitando as suas particularidades, pelo que devemos sempre enaltecer todas as informações dadas e envolvê-los nos cuidados, concordando com o que defende a Anne Casey no seu modelo (Monteiro & Cerqueira, 2020). Anne Casey alega que os enfermeiros

devem olhar os pais como membros participantes e ativos na equipa de saúde, aproveitando o seu conhecimento sobre a criança doente, bem como a vontade que têm em contribuir para a sua recuperação, empoderando-os e capacitando-os (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Em todos os estágios aproveitaram-se quaisquer oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. Procedeu-se à capacitação parental, dando informações claras e baseadas em evidências, adotando uma comunicação efetiva, sobre variados temas referentes à saúde infantil e pediátrica (por exemplo: cuidados infantis, nutrição, higiene, cuidados antecipatórios, desenvolvimento, cuidados e procedimentos em caso de doenças e segurança). Como tal, considera-se que se teve papel preponderante na construção do papel parental, na orientação e apoio para a implementação de cuidados em ambiente seguro e da gestão do cuidado materno-infantil, na orientação das figuras parentais da criança, isto aplicando teorias, princípios e métodos de programas materno-infantis, como defende Reticena et al. (2019). Para além disso, sempre que foi possível, recorreu-se à demonstração prática, ao apoio emocional, à promoção da vacinação, à promoção de hábitos de vida saudáveis, enaltecendo ainda a extrema importância da prevenção, tendo sempre em atenção a realização de uma abordagem personalizada, respeitando crenças e necessidades com intuito de se causar impacto positivo na adoção dos comportamentos pretendidos.

Relativamente à continuidade dos cuidados, menciona-se que todos os serviços do SESARAM, EPERAM encontram-se interligados sendo que, através do processo clínico da criança, os enfermeiros têm acesso aos seus dados, recorrendo ainda à referência e ao contato telefónico, procedimentos estes que são realizados entre os enfermeiros dos diferentes serviços.

Felizmente, ao longo de todo o percurso de práticas clínicas, pôde-se comprovar a eficácia deste procedimento, testemunhando a importância da continuidade e articulação dos cuidados. Refere-se um caso de um RN prematuro que se teve a possibilidade de acompanhar na UCINP, no internamento do serviço de pediatria e, posteriormente, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Na UCINP, teve-se em conta a monitorização contínua e rigorosa dos sinais vitais de forma a intervir imediatamente, caso necessário, a realização de cuidados especializados (alimentação, tratamentos endovenosos, ambiente favorável ao desenvolvimento, repouso, interação e integração sensorial), o apoio à família e a transmissão de conhecimentos e desenvolvimento de competências à mesma. Este

trabalho pôde ser continuado no internamento, valorizando ainda a estimulação da amamentação e dos seus benefícios e empoderamento parental. Por fim, em contexto comunitário, teve-se a oportunidade de participar na vacinação, nomeadamente na administração da vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB, da vacina conjugada contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de 13 serotipos (Pn13) e da vacina contra *Neisseria meningitidis* B (MenB 1). Para além disso, continuaram-se os ensinamentos e orientações relativos à alimentação, higiene, desenvolvimento infantil e integração sensorial. Deste modo, tornou-se esclarecedor a funcionalidade da continuidade de cuidados entre serviços e colegas (registos clínicos no sistema informático e contactos telefónicos), acreditando que tal é crucial para garantir um desenvolvimento satisfatório e saudável, assim como o bem-estar da criança e sua família.

A articulação, sendo eficaz, como a que se assistiu, é determinante para o estabelecimento de cuidados abrangentes, personalizados e coordenados, potencializando as competências infantis e parentais e, tal como indicam Mauro et al. (2021), promovendo a equidade, melhorando o acesso, integralidade e qualidade dos cuidados. Julga-se que tal foi fulcral para adquirir unidades de competências que constam no Regulamento n.º 422/2018, como “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (p. 19193), “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” (p. 19193), “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (p. 19194), “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido [...]” (p. 19194), e “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura” (p. 19193).

Salienta-se ainda a importância dos registos clínicos realizados no processo informatizado, no portal do SESARAM, EPERAM (*Atrium*), partilhado por todas as suas unidades da Região Autónoma da Madeira (RAM). Assim sendo, entende-se que estes devem ser claros, sérios e transparentes, tal como descreve o artigo 104.º do Código Deontológico do Enfermeiro, mencionado que devemos “assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (Lei n.º 156/2015, p. 8103).

Em relação ao trabalho com agentes da comunidade, ao longo das práticas clínicas, a comunidade escolar e a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)

foram demonstrando a sua importância. No CS teve-se a oportunidade de presenciar várias comunicações entre as educadoras do ensino especial e a enfermeira tutora, com intuito de trocar ideias e informações sobre determinadas crianças, assim como para abordar assuntos relacionados com mesmos. Recordar-se de um contato de uma professora do ensino escolar, a pedir uma avaliação pela enfermeira, uma vez que a criança apresentava, nos últimos tempos, comportamento agressivo e desorganizado, associando tal facto ao ambiente familiar. De modo a agir em parceria com a escola e respeitando o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (Parecer n.º 01/2023 da OE), considerou-se fulcral avaliar aos fatores ambientais “barreira” que estariam a influenciar a participação da criança na vida escolar e, consecutivamente, interferindo nas suas aprendizagens. Deste modo, iniciou-se o processo por uma entrevista à família, verificando a sua opinião respetivamente à situação em causa, possíveis causas, hábitos de vida e dinâmica familiar. De forma a conhecer a realidade da família, procedeu-se ao agendamento de uma visita domiciliária com vista na observação direta, na avaliação de riscos e, se fosse o caso, no encaminhamento para outros profissionais e educação familiar, no entanto, tal aconteceu após o término da prática clínica em causa. Conforme Siqueira et al. (2019), a visita domiciliária é uma abordagem fulcral nos programas infantis, demonstrando um atendimento contínuo e valorizando o vínculo entre o enfermeiro e a família. Deste modo, o ambiente familiar é ideal para avaliação e educação parental, devendo considerar as estratégias usadas e o envolvimento da família para o seu sucesso. (Siqueira et al., 2019).

Também se testemunhou o trabalho conjunto com os profissionais que trabalham na CPCJ, com o intuito de promover os direitos da criança e do jovem e de prevenir ou de pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral. Uma vez que a família anterior já era sinalizada, entrou-se em contacto com a dita comissão de modo a que houvesse uma reunião multidisciplinar no sentido de discutir e analisar recursos para o sucesso parental e bem-estar da criança, contudo não se esteve presente nesta por se ter desenrolado depois da conclusão do estágio. Torna-se então evidente o papel do EEESIP que, em colaboração com a CPCJ, contribui para a educação das famílias e para a promoção do bem-estar e desenvolvimento infantil, fornecendo orientações de saúde, identificando sinais de risco e ajudando a intervir ou a prevenir casos de maus-tratos, de negligência ou de vulnerabilidade. Esta atuação conjunta alavanca ambientes seguros e saudáveis para as crianças, respeitando os seus direitos e garantindo o seu desenvolvimento saudável, demonstrando o importante papel do EEESIP nesta comissão, como refere o Parecer 04/2020 da OE.

No que se refere à unidade de competência “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” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193), pode-se afirmar que se demonstrou conhecimentos sobre as doenças comuns às várias idades, que se atribuiu diagnósticos de enfermagem e que se implementou cuidados apropriados. Como tal, desde a prevenção ao contacto com a doença, interveio-se e orientou-se a família/cuidadores sobre as medidas de higiene, imunizações, nutrição, identificação precoce de sinais e sintomas de doenças infantis e como lidar com as mesmas, tais como constipações, gripes, bronquiolites, viroses, otites, problemas gastrointestinais e alergias, baseando-se em evidência disponível para cada um dos casos. Para além disso, realizaram-se ainda cuidados compassivos (sem julgamentos, empatia, alívio do sofrimento, comunicação, respeito pelas preferências e necessidades e suporte familiar), como sugerem Burnell e Agan (2023), administrou-se medicamentos prescritos e monitorizou-se o progresso do estado de saúde e de desenvolvimento das crianças.

Como referem Burnell e Agan (2023), no que diz respeito aos cuidados compassivos, a expectativa de que os cuidados de saúde devem ser encarados com compaixão é essencial na prática de enfermagem, especialmente quando se trata do cuidado infantil, sendo que a simbiose entre a comunicação e a compaixão deve ser inculcada nas práticas diárias destes profissionais, garantindo um cuidado mais humanizado, personalizado e eficaz. Considera-se que esta abordagem centrada na criança/jovem e na família ajuda a aliviar o desconforto, acelerando ainda a sua recuperação e bem-estar.

De modo a demonstrar a aquisição e desenvolvimento desta competência, aborda-se, especificamente, o acompanhamento a um lactente com bronquiolite. A bronquiolite é uma infeção comum do trato respiratório inferior em crianças pequenas, sendo o vírus sincicial respiratório (VSR) a sua causa mais comum (Smith et al., 2017). O caso clínico refere-se a uma latente de 25 dias, que recorreu ao SUP acompanhada pelos pais, devido a febre, com 4 dias de evolução, associada a rinorreia seromucosa e tosse produtiva. Apresentava palidez cutânea, hiporreatividade, diminuição da diurese e havia noção materna de diminuição de ingesta por cansaço respiratório. Refere-se contexto epidemiológico: pai com sintomatologia respiratória. À chegada ao SUP, apresentava SpO₂ de 98% em ar ambiente, palidez cutânea, hiporreatividade, polipneia, com tiragem infracostal, gemido respiratório, secreções da orofaringe, fêveres crepitantes laterais e peso de 4,410 kg. Após avaliação médica e a realização de exames complementares de diagnóstico, ficou internada no Serviço de Pediatria, com diagnóstico, como já referido, de

Bronquiolite Aguda, não especificada. Dada a natureza do caso definiu-se como modelo orientador o Modelo de Parcerias de Cuidados de Anne Casey. Sendo a avaliação realizada segundo os cinco conceitos que sustentam este modelo (criança, família, enfermeiros, saúde e ambiente). Após isso, identificaram-se focos de intervenção e, consequentemente, os diagnósticos de enfermagem, o planeamento das intervenções e a implementação das mesmas. Posteriormente, deu-se a última fase do processo de enfermagem, como referem vários autores (Santos et al., 2017; Dorneles et al., 2021), ou seja, a avaliação comparativa entre os estados de saúde inicial e final da criança e família. Há a salientar que Dorneles et al. (2021) realçam que tal é fundamental na prática de enfermagem.

A cuidada avaliação inicial e os meios complementares de diagnóstico demonstraram-se como recursos imprescindíveis, permitindo uma terapêutica mais eficaz e acertada, assim como capacitações específicas para ultrapassar os problemas enfrentados. Há a realçar ainda que esta avaliação não deve apenas contemplar a criança/jovem doente, devendo englobar a família e o ambiente que a rodeia, essencialmente pelo facto de dizer respeito a uma criança dependente de terceiros. Salientando que a OE indica que o EEESIP deve recorrer a um modelo centrado na criança e na família (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). Deste modo, considera-se assertivo o recurso ao Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, instruindo e incluindo a família na prestação de cuidados e na tomada de decisões. Com as intervenções levadas a cabo, baseadas na evidência mais recente, foi possível verificar bons resultados, atingindo os objetivos, demonstrando melhorias significativas na sua condição e nos ensinamentos à família. Ou seja, a criança manteve-se apirética e sem dor, eupneica em ar ambiente, com redução de secreções e, como tal, foi capaz de melhorar a sua alimentação e de ganhar peso. Mesmo apresentando, no momento de alta, curtos períodos de tosse, destaca-se ainda a orientação e capacitação dos cuidadores, essencialmente à mãe, de forma a incumbi-la da prática de cuidados no domicílio.

Segundo a OE (2017), há um número significativo de crianças e jovens que são negligenciadas e abandonadas. Assim, é fundamental que os enfermeiros sejam capazes de identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar físico e psíquico, sendo capazes de assistir a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos (Regulamento n.º 422/2018).

Neste âmbito, aborda-se um caso de uma criança que foi referenciada devido a apresentar vestígios de sangue na roupa interior. A comunidade escolar entrou em contacto com a EEESIP dos CSP para avaliar o contexto e ambiente familiar, demonstrando

suspeitas de abuso sexual por parte do pai. Inicialmente, consultou-se o processo clínico informatizado, verificando que a criança havia sido encaminhada anteriormente pela escola para o SU, concluindo nesta observação que era portadora de psoríase, sendo tais sinais decorrentes do prurido provocado pela mesma. Tendo isto em conta, convocou-se a mãe para uma consulta de enfermagem. A mãe demonstrava-se muito revoltada devido à suspeita da escola, pois não admitia que pudessem conjecturar tal facto, referindo ainda má relação com a escola. Assegurou-se sempre uma comunicação efetiva e praticou-se a empatia, transmitindo ainda conhecimentos de gestão emocional, como sugerem Tomaz et al. (2019), Neto et al. (2020) e Dugué et al. (2021). Após uma avaliação detalhada com a criança, entrou-se em contacto com a comunidade escolar, esclarecendo a situação. Neste caso específico, sentiu-se muita dificuldade de trabalhar, sendo que, num primeiro impacto, ficou-se muito desconfortável e com dificuldade de gerir emoções, todavia, posteriormente, demonstrou-se a importância de abstenção de juízos de valor, tentando avaliar minuciosamente o que se passava em ambiente domiciliário e familiar. Realça-se que, como menciona o “Guia de Orientações para os Profissionais da Saúde na Abordagem de Situações de Maus Tratos ou outras situações de Perigo”, confirmando quaisquer suspeitas de maus-tratos, seria fulcral notificar as entidades e autoridades competentes e encaminhar para serviços especializados (Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, 2010).

Relativamente ao bem-estar psíquico e emocional, recorda-se um caso ocorrido ao longo do estágio no SUP. Uma adolescente chegou ao serviço acompanhada pelos bombeiros e por uma amiga, sendo que havia sido encontrada na berma da estrada, aos gritos, aparentemente com uma crise de ansiedade após uma discussão com o namorado. Após triagem de Manchester, deu-se a estabilização da adolescente e, para tal, tentou-se acalmá-la, comunicando de forma tranquila que se encontrava num local seguro e garantindo a prestação de cuidados adequados. De seguida, iniciou-se de imediato uma avaliação inicial detalhada, através de uma entrevista e a consulta do processo clínico informatizado, com o intuito de obter informações relativamente aos sintomas, histórico clínico, apoio social e familiar, medicação utilizada e sobre o evento desencadeante de tal episódio. Isto, através de uma comunicação eficaz, fazendo perguntas abertas e de forma clara para entender as suas preocupações, medos e sentimentos, considerando a escuta ativa fulcral para estabelecer um vínculo de confiança, como sugerem Malta e Carmo (2020). Após ser consultada pelo médico, que prescreveu medicação, administrou-se a mesma e adotou-se técnicas de relaxamento e respiração, como referem Albuquerque e

Almeida (2020). Posto isto, procedeu-se a uma reavaliação do estado de saúde da adolescente. A utente recuperou o seu estado normal, tendo alta do SUP. Uma vez que se verificou no processo que já era seguida pela pedopsiquiatria, com próxima consulta marcada, não se realizou encaminhamento, mas garantiu-se o registo minucioso do sucedido no portal informático, alertando-se ainda a enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica dos CSP da sua área de residência para que fosse realizado acompanhamento à adolescente e família.

Por ter presenciado outros casos idênticos, suscitou reflexão acerca da situação atual da saúde mental dos adolescentes, sendo possível deparar-nos, cada vez mais, com o seu seguimento pela pedopsiquiatria, apresentando crises de ansiedade, dificuldade em lidar com as suas frustrações, entre outros. Julga-se que há muito a pensar nas influências que a nossa evolução multimodal poderá estar a ter nos nossos jovens.

A adolescência é uma fase muito importante para o desenvolvimento de hábitos emocionais e sociais importantes para o bem-estar mental. Isto inclui a adoção de padrões de sono saudáveis; exercitar-se regularmente; desenvolvimento de enfrentamento, resolução de problemas e habilidades interpessoais; e aprender a gerir as emoções. Os ambientes de proteção e apoio na família, na escola e na comunidade em geral são fundamentais (OMS 2021b).

Ainda conforme a OMS (2021b), a nível global, 1 em cada 7 jovens de 10 a 19 anos sofre de um transtorno mental, representando 13% das doenças nesta faixa etária. Os distúrbios comportamentais, a ansiedade e a depressão estão entre as principais causas de doenças e incapacidades entre os adolescentes.

Surge a reflexão se não haverá a necessidade de repensar no futuro dos nossos jovens, constatando que a doença mental nesta faixa etária está, constantemente, a aumentar, devido ao já sabido, como as mudanças biológicas e hormonais, os antecedentes familiares, situações traumáticas e adversidades vividas. Mas não se poderá ter um papel fundamental na sua orientação? Não haverá medidas coesas a tomar referentemente às escolas e à sociedade em geral, retirando a pressão que esta faixa etária é submetida, no seu empenho, na competição académica que vivem, na procura pela aceitação, pelos seus reais papéis e pelo seu aspeto físico? As tecnologias e evolução digital também não terão grande impacto? O seu uso excessivo, a constante exposição a comparações e “padrões” destilados nas redes sociais?

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado por mudanças físicas, mentais, emocionais, sexuais e sociais (Ferreira &

Nelas, 2006; Eisenstein, 2005). É uma fase de grande demanda para o alcance de objetivos de acordo com as expectativas culturais da sociedade, sendo que esta etapa termina quando o crescimento e a personalidade estão consolidados, permitindo o exercício dos papéis de adulto, como a independência financeira e a integração em grupos sociais (Eisenstein, 2005).

Adolescentes com problemas de saúde mental são particularmente vulneráveis à exclusão social, discriminação, estigma (afetando a prontidão para procurar ajuda), dificuldades educacionais, comportamentos de risco, problemas de saúde física e violações dos direitos humanos (OMS, 2021b). Silva et al. (2019) apontam este período da vida humana como o mais vulnerável ao sofrimento mental em todas as suas dimensões (depressão, ansiedade, perturbações alimentares e uso de substâncias).

Ultimamente tem-se vindo a observar o grande recurso às redes sociais e à internet por esta faixa etária, sendo que Cunha et al. (2022) referem que o tempo de ecrã excessivo altera o comportamento humano, as suas rotinas e necessidades, despoletando problemas emocionais, comportamentos agressivos e dependência pelos dispositivos móveis. Assunção e Matos (2014) acrescentam que o desenvolvimento tecnológico traz mudanças, essencialmente, nos adolescentes, com repercussões sociais e psíquicas negativas e positivas. Braulio et al. (2023) cita ainda a influencia disso na autoimagem e na idealização de um mundo virtual ao qual querem fazer parte.

Desta forma, a exercer-se atuais funções nos CSP de uma freguesia repleta de adolescentes com comportamentos de risco, considera-se imprescindível um trabalho multidisciplinar com esta população, passando pela consideração das singularidades dos adolescentes e das suas famílias, pela difusão da cidadania e participação ativa dos jovens assim como através da implementação de um programa de literacia em saúde mental, envolvendo o bem-estar físico, emocional, espiritual e social, abarcando ainda os primeiros socorros emocionais (Scavacini et al., 2021). Evidencia-se ainda que, como aludem Pinto et al. (2014), os adolescentes que veem as suas necessidades valorizadas experimentam melhor adaptação social, desempenho académico mais satisfatório e são mais propensos a se tornarem adultos mais inseridos na sociedade e mais produtivos, considerando-se então que há um longo percurso de trabalho que tem de ser percorrido pelos enfermeiros na comunidade.

No que se refere à competência **“cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”**, o enfermeiro especialista “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” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193).

Há a referir que, relativamente à unidade de competência “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193), que em todas as práticas clínicas recorreu-se à avaliação das funções vitais das crianças/jovens, sendo tal inerente aos cuidados, sabendo identificar e reconhecer situações de instabilidade atuando prontamente. Para tal, as crianças/jovens foram abordadas com linguagem adequada ao desenvolvimento, simples e lúdica, explicando todo o processo e a sua importância, criando um ambiente confortável, seguro, garantindo uma observação contínua, materiais e técnicas adequadas à idade, considerando a cultura e a etapa do ciclo de vida, o seu registo adequado e, terminando, sempre com reforço positivo, elogiando a cooperação o sucesso do seu comportamento (INEM, 2012; Cerqueira & Ramos, 2018). Teve-se sempre em conta a existência de antecedentes respiratórios ou cardíacos, assim como os valores de referência preconizados (INEM, 2012). A frequência cardíaca foi analisada com a palpação de pulso radial ou carotídeo ou ainda com medidores de frequência cardíaca automáticos. Para a frequência respiratória, em RN e lactentes, abordou-se uma observação visual, contabilizando os movimentos torácicos e abdominais por minuto e, nas com maior idade, uma observação direta, contabilizando os ciclos respiratórios ou através de monitorização digital. A temperatura foi avaliada de forma não invasiva, com termómetro, essencialmente, por via axilar e timpânica. Para a tensão arterial teve-se sempre em conta o tamanho das braçadeiras, adequando-as à estatura física da criança de modo a obter medições precisas. Já a saturação de oxigénio foi avaliada através do oxímetro (Opperman & Cassandra, 2001).

Relativamente à unidade de competência “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as suas respostas” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193), durante todos os estágios garantiu-se a gestão de medidas farmacológicas da dor, bem como medidas não farmacológicas sendo que as que mais foram usadas dizem respeito à distração, aplicação do equipamento Buzzy®, o recurso a música, a amamentação, a sucção não nutritiva e o uso de glicose a 30%. Salienta-se ainda que existem protocolos no SUP como o da dor e da febre, que permitem ao enfermeiro administrar medicação analgésica e antipirética intervindo prontamente, principalmente, na triagem. Como tal, teve-se sempre o cuidado de adequar a posologia indicada por cada

medida farmacológica, calculando-a tendo em conta o peso da criança/jovem, utilizando os recursos disponíveis nos serviços.

A dor, nas crianças, normalmente está associada ao medo e ansiedade, dificultando a avaliação, assim como a tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde quanto à intervenção. Deste modo, é importante que os enfermeiros, em parceria com os pais, saibam interpretar e avaliar de forma a intervir corretamente (OE, 2013).

Conforme Fernandes (2020, p. 50), o “primeiro passo para o adequado controlo da dor é a prevenção”, sendo que o enfermeiro deverá intervir antecipadamente aquando da utilização de procedimentos invasivos (vacinas, punções sanguíneas, cirurgias, entre outros.).

Surge então a necessidade de uma avaliação sistemática da dor, abrangendo 5 dimensões: localização; intensidade; características sensoriais, afetivas e cognitivas; temporalidade; e impacto na vida diária (Fernandes, 2020). Considera-se fundamental o recurso a escalas de avaliação (por autorrelato ou heteroavaliação), adequando-as à faixa etária, situação clínica e para, essencialmente, que haja termo de comparação nas reavaliações entre as intervenções realizadas (DGS, 2010; Fernandes, 2020). Nas práticas clínicas utilizaram-se várias ferramentas para esta avaliação. Nos RN foi usada a escala EDIN (*Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né*). Em crianças com idade inferior a quatro anos ou sem capacidade de verbalizar foi utilizada a escala FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*). Nas crianças com idade compreendida entre os quatro e seis anos utilizou-se a escala de faces. Em crianças com idade superior a seis anos foram usadas a escalas numérica, visual analógica e a de faces.

A dor intensa requer, quase sempre, a utilização de fármacos. A estes, podem ser associadas intervenções não farmacológicas e, em algumas situações, podem ser utilizadas em separado (Fernandes, 2020). As medidas não farmacológicas podem ser classificadas como comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional ou ambientais (OE, 2013).

Ricardo et al. (2021) comprovaram, no seu estudo, que as intervenções não farmacológicas são eficazes, promovendo o alívio da dor e o conforto, entre elas, notaram que as mais utilizadas são a contenção, a sucção não nutritiva e o método pele-a-pele. Já as menos usadas foram a redução dos estímulos ambientais, a massagem, a amamentação, o cheiro e a música. Recorreu-se ainda à glicose a 30%, tal como existe evidência, sendo que Magalhães et al. (2020) afirma que a sacarose tem eficácia na promoção do alívio da dor, assim como na prevenção de complicações. Acrescenta-se ainda que Isik et al. (2000)

concluiu que a glicose a 30% é mais eficaz neste alívio, mostrando efeito mais evidente na diminuição do tempo de choro.

Relativamente à unidade de competência “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” teve-se sempre o cuidado de capacitar a criança/adolescente e família para adoção de estratégias de adaptação, bem como referenciar para instituições para a continuidade dos cuidados.

Teve-se a oportunidade de prestar cuidados a uma adolescente que recorreu ao SUP com queixas ginecológicas, portadora de Diabetes tipo I, estando esta descompensada, apresentando, na triagem, valor para glicémia capilar de “HI”. Esta adolescente não possuía suporte familiar, pertencia a uma família disfuncional e nunca aceitou bem a sua patologia, sendo conhecida no serviço por recorrer com alguma frequência ao SUP. Neste momento, escutou-se empaticamente e conversou-se com a adolescente, informando sobre os riscos a longo prazo de uma diabetes descompensada, promovendo a esperança, tentando identificar suporte familiar, informando e incentivando o recurso aos CSP para uma vigilância de saúde regular e ainda se esclareceu dúvidas sobre a doença. Tendo em conta que o papel do prestador de cuidados de saúde é de capacitar e apoiar os doentes para que tenham confiança e capacidades para autogerir a diabetes (Ramadan, 2023) e, como concluem Bonvicini et al (2009), o aumento da empatia está associada a maior satisfação do utente, levando a maior adesão, compreensão e bom relacionamento interpessoal. Como mencionado, abordou-se a dinâmica e suporte familiar uma vez que, como referem Lie et al (2019), o apoio familiar nos cuidados de saúde da pessoa com diabetes pode promover a motivação ideal para adotar comportamentos de autogestão.

A Diabetes *Mellitus* (DM) é a doença crónica mais frequente na idade adulta, no entanto pode surgir na infância e na adolescência. Segundo a *Internacional Diabetes Federation* (IDF), em 2021, estimava-se que 1,2 milhões de crianças e adolescentes no mundo tinham DM tipo 1.

A OMS afirma que o diagnóstico tardio ou o inadequado controlo da doença pode resultar em complicações debilitantes, irreversíveis e até à morte precoce (OMS, 2021c).

Reporta-se ainda que, na prática clínica realizada no CDC, teve-se muitas oportunidades de trabalhar com crianças/jovens e famílias portadores de doença crónica e de deficiência/incapacidade. As crianças acompanhadas pela EEESIP no CDC são, maioritariamente, crianças com perturbações do neurodesenvolvimento ou, com risco acrescido, como as crianças prematuras.

Conforme a DSM-5 (2014), as perturbações do neurodesenvolvimento dizem respeito a um grupo de patologias que influenciam o normal desenvolvimento infantil que, normalmente, manifestam-se de forma precoce. Têm então impacto no funcionamento pessoal, social, académico e ocupacional, incluindo: as Perturbações do Desenvolvimento Intelectual; as Perturbações da Comunicação; as Perturbações do Espectro do Autismo (PEA); as Perturbações da Hiperatividade com défice de Atenção (PHDA); as Perturbações Específicas da Aprendizagem; e as Perturbações motoras (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Durante o estágio teve-se maior contacto com a PEA. Esta manifesta-se precocemente na infância, geralmente antes dos 3 anos de idade, afetando, de forma significativa, o desenvolvimento da interação social, da linguagem e comunicação, compreendendo ainda padrões repetitivos, restritos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades (Magalhães et al, 2022; APA; 2014). Segundo a DSM-5, o seu diagnóstico requer a presença de dificuldades persistentes na interação social, em vários contextos, comportamentos repetitivos e estereotipados, assim como a demonstração de interesses insistentes (APA, 2014). O diagnóstico, ocorre antes dos 3 anos, geralmente, no segundo ano de vida e, ocasionalmente, no primeiro, dependendo do seu grau (Nascimento et al, 2021; Kara & Alpgam, 2022).

Dado ao facto dos sintomas poderem variar muito na sua gravidade, é considerado um largo espectro (Silva et al., 2017), incluindo dificuldades na comunicação verbal e não-verbal, nas habilidades sociais, nas respostas sensoriais e, como já mencionado, na apresentação de comportamentos estereotipados e/ou repetidos (Balasco et al., 2020; Khaledi et al., 2022).

No que diz respeito à epidemiologia, a prevalência mundial é de cerca de 1% (Kara & Alpgan, 2022; Underwood et al., 2022). O estudo de Carvalho et al. (2018) demonstra que a prevalência desta perturbação, em Portugal, em 2018, seria de 0,09%, correspondendo a 9 de cada 10000 indivíduos, considerando ainda que, anualmente, 0,3% da população seria diagnosticado com tal, ou seja, 3 em cada 10000 recebem, todos os anos, o diagnóstico de PEA, sendo este muito mais evidente em meninos do que em meninas. Salienta-se que há quem mencione que esta diferença entre géneros apenas se dá devido ao mau atendimento e desvalorização das meninas quando tidos em conta os critérios de diagnóstico (Estrin et al., 2021). Diversos estudos demonstram o aumento significativo de diagnósticos nas últimas décadas (Lai et al., 2014; Russell et al. 2015). Este aumento, dá-se, essencialmente, devido à maior consciencialização dos profissionais

de saúde e da comunidade em geral (Russell et al., 2022; Underwood et al., 2022), fazendo com que haja, consecutivamente, maiores números de sinalizações e diagnósticos.

Vários estudos realçam a falta de conhecimento dos enfermeiros em relação ao cuidado prestado à criança com autismo, faltando formação e apoio às equipas para que a temática seja desmistificada, eliminando a tendência de estereotipar e discriminar os utentes, assim como ultrapassando barreiras de comunicação entre a criança e a família e fornecendo habilitações para programas que capacitem a comunicação interpessoal, a gestão dos comportamentos desafiadores e outras necessidades específicas (Escalona et al., 2020; Perrin et al., 2020; Tavares, et al., 2021). Ao longo da prática clínica no CDC tal não se comprovou, uma vez que a enfermeira demonstrou dominar a temática, esclarecendo sempre qualquer dúvida que surgia, assim como prestava cuidados específicos (por exemplo: regulação sensorial) e orientava as famílias de forma muito satisfatória. Perante tal, começou-se também a demonstrar cuidados especializados (avaliação e monitorização do desenvolvimento, estratégias de comunicação, encaminhamento e orientação para intervenções terapêuticas, medicação e saúde física), adequando-se sempre à criança e à família, assim como orientando a família (apoio emocional, orientações para a gestão de comportamentos, educação e treinos práticos, abordagem sobre direitos, etc.) e elaborando, em conjunto com a família, planos de cuidados individualizados tendo em conta a coordenação dos serviços multidisciplinares.

No que diz respeito ao trabalho do EEESIP com este tipo de dificuldades, há a realçar a extrema importância deste profissional na deteção precoce, assim como na promoção de saúde, bem-estar e qualidade de vida de todas estas crianças e famílias (Stirling & Davidson, 2019; Falcão et al., 2022).

Stirling e Davidson (2019) referem que é de extrema importância que o enfermeiro adote uma abordagem centrada na família, envolvendo os pais ativamente nos cuidados às crianças, assim como a necessidade de colaboração de outros profissionais. Acrescenta-se que Magalhães et al. (2022) afirmam que o acompanhamento especializado em enfermagem é uma alternativa viável para prever necessidades básicas e minimizar o impacto do autismo. Deste modo, deveremos expressar a necessidade de formar uma rede de apoio e suporte social, bem como intervenções favoráveis à promoção do autocuidado, da regulação emocional e do bem-estar.

No que se refere à competência **“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”**, o EEESIP

“responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude” (Regulamento n.º 422/2018, p.19194).

Assim, relativamente à unidade de competência “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018, p.19194), durante as práticas clínicas, teve-se a oportunidade de promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, demonstrando conhecimentos sobre os mesmos, transmitindo orientações antecipatórias às famílias de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento infanto-juvenil, bem como avaliando o crescimento e o desenvolvimento através da aplicação da escala de desenvolvimento infantil *Growing Skills*.

Compreende-se que, fomentar o desenvolvimento infantil, é assistir a criança, em parceria com a família, no seu tempo e na sua circunstância, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo (OE, 2010).

Para uma intervenção correta na promoção do desenvolvimento infantil, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização. Assim, todas as crianças devem ser avaliadas com o intuito de identificar precocemente atrasos de desenvolvimento (OE, 2010).

Existem vários instrumentos para realizar a avaliação do desenvolvimento infantil, sendo a escala de *Growing Skills* a mais utilizada nos CSP da RAM. Esta escala permite identificar o desenvolvimento das crianças, desde o nascimento até aos 5 anos, em nove áreas de competências: Controlo Postural Passivo; Controlo Postural Ativo; Locomotoras; Manipulativas; Visuais; Audição e Linguagem; Fala e Linguagem; Interação Social; Autonomia Pessoal e Cognitivas. Esta permite comparar a criança com o padrão em diferentes momentos, verificando se há atraso ou não no desenvolvimento, identificando a natureza do problema da criança, bem como indicando as áreas fortes e fracas do seu desenvolvimento (Parecer nº 04/2010).

Uma outra escala utilizada com o RN pela enfermeira tutora do CS é a *Newborn Behavioral Observation* (NBO), porém tal não é prática comum no SESARAM, EPERAM por se tratar de um programa específico que demanda formação específica para a sua aplicação e interpretação. Esta foca-se no lactente e é centrada na família, sendo uma oportunidade única de apoiar os pais na transição para a parentalidade, permitindo a descoberta das capacidades do bebé e a sua singularidade. Com esta é possível ajudar os pais a compreenderem o comportamento do seu filho, promovendo as interações positivas

entre os mesmos, contribuindo para a vinculação e o desenvolvimento saudável do lactente (Guimarães et al., 2018).

A NBO é constituída por 18 itens comportamentais e de reflexos, divididos em quatro dimensões representadas pelo acrónimo AMOR: (A) sistema autonómico (cor da pele, padrão respiratório, função visceral); (M) sistema motor (tónus dos braços, pernas, ombro e pescoço, nível de atividade, reflexos de sucção, busca e preensão palmar); (O) organização dos estados de alerta (capacidade de habituação e proteção do sono, choro, consolabilidade e a transição entre os estados de alerta); (R) responsividade (habilidade de responder e interagir com pessoas e objetos com estímulos visuais e auditivos) (Guimarães et al., 2018).

Apesar de não se ter tido a oportunidade de aplicar a escala de forma autónoma, considera-se que foi fundamental a sua observação. Com esta, foi possível verificar as reações de espanto e encantamento por parte dos pais ao se confrontarem com as competências do seu bebé. Há a salientar ainda a importância que esta teve, claramente, no desenvolvimento da relação de confiança entre a família e a enfermeira tutora, sendo esta diferente do que habitualmente se havia assistido. Deste modo, este recurso demonstra-se muito pertinente, sendo benéfico, como se abordou, em vários sentidos, pretendendo-se, futuramente, apostar na formação para a sua utilização integral.

Considera-se que os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil são fundamentais para a prática clínica do EEESIP, em qualquer serviço, seja internamento, centros de apoio, SUP ou CSP pois, reconhecendo o que é esperado para cada faixa etária, é possível identificar sinais de alerta, prevenir e diagnosticar problemas de saúde, oferecendo os cuidados mais adequados, de forma perspicaz e efetiva.

Menciona-se um caso de uma lactente de 6 meses, internada no serviço de pediatria para drenagem de um abscesso. Aquando da análise do diário clínico médico, observou-se a inexistência de antecedentes, contudo, ao consultar o seu processo clínico informatizado, ficou-se a saber que era portadora de Leucomalácia Periventricular (LPV). A LPV diz respeito a uma lesão perinatal no córtex cerebral que envolve a substância branca periventricular, acometendo o neurodesenvolvimento de prematuros, especialmente os que apresentam menos de 32 semanas de idade gestacional (Khurana et al., 2021; Cha et al., 2022). Esta pode ser causada por hipoxia, prematuridade, alterações metabólicas, convulsões ou infeções (Khurana et al., 2021). Vários estudos comprovam atrasos de desenvolvimento em crianças com LPV, leves, moderados ou, até mesmo, severos (Imamura et al., 2013; Leite et al., 2021). Como tal, sentiu-se a necessidade de entrevistar a

mãe e avaliar a criança. Logo numa primeira abordagem apercebeu-se que a criança não demonstrava o desenvolvimento esperado pois, através da observação, avaliando informalmente, notou-se espasticidade generalizada, incapacidade de se manter sentada com apoio, não direcionava a cabeça em direção do som e não apresentava competências de interação social. Apercebeu-se ainda que a mãe apresentava alterações cognitivas, demonstrando baixo coeficiente de inteligência, parecendo não ter noção do estado do desenvolvimento da filha. Deste modo, sentiu-se a necessidade de realizar uma avaliação mais detalhada, utilizando a escala de desenvolvimento infantil *Growing Skills*. No que se refere ao desenvolvimento motor, nota-se um atraso no desenvolvimento das habilidades motoras fundamentais, nomeadamente segurar objetos, sentar e se movimentar. Respetivamente ao desenvolvimento cognitivo notou-se, novamente, muitas dificuldades, afetando o foco, atenção e processamento de informações. No desenvolvimento da linguagem reparou-se que não apresenta vocalizações, não responde a estímulos sonoros, exprimindo as suas necessidades básicas através do choro. Por fim, no que concerne ao desenvolvimento social e emocional pôde-se verificar que não reconhece expressões faciais, não estabelece contacto ocular e não interage. Como tal, tornou-se fulcral capacitar a mãe e família, assegurando também o acompanhamento contínuo pelos CSP e encaminhando para iniciação de intervenção terapêutica em fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala (Orton et al., 2018; Xavier et. al, 2020). Recomendou-se estimular coordenação e a força muscular, promover habilidades cognitivas por meio de brinquedos e atividades sensoriais, proporcionar mais interações verbais e atividades musicais para o desenvolvimento da comunicação, entre outras (Albán & Sebastián, 2021). Tendo em conta as dificuldades da mãe, a capacitação foi feita também à avó.

Considera-se que, deste modo, podemos facilmente verificar a importância de saber avaliar o desenvolvimento infantil e de ter conhecimentos sólidos dos normais padrões de desenvolvimento consoante as faixas etárias, adequando assim os cuidados prestados e estimulando precocemente este desenvolvimento. Em todas as práticas teve-se tal em conta, de forma a capacitar os pais e, caso fosse necessário, para encaminhar para outros profissionais.

Relativamente à unidade de competência “Promove a vinculação de forma sistemática particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Regulamento n.º 422/2018, p.19194), nas práticas clínicas nas quais se prestou cuidados ao RN, fomentou-se, apoiou-se e avaliou-se sempre a parentalidade e a

vinculação, bem como se envolveu, sempre que possível, a participação dos pais nos cuidados.

Aquando da minha passagem pela UCINP, todos os RN internados eram todos prematuros. Mathioli et al. (2021) assumem que um filho prematuro pode gerar momentos de conflito na família devido a se depararem com o desconhecido e pela necessidade de internamento. Diante desta demanda, os pais constataam que as suas expectativas não foram alcançadas, ocorrendo a separação precoce do RN com os mesmos, aumentando a dificuldade de aproximação da restante família (Sousa et al., 2019; Mathioli et al., 2021). Tendo isso em conta, para a promoção da parentalidade e da vinculação nesta fase mais complexa, torna-se fundamental que o EEESIP fomenta o contato físico e o comportamento interativo entre os pais e os RN. Deste modo, deverá ser competência do enfermeiro a negociação com os pais sobre o seu envolvimento no plano de cuidados, implementando e gerindo com os mesmos um plano de saúde e, por consequência, que construa uma relação de parceria com os pais, promovendo a parentalidade e motivando-os a assumir o seu novo papel.

Uma das estratégias utilizadas para promover o contato físico dos pais com o RN no UCINP foi o Método de Canguru. Este consiste no posicionamento do RN no peito do cuidador, num contacto pele com pele, enfatizando a humanização e a integridade do cuidado, trazendo vários benefícios como: manter a temperatura adequada, promover a amamentação, fortalecer o vínculo com o lactente; e diminuir a possibilidade de continuidade das incubadoras (Carvalho et al., 2021). Para além disso, com esta abordagem, são transmitidas capacidades sensoriais que ajudam o lactente a se adequar ao ambiente (iluminação, ruídos), para além de estimular a utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor (sacarose, toque terapêutico) e a participação dos pais nos cuidados prestados (Luz et al., 2022).

Nas consultas de enfermagem aos RN de termo também se teve em conta a orientação aos pais para o recurso do contato pele com pele no domicílio, após conhecer especificamente as famílias, como aconselha Freitas et al. (2020). Para tal, iniciou-se pela introdução ao método canguru, explicando os seus benefícios e a sua capacidade no fortalecimento do vínculo e na promoção de saúde do lactente, garantindo ainda a sua segurança, com ambiente limpo, calmo e tranquilo, livre de distrações, certificando conforto e de forma a manter a temperatura corporal (Freitas et al. 2020; Carvalho et al., 2021). Quanto ao posicionamento, aconselhou-se encostar o abdómen do RN ao peito, num contacto pele com pele, apoiando o pescoço e a cabeça deste. Encorajou-se a utilizá-lo

algum tempo por dia, aumentando-o de forma gradual, explicando às mães a ajuda que este poderia ser na amamentação (Freitas et al. 2020; Carvalho et al., 2021). Após este ensino, pediu-se que o colocassem em prática, dando, sempre que necessário, instruções. Tendo-se em conta, como mencionado por Vêras e Traverso-Yépez (2010), que neste método não há um procedimento único, podendo a sua aplicação variar de acordo com as culturas e condições sociais das famílias.

Nos cuidados aos RN, a amamentação foi sempre apoiada e promovida. Para tal, ensinou-se o bom posicionamento do bebé na mama, a realização da expressão do leite materno quando necessário, bem como o cuidado com as mamas. Dá-se um exemplo de uma RN que, na hora da amamentação, demonstrava dificuldades na pega, sendo que a mãe já apresentava fissuras no mamilo, estando preocupada e frustrada com a situação. Como tal, abordou-se a mãe com empatia, explicando que as suas dificuldades eram comuns, orientando-a de forma prática. Como tal, procedeu-se ao posicionamento da lactente, alinhando a sua face com a mama e girando o seu corpo em direção à mãe, aguardando a abertura ampla da boca de modo a direcioná-la para o mamilo (estimulando o reflexo de busca) e a promover a pega correta, garantindo a inclusão de parte da aréola (apenas sugava o mamilo), tal como indica Oliveira et al. (2019), promovendo ainda o conforto do RN, orientando ainda a mãe para a posição e movimentos de língua durante a sucção. Após algumas tentativas, conseguiu-se uma pega correta, trazendo tranquilidade à mãe, fazendo-a de forma mais tranquila, sendo que a lactente também se demonstrou mais calma e com um ritmo de sucção regular e eficiente. Neste caso específico, assim como em vários outros, alertou-se para os cuidados com as mamas, nomeadamente no que diz respeito à higiene (apenas com água morna e com secagem suave), ao recurso do leite materno para massagem e proteção dos mamilos, utilização de compressas frias e quentes, intercaladas, permanência de mamilos secos, com exposição ao ar livre e à exposição solar e, quando necessário, recorrendo à hidratação com cremes específicos, tal como recomendam Oliveira et al. (2019). Tais aspetos são importantes ter em conta para que não se dê a interrupção da amamentação (Oliveira et al., 2019), assim como ter em atenção o sistema estomatognático da criança pois, caso surja problemas a este nível, o EEESIP tem o papel importante de referenciar o lactente para outros profissionais, como o Terapeuta da Fala. Há a realçar que, como referem Arakawa-Belaunde et al. (2022), uma intervenção multidisciplinar, no que diz respeito à amamentação, gera maior satisfação aquando da partilha da experiência vivida e da exposição e resolução de dúvidas e preocupações.

Por outro lado, também foi respeitado o fato de mãe não quer amamentar, informando-a sempre sobre os benefícios da amamentação para o bebé e para a mãe.

Abordando ainda a vinculação, aproveita-se para mencionar que, ao longo das práticas clínicas, teve-se o conhecimento da abordagem *Touchpoints*, a qual despoletou vária pesquisa, conhecimento e vontade de, futuramente, se formar neste modelo. Esta é centrada no bebé/criança e na família, tendo como objetivos: apoiar os pais na prática da parentalidade positiva; apoiá-los e ampliar os seus conhecimentos e competências sobre o desenvolvimento dos seus filhos, assim como o seu próprio desenvolvimento enquanto pais; e, por fim, aumentar a sensibilidade e a sintonia das suas interações com os filhos (Brito et al., 2023).

Com a pesquisa, estudo e observação de aplicação deste modelo, considera-se que se adquiriu competências fundamentais para compreender e ir ao encontro das necessidades de desenvolvimento e bem-estar das crianças e respetivas famílias. Este modelo proporcionou capacidade de observação e interpretação de comportamentos e interações das crianças em várias etapas do seu desenvolvimento, facilitando a identificação de possíveis desafios e orientando a abordagem nos cuidados prestados. Como referido, pretende-se aprimorar essas competências, aprofundando conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e procurando formas inovadoras de integrar diversas perspetivas deste modelo nas práticas de enfermagem, de modo a fornecer um cuidado mais sensível, eficaz e holístico às crianças e às suas famílias.

No que diz respeito à unidade de competência “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento n.º 422/2018, p.19194), há a salientar que se teve sempre em conta o cuidado de adequar a comunicação e linguagem consoante a idade, o estadio de desenvolvimento e à cultura em que as crianças estavam inseridas. Conforme Fernandes e Andrade (2020), as mensagens transmitidas devem ser claras, simples, repetidas, fáceis de lembrar e ajustadas à idade da criança/jovem e pais, atendendo ainda às crenças e atitudes culturais, ao estatuto socioeconómico e ao seu conhecimento.

Visto a enfermagem ser, fundamentalmente, baseada nas interações humanas e na valorização do ser humano, os enfermeiros devem priorizar os processos de comunicação para melhor informar e influenciar a tomada de decisão sobre os comportamentos promotores de saúde, assim como para o empoderamento dos indivíduos (Fernandes & Andrade, 2020). Assim, durante os estágios, através da comunicação, teve-se sempre o cuidado de adquirir dados fundamentais para a prática, para o aconselhamento e para

motivar a criança/jovem e família na assunção dos seus papéis em saúde, bem como de utilizar todas as oportunidades para trabalhar com os mesmos com o intuito de adotarem comportamentos potenciadores de saúde. Salar (2019) afirma que a comunicação é importante, devendo visar a coleta de informações, fornecer informações aos utentes, saber das suas necessidades, educar e orientar. Jiang et al. (2022) acrescenta que a qualidade das informações é importante e que devem ser tomadas em conta o nível de literacia em saúde dos utentes, empoderando-os e capacitando-os.

No que se refere à unidade de competência “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento n.º 422/2018, p.19194), teve-se a oportunidade de trabalhar com os adolescentes em contexto hospitalar, uma vez que nos CSP só se conseguiu realizar uma consulta de enfermagem a um adolescente.

Frequentemente, a adolescência e a juventude são períodos de vida, em regra, mais saudáveis, resultando assim numa procura pelos serviços de saúde mais diminuta (OE, 2010). Fleary e Joseph (2020) concluem que os adolescentes assumem maiores responsabilidades em saúde, particularmente no que diz respeito à tomada de decisões e estilos de vida, tendo ainda em conta o seu maior acesso a recursos, informações e mídia.

No entanto, considera-se fulcral o trabalho com esta faixa etária, uma vez que a adolescência é uma fase importante do desenvolvimento humano, bem como terá muita influência na integração de comportamentos que influenciarão a saúde ao longo da vida, como já abordado anteriormente. Já há muito que é estudado os comportamentos de risco dos adolescentes, sendo que, como afirmam Maslowsky et al. (2019), estes podem resultar ainda em mortalidade e morbilidade substancial. Os mesmos autores referem que as abordagens predominantes sugerem que se envolvem em comportamentos de risco devido à sua capacidade limitada de autorregulação, porém podem ainda demonstrar comportamentos fundamentados, calculistas e planeados, procurando por desmedidas sensações (Maslowsky et al., 2019).

A adolescência é caracterizada por um período de grandes transformações a nível da sexualidade e descoberta do corpo, sendo o período no qual podem ocorrer as primeiras experiências sexuais (Baptista et al., 2020). Estes apresentam maior risco em adquirir infeções, podendo ser por fatores fisiológicos como comportamentais. Deste modo, o papel do enfermeiro deverá incidir na promoção da saúde sexual e prevenção da doença (Baptista et al., 2020).

Volta-se a referir o atendimento a uma adolescente que recorreu ao SUP por queixas ginecológicas, com a diabetes descompensada, tendo tido relações sexuais há pouco tempo. Ao dialogar com a adolescente, apercebeu-se da sua baixa autoestima e dos comportamentos de risco de cariz sexual advindos desse facto. Ssewanyana et al. (2021) citam que fatores psicológicos, como a autoestima, têm sido associados a comportamento de risco à saúde, nomeadamente sexuais. Deste modo, garantiu-se a confidencialidade e confiança, criando um ambiente seguro, no qual a adolescente pudesse partilhar informações mais sensíveis, alertando-a para os seus comportamentos de risco e possíveis consequências, abordando-se as doenças sexualmente transmissíveis e os métodos de contraceção. Para além disso, alertou-se para a importância de apoio em saúde mental, de forma a melhorar a sua autoestima.

Tendo ainda em conta que o EEESIP “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p.19192), considera-se de extrema importância ainda a abordagem à importante necessidade que é a alimentação, na qual se considera que também se desenvolveu competências muito satisfatórias ao longo das práticas clínicas. Como tal, baseou-se a prática segundo as recomendações da DGS (2019) e da *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition* (ESPGHAN) (Fewtrell et.al, 2017).

Segundo a OMS, todos os bebés deviam ser amamentados exclusivamente desde o nascimento até os 6 meses de idade, seguindo-se a alimentação complementar, mantendo, sempre que possível, o aleitamento materno (Fewtrell et.al, 2017). Em Portugal, também a DGS (2019) recomenda a alimentação láctea (leite materno ou, na sua ausência, leite de fórmula infantil) até aos 6 meses. No entanto, salientam a necessidade de avaliação individual, dado que alguns latentes poderão ter a necessidade de introduzir outros alimentos antes dos 6 meses, garantindo assim um crescimento e desenvolvimento satisfatório (DGS, 2019).

Conforme as diretrizes da ESPGHAN, não há evidência relativamente ao momento certo para a introdução de determinados alimentos, assim, as recomendações variam entre países, respeitando as culturas e a disponibilidade dos alimentos, no entanto o seu início deverá ser entre os 4 meses e 1 semana e os 6 meses e 1 semana (Fewtrell et al., 2017).

A ESPGHAN avaliou o grau de maturação fisiológica renal e gastrointestinal, bem como a evolução necessária do neurodesenvolvimento para a diversificação alimentar.

Sendo assim, por volta dos 4 meses, as funções renal e gastrointestinal estão maduras e aptas para metabolizar os nutrientes dos novos alimentos, sendo que a maturação gastrointestinal se dá de forma mais evidente conforme a ingestão alimentar (Fewtrell et al., 2017). Relativamente ao neurodesenvolvimento, é já esperado que os latentes, entre os 4 e os 6 meses, demonstrem boas capacidades em aceitar, captar e de deglutir alimentos com consistência de puré através da colher (Fewtrell et al., 2017). Considera-se fulcral ainda que, posteriormente, após possuir controlo postural que permita boa posição sentada, normalmente por volta dos 6 meses, tornam-se capazes de ingerir alimentos semissólidos/grumosos (Fewtrell et al., 2017).

Numa avaliação inicial, antes da introdução da alimentação complementar, é muito importante ter ainda em conta todo o processamento sensorial e a sua preponderância não só para a introdução alimentar, como para o desenvolvimento geral da criança, pois, como refere Britto et al. (2021), para desenvolver competências motoras, afetivas e cognitivas, o Sistema Nervoso Central (SNC) deve integrar um processo contínuo de resposta adequada aos órgãos sensitivos. Deste modo, o processamento sensorial responsabiliza-se por receber, modelar, integrar, discriminar e organizar as várias sensações, através de uma resposta adaptativa às experiências da criança (Machado et al., 2017).

Deste modo, para a introdução alimentar enalteceu-se ainda o estímulo da tarefa dos 32 passos do *Sequential Oral Sensory (SOS) Protocol* da Dra. Kay Tommey, que considera 32 etapas fundamentais do desenvolvimento, divididas em 5 categorias: tolerar; interagir; cheirar; provar; e comer (Boyd, 2008).

A partir destes passos, apercebemo-nos que, o decorrer do desenvolvimento motor, sensorial e dos diferentes órgãos, tornam o segundo semestre de vida (idade recomendada para o desmame) numa excelente janela de oportunidade para fornecer experiências sensitivas que despoletem, posteriormente, respostas adequadas, treinando o paladar e a aceitação de várias texturas e consistências levando, progressivamente, a uma dieta variada (DGS, 2019). Julga-se então fundamental o facto de os EEESIP estarem despertos para estes aspetos para que se dê o apoio, ajuda, orientação e capacitação dos pais na introdução dos novos alimentos, prevenindo e detetando precocemente alterações/perturbações alimentares, acrescentando ainda a necessidade constante de atualização neste âmbito.

Com toda esta reflexão e análise pode-se assumir que se teve a oportunidade de adquirir habilidades e competências essenciais para uma futura prática clínica como

especialista em ESIP, demonstrando ainda capacidade de aprofundar conhecimentos e de desenvolver capacidades de forma autónoma. Ou seja, considera-se que o percurso proporcionou o desenvolvimento das competências exigidas, permitindo a consolidação de conhecimentos e da sua aplicabilidade prática, assim como da capacidade de resolução de problemas, da comunicação efetiva, da aprendizagem contínua, de trabalhar em equipa e da especialização neste contexto, enfrentando situações complexas com segurança e evidência. Acrescenta-se que, para além das aquisições descritas, desenvolveu-se competências de gestão emocional que, indubitavelmente, serão fulcrais no futuro profissional e pessoal.

1.3. Competências de Mestre

Com o sistema de Bolonha, ao qual Portugal e outros países europeus aderiram, observou-se várias mudanças no que diz respeito ao ensino superior, incluindo o Mestrado pós-Bolonha. Deste modo, proporcionou-se o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos na licenciatura, permitindo que os estudantes se especializassem em diversas áreas de estudos. Considera-se que tal foi muito vantajoso, manifestando-se como uma modalidade extremamente relevante para o desenvolvimento académico e profissional de quem o realiza, demonstrando-se preponderante num mundo cada vez mais especializado, complexo e interdisciplinar, promovendo a excelência e a competitividade do ensino superior em Portugal.

Com este nível de habilitações é pretendido promover a capacidade de investigação e pensamento crítico, desenvolvendo, deste modo, competências académicas e profissionais, estimulando a intervenção baseada na evidência e na análise reflexiva.

Deste modo, considera-se fulcral analisar as competências de mestre desenvolvidas nos estágios em causa, tendo em consideração o Decreto-Lei n.º 65/2018, referente ao regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, bem como os objetivos gerais do mestrado em causa.

Ou seja, o artigo 15.º do Decreto-Lei mencionado refere que é pretendido que os mestres demonstrem:

- a) Conhecimentos e capacidades que:
 - i. Sustentem e aprofundem os conhecimentos do 1.º ciclo;
 - ii. Possibilitem e realizem desenvolvimentos e novas criações, em contexto de investigação.
- b) Capacidades para aplicar conhecimentos e para resolução de problemas em novas situações, em contextos diversos e multidisciplinares;

- c) Competência para integrar conhecimentos, lidar com problemáticas complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situação com informação limitada, abarcando reflexões sobre as implicações e responsabilidades (éticas e sociais) que desse resultem;
- d) Capacidade em comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios, quer a especialistas como não, de forma clara e não dúbia;
- e) Ferramentas para uma aprendizagem ao longo da vida, de modo auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 65/2018, p. 4160).

Já o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, segundo a ESESJC, tem os seguintes objetivos:

- a) Demonstrar possuir conhecimentos aprofundados e saber aplicá-los na área da investigação e na compreensão e resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados relacionados com a área de Saúde Infantil e Pediátrica;
- b) Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos na área de Saúde Infantil e Pediátrica lidar com questões complexas, desenvolver soluções e emitir juízos em situações de informação limitada, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos;
- c) Saber comunicar conclusões e os raciocínios subjacentes de forma clara e sem ambiguidades;
- d) Ter desenvolvido as competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo (ESESJC, 2020, s.p.)

Como podemos constatar, os objetivos do mestrado vão ao encontro das competências exigidas a um mestre, nas quais se passa a refletir, tendo em conta todo o percurso.

Este mestrado permitiu, sem dúvida, aprofundar conhecimentos relativos à licenciatura em enfermagem, expandindo competências e conhecimentos especializados em saúde infantil e pediátrica, tornando possível a sua aplicação prática em situações reais, de certa complexidade, promovendo mais competências práticas e de investigação, tendo sempre em conta a intervenção com base na evidência científica. Há a realçar que, conforme Pinto e Mota (2023), este tipo de prática propicia a segurança e a eficácia, bem como a qualidade dos cuidados de saúde prestados, considerando que recurso à mesma é imprescindível na prática dos enfermeiros.

Para além disso, os estágios proporcionaram diversas oportunidades de lidar com novas e desafiantes situações, envolvendo um ambiente multidisciplinar em constante evolução. Deste modo, denota-se que foram desenvolvidas competências para a resolução de problemas em contextos diversos, nos quais se tornou fulcral aplicar conhecimentos adquiridos e encontrar soluções para situações complexas, desde o normal desenvolvimento até à intervenção com crianças em situação crítica.

Sem dúvida, as práticas clínicas promoveram o desenvolvimento de competências que permitem uma aprendizagem autónoma ao longo da vida profissional, ganhando consciência da necessidade constante de atualização de conhecimentos e aptidões, adaptando-se aos novos desafios que se avizinham. Também a OE (2017) reforça a importância da formação continuada de forma a proceder a uma prestação de cuidados de qualidade, como se teve em conta ao longo dos estágios.

Relativamente à comunicação, julga-se que se adquiriu capacidades de a realizar de forma clara e não dúbia, sendo que, ao longo dos estágios, sentiu-se, por várias vezes, a necessidade de comunicar pesquisas, conhecimentos, raciocínios e conclusões com os demais membros da equipa, assim como às crianças/jovens que recorreram ao serviço e seus familiares. Considera-se esta habilidade fulcral para fornecer informações inteligíveis, tranquilizantes e com intenção de orientar para todo o processo. A OE (2017) menciona que os cuidados de enfermagem acarretam o recurso a uma comunicação efetiva, considerando a família como contexto da criança ou jovem. Para tal, há que considerar os seguintes domínios: “envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados” (OE, 2017, p.4), estabelecendo relações de parceria no âmbito da enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica. Acrescenta-se ainda que se teve tais padrões em conta, auferindo de competências comunicacionais fulcrais para tal.

Com a realização do mestrado, deste relatório e da subsequente *Scoping Review*, considera-se que foi possível aprofundar e demonstrar competências efetivas de investigação. Desde a conceção do projeto até à análise dos dados e à elaboração das conclusões, foi possível aplicar métodos rigorosos de pesquisa, incluindo a revisão da literatura, o desenho de metodologia apropriado, a recolha precisa de dados relevantes e a análise crítica dos resultados obtidos. Além disso, lidou-se com os desafios metodológicos, adaptando abordagens quando necessário e mantendo uma abordagem ética em todas as fases dos estudos. Através da elaboração deste trabalho, fortaleceu-se a capacidade de raciocínio crítico, de análise detalhada e de interpretação precisa, confirmando assim a aquisição sólida de competências de investigação ao longo do percurso.

No que diz respeito ainda às competências adquiridas, por fim, quanto às competências de mestre pode-se referir que toda a experiência do MESIP fortaleceu competências práticas e de investigação, essenciais para a enfermagem especializada. Lidar com desafios complexos e a capacidade de tomar decisões baseadas na evidência foi uma clara aquisição de competências a este nível, assim como a demonstração de capacidades de investigação com a *Scoping Review*. Em suma, o MESIP não ampliou apenas

conhecimentos, como também foi capaz de implementar a capacidade de aprendizagem contínua e autónoma.

CAPÍTULO II

O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA CAPACITAÇÃO PARENTAL PARA A DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR: *SCOPING REVIEW*

No âmbito deste relatório, intitulado “Desenvolvimento de Competências de Enfermagem Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica: Capacitação Parental para a Diversificação Alimentar”, apresenta-se, neste capítulo, uma *scoping review*, dedicando-se ao mapeamento e análise dos artigos disponíveis para abordar o papel do EEESIP na introdução da alimentação complementar. Inicia-se por uma fundamentação teórica, para contextualizar a diversificação alimentar e justificar o tema em causa, abordando, posteriormente, a metodologia utilizada para a investigação, os resultados obtidos e, consequentemente, a sua discussão. Termina-se então o presente capítulo com uma proposta de um Projeto de Intervenção em Enfermagem.

2.1. Fundamentação Teórica

A alimentação das crianças é, sem dúvida, uma área fulcral para a promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil saudável, envolvendo vários aspetos para além dos nutricionais (OMS, 2021a). O período entre a conceção e o final dos 2 anos de idade é uma etapa de extrema vulnerabilidade às influências ambientais e nutricionais sendo denominado por: “janela dos primeiros 1000 dias” (Koletzko et al., 2017). Uma nutrição adequada durante este período, reduz a morbilidade e a mortalidade, o risco de doenças crónicas e promove um melhor desenvolvimento (OMS, 2021a). Há que ter em conta que o estilo de vida, os comportamentos e os hábitos alimentares adquiridos nesta idade tendem a persistir até a idade adulta (DGS, 2019).

Entende-se por alimentação complementar ou diversificação alimentar como o período em que a criança transita do leite materno, ou substituto, para a alimentação familiar. Embora seja uma prática universal, as formas e os métodos de introdução variam entre culturas, indivíduos e classes socioeconómicas. As práticas inadequadas de alimentação complementar, com consequências adversas à saúde, continuam a ser um problema significativo de saúde pública mundial (Ariko et al., 2018).

A OMS recomenda a amamentação exclusiva desde o nascimento até os 6 meses de idade, seguindo-se a introdução alimentar, mantendo, sempre que possível, o aleitamento materno (Fewtrell et.al, 2017). Em Portugal, segundo *Childhood Obesity Surveillance Initiativ* (Rito et al., 2021), 90,3% das crianças foram amamentadas, sendo que apenas 22,0% foram amamentadas exclusivamente até aos 6 meses ou mais. Há que ter em conta que o desmame precoce pode aumentar o risco de obesidade infantil e de

desenvolver doenças cardiovasculares futuramente. Isto porque, pelo contrário, as crianças que foram amamentadas exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida são menos propensas a desenvolver excesso de peso e obesidade (Rito et al., 2021).

Portugal tem vindo a apresentar, consistentemente, um decréscimo da prevalência de excesso de peso e obesidade infantil. De 2008 para 2019, verificou-se uma redução de 8,2 pontos percentuais na prevalência de excesso de peso infantil (37,9% para 29,7%). No que se refere à obesidade, verificou-se igualmente uma diminuição, passando de 15,3%, em 2008, para 11,9%, em 2019 (menos 3,4 pontos percentuais). Em relação à prevalência de baixo peso, observaram-se variações, tendo diminuído de 2008 para 2010 (de 1,0% para 0,7%), aumentado de 2010 para 2013 (de 0,7% para 2,7%), voltando a diminuir em 2016 (para 0,9%) e, por fim, aumentando nesta última ronda (para 1,3%) (Rito et al., 2021).

Por outro lado, o desmame tardio, ou o desmame com alimentos com baixa densidade energética, pode levar à desnutrição, ao atraso de crescimento, podendo aumentar o risco de deficiência de ferro, levando a anemia no final da infância. O desmame inadequado tem sido associado a vários outros problemas de saúde, como o aumento do risco de distúrbios alérgicos, de cáries dentárias e de défices neurocognitivos (Hopkins et al., 2007).

As decisões relativas à alimentação da criança deverão ter em conta as diferentes etapas do desenvolvimento neurológico, motor, sensorial e cognitivo, bem como a maturação dos diferentes órgãos, sistemas e enzimas digestivas (DGS, 2019). Conforme a ESPGHAN, a função renal e gastrointestinal estão suficientemente maduras e aptas para metabolizar os nutrientes dos alimentos complementares aos 4 meses, sendo a função gastrointestinal impulsionada pelos alimentos ingeridos (Fewtrell et al., 2017).

A OMS (2021a) refere os princípios para a diversificação alimentar, sendo estes: manter a amamentação até aos 2 anos de idade; praticar alimentação responsiva; realizar boa higiene e manipulação adequada dos alimentos; aumentar progressivamente a consistência e a variedade dos alimentos; aumentar o número de vezes que a criança é alimentada; se necessário usar alimentos complementares fortificados ou suplementos vitamínico-minerais; e durante o período de doença aumentar a ingestão de líquidos e oferecer alimentos macios e favoritos.

Considera-se que a alimentação responsiva é muito importante na formação dos hábitos alimentares, devendo ser incentivada pelos profissionais de saúde (Silva et al., 2016). Esta torna o cuidador responsável por ser sensível aos sinais da criança, aliviando tensões durante a alimentação, tornando-a prazerosa. Tem como princípios: alimentar a

criança pequena e assistir a criança mais velha quando já consegue se alimentar; alimentar pacientemente e encorajar a criança a comer sem forçá-la; se a criança recusar alimentos, experimentar diferentes combinações de alimentos, de texturas e métodos de encorajamento; minimizar distrações durante a alimentação; e tornar as refeições em momentos de aprendizagem e de amor, falando com a criança e mantendo o contato. (Silva et al., 2016).

Frequentemente, a mãe possui um papel preponderante, por ser predominantemente a principal responsável pelos cuidados à criança, assim, a forma como cuida da criança, é determinante para a saúde da mesma (Silva et al., 2016). Como já mencionado, a alimentação não se limita a aspetos biológicos, abarcando ainda a dimensão emocional, sendo a relação entre a mãe e a criança fundamental, influenciando todo o processo (Muller et al. 2017).

Um outro fator a considerar é a adequação dos alimentos (variedade, consistência e textura) bem como o uso dos utensílios mais adequados a cada situação, respeitando sempre o desenvolvimento da criança (Silva et al., 2016). A partir dos 9 meses de idade, a maioria dos lactentes são capazes de se alimentarem sozinhos, de beberem pelo copo, usando as duas mãos, e de se alimentar com as refeições familiares, com algumas adaptações. Tendo tal em conta, torna-se importante introduzir os alimentos sólidos granulados nesta fase. A não introdução destes alimentos, por volta dos 9 a 10 meses de idade, está associada ao aumento do risco de dificuldades alimentares, assim como à redução do consumo futuro de alimentos importantes, como frutas e legumes (Fewtrell et al., 2017).

Para este desenvolvimento, o processamento sensorial tem um papel preponderante, pela necessidade de integrar e modelar as sensações provenientes da textura, sabor, cheiro, visão e, até mesmo, os sons que estes despoletam pelo, que, dificuldades em qualquer uma destas áreas poderão suscitar restrições e recusas alimentares (Correia, 2015; Oliveira & Souza, 2022).

Assim, o conhecimento e a consideração pelas competências relacionadas com a alimentação (motoras, sensoriais e metabólicas) tornam-se fundamentais para a segurança da criança, bem como para a aquisição de um hábito alimentar saudável para a vida (DGS, 2019).

Atualmente, as refeições em ambiente familiar têm-se tornado num hábito raro no mundo contemporâneo, sendo fundamental que se encoraje a que as crianças façam as suas refeições junto com a família e partilhem os mesmos alimentos, quando são adequados

(Silva et al., 2016). As crianças aprendem muito através da imitação de padrões, pelo que tal será fulcral para adaptar comportamentos para a alimentação. Um outro aspeto preocupante da sociedade atual é o fato de muitas crianças e adultos passarem o momento da refeição com a atenção desviada para ecrãs (Silva et al., 2016). Como referido anteriormente, todos os sentidos têm um papel fulcral na aquisição de competências para a alimentação, pelo que, neste caso em específico, os *inputs* visuais e auditivos não estão a ser integrados, causando, posteriormente, memórias desagradáveis relacionadas com o sabor e/ou textura dos alimentos (Correia, 2015). Acrescenta-se ainda que Rossi et al. (2010) relacionam o maior tempo dispensado em ecrãs com o menor consumo de frutas e vegetais pelas crianças e adolescentes.

Deste modo, é possível referir que a introdução da diversificação alimentar é um momento muito importante e complexo, devendo esta ser mais consistente, especialmente na introdução dos sólidos. Normalmente, as crianças, inicialmente, recusam os alimentos, sendo que, perante tal, os pais interpretam que não gostam da comida, deixando de realizar a sua introdução e a recorrer a alimentos de sua preferência que, nem sempre, são adequados do ponto de vista nutricional, contudo há a necessidade da prova repetida de novos alimentos de forma a garantir que a criança se sinta segura, regule as suas sensações e, gradualmente, os coma em maiores quantidades (Hart et al., 2010; Fisberg et al., 2014).

Perante os aspetos anteriormente abordados, a capacitação nutricional aos pais tem o potencial preponderante na melhoria da saúde infantil. É impreterível que os pais e as famílias tenham acesso à educação nutricional por meio de orientações cientificamente corretas, culturalmente sensíveis e economicamente apropriadas (Caroli et al., 2012)

Após uma pesquisa inicial, existem duas revisões (Ojha et al., 2020; Ariko et al., 2018) em que referem que a capacitação dos membros da família sobre as práticas de introdução da diversificação alimentar melhora a nutrição, o crescimento e o desenvolvimento das crianças em diferentes contextos em todo o mundo, no entanto não se debruçam do papel do enfermeiro neste empoderamento parental.

A introdução da diversificação alimentar e os ensinamentos aos pais são áreas importantes na saúde infantil pediátrica, tornando-se assim fulcral compreender e aprofundar o papel do enfermeiro especialista em ESIP nesta área. O objetivo desta *scoping review* é mapear e resumir a literatura existente sobre o papel do enfermeiro especialista em ESIP na introdução da diversificação alimentar e na capacitação dos pais, a fim de identificar lacunas de conhecimento bem como áreas potenciais para futuras pesquisas.

2.2. Metodologia

A metodologia utilizada foi *scoping review*. Esta tem como objetivo mapear os principais conceitos que sustentam um campo de pesquisa, bem como esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um determinado tópico (Peters et al., 2020).

Há a salientar que, numa pesquisa inicial, deparou-se com poucos artigos referentes ao papel do enfermeiro especialista em ESIP, especificamente, pelo que, de forma a obter maior abrangência de intervenções, procedeu-se à inclusão dos artigos que abordassem a intervenção do enfermeiro. De qualquer modo, considera-se que o EEESIP é aquele que está melhor preparado para intervir neste âmbito, assim como para orientar outros enfermeiros nestas intervenções.

Tendo em conta a tipologia de Pergunta PCC (População, Conceito e Contexto) (Peters et al., 2020), criou-se a seguinte pergunta de investigação: “Qual o papel do enfermeiro na capacitação dos pais para a diversificação alimentar nos diversos contextos de exercício profissional?”.

De forma a responder à pergunta, definiu-se critérios de inclusão e exclusão. Ou seja, incluíram-se os: artigos que abordam intervenções, práticas ou estratégias de enfermagem realizadas em diversificação alimentar na capacitação dos pais; estudos publicados em inglês, espanhol ou português; e artigos primários e secundários. Por outro lado, excluíram-se os artigos: que não respondem à questão de investigação; que abordam patologias; de opinião, que se referiam a registos clínicos ou pósteres.

Posto isto, realizou-se uma pesquisa no motor de busca EBSCO, nas seguintes bases de dados: *CINAHL Complete*; *MEDLINE Complete*; *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Cochrane Methodology Register*; *Library, Information Science & Technology Abstracts*; e *MedicLatina*. Nesta teve-se em conta os descritores: *complementary feeding*; *nurs**; *intervention**; *care*; *program*; e *education*. Assim, com recurso aos conetores booleanos “AND”, “OR” e “NOT” formou-se a seguinte frase booleana: “*complementary feeding AND nurs* AND (intervention* OR care OR program OR education) NOT breastfeeding*”.

Os resultados obtidos foram transferidos para um documento do *Excel*, no qual se excluiu as referências duplicadas. De seguida, procedeu-se à análise dos artigos. Dois

investigadores, de forma independente, analisaram os estudos por título, resumo e texto integral, respetivamente, de acordo com os critérios de inclusão.

Para a recolha de dados dos artigos analisados foi realizado um instrumento com intuito de registar as principais características dos estudos, bem como os principais resultados encontrados. O instrumento (Apêndice III) englobava os seguintes tópicos: autor, ano, título e local de publicação; objetivos; método do estudo e amostragem; principais resultados e conclusões.

2.3. Resultados

Após a pesquisa realizada na EBSCO, nas bases de dados referidas anteriormente, com os termos supramencionados, foram identificados 271 artigos, sendo que 238 tem origem na *MEDLINE Complete*, 17 na *CINAHL Complete*, 12 na *Cochrane Central Register of Controlled Trials* e quatro na *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*. O processo de seleção dos artigos foi analisado, recorrendo ao fluxograma PRISMA (Figura 1), no qual está explanado o percurso até à amostra final. Dos 271 artigos, removeram-se 15, por serem duplicados, sobrando 256. Assim, foram analisados 256 títulos, sendo que se excluiu 91 por não cumprirem os critérios de inclusão e por não responderem à pergunta de investigação, ficando com 165 artigos para a próxima análise, a do resumo. Após esta, foram excluídos 136, ficando com 29 artigos para leitura do texto integral. Posteriormente a esta fase de análise, foram excluídos nove artigos, ficando com 20 artigos como amostra.

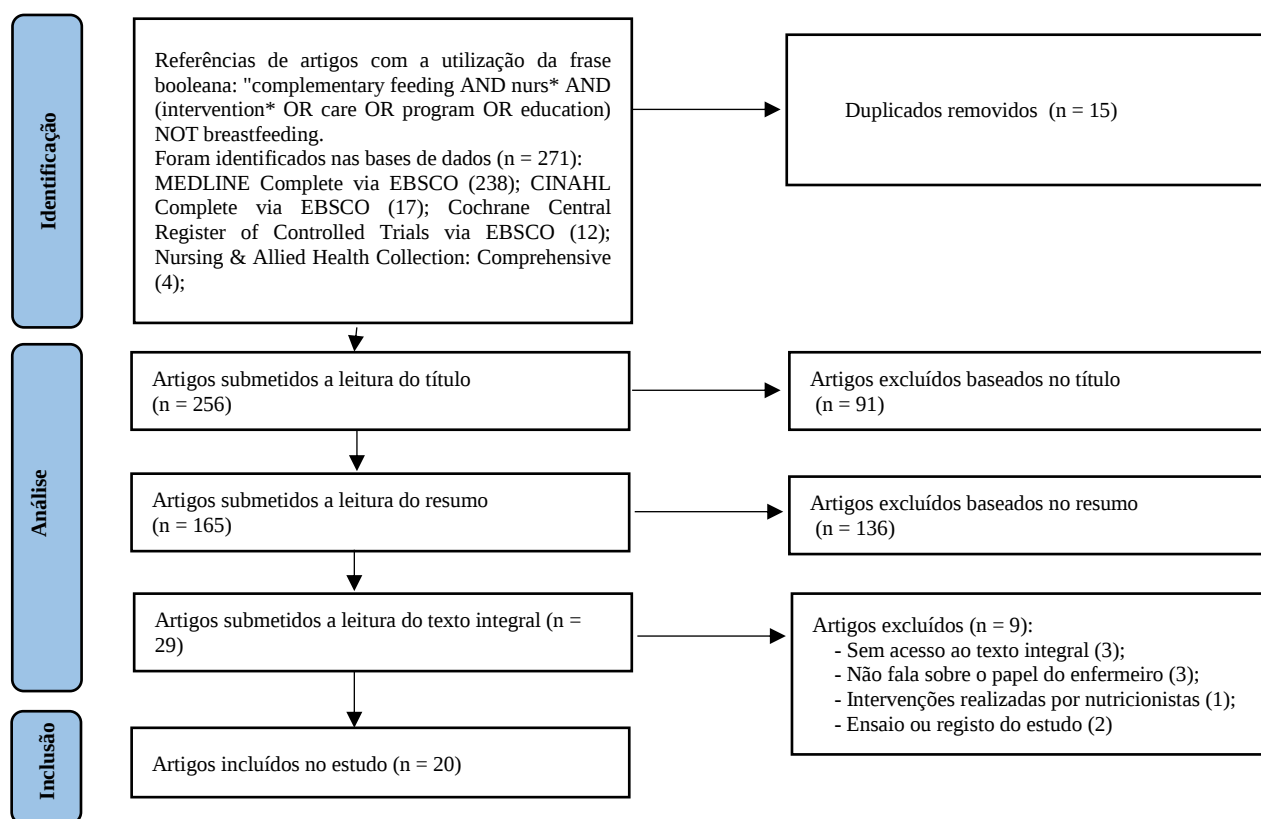


Figura 1 - Diagrama da análise dos artigos (baseado no fluxograma PRISMA, 2020)

Os estudos divergem no ano de publicação, realçando oito artigos nos últimos cinco anos, sendo dois deles do ano 2023. O artigo mais antigo refere-se ao ano de 2003. Os países nos quais foram realizados também são variados, salientando o Reino Unido como o que apresenta maior número de publicações: quatro. Dos estudos selecionados, 15 eram primários e cinco secundários.

Na tabela 1, são apresentados dados dos artigos incluídos, em relação aos seus autores, data e metodologias.

Tabela 1 – Artigos incluídos

Artigo	Autores/Ano	País	Metodologia
A training intervention on child feeding among primary healthcare workers in Ibadan Municipality.	Samuel et al., 2016	Nigéria	Estudo de intervenção
An update on complementary feeding.	Warren, 2018	Reino Unido	Revisão de literatura
Baby-led weaning: Health professionals 'knowledge and attitudes and parents' experiences	Arias-Ramos et al., 2022	Espanha	Investigação de métodos mistos

from Spain. A mixed methods approach.			
Brazilian health professionals' perception about the Baby-Led Weaning (BLW) method for complementary feeding: an exploratory study.	Neves et al., 2021	Brasil	Estudo de corte transversal
Education of family members to support weaning to solids and nutrition in later infancy in term-born infants (Review).	Ojha et al., 2020	Reino Unido	Meta-análise
Effectiveness of an educational intervention on complementary feeding practices and growth in rural China: a cluster randomized controlled trial.	Shi et al., 2010	China	Ensaio aleatório controlado
Experiences and opinions of Baby-Led Weaning by healthcare professionals: A qualitative study.	Fernández-Medina et al., 2022	Espanha	Estudo descritivo qualitativo
Gaps in international nutrition and child feeding guidelines: a look at the nutrition and young child feeding education of Ghanaian nurses.	Davis et al., 2017	Gana	Estudo qualitativo
INSIGHT study parenting intervention to prevent childhood obesity improves patterns of dietary exposures in infants.	Hohman et al., 2016	Estados Unidos da América	Ensaio aleatório controlado
Local-food-based complementary feeding for the nutritional status of children ages 6-36 months in rural areas of Indonesia.	Susanto et al., 2017	Indonésia	Desenho quase experimental
Mothers' experiences of feeding situations.	Bramhagen et al., 2006	Suécia	Estudo qualitativo
Multi-professional meetings on health checks and communication in providing nutritional guidance for infants and toddlers in Japan: a cross-sectional, national survey-based study.	Ishikawa et al., 2018	Japão	Estudo quantitativo
Nurses' knowledge of current guidelines for infant feeding and weaning.	Williams & Pinnington, 2003	Reino Unido	Estudo qualitativo
Parental Decision-Making Around Introducing Complementary Foods: An Integrative Review.	Thompson et al., 2023	Estados Unidos da América	Revisão integrativa da literatura
Preventing Obesity during Infancy: A Pilot Study.	Paul et al., 2011	Pensilvânia	Estudo piloto
Promoção da alimentação complementar saudável em menores de dois anos por enfermeiros: revisão integrativa.	Moura et al., 2021	Brasil	Revisão integrativa da literatura

Recent evidence of the effectiveness of educational interventions for improving complementary feeding practices in developing countries.	Shi & Zhang, 2011	Reino Unido	Revisão de literatura
Scripted messages delivered by nurses and radio changed beliefs, attitudes, intentions, and behaviors regarding infant and young child feeding in Mexico.	Monterrosa et al., 2013	México	Desenho quase experimental
Strengthening health services to deliver nutrition education to promote complementary feeding and healthy growth of infants and young children: formative research for a successful intervention in peri-urban Trujillo, Peru.	Robert et al., 2017	Peru	Estudo de intervenção
The Effect of Educational Intervention Based on Theory of Planned Behavior Approach on Complementary Feeding: A Randomized Controlled Trial.	Rachmah et al., 2023	Indonésia	Intervenção quase experimental

De acordo com os artigos selecionados (cf. Apêndice III) e, para uma adequada contextualização do papel do enfermeiro especialista em ESIP na educação parental para a introdução alimentar, realizou-se um processo de categorização, tendo sido organizado em quatro categorias (Formação para os pares; Avaliar os conhecimentos dos pais; Capacitar os pais; Integrar a cultura nos cuidados) conforme descrito na tabela 2.

Tabela 2 – Número de artigos por categoria

Categorias	Número de artigos
Formação para os pares	11 (Samuel et al., 2016; Warren, 2018; Arias-Ramos et al., 2022; Neves et al., 2021; Shi et al., 2010; Fernández-Medina et al., 2022; Davis et al., 2017; Williams & Pinnington, 2003; Thompson et al., 2023; Moura et al., 2021; Monterrosa et al., 2013)
Avaliar o conhecimento dos pais	2 (Arias-Ramos et al., 2022; Bramhagen et al., 2006)
Capacitação dos pais	14 (Samuel et al., 2016; Warren, 2018; Ojha et al., 2020; Shi et al., 2010; Davis et al., 2017; Hohman et al., 2016; Susanto et al., 2017; Thompson et al., 2023; Paul et al., 2011; Moura et al., 2021; Shi & Zhang, 2011; Monterrosa et al., 2013; Robert et al., 2017; Rachmah et al., 2023)
Integrar a cultura nos cuidados	9 (Samuel et al., 2016; Shi et al., 2010; Fernández-Medina et al., 2022; Susanto et al., 2017; Ishikawa et al., 2018; Thompson et al., 2023; Shi & Zhang, 2011; Monterrosa et al., 2013; Robert et al., 2017)

Relativamente aos estudos analisados, depois de serem categorizados, podemos constatar que 11 artigos abordam a formação dos enfermeiros sobre a alimentação complementar e novas abordagens como o método *Baby-Led Weaning* (BLW). Foram considerados dois artigos sobre os conhecimentos dos pais. Uma outra categoria foi a capacitação dos pais, onde 14 artigos explanam a educação nutricional, nomeadamente intervenções, estratégias e recursos utilizados para a educação parental sobre a alimentação complementar. Uma outra categoria foi a integração da cultura nos cuidados, onde nove artigos abordam a importância de cuidados culturalmente competentes.

2.4. Discussão

Com a presente *scoping review* pretendeu-se mapear e resumir a literatura existente sobre o papel do enfermeiro especialista em ESIP na introdução da diversificação alimentar e na capacitação dos pais. De forma a dar resposta ao objetivo pretendido foram selecionados 20 artigos, analisados e categorizados. De forma a suscitar uma melhor compreensão dos resultados também a sua discussão será organizada pelas mesmas categorias.

Salienta-se que, embora alguns artigos não refiram, especificamente, a atuação do EEESIP, tendo em conta a sua formação especializada, o Regulamento n.º 422/2018 e que a alimentação é um fator preponderante no desenvolvimento infantil, considera-se que o EEESIP estará mais apto para intervir na capacitação parental para a introdução da alimentação complementar, uma vez que é sua competência assistir “a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192).

Como anteriormente mencionado, a *scoping review* aborda quatro categorias: Formação para os pares; Avaliar os conhecimentos dos pais; Capacitar os pais; e Integrar a cultura nos cuidados.

- **Formação para os pares**

A revisão revela que há divergências nos conhecimentos demonstrados pelos enfermeiros sobre nutrição e alimentação de crianças pequenas, sendo que, os que exercem em CSP demonstram conhecimentos básicos adequados, enquanto os que estão em meio hospitalar, nomeadamente os EEESIP que trabalham no SUP não demonstram conhecimentos sobre as recomendações (Williams & Pinningthton, 2003; Davis et al.,

2017). Muitos não consideraram que tal faça parte das suas funções dar orientações sobre alimentação, no entanto faz parte das áreas de atuação do enfermeiro especialista em ESIP a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, com ensino aos familiares para potencializá-lo (Regulamento n.º 422/2018).

Fernández-Medina et al. (2022) e Thompson et al. (2023) concordaram que existe muita desinformação e inconsistência nas orientações dadas sobre a alimentação nos primeiros 12 meses, fazendo com que as famílias recebam informações com pouca evidência. Deste modo, a falta de consenso entre os diferentes profissionais de saúde faz com que os pais percam a confiança neles e procurem informações nas redes sociais.

A educação nutricional não deverá abranger apenas a família, mas também deverá ser realizada aos próprios enfermeiros, uma vez que os conhecimentos e as atitudes melhoram imediatamente após a aprendizagem, considerando que formação inovadora em serviço e exercícios regulares de reciclagem podem ajudar a melhorar o conhecimento dos profissionais e a capacidade de intervir adequadamente tendo em conta as diferentes necessidades das crianças (Shi et al., 2010; Monterrosa et al., 2013; Samuel et al., 2016; Moura et al., 2021). Monterrosa et al., 2013 acrescenta ainda a importância da formação em competências de comunicação para que os ensinamentos sejam eficazes. Deste modo, os recursos mais referidos para a formação dos enfermeiros foram: palestras; sessões interativas; trabalhos de grupo; questionários; músicas; e simulações (Samuel et al. 2016).

Uma nova abordagem para a alimentação complementar referida na amostra é o método BLW, que incentiva a autoalimentação, ao invés da tradicional ao introduzir, inicialmente, purés através de uma colher (Warren, 2018). Na maioria dos artigos os profissionais de saúde revelaram uma atitude positiva em relação a este método, considerando-o tão válido como o tradicional (Neves et al., 2021; Fernández-Medina et al., 2022, Arias-Ramos et al., 2022). No entanto, reconhecem que a sua formação em BLW é limitada, sendo que os conhecimentos adquiridos foram através de leitura de artigos científicos ou mediante a participação em algumas conferências (Neves et al., 2021; Fernández-Medina et al., 2022). Mencionam ainda que este facilita a transição para as refeições de família, experimentando uma melhor adaptação da criança aos sabores e texturas, promovendo a mastigação e o desenvolvimento da motricidade fina, melhorando o crescimento e, podendo ainda considerar como um fator de proteção contra a obesidade (Neves et al., 2021; Fernández-Medina et al., 2022; Arias-Ramos et al., 2022).

No que diz respeito às limitações deste método, os profissionais referem: preocupações com o engasgamento; desnutrição; pouca evidência científica; e risco de uma

dieta não saudável, pelo que não o recomendam aos pais (Neves et al., 2021; Arias-Ramos et al., 2022). Relativamente ao engasgamento os profissionais salientam a importância do enfermeiro na educação aos pais sobre as formas seguras de preparar os sólidos, sobre sinais de asfixia, bem como acerca das manobras de desobstrução das vias respiratórias (Fernández-Medina et al., 2022; Arias-Ramos et al., 2022). Para evitar a desnutrição, alguns profissionais de saúde defendem o BLW misto, que consiste em usar alimentos sólidos juntamente com os purés tradicionais (Fernández-Medina et al., 2022).

Os mesmos autores realçam a importância de uma avaliação detalhada e cuidada à criança e família, uma vez que o BLW só deve ser recomendado a bebés saudáveis, com cerca de 6 meses de idade, que sejam capazes de permanecerem sentados e de levar os alimentos à boca, assim como já demonstrem interesse pela comida.

Nem todos os profissionais concordam que o método diminua a ansiedade materna, o envolvimento excessivo na alimentação, ou que é visto pelas mães como um método conveniente e que evita conflitos nas refeições (Neves et al., 2021; Arias-Ramos et al., 2022), opiniões que são contraditórias às das mães que utilizam o método.

Para este método, é consensual que são necessários mais estudos para uma melhor compressão dos seus riscos e benefícios. Só deste modo os profissionais de saúde se sentirão efetivamente preparados para fornecer suporte ou aconselhamento aos pais/cuidadores (Neves et al., 2021; Arias-Ramos et al., 2022).

- **Avaliar o conhecimento dos pais**

O conhecimento das experiências das mães na alimentação e das suas atitudes em relação a tal pode auxiliar o enfermeiro a compreender e apoiar de forma mais abrangente as mães que apresentam dificuldades com a alimentação complementar (Bramhagen et al., 2006).

Relativamente ao método BLW, as mães consultam principalmente fontes informais de informação para conhecer o método e implementá-lo, uma vez que referem sentir barreiras entre elas e os profissionais (Arias-Ramos et al., 2022).

Denota-se a necessidade de maior quantidade e qualidade de investigação a este nível, de forma a ser possível a educação dos pais que queiram utilizar métodos específicos, aumentando assim a confiança destes nos profissionais de saúde e a qualidade do serviço prestado.

- **Capacitar os pais**

A amostra sugere que uma intervenção educativa realizada pelos profissionais de saúde, como os enfermeiros, pode ser uma ferramenta eficaz para a melhoria das práticas de alimentação complementar e, por conseguinte, para melhorar a nutrição e o crescimento das crianças (Shi et al., 2010; Shi & Zang 2011; Ojha, 2020). Hohman et al. (2016) realça ainda que uma intervenção precoce pode promover padrões mais saudáveis de ingestão alimentar, o que pode contribuir para os efeitos positivos da intervenção parental no crescimento dos bebés.

Um importante aspeto para iniciar a educação parental e para praticar cuidados mais apropriados é, sem dúvida, realizar a introdução alimentar com base nos sinais de prontidão da criança, em vez de uma idade específica, respeitando os seus sinais de fome e saciedade (Warren, 2018; Thompson et al., 2023).

Posto isto, educação sobre alimentação complementar centra-se, essencialmente, na forma de oferecer os alimentos, incluindo quais os alimentos e os métodos preferidos para a sua preparação. Também aborda os nutrientes que devem estar presentes nos alimentos complementares, como as proteínas e o ferro, recomendando que ofereçam um leque variado de alimentos e desencorajando a utilização de alimentos processados, pré-cozidos e caros (Davis et al., 2017).

Uma forma de envolver os pais nos ensinamentos e na aquisição de competências de alimentação é o recurso a elogios, louvando as suas tentativas e criando maior relação de confiança e segurança, para além de ser importante validar os ensinamentos, através de perguntas de verificação sobre as mensagens-chave (Robert et al., 2017). Os enfermeiros referiram ainda estratégias sobre como incentivar as crianças a comer, como práticas mais flexíveis. Cantar, brincar e bater palmas também são recomendadas para atrair e incentivar as crianças a comer, assim como associar materiais para a alimentação coloridos (Davis et al., 2017).

Para além da consulta de aconselhamento individual, no que se refere a recursos utilizados, foi possível verificar variados, como a visita domiciliária, sessões em grupo, palestras, consultas por telefone, mensagens escritas, tecnologias para educação *online* (*WhatsApp*) e, até os meios de comunicação, como o rádio, sendo estes métodos importantes para divulgação de informações e conhecimentos e, por consequência, de empoderamento parental no que diz respeito à alimentação (Shi & Zhang, 2011; Paul et al., 2011; Monterrosa et al., 2013; Hohman et al., 2016; Susanto et al., 2017; Davis et al., 2017; Ojha, 2020; Moura et al., 2021; Rachmah et al., 2023). Com estes recursos, observa-

se aumento no conhecimento dos pais, assim como melhoria das atitudes, do controlo comportamental, da autoeficácia e da intenção de praticar alimentação complementar saudável.

Já no que diz respeito a estratégias de intervenção, há que ter em conta uma intervenção culturalmente sensível, com acesso aos recursos locais, utilizando sempre uma comunicação eficaz com o objetivo de que os pais adotem os comportamentos alimentares recomendados. Esta deve ser implementada através dos serviços de saúde, garantindo uma maior sustentabilidade a longo prazo e, não se deve cingir aos principais cuidadores, mas sim a todos os membros da família, bem como a toda a comunidade (Samuel et al., 2016; Shi & Zhang, 2021). Os dados referem ainda que uma outra estratégia a ser utilizada para identificar problemas no crescimento infantil e ajustar as suas práticas alimentares foi a monitorização do crescimento (Shi & Zhang, 2021). Monterrosa et al., 2013 mencionam o recurso a vários materiais simples e didáticos para este ensino, como o recurso a cartões ilustrados, copos para relacionar o tamanho do estômago da criança com a quantidade de comida ingerida, utilizar papas e colher para demonstrar as consistências pretendidas ou a oferta de um íman para o frigorífico com mensagens em forma de lembrete. Já nas visitas domiciliárias mencionam a entrega de orientações individuais, folhetos e vídeos (Paul et al. 2011).

Quanto aos ensinamentos propriamente ditos, há referência ao ensino aos pais dos sinais de fome e saciedade por volta das 2-3 semanas de idade, assim como o momento adequado para a introdução de alimentos sólidos (Paul et al. 2011), referindo os sinais de prontidão, a segurança alimentar e a prevenção de engasgamentos (Hohman et al. 2016; Warren, 2018; Thompson et al., 2023). Shi et al., (2010) aconselham a visita domiciliária para identificar possíveis problemas de alimentação e fornecer aconselhamento individual, a entrega de folhetos com orientações sobre a alimentação e métodos de preparação das receitas e, ainda, sessões de formação em grupo sobre: a seleção dos alimentos, tal como a sua preparação e higiene; nutrição e crescimento infantil; estilo de alimentação responsivo; demonstração da preparação de receitas com alimentos disponíveis localmente, acessíveis, aceitáveis e nutritivos

Hohman et al. (2016) concluem que estes ensinamentos e capacitações permitem aos pais reconhecer os sinais de fome e saciedade, oferecer alimentos e porções adequados à idade, utilizar os alimentos apenas para satisfazer a fome e não como recompensa ou castigo ou para acalmar uma criança angustiada, mas sem fome. Para além disso despoletam uma exposição repetida para promover a aceitação dos alimentos, percebem a

importância de modelar comportamentos alimentares saudáveis e a responsabilidade partilhada pela alimentação, bem como começam a estabelecer rotinas e limites.

Há a salientar a importância dos profissionais de saúde na comunidade, sendo que estes são vistos como fontes de informação fiável e por terem acesso imediato às famílias através dos cuidados de rotina prestados (Shi et al., 2010)

Estes ensinamentos, para além de se terem demonstrado fundamentais na introdução da alimentação complementar, comprova-se ainda os seus benefícios na prevenção da obesidade, uma vez que os padrões de crescimento em início de vida têm sido cada vez mais associados à obesidade infantil e adulta, bem como o risco de hipertensão, doença coronária e DM tipo 2 (Paul et al., 2011).

Salienta-se que são ainda mencionadas limitações da alimentação complementar nos países em desenvolvimento, os quais possuem alimentos seguros, nomeadamente a falta de conhecimentos dos prestadores de cuidados sobre os alimentos que são benéficos para a saúde e para o desenvolvimento das crianças, de forma a intervir com as famílias (Shi & Zhang, 2011). Em países como o Gana, o Peru e a Indonésia uma das intervenções realizadas consistiam em sessões de cozinha, com o intuito de demonstrar como preparar, de forma higiénica, alimentos complementares nutritivos (Davis et al., 2017; Robert et al., 2017; Susanto et al., 2017).

- **Integrar a cultura nos cuidados**

Com a amostra recolhida é possível denotar a importância dos cuidados transculturais na alimentação complementar, havendo a necessidade do enfermeiro adaptar abordagens e respeitando necessidades singulares, notando melhorias significativas após a intervenção nas crenças, atitudes e intenções em relação à alimentação da criança (Monterrosa et al. 2013). Por vezes, as atitudes profundamente enraizadas, possivelmente influenciadas por questões socioculturais, parecem moldar as opiniões dos profissionais de saúde, mesmo após receberem formação e intervenção em saúde pública (Samuel et al., 2016).

A partilha de informações entre os profissionais de saúde e os municípios, sobre orientação nutricional, permite criar uma visão conjunta, liderança forte e objetivos coletivos amplos, bem como clarificar os pontos fortes e prioridades para o desenvolvimento e lançamento de projetos. Encontra-se, então, estudos que privilegiam a inserção dos membros de toda a família, assim como toda a comunidade, nos ensinamentos, mais vezes que afirmam ser importante que as crianças vivam em ambientes comunitários que

promovam a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar ótimos ao longo das suas vidas (Shi et al., 2010; Shi & Zhang, 2011; Ishikawa et al., 2018).

Há ainda a considerar que a alimentação complementar com alimentos locais é muito benéfica para melhorar o estado nutricional dos bebés e das crianças, sendo tal capaz de adequar o seu estado nutricional em famílias mais financeiramente instáveis (Susanto et al., 2017). Sendo que a disponibilidade de alimentos baratos e facilmente acessíveis podem ser encontrados na área local (Susanto et al., 2017).

Relativamente ao método BLW, o contexto familiar e social também desempenha um papel importante, uma vez que os profissionais de saúde referem que, frequentemente, as avós consideram o método perigoso, limitando a vontade da família em utilizá-lo (Fernández-Medina et al., 2022).

É de extrema importância enfatizar que, independentemente da abordagem utilizada, deve ser valorizada e reconhecida preferencialmente a alimentação regional, tendo ainda em conta as vantagens económicas e culturais que podem acarretar (Robert et al., 2017; Moura et al., 2021). Logo, o conhecimento deve ser partilhado e construído, não sendo responsabilidade do enfermeiro impor determinada alimentação, mas sim dialogar com o cuidador e, juntos, encontrarem alternativas saudáveis que estejam dentro do orçamento e cultura da família (Moura et al., 2021).

Deste modo, há a necessidade de implementar atividades de intervenção culturalmente sensíveis, abrangentes e integradas com os recursos locais (Shi et al., 2010), com foco no desenvolvimento da criança e nas tradições culturais da família, ambas identificadas como lacunas nas abordagens atuais, permitindo assim maior flexibilidade na introdução da alimentação complementar (Thompson et al., 2023).

Em suma, a amostra desta *scoping review* proporcionou uma visão ampla e diversificada das abordagens e conhecimentos dos enfermeiros sobre a alimentação complementar, a educação nutricional, a cultura e os conhecimentos dos pais/cuidadores. Considera-se então que esta proporciona *insights* significativos sobre as tendências, lacunas e divergências presentes nos estudos abordados, permitindo uma compreensão mais holística das perspetivas e práticas no contexto da introdução alimentar complementar e na capacitação aos pais e demonstrando o papel do EEESIP neste âmbito de atuação.

2.5. Projeto de intervenção

Como se pôde verificar com esta revisão, a introdução da alimentação complementar diz respeito a um marco fulcral no desenvolvimento infantil, requerendo orientação e transmissão de informações precisas, baseadas na evidência científica e que vão ao encontro das necessidades reais de cada família, de modo a garantir que as crianças adquiram bons hábitos alimentar, capazes de proporcionar um crescimento saudável.

Os CSP são o primeiro nível de acesso da comunidade aos cuidados de saúde, devendo prestar cuidados acessíveis, contínuos e completos para as necessidades de saúde ao longo do ciclo de vida (OMS, 1978; OE, 2020). Deste modo, os enfermeiros demonstram um papel preponderante não só no processo de doença dos utentes, famílias e comunidade, mas também na aquisição de competências, de hábitos e na adoção de comportamentos que promovam o autocuidado e prevenindo a doença nos vários contextos em que atuam, nomeadamente escolar, laboral, domiciliários, entre outros (Martins et al., 2022; Silva, 2022).

Em enfermagem, a Prática Baseada na Evidência torna-se fundamental nas tomadas de decisão clínicas, exigindo investigação, associada à experiência clínica, e nunca descurando as necessidades dos utentes/famílias, para verificar os melhores recursos/abordagens disponíveis e mais indicadas (Bento & Lucas, 2021).

Um projeto de intervenção tem o intuito de delinear uma transformação que se pretende numa determinada realidade, desenvolvendo um plano de ação (Xavier et al., 2018). Sendo assim, este centra-se na apresentação de um resumido projeto de intervenção em enfermagem, baseando-se nas evidências encontradas na anterior revisão, de forma a capacitar as famílias na introdução alimentar.

Através das medidas incluídas para a intervenção, pretende-se fortalecer o conhecimento dos EEESIP e das famílias que prestam cuidados, melhorando a sua confiança na tomada de decisões relacionadas à alimentação complementar e, como consequência, contribuir para um crescimento saudável, assim como pela adoção de estilos de vida saudáveis desde a infância. Como já mencionado, para tal, ter-se-á em conta os resultados da anterior *scoping review*, que foi capaz de fornecer respostas determinantes sobre o papel do EEESIP na educação parental para a introdução alimentar, abarcando a formação para os pares, a avaliação dos conhecimentos dos pais, a sua capacitação e a integração da cultura nos cuidados, pelo que o plano de intervenção incidirá nestas categorias.

Deste modo, passa-se a apresentar a seguinte tabela (Tabela 3), dizendo respeito ao plano de intervenção em enfermagem resumido, incluindo as categorias mencionadas, os objetivos para cada uma delas e, por fim, as respetivas intervenções.

Tabela 3 - Projeto de Intervenção em Enfermagem

	Objetivos	Intervenções
Formação para os pares	1. Desenvolver e implementar um programa de formação contínua para EEESIP, através de sessões de formação presenciais e <i>online</i> , assegurando a atualização e segurança de conhecimentos.	• Desenvolver um programa de formação contínua para enfermeiros especialistas em ESIP que aborde as recomendações atuais para a introdução alimentar e educação nutricional; • Abordar módulos específicos sobre métodos alternativos de alimentação, como o método BLW, com base em evidências científicas atualizadas
Avaliar conhecimento dos pais	1. Compreender o nível de conhecimento dos pais sobre alimentação complementar; 2. Conhecer preferências e expectativas dos pais no que diz respeito à introdução alimentar e os seus diferentes métodos.	• Realizar entrevistas para compreender as experiências e atitudes da família quanto à alimentação complementar; • Realizar rastreios na comunidade no que diz respeito aos hábitos alimentares infantis; • Implementar sistema de acompanhamento e avaliação para medir o progresso dos pais no que diz respeito à implementação da introdução alimentar.

Capacitar os pais	1. Dotar os pais e a comunidade de conhecimentos nutricionais importantes para o desenvolvimento infantil; 2. Fornecer informações baseadas em evidências atuais ao longo das consultas de desenvolvimento infantil e através da criação de uma plataforma de educação <i>online</i>.	• Realizar sessões de formação, abordando a seleção de alimentos, métodos de preparação, higiene alimentar e nutrição infantil; • Incentivar a introdução alimentar baseada nos sinais de prontidão da criança e no respeito aos sinais de fome e saciedade; • Fornecer folhetos educativos com orientações claras sobre alimentação infantil e métodos de preparação de receitas saudáveis; • Fornecer recursos educativos para pais/cuidadores tendo em conta os seus desejos e necessidades, respeitando a abordagem de introdução alimentar pretendida; • Criar uma plataforma de educação <i>online</i>, como grupos de <i>WhatsApp</i>, para a partilha de conhecimentos e evidências sobre alimentação complementar de forma acessível e mais lúdica; • Facilitar o diálogo entre EEESIP e pais, reconhecendo as experiências individuais e auxiliando na escolha de alternativas saudáveis de acordo com a realidade económica das famílias.
Integrar a cultura nos cuidados	1. Integrar atividades educativas sensíveis à cultura local, garantindo o respeito pelas tradições alimentares e incorporando elementos culturais nas atividades propostas.	• Integrar atividades educativas sensíveis à cultura local e recursos disponíveis; • Realizar sessões de cozinha para demonstrar a preparação higiénica de alimentos complementares nutritivos, considerando receitas com alimentos locais e acessíveis; • Realizar visitas domiciliárias para educação, assim como educação através de uma plataforma digital, para alcançar famílias em contextos diversos.

Para a implementação deste projeto levar-se-ão a cabo diversas sessões educativas na comunidade, distribuição de materiais educativos e rastreios, criando um protocolo com as entidades locais (escolas, junta de freguesia, casa do povo, câmara municipal, etc.), para além de se promover conhecimentos nas consultas de enfermagem, na implementação de visitas domiciliárias, e com a criação de plataforma *online* para orientação parental, valorizando sempre as competências de comunicação, valorizando uma comunicação eficaz, empatia e as necessidades individuais das crianças/famílias/comunidade.

Ao longo da implementação deste plano deverá ser contínua a sua avaliação e acompanhamento: monitorizando a sua implementação por meio de indicadores de sucesso

com a adesão dos EEESIP às formações e a melhoria de conhecimentos dos pais/cuidadores sobre alimentação complementar; realizando avaliações periódicas para ajustar o programa de intervenção de acordo com as necessidades identificadas; e promovendo a colaboração entre os outros profissionais de saúde dos CSP, as famílias e a comunidade, garantindo a sustentabilidade a longo prazo do projeto.

Considera-se que este projeto de intervenção visa abordar as lacunas identificadas na anterior *scoping review*, fornecendo aos enfermeiros e pais/cuidadores conhecimentos atualizados e práticas adequadas relacionadas à introdução alimentar. A abordagem sensível à cultura e a utilização de recursos variados têm o intuito de alcançar uma ampla gama de famílias, promovendo hábitos alimentares saudáveis desde cedo. A colaboração entre profissionais de saúde e comunidade é crucial para o sucesso da intervenção, garantindo a promoção do crescimento, desenvolvimento e bem-estar ótimos das crianças.

CONCLUSÃO

O presente relatório é o culminar de um enriquecedor percurso de aprendizagem desde que se iniciou a caminhada no MESIP da ESESJC. Este permitiu a autorreflexão não só sobre as competências adquiridas e desenvolvidas na prática, mas também abordar os conhecimentos e de capacidades de investigação, baseando-se em fundamentos científicos e éticos. A articulação entre as competências adquiridas ao longo dos estágios e a capacidade de investigação demonstrou-se preponderante, revelando a extrema importância de uma abordagem baseada na evidência. Teve-se ainda em conta que a prestação de cuidados não se pode limitar apenas às exigências clínicas, incorporando ainda princípios éticos e humanos, assegurando um cuidado holístico e ético aos utentes, respeitando ainda as suas singularidades e necessidades, assim como das suas famílias.

No Capítulo I, foi possível descrever e analisar o percurso de aquisição de competências, nomeadamente de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências específicas do EEESIP e de competências de mestre, não se resumindo à sua descrição, englobando ainda as evidências e reflexão, demonstrando assim a capacidade de aprofundar conhecimentos e de desenvolver habilidades de forma autónoma.

Os estágios, componentes fundamentais para toda esta aprendizagem, despoletaram oportunidades para aprofundar conhecimentos teóricos e para desenvolver competências fundamentais para o futuro. No decorrer dos mesmos, foi permitida a integração de conhecimentos teóricos e práticos mas, fundamentalmente, proporcionaram a capacidade de adquirir competências e aprofundá-las de forma autónoma, possibilitando o aperfeiçoamento de capacidades técnicas, da comunicação interpessoal e das tomadas de decisões, enquanto se enaltecia a importância da qualidade, humanização e segurança dos cuidados.

Quanto às competências comuns de enfermeiro especialista pode-se concluir que demonstram um papel fundamental na prestação de cuidados de qualidade e seguros, realçando a ética, a liderança, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento profissional. Como tal, considera-se que estas competências foram alcançadas, mediante um compromisso sólido com a ética profissional, demonstração eficaz de liderança e influência positiva nas equipas multidisciplinares. A constante procura por melhorias na qualidade dos cuidados resultou na implementação de práticas seguras, eficazes e centradas nas necessidades das crianças/jovens e suas famílias. A gestão

dos cuidados foi efetuada através de uma abordagem colaborativa e do uso sistemático do processo de enfermagem. O desenvolvimento profissional foi garantido pela procura contínua de conhecimento, participando em formações e interagindo com orientadores experientes e demais equipas. Todas essas ações culminaram na prestação de cuidados de saúde de alta qualidade.

Após uma análise profunda ao Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, torna-se evidente que, ao longo deste percurso, foi possível adquirir um conjunto abrangente de competências que são fundamentais para a prática clínica. Desde a capacidade de colaborar com famílias para otimizar a saúde de crianças e jovens, até cuidar de situações altamente complexas envolvendo esta população e as suas famílias, proporcionando conhecimentos acerca das necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento infantil. Além disso, o processo de aquisição destas competências teve em conta a importante capacidade de progresso autónomo, aprofundando conhecimentos, refletindo na capacidade de resolução de problemas, comunicando de forma eficaz, aprendendo continuamente e colaborando com os demais envolvidos. Essas competências são agora solidamente enraizadas, permitindo aplicação prática, tendo em conta uma abordagem segura e baseada em evidências. Julga-se indispensável salientar que, para além de todo o âmbito profissional, o desenvolvimento de competências de gestão emocional emergiu como um aspeto crucial, demonstrando-se como um pilar muito importante na trajetória pessoal e no futuro profissional.

Com este capítulo é possível considerar que a experiência do mestrado fortaleceu competências essenciais, especializadas e de investigação. Destaca-se a capacidade de lidar com desafios complexos, de tomar decisões baseadas em evidências atuais e de mapeá-las através de uma *scoping review*.

No que concerne ao Capítulo II, notou-se que a introdução da alimentação complementar é uma fase crucial para o desenvolvimento saudável da criança, abrangendo aspetos nutricionais, mas também fatores emocionais, comportamentais e sociais. Os primeiros 1000 dias, desde a conceção até aos 2 anos de idade, representam um período sensível para influências ambientais e nutricionais que podem afetar a saúde futura da criança. A alimentação complementar adequada é fundamental para reduzir riscos de doenças crónicas, obesidade e deficiências nutricionais.

O papel dos pais e cuidadores é central na formação dos hábitos alimentares das crianças e a educação nutricional desempenha um papel crucial nesse processo. A *scoping review* foi fundamental para o mapeamento dos artigos existentes sendo capaz de

responder à pergunta de investigação, abordando qual o papel do EEESIP neste âmbito. Como tal, este profissional de saúde tem um papel fulcral não só no ensino aos pais, envolvendo a educação nutricional, a influencia das abordagens culturais e locais e as abordagens/conhecimentos dos mesmos, mas também na renovação e atualização de outros colegas para que as recomendações sejam as mais adequadas e seguras, respeitando as necessidades individuais das famílias, aumentando a qualidade dos cuidados prestados e, consecutivamente, a confiança e o respeito da comunidade pelo EEESIP.

Por fim, propôs-se um plano de intervenção em enfermagem, baseado nas evidências provenientes da anterior revisão. Este plano direciona-se para os CSP e enfatiza a importância do EEESIP na introdução da alimentação complementar, englobando os profissionais da área, os pais e comunidade, integrando a cultura nos cuidados. Como tal, apresentaram-se várias intervenções capazes de atingirem os objetivos. Espera-se implementá-lo o quanto antes e que, a partir deste, se tenha resultados muito satisfatórios no que diz respeito à introdução da alimentação complementar.

Com o chegar do término deste relatório, menciona-se que os objetivos delineados para o mesmo foram atingidos, abrangendo uma ampla gama de competências e habilidades cruciais que foram reportadas. Isto, envolvendo a demonstração de conhecimentos técnicos e clínicos até a análise crítica, investigação e comunicação eficaz, tendo sido cada aspeto abordado de forma precisa. A aquisição de competências na metodologia do relatório final, a análise crítica da literatura, o rigor científico mantido ao longo da execução e a comunicação clara e articulada na descrição e análise dos resultados contribuem para um relatório que atinge plenamente os seus objetivos.

A jornada percorrida foi, realmente, muito desafiante, repleta de altos e baixos que testaram capacidades de equilibrar o campo profissional, com o académico e o pessoal/familiar. Lidar com os obstáculos que surgiram ao longo do caminho, desde a gestão de tempo, passando pela capacidade de descrição e síntese, pela organização de conteúdo e análise crítica de toda a bibliografia foi, realmente, uma tarefa que demandou muita perseverança. No entanto, mesmo diante destas dificuldades, o resultado é muito satisfatório, tendo em conta que o melhor, dentro das circunstâncias que se enfrentou, foi dado.

É com um profundo senso de motivação que se destaca o desejo firme de aprimorar e expandir competências na prestação de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, sendo este impulsionado pela procura constante de educação contínua e pelo compromisso com a própria evolução profissional. Além disso, continuar-se-á a

fomentar um ambiente de crítica reflexiva entre colegas, promovendo o enriquecimento do conhecimento coletivo. O foco continuará a ser, sempre, o cuidado integral à criança/jovem e suas famílias, abraçando a visão holística que é tão vital para nossa profissão. Demonstra-se então, compromisso para a contribuição, de forma significativa e positiva, para o bem-estar e para a saúde infantil e pediátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmadi, S., Abdi, A., Nazarianpirdosti, M., Rajati, F., Rahmati, M., & Abdi, A. (2020). Challenges of Clinical Nursing Training Throught Internship Approach: A Qualitative Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 891-900. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S258112>
- Albán, M., & Sebastián, A. (2021). *Paciente Masculino Diagnosticado com Leucomalacia Periventricular de 2 años con complicaciones en su desarrollo* (Monografia de Licenciatura). Universidad Técnica de Ambato
- Albuquerque, R., & Almeida, D. (2020). A Enfermagem e o Transtorno de Ansiedade: uma revisão narrative. *Revista da Saúde da AJES*, 6(12), 1-16. <https://www.revista.ajes.edu.br/index.php/sajes/article/view/380/299>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5*. Artmed
- Amestoy, S. C., Trindade, L. L., Silva, G. T. R., Santos, B. P., Reis, V. R. S. S., & Ferreira, V. B. (2017). Liderança na enfermagem: do ensino ao exercício no ambiente hospitalar. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0276>
- Arakawa-Belaunde, A., Jesus, C., Pereira, E., Rosseto, I., Spinlelli, J., Weschenfelder, J., & Machado, L. (2022). Relato de experiência multiprofissional com grupo de gestantes de alto-risco. *Distúrbios da Comunicação*, 34(3), e53953. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2022v34i3e53953>
- Arias-Ramos, N., Andina-Díaz, E., Grando-Soto, M., Rodríguez, R. A., & Liébana-Presa, C. (2022). Baby-led weaning: Health professionals ‘knowledge and attitudes and parents’ experiences from Spain. A mixed methods approach. *Health & Social Care In The Community*, 30(4), e1352-e.1363. <https://doi.org/10.1111/hsc.13543>

- Ariko, D., Edet, E. S., Chibuzor, M. T., Odey, F., & Caldwell, D. M. (2018). Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011768.pub2>.
- Assis, A., Dias, D., Scofield, G., Cãnfora, P., Teixeira, S., Silva, B., Silveira, C., Santos, L., Jardim, A., Reis, J., & Dias, B. (2022). A importância do enfermeiro na educação continuada. *Convibra*. https://convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/artigo_pdfz83zqp06.07.2022_09.37.11.pdf
- Assunção, R., & Matos, P. (2014). Perspectivas dos adolescentes sobre o uso do Facebook: um estudo quantitativo. *Psicologia em Estudo*, 19(3), 539-47. <https://doi.org/10.1590/1413-73722133716>
- Balasco, L., Provenzano, G., & Bozzi, Y. (2020). Sensory Abnormalities in Autism Spectrum Disorders: A Focus on the Tactile Domain, From Genetic Mouse Models to the Clinic. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1016. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.01016>
- Baptista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V., & Silva, T. D. (2020). O jovem. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (p. 193-216). Lidel
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem* (2.ª ed.). Quarteto
- Bento, M., & Lucas, P. (2021). Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários-Prática Baseada na Evidência. *Journal of Aging and Innovation*, 10(1), 15-33. <https://doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v10i1-2>
- Bonvicini, K., Perlin, M., Bylund, C., Carroll, G., Rouse, R., & Goldstein, M. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient

- encounters. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 3-10.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.007>
- Boyd, K. (2008). *The Effectiveness of the Sequential Oral Sensory Approach Group Feeding Program*. Colorado School of Professional Psychology
- Bramhagen, A., Axelsson, I., & Hallström, I. (2006). Mothers' experiences of feeding situations. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 29-34. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01242.x>
- Braulio, E., Avelar, G., & Silva, K. (2023). *Riscos das Redes Sociais na Adolescência: um olhar sobre a saúde mental* (Trabalho de conclusão de curso). Centro Universitário UNA, Belo Horizonte
- Brito, A., Xavier, M., Azevedo, N., Fareleira, F., Espírito Santo, J., Teixeira, L., Tinoco, J., & Singer, J. (2023). Dialogues with parents: a parental support and empowerment program based on the Touchpoints Model. *Frontiers in Education*, 8, 1251130. <https://doi.org/10.3389/feduc.2023.1251130>
- Britto, L. B., Santos, C. B., Garros, D. S. C., & Rocha, A. N. D. C. (2021). Processamento Sensorial e oportunidades para o desenvolvimento de bebês. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 31(1-3), 9-16. <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/171791>
- Broca, P., & Ferreira, M. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 97-103. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100014>
- Burnell, L., & Agan, D. (2023). Compassionate Care: Perceptions of English-, Spanish-, and Armenian-Speaking Hospitalized Patients using the Compassionate Care Assessment Tool. *International Journal of Caring Sciences*, 16(1), 226-233. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/22.burnell.pdf>

- Caroli, M., Mele, R.M., Tomaselli, M.A., Cammisa, M., Longo, F., & Attolini, E. (2012). Complementary feeding patterns in Europe with a special focus on Italy. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 22, 813-818. <http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2012.07.007>
- Carvalho, L., Rodrigues, V., Lopes, R., Pinto, P., Oliveira, M. J., Oliveira, M., Frenandes, J., Antunes, D., Santos, D., Marques, C., & Sampaio, A. (2018). Epidemiologia do autismo em Portugal: prevalência, sexo-rácio e tendências. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 36(1), 13-23. <https://doi.org/10.1159/000477393>
- Carvalho, L., Moura, C., Castro, M., Sousa, L., Rodrigues, M., Rego, E., Oliveira, K., & Medeiros, E. (2021). Benefícios do Método Canguru em Recém-nascidos prematuros e de baixo peso: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 34(2), 67-73. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210408_085852.pdf
- Cerqueira, A., & Ramos, A. L. (2018). Norma 02. Realizar Exame Físico. In A. L. Ramos, & A. Cerqueira (Coords.). *Aprendizagens em Contexto Simulado – Fundamentos de Enfermagem – Volume I* (pp. 19-26). Instituto Politécnico de Setúbal
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Cuidados centrados na Família. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (p. 28-32). Lidel
- Cha, J., Choi, N., Kim, J., Lee, H., Na, J., & Park, H. (2022). Cystic Periventricular Leukomalacia Worsens Developmental Outcomes of Very-Low-Birth Weight Infants with Intraventricular Hemorrhage—A Nationwide Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine*, 11(19), 5886. <https://doi.org/10.3390/jcm11195886>
- Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (2010). *Guia de Orientações para os Profissionais da Saúde na Abordagem de Situações de Maus Tratos ou outras situações de Perigo*. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/14804/Guia+de+orienta%C3%A7>

%C3%B5es+para+profissionais+da+Sa%C3%BAde/584ef4f5-c36d-44d7-b76d-ccb7300a6d7b

Correia, C. (2015). *Seletividade Alimentar e Sensibilidade Sensorial em Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo* (Projeto de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Lisboa.

Cunha, A, Resende, I., & Silva, J. (2022). *A relação entre o uso das redes sociais e a saúde mental dos adolescentes* (Trabalho de conclusão de curso). Centro Universitário UNA, Belo Horizonte

Davis, J., Brown, H., & Ramsay, S. (2017). Gaps in international nutrition and child feeding guidelines: a look at the nutrition and young child feeding education of Ghanaian nurses. *Public Health Nutrition*, 20(12). 2215-24. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000908>

Decreto-Lei n.º 161/96. **Diário da República** I Série. 205 (04-09-1996) 2959 - 2962. [Consult. 13-06-2023]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/application/conteudo/241640>>

Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República**. I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 21-06-2023]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>>

Despacho n.º 9390/2021. **Diário da República** II Série. 187 (24-09-2021) 96-103. [Consult. 10-06-2023]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>>

Direção-Geral da Saúde (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

Direção-Geral de Saúde (2013). *Plano nacional de saúde 2012–2016, Indicadores e metas em saúde.*

http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_7_Indicadores_e_Metas_em_Saude_2013-01-18.pdf

Direção-Geral de Saúde. (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos, linhas de orientação para profissionais e educadores.* <http://www.spgp.pt/media/1316/n-e-a-alimenta%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%A1vel-dos-0-aos-6-anos-dgs-2019.pdf>

Dorneles, F., Schlotfeldt, N., França, P., Forno, N., Araújo, N., Santos, A., & Dornelles, C. (2021). Processo de Endefrmagem e suas implicações na prática profissional do enfermeiro: revisão integrative da literature. *Revista Eletrónica Acervo Saúde*, 13(2). <https://doi.org/10.25248/reas.e6028.2021>

Doroba, J. (2021). NRP Versus PALS for Infants Outside the Delivery Room: Not If, but When? *Critical Care Nurse*, 41(6), 22-27. <https://doi.org/10.4037/ccn2021339>

Dungué, M., Sirost, O., & Dosseville, F. (2021). A literature review of emotional intelligence and nursing education. *Nurse Education in Practice*, 54, 103124. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103124>

Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2(2), 6-7. <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v2n2a02.pdf>

Escalona, M., Estevez, A., Arancibia, M., & Flores, F. (2020). Conocimientos y actitudes de enfermería frente a pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). *Revista Médica de Chile*, 148(6), 810-817. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000600810>

Escola Superior de Enfermagem São José Cluny (2020). Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. <https://www.esesjcluny.pt/m-sip>

- Estrin, G., Milner, V., Spain, D., Happé, F., & Colvert, E. (2021). Barriers to Autism Spectrum Disorder Diagnosis for Young Women and Girls: a Systematic Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8(4), 454-70. [Htpps://doi.org/10.1007/s40489-020-00225-8](https://doi.org/10.1007/s40489-020-00225-8)
- Falcão, S., Araújo, J., Resende, A., Santos, E., Silva, L., Alencar, L., Sampaio, A., Pedrosa, S., Sousa, B., & Santos, L. (2022). O papel do enfermeiro na deteção precoce do Transtorno do Espectro Autista infantil. *Research, Society and Development*, 11(16), e238111638013. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38013>
- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (p. 39-55). Lidel
- Fernandes, I., & Andrade, L. .(2020). Apreciação em Enfermagem da Criança e do Jovem nas Consultas de Enfermagem em Contexto de Cuidados de Saúde Primários. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (p. 81-94). Lidel
- Fernández-Medina, I. M., Márquez-Díaz, R. E., Arcas-Rueda, M., Ruíz-Fernández, M. D., Ortíz-Amo, R., & Ventura-Miranda, M. I. (2022). Experiences and opinions of Baby-Led Weaning by healthcare professionals: A qualitative study. *Pediatric Research*. <https://assets.researchsquare.com/files/rs-2201747/v1/ecc0585e-09b9-48e6-95b1-e9eae8a1b53f.pdf?c=1671480869>
- Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências...Adolescentes.... Educação, Ciência e Tecnologia, 32(11), 141-162. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8399>
- Fewtrell, M., Bronsky J., Campoy C., Domellöf, M., Embleton, N., Mis, N. F., Hojsak, I., Hulst, J. M., Indrio, F., Lapillonne, A., & Molgaard, C. (2017). Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 64(1), 119-123. <http://spgp.pt/media/1061/pdf29.pdf>

- Fisberg, M., Tosatti, A., & Abreu, C. (2014). A criança que não come – abordagem pediátrico-comportamental. *Blucher Medical Proceedings*, 4(1). <https://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/a-criana-que-no-come-abordagem-peditrico-comportamental-11190>
- Fleary, S., & Joseph, P. (2020). Adolescents' Health Literacy and Decision-making: A Qualitative Study. *American Journal of Health Behavior*, 44(4), 392-408. <https://doi.org/10.5993/AJHB.44.4.3>
- Freitas, T., Souza, F., Souza, I., Santos, M., & Martins, M. (2020). Os benefícios do método canguru e a assistência de enfermagem. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 31(2), 106-12. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200704_155528.pdf
- Gcawu, S., & Rooven, D. (2022). Clinical teaching practices of nurse educators: na integrative literature review. *Health SA Gesondheid Journal of Interdisciplinary Health Sciences*. <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1728>
- Guimarães, M. A. P., Alves, C. R. L., Cardoso, A. A., Penido, M. G., & Magalhães, L. C. (2018). Clinical application of the Newborn Behavioral Observation (NBO) System to characterize the behavioral pattern of newborns at biological and social risk. *Jornal de Pediatria*, 94(3), 300-307. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.05.014>
- Hart, C. N., Raynor, H. A., Jelalian, E., & Drotar, D. (2010). The association of maternal food intake and infants' and toddlers' food intake. *Child: Care, Health and Development*, 36(3), 396-403. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01072.x>
- Hohman, E., Savage, J., Paul, I., & Birch, L. (2016). INSIGHT study parenting intervention to prevent childhood obesity improves patterns of dietary exposures in infants. *The FASEB Journal*, 30(1), 295.2. https://doi.org/10.1096/fasebj.30.1_supplement.295.2

- Hopkins, D., Emmett, P., Steer, C., Rogers, I., Noble, S., & Emond, A. (2007). Infant feeding in the second 6 months of life related to iron status: an observational study. *Arch Dis Child*, 92(10), 850-854. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.114074>
- Imamura, T., Ariga, H., Kaneko, M., Watanabe, M., Shibukawa, Y., Fukuda, Y., Nagasawa, K., Goto, A., & Fujiki, T. (2013). Neurodevelopmental Outcomes of Children with Periventricular Leukomalacia. *Pediatrics & Neonatology*, 54(6), 367-72. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2013.04.006>
- Instituto de Apoio à Criança (2017). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada* (3ª ed.). https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Anotacoes_2017_compressed.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Normas, Emergências Pediátricas e Obstétricas*, versão 2.0 (1ª ed.). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Normas-Emerg%C3%A2ncias-Pedi%C3%A1tricas-e-Obst%C3%A9tricas.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2022). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*, versão 4.0 (1ª ed.). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/10/Manual-SBV-Ped-26Out22.pdf>
- International Diabetes Federation (2021). *IDF Diabetes Atlas*. Autor. https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
- Ishikawa, M., Eto, K., Haraikawa, M., Sasaki, K., Yamagata, Z., Yokoyama, T., Kato, N., Morinaga, Y., & Yamazaki, Y. (2018). Multi-professional meetings on health checks and communication in providing nutritional guidance for infants and toddlers in Japan: a cross-sectional, national survey-based study. *BMC Pediatrics*, 18, 325. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1292-7>
- Isik, U., Ozek, E., Bilgen, H., & Cebeci, D. (2000). Comparison of Oral Glucose and Sucrose Solutions on Pain Response in Neonates. *The Journal of Pain*, 4(1), 275-78. <https://doi.org/10.1054/jpai.2000.8919>

- Jiang, F., Liu, Y., Hu, J., & Chen, X. (2022). Understanding Health Empowerment From the Perspective of Information Processing: Questionnaire Study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(1), e27178. <https://doi.org/10.2196/27178>
- Kara, T., & Alpgan, O. (2022). Nursing personality and features in children with autism spectrum disorder aged 0-2: an exploratory case-control study. *Nutritional Neuroscience*, 25(6), 1200-08. <https://doi.org/10.1080/1028415X.2020.1843891>
- Kendall-Gallagher, Aiken, L., Sloane, D., & Cimiotti, J. (2011). Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 188-194. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01391.x>
- Keshk, L., Qalawa, S., & Ibrahim, N. (2018). Effectiveness of an Educational Program Regarding Nursing Process on Acquiring Advanced Skills among Internship Nursing Students. *International Journal of Nursing*, 5(2), 32-44. <https://doi.org/10.15640/ijn.v5n2a4>
- Khaledi, H., Aghaz, A., Mohammadi, A., Dadgar, H., & Meftahi, G. (2022). The relationship between communication skills, sensory difficulties, and anxiety in children with autism spectrum disorder. *Middle East Current Psychiatry*, 29, 69. <https://doi.org/10.1186/s43045-022-00236-7>
- Khurana, R., Shyamsundar, K., Taank, P., & Singh, A. (2021). Periventricular leukomalacia: an ophthalmic perspective. *Medical Journal Armed Forces India*, 77(2), 147-53. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2020.05.013>
- Koletzko, B., Brands, B., Grote, V., Kirchberg, F. F., Prell, C., Rzehak, P., Uhhl, O., & Weber, M. (2017). Long-Term Health Impact of Early Nutrition: The Power of Programming. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 70, 161-169. <https://doi.org/10.1159/000477781>
- Korsack, L., Quadros, A., Capellari, C., & Luz, L. (2023). Competência do ser enfermeiros na visão do mercado de trabalho no Vale do Paranhana. *Revista Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny*

Atual in derme, 97(2), e023072. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1680>

Lai, M., Lomardo, M., & Baron-Cohen S. (2014). Autism. *The Lancet*, 383(9920), 896-010. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1)

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência Profissional*. Artemed. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S258112>

Lei n.º 156/2015. **Diário da República**. I Série. 181 (16-09-2015) 8059-8105. [Consult. 29-05-2023]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>>

Leite, S., Matos, J., Grenha, J., Braga, A., & Rocha, R. (2021). Neurodevelopmental outcomes of children with periventricular leukomalacia: the role of infection and ischemia. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualizes Medicine*, 10(1), e100105. <https://doi.org/10.7363/100105>

Lie, S., Karlsen, B., Graue, M., & Oftedal, B. (2019). The influence of an eHealth intervention for adults with type 2 diabetes on the patient–nurse relationship: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 741-49. <https://doi.org/10.1111/scs.12671>

Luz, S., Backes, M., Rosa, R., Schmit, E., & Santos, E. (2022). Kangaroo Method: potentialities, barriers and difficulties in humanized care for newborns in the Neonatal ICU. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 75(2), e20201121. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1121>

Machado, A. C. C. P., Oliveira, S. R., Magalhães, L. C., Miranda, D. M., & Bouzada, M. C. F. (2017). Processamento sensorial no período da infância em crianças nascidas pré-termo: revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*, 35(1), 92-101. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;1;00008>

- Magalhães, F. J., Rolim, K. M. C., Pinheiro, I. O., Fernandes, H. I., Santos, M. S., Albuquerque, F. H., & Aragão, B. F. (2020). Eficácia da sacarose no alívio da dor no recém-nascido: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 5(2), 125-134. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20200022>
- Magalhães, J., Sousa, G., Santos, D., Tamires, K., Gomes, T., Rêgo, M., & Alencar, D. (2022). Nursing diagnoses and interventions in children with autism spectrum disorder: perspective for self-care. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36, 1-10. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.44858>
- Malta, M., & Carmo, E. (2020). A Escuta Ativa como condição de emergência da empatia no contexto do cuidado em saúde. *Atas de Ciências da Saúde*, 9, 41-51. <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/view/2371/1611>
- Martins, I., Gemito, L., Serra, I., & Mendes, F. (2022). Papel do Enfermeiro na Segurança do doente, numa unidade de cuidados na comunidade. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(2), 258-75. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(2\).565.259-275](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(2).565.259-275)
- Martins, J. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(12), 155-163. <https://doi.org/10.12707/RIV16074>
- Maslowsky, J., Owotomo, O., Huntley, E., & Keating, D. (2019). Adolescent risk behavior: Differentiating reasoned and reactive risk-taking. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(2), 243-55. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0978-3>
- Mathioli, C., Ferrari, R., Parada, C., & Zani, A. (2021). O cuidado paterno ao filho prematuro no ambiente domiciliar: representações maternas. *Escola Anna Nery*, 25(3), e20200298. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0298>
- Mauro, A., Cucolo, D., & Perroca, M. (2021). Articulação hospital – atenção primária na transição do cuidado: os dois lados do processo. *Revista da Escola de Enfermagem de São José de Cluny*
Escola Superior de Saúde de Santa Maria-Porto

Enfermagem da USP, 55, e20210145. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>

- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Monteiro, A. J., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (p. 33-38). Lidel
- Monterrosa, E., Frongillo, E., Cossío, T., Bonvecchio, A., Villanueva, M., Thrasher, J., & Rivera, J. (2013). Scripted messages delivered by nurses and radio changed beliefs, attitudes, intentions, and behaviors regarding infant and young child feeding in Mexico. *The Journal of Nutrition*, 143(6), 915-22. <https://doi.org/10.3945/jn.112.169235>
- Moura, J., Vasconcelos, E., Vasconcelos, C., Silva, A., Medeiros, K., Lemos, F., & Silva, M. (2021). Promoção da alimentação complementar saudável em menores de dois anos por enfermeiros: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Digital Cuidado e Promoção de Saúde*, 1-8. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210019>
- Muller, P. W., Salazar, V., & Donelli, T. M. S. (2017). Dificuldades Alimentares na Primeira Infância: Uma Revisão Sistemática. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 17(2), 635-652. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v17n2/v17n2a12.pdf>
- Nascimento, I., Bitencourt, C., & Fleig, R. (2021). Estratégias para o transtorno do espectro autista: interação social e intervenções terapêuticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70(2), 178-87. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000326>
- Neto, G., Nunes, W., Andrade, L., Vieira, D., Reichert, A., & Santos, N (2020). Child Developmental Monitoring: Implementation through the family health strategy nurse. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 1309-15. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9885>

- Neves, F. S., Romano, B. M., Campos, A. A. L., Pavam, C. A., Oliveira, R. M. S., Cândido, A. P. C., & Netto, M. P. (2021). Brazilian health professionals' perception about the Baby-Led Weaning (BLW) method for complementary feeding: an exploratory study. *Revista Paulista de Pediatria*, 40, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020321>.
- Nicola, S., & Vosgeral, R. (2019). Conceitos e enfoques em competências nas pesquisas brasileiras: uma revisão narrativa. *Revista e-Curriculum*, 17 (1), 107-144. <http://dx.doi.org/10.23925/1809-3876.2019v17i1p107-144>
- Norma n.º 015/2013. **Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde**. (03-10-2013). [Consult. 10 de novembro de 2022]. Disponível em WWW: < Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf (aenfermagemasleis.pt) >
- Ojha, S., Elfzzani, Z., Kwok, T. C., & Dorling, J. (2020). Education of family members to support weaning to solids and nutrition in later infancy in term-born infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Review*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012241.pub2>.
- Oliveira, A., Branco, J., Costa, F., Santos, M., & Freira, F. (2019). Prevenção e cuidados frente às complicações mamárias relacionadas à amamentação na atenção primária à saúde. *Enfermagem Brasil* 219, 18(1), 158-65. <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v18i1.2085>
- Oliveira, P., & Souza, A. (2022). Terapia com base em integração sensorial em um caso de Transtorno do Espectro Autista com seletividade alimentar. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoRE21372824>
- Opperman, C., & Cassandra, K. (2001). Cuidados Gerais de Enfermagem Pediátrica. In C. Opperman, & K. Cassandra (Ed.). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea* (pp. 197-230). Lusociência

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em enfermagem de Saúde infantil e pediátrica, volume I*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontroldorcrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf
- Ordem dos enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2020). *Dimensões do Cuidar nos Cuidados de Saúde Primários*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>
- Organização Mundial da Saúde (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*.
https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2021a). *Infant and young child feeding*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

Organização Mundial da Saúde (2021b). *Mental health of adolescents*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organização Mundial da Saúde (2021c). *The Global Diabetes Compact what you need to know*.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/diabetes/gdc_need_to_know_web.pdf?sfvrsn=7a4af558_4

Orton, J., Olsen, J., Ong, K., Lester, R., & Spittle, A. (2018). NICU graduates: The role of the Allied Health Team in Follow-up. *Pediatric Annals*, 47(4), e165-e171.
<https://doi.org/10.3928/19382359-20180325-02>

Parecer n.º 01/2023. **Ordem dos Enfermeiros** (27-01-2023). [Consult. 22-06-2023].
Disponível em WWW: < https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28238/parecer-n%C2%BA-01_2023_mceesip_compet%C3%A4ncias-do-eesip-na-avali%C3%A7%C3%A3o-da-crian%C3%A7a-e-do-jovens-com-necessidades_anonimizado.pdf >

Parecer n.º 04/2010. **Ordem dos Enfermeiros** (20-10-2010). [Consult. 13-06-2023].
Disponível em WWW: < https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%2004_MCEESIP_18.11.2010.pdf >

Parecer n.º 04/2020. **Ordem dos Enfermeiros** (19-10-2020). [Consult. 18-06-2023].
Disponível em WWW: < https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21418/parecer-n%C2%BA-04_2020_mceesip__anonimizado.pdf >

Paschoal, A., Mantovani, M., & Méier, M. (2007). Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 478-484. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300019>

- Paul, I., Savage, J., Anzman, S., Beiler, J., Marini, M., Stokes, J., & Birch, L. (2010). Preventing Obesity during Infancy: A Pilot Study. *Obesity (Silver Spring)*, 19(2), 353-61. <https://doi.org/10.1038/oby.2010.182>
- Perrin, C., Miller, L., & Lusk, P. (2020). Preparing nurses for caring for individuals with autism spectrum disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, 51-55. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.02.006>
- Peters, M.D.J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In: E. Aromataris & Z. Munn (Ed.). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: protocolo de scoping review. *Revista Científica Internacional RevSALUS*, 1 (5), <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Pinto, A., Luna, I., Sivla, A., Pinheiro, P., Braga, V., & Souza, A. (2014). Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(03), 555-64. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300022>
- PRISMA (2020). *PRISMA Flow Diagram*. <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
- Rachmah, Q., Astina, J., Atmaka, D., & Khairani, L. (2023). The Effect of Educational Intervention Based on Theory of Planned Behavior Approach on Complementary Feeding: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Pediatrics*, 1086919. <https://doi.org/10.1155/2023/10869>
- Ramadan, F. (2023). Diabetes Management and the Role of the Community Nurse: a Holistic Perspective. *British Journal of Community Nursing*, 28(8), 393-96. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2023.28.8.393>

Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República**. II Série. 26 (06-02-2019) 4744-4750.
[Consult. 13-06-2023]. Disponível em WWW:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 422/2018. **Diário da República**. II Série. 133 (12-07-2018) 19192-19194.
[Consult. 13-06-2023]. Disponível em WWW:
<<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>>.

Reticena, K., Yabuchi, V., Gomes, M., Siqueira, L., Abreu, F., & Fracolli, L. (2019). Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3213. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3031.3213>

Ricardo, M., Santos, D, Costa, J., & Ruivo M. (2021). Intervenções não farmacológicas de alívio da dor em neonatologia (scoping review). In Brantes, A. L., Oliveira, H., Curado, M. A. S., Malheiro, M. I. C., Costa A. I., Correia, C., Jeremias, C., Gomes, B. R., Martins, H., Rodrigues, J., Santos, J. & Martins, S. (Orgs.), 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente (p. 222-223). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://congressopediatria.esel.pt/wp-content/uploads/2021/06/eBook-1o-CIECA.pdf>

Rito, A., Mendes, S., Baleia, J., & Gregório, M. J. (2021). *Childhood Obesity, Surveillance Initiative*. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2021/10/COSI_Portugal_2019_out2021.pdf

Robert, R., Creed-Kanashiro, H., Villasante, R., Narro, M., & Penny, M (2017). Strengthening health services to deliver nutrition education to promote complementary feeding and healthy growth of infants and young children: formative research for a successful intervention in peri-urban Trujillo, Peru. *Maternal & Child Nutrition*, 13(2), e12264. <https://doi.org/10.1111/mcn.12264>

Roldão, M. (2003). *Gestão do currículo e avaliação de competências: As questões dos professores*. Editorial Presença

- Rossi, C., Albernaz, D., Vasconcelos, F., Assis, M., & Pietro, P. (2010). Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Revista de Nutrição*, 23(4), 607-20. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732010000400011>
- Russell, G., Collishaw, S., Golding, J., Kelly, S., & Ford, T. (2015). Changes in diagnosis rates and behavioural traits of autism spectrum disorder over time. *BJPsych Open*, 1(2). <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.000976>
- Russell, G., Stapley, S., Newlove-Delgado, T., Salmon, A., White, R., Warren, F., Pearson, A., & Ford, T. (2022). Time trends in autism diagnosis over 20 years: a UK population-based cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(6), 674-82. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13505>
- Salar, A. (2019). Investigation of the effect of communicational empowerment pattern on nursing student's communicational competency. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 264. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_256_19
- Samuel, F. O., Olaolorun, F. M., & Adeniyi, J. D. (2016). A training intervention on child feeding among primary healthcare workers in Ibadan Municipality. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 8(1), 1-6. <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.884>
- Santos, A., Anschau, G., Sangoi, K., Hendges, M., & Boff, M. (2017). *O Processo de enfermagem em unidade de terapia intensiva: um relato de experiência*. In 2º Congresso Sul Brasileiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem, Santa Catarina.
- Scavacini, K., Cacciacarro, M. F., Pereira, M. R., Pessoa, G. C., & Motoyama, E. P. (2021). *Saúde Mental de Adolescentes e Jovens*. Instituto Vita Alere. <https://www.unicef.org/brazil/media/16126/file/saude-mental-de-adolescentes-e-jovens.pdf>

- Shi, L. & Zhang, J. (2011). Recent evidence of the effectiveness of educational interventions for improving complementary feeding practices in developing countries. *Journal of Tropical Pediatrics*, 57(2), 91-8. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmq053>
- Shi, L., Zhang, J., Wang, Y., Caulfield, L.E., & Guyer, B. (2010). Effectiveness of an educational intervention on complementary feeding practices and growth in rural China: a cluster randomised controlled trial. *Public Health Nutrition*, 13(4), 556–565. <https://doi.org/10.1017/S1368980009991364>
- Silva, A., Silva, G., & Belian, R. (2020). Simulação clínica e educação médica: relato de experiência sobre construção de um cenário de alta fidelidade. *Revista Saúde Digital e Tecnologias Educacionais* 5(1), 99-111. <https://doi.org/10.36517/resdite.v5.n1.2020.re9>
- Silva, E. (2022). A importância da consulta de enfermagem na atenção básica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(12), 641-656. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i12.8052>
- Silva, G. A. P., Costa, K. A. O., & Giugliani, E. R. J. (2016). Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *Jornal de Pediatria*, 29(3), S2-S7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.02.006>
- Silva, J., Matsukura, T., Ferigato, S., & Cid, M. (2019). Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. *Interface*, 23. <https://doi.org/10.1590/Interface.180630>
- Silva, R., Filha, F., Lima, A., Silva, F., Vilanova, J., & Santos, E. (2017). Assessment of the Quality of Life of Children Who are in the Spectrum Of Autism. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 11(9), 3461-70. <https://doi.org/10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201718>

- Silva, T., Freire, M., Vasconcelos, M., Junior, S., Silva, W., Araújo, P., & Eloy, A. (2018). Deontological aspects of the nursing profession: understanding the code of ethics. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (1), 3-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0565>
- Siqueira, L., Reticena, K., Nascimento, L., Abreu, F., & Fracolli, L. (2019). Estratégias de avaliação da visita domiciliar: uma revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(5), 584-91. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900081>
- Smith D. K., Seales, S., & Budzik, C. (2017). Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis in Children. *American Family Physician*, 95(2), 94-99. <https://www.aafp.org/dam/brand/aafp/pubs/afp/issues/2017/0115/p94.pdf>
- Sousa, S., Medino, Y., Benevides, K., Ibiapina, A., & Ataíde, K. (2019). Fortalecimento do vínculo entre a família e o neonato prematuro. *Revista de Enfermagem UFPE On line*, 13(2), 298-306. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a236820p298-306-2019>
- Souza, M., Santos, A., & Monteiro, A. (2013). O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 167-173. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200003>
- Ssewanyana, D., Abubakar, A., Mabrouk, A., Kagonya, V., Nasambu, C., Dzombo, J., Angwenyi, V., Kabue, M., Scerif, G., & Newton, C. (2021). The Occurrence of Sexual Risk Behaviors and Its Association With Psychological Well-Being Among Kenyan Adolescents. *Frontiers in Reproductive Health*, 3, 659665. <https://doi.org/10.3389/frph.2021.659665>
- Stirling, L., & Davidson, S. (2019). Understanding the role of the children's nurse in supporting families with a child with autism spectrum disorder: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23-24), 4326-4339. <https://doi.org/10.1111/jocn.15026>

- Susanto, T., Syahrul, R., Salistyorini, L., Rondhianto, R., & Yudisianto, A. (2017). Local-food-based complementary feeding for the nutritional status of children ages 6-36 months in rural areas of Indonesia. *Korean Journal of Pediatrics*, 60(10), 320-26. <https://doi.org/10.3345/kjp.2017.60.10.320>
- Tavares, F., Santos, T., Oliveira, C., & Ferreira, M. (2021). Percepção dos enfermeiros sobre o cuidado à criança com autismo: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03623. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020009603623>
- Thompson, K., Conklin, J., & Thoyre, S. (2023). Parental Decision-Making Around Introducing Complementary Foods: An Integrative Review. *Journal of Family Nursing*. <https://doi.org/10.1177/10748407231156914>
- Tomaz, T., Neves, A., Barbosa, B., Fachado, F., & Fonte, P. (2019). Empatia e Arte – Poderá um Programa de Arte numa Unidade de Saúde Familiar Influenciar a Empatia Percecionada pelos Utentes?. *Revista ADSO*, 11, 30-37. <https://doi.org/10.35323/revadso.7112019132>
- Underwood, J., DelPozo-Banos, M., Frizzati, A., John, A., & Hall, J. (2022). Evidence of increasing recorded diagnosis of autism spectrum disorders in Wales, UK: An e-cohort study. *Autism*, 26(6), 1499-508. <https://doi.org/10.1177/13623613211059674>
- Véras, R., & Traverso-Yépez, M. (2010). A maternidade na política de humanização dos cuidados ao bebê prematuro e/ou de baixo peso: Programa Canguru. *Revista Estudos Feministas*, 18(1), 61-80. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2010000100004>
- Warren, J. (2018). An update on complementary feeding. *Nursing Children and Young People*, 30(6), 38-47. <https://doi.org/10.7748/ncyp.2018.e1032>

- Williams, A., & Pinnington, L. (2003). Nurses' knowledge of current guidelines for infant feeding and weaning. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 16(2), 73-80. <https://doi.org/10.1046/j.1365-277x.2003.00430.x>
- Xavier, J., Bernardino, F., & Gaiva, M. (2020). Seguimento do recém-nascido de risco: revisão integrativa da literatura. *Research, Society & Development*, 9(11), e579119515. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9515>
- Xavier, S., Sampaio, C., Gomes, A., Nascimento, R., & Esperidião, M. (2018). Projetos de Intervenção em Saúde: construindo um pensamento crítico. *Divulgação em Saúde para Debate*, 58, 285-95. <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29837/1/Artigo%20Rita%20Nascimento.%202018.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Estudo de Caso

Cuidados de Enfermagem especializados à criança hospitalizada com bronquiolite

Cuidados de enfermagem especializados à criança hospitalizada com bronquiolite: estudo de caso

Tânia Maria Fernandes Assunção^{1,2}

¹Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

²Escola Superior Saúde Santa Maria-Porto

RESUMO

A bronquiolite está entre as doenças mais comuns em crianças com idade inferior a 2 anos, sendo a causa mais comum de internamentos. Pode ser causada por muitos vírus, sendo o mais comum o vírus sincicial respiratórios (VSR). Este artigo, decorrente do Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento medicina/hemato-oncologia no Hospital Dr. Nélcio Mendonça, tem como objetivos específicos: desenvolver conhecimentos sobre a Bronquiolite; explicar o processo de enfermagem segundo o modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey; e, por fim, refletir sobre a situação clínica selecionada e a importância da mesma no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESIP. A metodologia utilizada foi a de estudo descritivo do tipo estudo de caso, seguindo as recomendações da *checklist* da CARE *case reports guidelines* (2013), estando o processo de enfermagem segundo tal. No que diz respeito aos resultados do estudo, inicialmente realizou-se o levantamento dos focos, segundo o Browser CIPE (2019). A partir dos mesmos, identificaram-se diagnósticos de enfermagem sensíveis à intervenção do enfermeiro especialista em ESIP. Para cada um deles, selecionaram-se as intervenções, com base na evidência científica com o intuito de ultrapassá-los. Foi possível verificar a pertinência das intervenções levadas a cabo, uma vez que se atingiu os resultados esperados. Com este, foi possível certificar a importância dos cuidados especializados em ESIP, demonstrando que é fulcral uma avaliação inicial cuidada, acedendo a meios complementares de diagnóstico e englobando a família e o meio envolvente da criança, recorrendo a um modelo centrado na criança e na família. Assim, considera-se assertivo o recurso ao Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

Palavras-chave: Estudo caso, Bronquiolite, Criança, Família, Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

The most frequent reason for hospitalization in children under the age of two is bronchiolitis, one of the most prevalent diseases in this age group. Numerous viruses can cause it, with respiratory syncytial virus (RSV) being the most predominant. Developing knowledge about bronchiolitis, describing the nursing process using Anne Casey's model, and, finally, reflecting on the chosen clinical situation and its significance in the development of the competencies of specialist nurses in Child Health and Pediatric Nursing are the specific objectives of this article, which is the product of the curricular Internship in Pediatrics in Inpatient Medicine/Hemato-Oncology Units at Hospital Dr. Nélío Mendonça. The methodology used was a descriptive study of the case study type, the nursing procedure was conducted in accordance with the recommendations of the CARE case reports guidelines checklist (2013). In terms of the study's findings, the outbreaks were initially surveyed, according to the ICNP Browser (2019). These led to the identification of nursing diagnoses which are susceptible to the specialist nurse's intervention. Scientific evidence was used to determine the best interventions for each one of them. Given that the expected results were obtained, it was able to confirm the relevance of the implemented interventions. This allowed for the certification of the significance of specialized care in child health and pediatric nursing, proving the importance of a thorough initial assessment, accessing complementary diagnostic methods, and considering the family and the child's surroundings by using a model centered on the child and the family. Thus, the application of Anne Casey's Model was therefore regarded as assertive.

Key words: Case Reports, Bronchiolitis, Infant, Family, Pediatric Nursing.

Introdução

O presente artigo refere-se a um estudo de caso e surge de forma a dar resposta aos requisitos do Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento medicina/hemato-oncologia, pertencente do segundo semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a cargo da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria-Porto. O mesmo foi orientado pela enfermeira Cláudia Fernandes e pela tutora enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP) Patrícia Rocha. Esta prática clínica decorreu no Serviço de Pediatria, do Hospital Dr. Nélío Mendonça (HNM) entre os dias 7 de novembro e 4 de dezembro, com a duração de 126 horas.

A concretização deste estudo de caso ambiciona um aprofundamento de conhecimentos sobre a prática de cuidados à criança, bem como uma reflexão sobre a realidade dos cuidados especializados à criança e família, num contexto de doença, mediante um modelo que oriente a prática de enfermagem, bem como o próprio processo de enfermagem e respetivas taxonomias propostas pelo Conselho Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019). Tem como objetivos específicos: desenvolver conhecimentos sobre a Bronquiolite; explicar o processo de enfermagem segundo o modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, nomeadamente a avaliação inicial, a identificação dos focos e diagnósticos de enfermagem, as respetivas intervenções, bem como os resultados; e, por fim, refletir sobre a situação clínica selecionada e a importância da

mesma no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESIP.

A bronquiolite é uma infeção comum do trato respiratório inferior em latentes e crianças pequenas, sendo o vírus sincicial respiratório (VSR) a sua causa mais comum (Smith et al., 2017).

Segundo a Direção-geral de Saúde (DGS, 2015) é verificada uma incidência com padrão de sazonalidade (novembro a abril, nos países temperados do Hemisfério Norte, como Portugal), considerando possível a reinfeção numa mesma época sazonal. A transmissão ocorre por contacto direto com secreções nasais infetadas. Surge, habitualmente, em contexto epidemiológico de infeção respiratória, familiar ou outro (DGS, 2015).

A bronquiolite acomete crianças com idade inferior a dois anos de vida (sendo identificada em crianças até 2-3 anos de idade), com pico de incidência abaixo dos 12 meses de idade. Algumas crianças, nomeadamente recém-nascidos pré-termo, crianças com cardiopatia congénita ou doença pulmonar crónica, crianças imunodeprimidas e crianças desnutridas apresentam maior risco de morbilidade e mortalidade (Carrascoza et al., 2019).

O diagnóstico da bronquiolite aguda deve ser sempre realizado com base na história clínica e no exame objetivo da criança (DGS, 2015).

Crianças com bronquiolite por VSR apresentam, frequentemente, de dois a quatro dias de sintomas do trato respiratório superior, como febre, rinorreia e congestão (Smith et al., 2017). Smith et al (2017) referem ainda que, posteriormente, progride para a fase de agravamento caracterizada pelo aumento da tosse, pelo aumento da frequência respiratória, por sinais de dificuldade respiratória (tiragem) e por dificuldades na alimentação.

É fundamental que a prevenção da infeção por VSR passe pela educação

aos pais, essencialmente, no início de vida. As medidas preventivas incluem a higiene das mãos, a amamentação, evitar a exposição ao fumo do tabaco e encorajar o isolamento (Schaller & Galloway, 2017). Há a referir ainda que o tabagismo passivo durante a gravidez aumenta o risco para contrair infeções respiratórias (DGS, 2015).

Considera-se ainda, como medida preventiva, a administração de medicação por profilaxia a recém-nascidos e latentes. Para tal, a *European Medicines Agency* (EMA, 2022) recomenda uma autorização da comercialização, na União Europeia, do fármaco *Beyfortus*, quando há risco de infeção por VSR na comunidade. Trata-se de um anticorpo monoclonal antiviral que foi concebido para se ligar à proteína “F” (à qual o vírus se une para a infeção) e, de tal forma, impedindo que o vírus entre nas células do corpo, ajudando a prevenir a infeção (EMA, 2022).

O tratamento da bronquiolite é, conforme Schaller e Galloway (2017), exclusivamente de suporte, promovendo as intervenções recomendadas, tais como: aspiração nasal; manutenção do estado de hidratação adequado por via oral ou por via intravenosa; e oxigénio suplementar, se necessário. A maioria das crianças com bronquiolite é tratada no domicílio, com cuidados de suporte. No entanto, as crianças que necessitam de internamento, são aquelas que demonstrem problemas respiratórios graves, desidratação ou hipoxemia (Schaller & Galloway, 2017).

A principal medida em latentes com bronquiolite grave é a correção da hipoxia, de forma a manter a saturação de oxigénio adequada e evitar o aumento do trabalho respiratório (Carrascoza et al., 2019).

Em Portugal, a taxa de internamento de crianças devido a bronquiolites agudas está a crescer, sendo que é no Norte e no Centro do

país onde se registam as taxas de hospitalização mais elevadas, uma vez que nestas regiões os invernos são mais severos, registando maior queda de temperatura. Um estudo efetuado em Portugal Continental, no qual foram analisados os registos de internamento, em hospitais públicos, das crianças com menos de 2 anos de idade, entre os anos 2000 e 2015, revelou 80,491 de internamentos por bronquiolite aguda, numa média de 5 mil internamentos por ano (Mendes-da-Silva et al., 2019).

Este estudo permitiu ainda observar que o aumento de internamentos por bronquiolite é mais acentuado nos bebés com menos de 3 meses de idade, sendo os meninos internados com maior frequência: 59,7% (Mendes-da-Silva et al., 2019). Há a realçar que este demonstrou ainda uma melhoria na forma em como a bronquiolite é tratada, evidenciando que a implementação das diretrizes nacionais, emanadas pela DGS, foi importante no cuidado à criança e na redução da carga de saúde pública.

No estudo de Mendes-da-Silva et al. (2019) o VSR foi identificado como causa de 40% dos casos de bronquiolite aguda, todavia os investigadores assumem que esta percentagem poderá ser maior, uma vez que nem todas as crianças são submetidas a testes para a identificação do vírus responsável pela origem da doença.

A doença e a hospitalização representam, tanto para a criança como para a família, uma situação geradora de *stress*, demonstrando a importância da presença dos pais no internamento, bem como o seu envolvimento nos cuidados, garantindo afeto, segurança e apoio, minimizando os efeitos negativos e devastadores da hospitalização (Monteiro & Cerqueira, 2020).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) recomenda que o enfermeiro especialista em ESIP utilize, na sua prática, um modelo conceptual centrado

na criança e na família (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

De acordo com o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, a prestação de cuidados de enfermagem à criança só é exequível quando os enfermeiros detêm competências que dão resposta às necessidades específicas de cada criança em parceria com os seus pais e/ou família. Podendo considerar que estes últimos são quem melhor presta cuidados aos seus filhos, tendo um papel primordial no crescimento e desenvolvimento adequado das crianças (Loureiro et al., 2021). Tendo tal em conta e, considerando o caso em estudo, optou-se pela sua utilização.

Anne Casey foi a primeira enfermeira a desenvolver um modelo no qual os profissionais de saúde envolvem ativamente os pais. Estes cuidados são planeados em função das capacidades e do desejo de envolvimento dos mesmos. Assim, os pais e os profissionais de saúde estão em igualdade, negociando e partilhando os cuidados, assim como partilhando a tomada de decisões (Monteiro & Cerqueira, 2020).

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey engloba cinco conceitos principais, nomeadamente: a criança; a família; os enfermeiros; a saúde; e o ambiente (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Assim, a **criança** é considerada como um ser com necessidades, dependente de outros para as satisfazer, normalmente dos pais. Com o crescimento, a criança vai desenvolvendo autonomia, tornando-se mais independente na realização das suas próprias necessidades (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Neste modelo, a **família** é definida como um conjunto de pessoas que prestam cuidados à criança e que exercem influência no seu desenvolvimento. Os pais são considerados os principais cuidadores

da criança, no entanto, não é excluído o envolvimento e a influência de outros familiares significativos (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Os **enfermeiros** têm a responsabilidade de avaliar as habilidades e as competências da família, de modo a que criança e os seus pais sejam envolvidos nos cuidados e nas decisões da forma que desejarem. As intervenções dos mesmos envolvem a supervisão dos cuidados, através do aconselhamento, orientação, apoio físico e psicológico, assim como favorecendo um ambiente propício ao desenvolvimento da criança. Os enfermeiros também têm um papel relevante no encaminhamento para outros profissionais de saúde, quando assim considere necessário (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Na ótica deste modelo, a **saúde** é caracterizada como o estado de bem-estar mental e físico, fundamental para que a criança possa desenvolver todas as suas potencialidades. Este estado deverá ser permanente, uma vez que, qualquer alteração não identificada ou corrigida, poderá comprometer o desenvolvimento físico, espiritual, social e psicológico (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Por fim, o **ambiente** é o conjunto dos elementos exteriores à criança que influenciam o seu desenvolvimento (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Anne Casey, segundo Monteiro e Cerqueira (2020), clarifica a natureza dos cuidados prestados à criança conforme a pessoa que os presta. Assim, os cuidados familiares são aqueles que, normalmente, são prestados pelos pais, englobando os cuidados de higiene, de alimentação, de conforto e de amor. Já os cuidados de enfermagem referem-se a incumbências especializadas prestadas por enfermeiros, com o propósito de colmatar as necessidades de saúde da criança, em função do seu quadro clínico.

O modelo defende que os enfermeiros devem incentivar os pais a prestar os cuidados familiares, contudo, poderão prestar cuidados familiares se a criança ou família necessitarem. Estes dois tipos de cuidados não são inflexíveis, ou seja, poderão haver situações que os enfermeiros desempenham cuidados familiares e, outras, em que os pais, com ensino, instrução e supervisão do enfermeiro, prestam cuidados de enfermagem (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Assim, a parceria de cuidados é um modelo que privilegia uma relação de confiança, aceitação e compreensão durante todo o processo, entre criança, a família e os enfermeiros (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Método

A metodologia utilizada foi a de estudo descritivo do tipo estudo de caso, seguindo as recomendações da *checklist* da CARE *case reports guidelines* (2013), estando o processo de enfermagem segundo tal.

Os dados colhidos e, posteriormente tratados, asseguram o direito à confidencialidade e ao anonimato e, assim, os nomes expostos serão apresentados por intermédio de siglas.

O caso clínico refere-se a uma latente de 25 dias, a M.I., que recorreu ao Serviço de Urgência Pediátrico (SUP) devido a febre, com 4 dias de evolução, associada a rinorreia seromucosa e tosse produtiva. Apresentava palidez cutânea, hiporreatividade, diminuição da diurese e havia noção materna de diminuição de ingesta por cansaço respiratório. Refere-se contexto epidemiológico: pai com sintomatologia respiratória.

À chegada ao SUP, apresentava SpO₂ de 98% em ar ambiente, palidez cutânea, hiporreatividade, polipneia, com tiragem infracostal, gemido

respiratório, secreções da orofaringe, fervores crepitantes laterais e peso de 4,410 kg.

Realizou rastreio séptico com análises, radiografia torácica, hemocultura, urina tipo II e urocultura.

O caso foi discutido com a Neonatologia, decidindo iniciar antibioterapia empírica com ampicilina 100 mg/kg/dose de 8/8 horas, EV e cefotaxime 200 mg/kg/dia de 6/6 horas, EV.

Ficou internada no Serviço de Pediatria com diagnóstico médico de Bronquiolite Aguda, não especificada.

Apresento, de seguida, sumariamente, os resultados dos exames complementares de diagnóstico realizados no SUP:

- Hemograma: Leucócitos 7700 uL; Neutrófilos 44%; Linfócitos 46%,7; Hemoglobina 12,5g/dL; Plaquetas 396000uL;

- Bioquímica: Glicose 82mg/dL; Ureia 24 mg/dL; Creatinina 0,17 mg/dL; PCR 3,23 mg/dL; Procalcitonina 0,27 ng/ml;

- Multiplex respiratório: VSR positivo;

- Radiografia do tórax: sem alterações pleuroparenquimatosas de novo;

- Urina tipo II: sem alterações;

- Urocultura: negativa;

- Hemocultura: negativa.

Dada a natureza do caso e, como referido anteriormente, definiu-se como modelo orientador o Modelo de Parcerias de Cuidados de Anne Casey. Assim, a avaliação inicial foi realizada e será apresentada segundo os cinco conceitos que sustentam este modelo.

A **criança**, como mencionado, é uma menina de 25 dias de vida, sendo totalmente dependente no autocuidado. À chegada ao Serviço de Pediatria apresentava farfalheira, pieira, tosse produtiva e tiragem infracostal e supraclavicular. Fazia oxigenioterapia, por óculo nasal, a 1l/min com SpO₂ a

99%. Apresentava mucosas coradas e hidratadas, com ligeira palidez cutânea. Nasceu por cesariana, às 40 semanas, com índice de apgar de 9/10, com 3975 gramas de peso. A gravidez foi vigiada, com diagnóstico, durante a gestação, de ureterocelo e de duplicação pielocalicial, sendo seguida na consulta de Nefrologia e fazendo profilaxia com trimetropim 1mg/kg/dia, tendo indicação médica para a suspender durante o internamento por se encontrar em antibioterapia. Era alimentada com leite materno e, pontualmente, com leite adaptado (30-60ml). Relativamente ao desenvolvimento infantil, a bebé apresenta a cabeça centrada em relação ao tronco, com extensão aquando da tração pelas mãos, elevando-a em decúbito ventral e com postura assimétrica em decúbito dorsal (membro superior em extensão). Normalmente apresenta as mãos fechadas sobre o polegar, vira-se na direção de uma luz difusa e sobressalta-se aquando de um barulho súbito. Apresenta reflexo de moro, de sucção e procura, de preensão palmar e da marcha automática. Faz vigilância de saúde no Centro de Saúde (CS) da área de residência e, em contexto privado, pelo Pediatra. Possui as vacinas atualizadas. Mãe nega alergias.

A **família** da M.I. é nuclear, como ilustra a Figura 1 – Genograma, composta pelo pai, mãe e irmão.

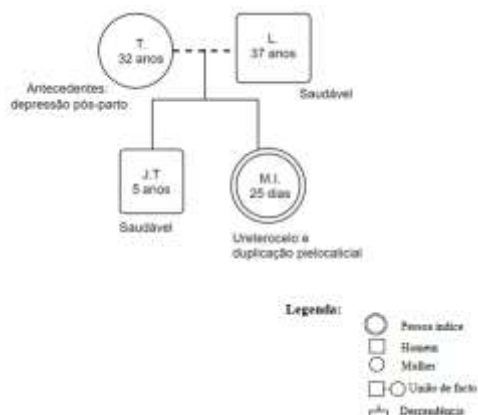


Figura 2 Genograma

A mãe T. é a familiar de referência, tem 32 anos, saudável, com antecedentes de depressão pós-parto do primeiro filho e trabalha na segurança social. À chegada ao serviço apresentava cansaço e preocupação pelo estado de saúde da filha. O pai L. tem 37 anos, saudável e é eletricitista. O irmão J.T. tem 5 anos e frequenta a escola, durante o internamento da M.I. ficava com a avó paterna, da qual tem relação com vínculos fortes, como ilustra a Figura 2 – Ecomapa.

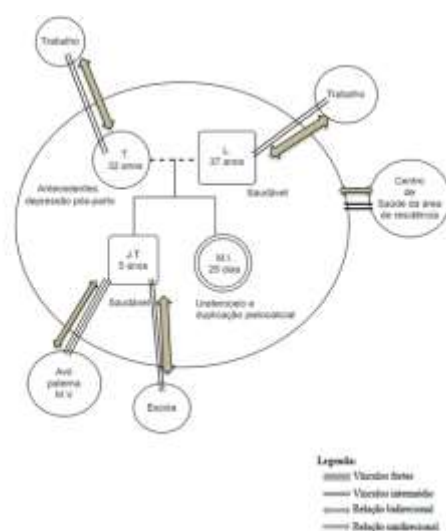


Figura 3 Ecomapa

No que se refere aos **enfermeiros** envolvidos, exercem no Serviço de Pediatria, sendo especialistas e generalistas. Estes prestam cuidados e asseguram o bem-estar da criança e da família.

Relativamente à **saúde** encontramos o bem-estar da criança e da família comprometido devido ao problema de saúde da M.I.

Por fim, o **ambiente** em que a criança e família se inserem parece propício ao seu crescimento e desenvolvimento saudável, com panorama social estável.

Resultados:

Na etapa consequente do processo de enfermagem resumem-se os problemas identificados na situação evidenciada em diagnósticos de enfermagem.

Os focos identificados, segundo o Browser CIPE (2019), foram:

- Infecção: “Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antígeno-anticorpo”;

- Ventilação: “Processo do sistema respiratório: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados; profundidade inspiratória e força expiratória”;

- Padrão Alimentar: “Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos”;

- Status psicológico do cuidador: “Status”.

A partir da seleção dos focos supramencionados, identificaram-se alguns diagnósticos de enfermagem sensíveis à intervenção do enfermeiro especialista em ESIP.

Relativamente ao foco “Infecção”, o diagnóstico levantado foi “Infecção atual”. Este diagnóstico foi selecionado devido ao fato da criança apresentar 4 dias de febre no domicílio, bem como pelo valor de procalcitonina e pelo aumento da PCR (77,46 mg/dL) nas segundas análises.

No que se refere ao foco “Ventilação”, o diagnóstico realizado foi “Ventilação comprometida”, devido aos problemas respiratórios que a M.I. apresentava, nomeadamente, farfalheira, pieira, tosse produtiva e tiragem.

Em relação ao foco “Padrão alimentar”, o diagnóstico mencionado foi “Padrão alimentar comprometido”, sendo este resultante do fato da M.I. apresentar diminuição da ingesta e problemas respiratórios.

Por fim, no que concerne ao foco “*Status psicológico*”, o diagnóstico efetuado foi “*Status Psicológico do cuidador comprometido*”. Este deve-se à mãe se encontrar com cansaço, preocupada com o problema de saúde da M.I. e ao fato do historial de depressão pós-parto do primeiro filho.

Uma vez identificados os focos de intervenção do enfermeiro especialista em ESIP, segue-se o planeamento e a implementação das intervenções de enfermagem que compõe, respetivamente, a terceira e quarta etapa do processo de enfermagem.

O planeamento das intervenções deverá ir ao encontro dos resultados esperados pelo enfermeiro e pela família.

Assim, este, assim como os seus respetivos resultados esperados, encontram-se representados nas seguintes tabelas (Tabela 1; 2; 3 e 4).

Inicia-se por apresentar o diagnóstico “*infecção atual*”, na Tabela 1, com as intervenções levadas a cabo e o resultado esperado.

Tabela 1: Diagnóstico Infecção atual

Intervenções	Resultado esperado
- Vigiar sinais e sintomas de infecção; - Monitorizar dor: Escala de Edin; - Monitorizar temperatura corporal; - Administrar antibioterapia	Infecção melhorada

De seguida, na Tabela 2, aborda-se o diagnóstico “*ventilação comprometida*” que, de igual modo ao anterior, apresenta as intervenções realizadas e o resultado esperado com as mesmas.

Tabela 2: Diagnóstico Ventilação Comprometida

Intervenções	Resultado esperado
- Vigiar ventilação; - Monitorizar Frequência Respiratória (FR); - Monitorizar Frequência Cardíaca (FC); - Monitorizar trocas gasosas; - Gerir oxigenioterapia com diapositivo respiratório; - Irrigar narinas; - Aspirar mecanicamente pela cavidade nasal e oral; - Instruir mãe sobre a técnica da lavagem nasal; - Instruir mãe sobre aspiração de secreções com aspirador manual; - Elevar parte superior da cama; - Gerir soroterapia.	Ventilação melhorada

À semelhança do anterior, apresenta-se a Tabela 3, referente ao diagnóstico “*padrão alimentar comprometido*”, indicando as intervenções tidas em conta e o resultado esperado.

Tabela 3: Diagnóstico Padrão alimentar comprometido

Intervenções	Resultado esperado
- Vigiar ingestão nutricional; - Incentivar amamentação; - Orientar para irrigação de narinas e aspiração de secreções antes das refeições, se necessário; - Polifracionar as refeições; - Monitorizar peso;	Padrão alimentar normal

Por fim, a Tabela 4 corresponde ao diagnóstico “*Status psicológico do cuidador comprometido*”, englobando, como anteriormente, as intervenções e o resultado esperado.

Tabela 4: Diagnóstico *Status* psicológico do cuidador comprometido

Intervenções	Resultado esperado
- Estabelecer relação de confiança com o cuidador; - Apoiar cuidador; - Encorajar a comunicação de emoções; - Ensinar sobre o processo patológico; - Envolver cuidador nos cuidados; - Elogiar a capacidade de desempenho; - Promover a confiança; - Encorajar o repouso; - Facilitar o relacionamento com a família; - Encorajar a distração.	<i>Status psicológico do cuidador normal</i>

Após a implementação das intervenções, dá-se a última fase do processo de enfermagem, ou seja, a avaliação comparativa entre os estados de saúde inicial e final da criança e da família que foram alvo das intervenções delineadas.

No que se refere ao diagnóstico “Infecção Atual”, a M.I., durante o internamento, permaneceu-se apirética e sem dor. Cumpriu com antibioterapia, prescrita pelo médico, sendo realizado o cálculo para as doses pediátricas e respetivas diluições. Desta forma, considera-se que o resultado esperado foi atingido.

No que diz respeito ao diagnóstico “Ventilação comprometida”, também se notou boa evolução. Fez oxigenioterapia, prescrita pelo médico, durante 24 horas, tal como expresso na norma 016/2012 da DGS, monitorizando as trocas gasosas, sendo que, posteriormente, permaneceu eupneica em ar ambiente com boas saturações periféricas.

Apresentou períodos com ligeira tiragem infracostal, farfalheira e tosse produtiva, havendo necessidade de irrigação das narinas e de aspiração mecânica das secreções. Considerando

que, como refere Monteiro et al. (2007), há a necessidade de promover a permeabilidade das vias aéreas através da remoção das secreções, tendo em conta que isso interfere nas trocas gasosas. As secreções inicialmente eram semi-espessas, esbranquiçadas, em média quantidade da nasofaringe e escassas da orofaringe. A mãe foi envolvida nos cuidados, assumindo, muitas vezes, a lavagem nasal e a aspiração das secreções com o aspirador manual, com supervisão do enfermeiro. Há a realçar ainda que se teve o cuidado de se manter a cabeceira elevada a 30 graus, tal como sugere Monterio et al. (2007). No momento da alta, apresentava-se eupneica em ar ambiente, com ligeiros acessos de tosse. Desta forma, considera-se atingido o resultado esperado.

No que concerne ao diagnóstico “Padrão alimentar comprometido”, a M.I., na chegada ao serviço, apresentava cansaço fácil nas mamadas, pelo que se aconselhou o encurtamento do período das mamadas e do espaçamento entre as mesmas. Sabe-se que a amamentação é a forma mais eficaz de responder aos aspetos nutricionais, imunológicos, psicológicos e ao desenvolvimento de uma criança nos primeiros anos de vida. Carrascoza et al. (2019) defendem que o leite materno é composto por anticorpos, prevenindo que o bebé tenha infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias. Por este facto, tornou-se fulcral incentivar a amamentação, mencionando ainda que há estudos que provem que crianças com altos níveis de anticorpos maternos contra o VSR desenvolvem infeções menos severas do que crianças que não foram amamentadas (Carrascoza et al., 2019).

Inicialmente, chegou a extrair o leite materno para que, posteriormente, o oferecesse por biberão, por exigir menor esforço de sucção. Barbosa et al. (2014) alude que os latentes com

Bronquiolite apresentam alterações na deglutição, nomeadamente na fase oral (pausas prolongadas) e na fase faríngea (respiração ruidosa, tosse e engasgos), durante o internamento. O aumento da FR, a necessidade de oxigenioterapia e a fadiga na alimentação interferem na deglutição. Os estudos sugerem que com o aumento do esforço respiratório a deglutição altera-se aumentando assim o risco de aspiração (Barbosa et al., 2014). Desta forma o padrão alimentar torna-se num aspeto importante da intervenção do enfermeiro especialista em ESIP, intervindo no sentido de não haver problemas associados à alimentação.

De forma a facilitar este processo e, devido à obstrução nasal, antes das refeições, era realizada a irrigação das narinas bem como a aspiração de secreções. Ao longo do internamento a M.I. ganhou peso, no penúltimo dia de internamento apresentava 4,715 kg. Salienta-se que, conforme Chora (2020), é esperado que o latente, na segunda semana de vida, tenha recuperado o peso de nascença e que, durante o primeiro mês de vida, apresente, aproximadamente, um aumento de 30 gramas por dia. Assim, considera-se alcançado o resultado esperado uma vez que a M.I. apresentava o padrão alimentar regularizado, sem agravamento respiratório.

Relativamente ao diagnóstico “*Status psicológico do cuidador comprometido*”, foi fundamental estabelecer uma relação terapêutica e de confiança com a mãe, bem como a encorajar a expressão de sentimentos e emoções. Sabe-se que a hospitalização está intimamente relacionada com a exaustão, assim como com sentimentos depressivos (Monteiro & Cerqueira, 2020). Deste modo, tornou-se fundamental o esclarecimento sobre o processo patológico e o envolvimento da mãe nos cuidados. Esta foi

encorajada a alternar umas horas o alojamento com o pai, de forma a poder se abstrair e passar tempo com o seu outro filho.

Monteiro e Cerqueira (2020) mencionam que o empoderamento e habilitação dos pais são fulcrais para que estes se envolvam na prestação de cuidados. Há a salientar que a mãe, ao longo do internamento, demonstrou melhoria significativa na sua forma de estar e de lidar com a doença, demonstrando confiança e assertividade nos cuidados prestados. Assim considera-se que o resultado esperado foi alcançado.

Realça-se ainda que se procedeu à capacitação dos familiares para prevenção da infeção por VSR, com as medidas já referidas anteriormente, tais como a higiene das mãos, incentivar a amamentação e encorajar o isolamento (Schaller & Galloway, 2017; DGS, 2012).

Discussão

Com este estudo de caso podemos verificar a importância dos cuidados especializados em ESIP na criança com bronquiolite, mais especificamente na que apresente estado agravado da doença, necessitando de internamento.

A bibliografia consultada defende que esta é uma doença comum na primeira infância, essencialmente em idades inferiores aos 2 anos.

A cuidada avaliação inicial e os meios complementares de diagnóstico demonstram-se como um recurso imprescindível, permitindo uma terapêutica mais eficaz e acertada, assim como ensinamentos específicos para ultrapassar os problemas enfrentados.

Há a realçar ainda que esta avaliação não deve apenas contemplar a vítima da doença, devendo englobar a família e o ambiente que a rodeia, essencialmente pelo facto de dizer respeito a uma criança dependente de

terceiros. Salientando que a OE indica que o enfermeiro especialista em ESIP deve recorrer a um modelo centrado na criança e na família (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Deste modo, considera-se assertivo o recurso ao Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, instruindo e incluindo a família na prestação de cuidados e na tomada de decisões.

Com as intervenções levadas a cabo, baseadas na evidência mais recente, foi possível verificar bons resultados, atingindo os objetivos, demonstrando melhorias significativas na sua condição e nos ensinamentos à família. Ou seja, a criança manteve-se apirética e sem dor, eupneica em ar ambiente, com redução de secreções e, como tal, foi capaz de melhorar a sua alimentação e de ganhar peso. Mesmo apresentando, no momento de alta, curtos períodos de tosse, destaca-se ainda a orientação e ensino dos cuidadores, essencialmente à mãe, de forma a incumbi-la da prática de cuidados no domicílio.

Neste contexto, é indiscutível a relevância da prática de cuidados especializados em ESIP e, para demonstrar tal importância, recorro ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP (2018).

Neste caso em específico, foi possível assistir a criança com a família, assim como prestar cuidados específicos em resposta às suas necessidades, nomeadamente nos pontos 1.1. “Implementa e gere, em pareceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (...)” (p. 19193) e 3.3. “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (p. 19194). Isto, devido aos ensinamentos feitos à família para pós-alta, já mencionados anteriormente, utilizando uma linguagem acessível, perceptível, de forma calma e segura.

Debruçando no estado clínico da criança, podemos ainda notar pertinência da intervenção da ESIP na maximização da saúde da criança, na prestação de cuidados em situações de especial complexidade e que envolvam o seu desenvolvimento. Como tal, cumpriu-se os pontos 1.2. “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco (...)” (p. 19193), 2.1. “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (p. 19193), 2.2. “Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança (...)” (p. 19193), 2.4. “Providencia cuidados à criança (...) promotores da majoração de ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias em enfermagem (...) amplamente suportadas na evidência” (p. 19193), 3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (p. 19194). Para tal, pode-se referir que se avaliou a criança e a família, diagnosticando os problemas precocemente e se teve oportunidade de monitorizar a criança. Para tal, observaram-se e avaliaram-se os seus sinais vitais, prestando cuidados traumáticos, confortando criança, minimizando o desconforto e dor, recorrendo a escalas e a procedimentos institucionais, bem como promovendo ganhos de saúde com recurso às intervenções anteriormente referidas, baseadas na evidência. Além disso, teve-se sempre em conta o melhor para a criança e aproveitou-se para despoletar um desenvolvimento satisfatório, sem nunca descurar da importância da alimentação, da vinculação, da parentalidade e da estabilidade das funções vitais para tal.

Todavia, há pontos menos fortes a referir, nomeadamente, o facto de a criança não ter repetido as análises para o momento de alta, como preconizado no protocolo institucional, podendo ver este facto como uma limitação do

trabalho exercido, uma vez que não se acompanhou este último momento. Há a referir ainda uma limitação que o enfermeiro pode ter, ainda neste tipo de casos de atuação, nomeadamente a dificuldade para despende de tempo para a constante análise e atualização das evidências científicas, tendo em conta a sobrecarga de atividades e movimento constante no internamento do Serviço de Pediatria do HNM.

Considerações Finais

Deste modo, considera-se que, com este estudo, fui capaz de adquirir e desenvolver competências específicas de enfermeira especialista em ESIP, aplicando uma prática baseada na evidência e assistindo a criança com a família, maximizando a sua saúde, em situações de especial complexidade.

Com este foi possível atingir os objetivos delineados para este estudo, uma vez que se desenvolveu conhecimentos sobre o tema, explanando o processo de enfermagem segundo o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e, finalmente, se refletiu sobre a situação clínica em causa e a sua importância na aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESIP.

A elaboração deste estudo foi, sem dúvida, muito satisfatória, fazendo com que desenvolvesse competências de investigação e, sobretudo, permitindo aprofundar habilidades e refletir sobre a prática levada a cabo, investindo-a na evidência mais atual, despoletando o bem-estar da criança internada e envolvendo sempre as pessoas significativas da criança para a melhoria do seu estado de saúde.

Há ainda a salientar que, no que diz respeito às dificuldades sentidas, foi notória a dificuldade de conciliação da vida profissional, pessoal, das horas de ensino clínico a cumprir e do tempo despendido para realização deste estudo

de caso. Realça-se como limitação o período de acompanhamento da criança e da família em estudo, limitando o acompanhamento e evolução do quadro clínico da criança para a realização de um estudo mais aprofundado, nomeadamente no momento da alta, como supramencionado.

Deste modo, pode-se analisar ainda que o estudo de caso é um método adequado à investigação, despoletando uma pesquisa intensiva para uma determinada problemática, neste caso a bronquiolite, adquirindo mais conhecimentos sobre tal, de forma aprofundada e intensiva, com variadas fontes de evidência (Andrade et al., 2017; Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Referências Bibliográficas

- Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: um revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4), e5360016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Barbosa, L.R., Gomes, E., & Fischer, G. B. (2014). Sinais clínicos de disfagia em lactentes com bronquiolite viral aguda. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(3), 157-163. <https://www.scielo.br/j/rpp/a/bVnV7YzP8LncD3bXhyR7Lcv/?format=pdf&lang=pt>
- CARE case report guidelines (2013). 2013 CARE Checklist. Autor. <https://www.care-statement.org/checklist>
- Carrascoza, G. G., Abreu, L. A., Araujo, L. U., & Torres, Q. (2019). Bronquiolite viral aguda e o uso de imunoprofilaxia com palivizumabe. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 27(3), 71-74.

https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190805_074056.pdf

Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Cuidados centrados na Família. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 28-32). Lidel.

Chora, M. A. C. (2020). O Lactente. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 136-146). Lidel

Conselho Internacional de Enfermagem (2019). *Browser Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Autor

European Medicines Agency. (2022). *New medicine to protect babies and infants from respiratory syncytial virus (RSV) infection*. <https://www.ema.europa.eu/en/news/new-medicine-protect-babies-infants-respiratory-syncytial-virus-rsv-infection>

Figueiredo, M. & Amendoeira, J. (2018). O Estudo de Caso e como Método de Investigação em Enfermagem. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 6(2), pp. 102-107. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/16137/14378>

Loureiro, F., Antunes, A. & Charepe, Z. (2021). Theoretical Nursing Conceptions in Hospitalized Child Care: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265>

Mendes-da-Silva, A., Gonçalves-Pinho, M., Freitas, A., & Azevedo, I. (2019). Trends in hospitalization of acute bronchiolitis in Portugal: 2000-2015. *Journal Pulmonology*, 25(3), 154-161.

<https://www.journalpulmonology.org/en-pdf-S2531043718300783>

Monteiro, A. J., Cerqueira, C. (2020). Modelo de Pareceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 33-38). Lidel.

Monteiro, F. P. M., Silva, V. M., Lopes, M. V. O., & Araujo, T. L. (2007). Condutas de enfermagem para o cuidado à criança com infecção respiratória: validação de um guia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 458-463. <https://www.scielo.br/j/ape/a/SkDS4djKcgpQwm5vXXnGkkH/?format=pdf&lang=pt>

Norma 016/2012. **Direção-Geral da Saúde**. (23/02/2015). [Consult. 13/11/2022]. Disponível em WWW: <<https://www.sip-spp.pt/media/wz4jlao5/bronquiolite-aguda-2015-dgs.pdf>>

Norma 019/2012. **Direção-Geral da Saúde**. (26/12/2012). [Consult. 13/11/2022]. Disponível em WWW: <<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/diagnostico-e-tratamento-da-pneumonia-adquirida-na-comunidade-em-idade.pdf>>

Regulamento n.º 422/2018. Diário da República II Série. 133 (12-07-2018) 19192-19194. [Consult. 01-12-2022]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Schaller, A., & Galloway, C.S. (2017). Bronchiolitis in Infants and Children. *South Dakota Medicine*, 70(6), 274-277.

Smith D. K., Seales, S., & Budzik, C. (2017). Respiratory Syncytial Virus

Bronchiolitis in Children. *American Family Physician*, 95(2), 94-99.
<https://www.aafp.org/dam/brand/aafp/pubs/afp/issues/2017/0115/p94.pdf>

APÊNDICE II

Estudo de Caso

Cuidados de enfermagem especializados à adolescente submetida a cirurgia por escoliose:
estudo de caso

Cuidados de enfermagem especializados à adolescente submetida a cirurgia por escoliose: estudo de caso

Tânia Maria Fernandes Assunção^{1,2}

¹Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

²Escola Superior Saúde Santa Maria-Porto

RESUMO

A Escoliose Idiopática do Adolescente (EIA) é a mais habitual escoliose idiopática. O seu tratamento cirúrgico tem o intuito de diminuir a progressão da curvatura, preservar a função pulmonar e reduzir as alterações degenerativas da coluna vertebral. Com o decorrer do Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de cirurgia, no Hospital Dr. Nélcio Mendonça, realizou-se este artigo, tendo este como objetivos específicos: desenvolver conhecimentos sobre a Escoliose; explicar o processo de enfermagem segundo o modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, nomeadamente a avaliação inicial, a identificação dos focos e diagnósticos de enfermagem, as respetivas intervenções, bem como os resultados; e, por fim, refletir sobre a situação clínica selecionada e a importância da mesma no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESIP. Utilizou-se metodologia referente ao estudo descritivo do tipo estudo de caso, tendo em conta a *checklist* da CARE *case reports guidelines* (2013), encontrando-se o processo de enfermagem de igual modo. Relativamente aos resultados obtidos, iniciou-se pelo estudo dos focos, segundo o Browser CIPE (2019). Através destes, identificaram-se diagnósticos de enfermagem sensíveis à intervenção do enfermeiro especialista em ESIP. Tendo tal em conta e, com base na evidência científica, traçaram-se as intervenções capazes de ultrapassar os diagnósticos. Após sua análise, é evidente a importância das mesmas para a obtenção dos resultados desejados. É possível ainda refletir e certificar na importância dos cuidados especializados em ESIP, tendo sido fundamental a execução de uma avaliação inicial minuciosa, acedendo a meios complementares de diagnóstico e englobando a família e o meio envolvente da adolescente, recorrendo a um modelo centrado na criança e na família. Deste modo, pode-se ainda considerar a utilização do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey como adequada.

Palavras-chave: Estudo caso, Escoliose, Adolescente, Família, Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

Adolescent Idiopathic Scoliosis (AIS) is the most common idiopathic scoliosis. Its surgical treatment aims to reduce the progression of the curvature, preserve lung function and reduce degenerative changes of the spine. This article was written during the Paediatrics Internship in surgical inpatient units at Dr. Nélío Mendonça Hospital, with the following specific objectives: to develop knowledge on Scoliosis; explain the nursing process according to the Anne Casey's Care Partnership model, namely the initial assessment, the identification of nursing foci and diagnoses, the respective interventions, as well as the results; and, finally, reflect on the selected clinical situation and its importance in the development of the ESIP nurse's skills. The methodology used was a descriptive case study, taking into account the CARE case reports guidelines checklist (2013), including the nursing process. With regard to the results obtained, the study of the foci was conducted according to the ICNP Browser (2019). Through these, we identified nursing diagnoses that are sensitive to the intervention of the ESIP nurse specialist. Taking this into account, and based on scientific evidence, interventions capable of overcoming the diagnoses were designed. After analysis, it is clear that these interventions are important to achieve the desired results. It is also possible to recognise the importance of specialised care in IPSS, as it was critical to perform a thorough initial assessment, accessing complementary means of diagnosis and encompassing the family and the environment of the adolescent, using a child and family-centred model. Thus, the use of Anne Casey's Care Partnership Model can still be considered as adequate.

Key words: Case Reports, Scoliosis, Adolescent, Family, Pediatric Nursing.

Introdução

O atual artigo refere-se a um estudo de caso, surgindo de forma a dar resposta aos requisitos do Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Cirurgia, pertencente do segundo semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a cargo da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria-Porto. O mesmo foi orientado pela enfermeira Cláudia Fernandes e pela tutora enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP) Patrícia Rocha. Esta prática clínica decorreu no Serviço de Pediatria, do Hospital Dr. Nélío Mendonça (HNM) entre os dias 2 e 22 de janeiro, perfazendo um total de 108 horas.

A realização deste estudo de caso ambiciona um aprofundamento de conhecimentos sobre a prática de cuidados à criança, bem como uma reflexão sobre a realidade dos cuidados especializados à mesma e à sua família, num contexto de internamento, mediante um modelo que oriente a prática de enfermagem, bem como o próprio processo de enfermagem e respetivas taxonomias propostas pelo Conselho Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019). Tem como objetivos específicos: desenvolver conhecimentos sobre a escoliose; explanar o processo de enfermagem segundo o modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, nomeadamente a avaliação inicial, a identificação dos focos e diagnósticos de enfermagem, as respetivas intervenções, bem como os resultados; e, por fim, refletir sobre a situação clínica selecionada e a importância da

mesma no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESIP.

A escoliose é reconhecida como um desvio tridimensional da coluna vertebral, com um ângulo de *Cobb* superior a 10 graus. Segundo Costa e Silva (2019), existem dois grandes grupos de escoliose: a escoliose não idiopática; e a escoliose idiopática. Realça-se que o diagnóstico desta última só pode ser realizado quando descartado o diagnóstico da primeira (Costa & Silva, 2019).

A escoliose idiopática é classificada consoante a idade no momento do diagnóstico inicial, sendo dividida em quatro grupos etários: infantil; juvenil; do adolescente; e do adulto (Ferreira, 2015). A escoliose idiopática do adolescente (EIA) é a mais comum, sendo mais prevalente no género feminino (Costa & Silva, 2019).

Ferreira (2015) refere que, relativamente à sintomatologia, a EIA, geralmente, não apresenta sintomas evidentes e, desta forma, é frequentemente detetada aquando da realização de exames físicos de rotina. O principal sinal que pode alertar para a sua existência são as assimetrias do peito, dos ombros e da anca. O Raio-X é o exame de eleição para estabelecer o diagnóstico de escoliose (Ferreira, 2015).

O tipo de tratamento a ser efetuado, conservador ou cirúrgico, depende do tamanho da curva e do risco de progressão da mesma. O risco de progressão é maior em pessoas mais novas ou naquelas que apresentem maiores dimensões. Ferreira (2015) afirma que, nas curvas inferiores a 25 graus, é realizado um seguimento observacional, enquanto nas curvas entre os 25 e 45 graus poderá ser executado um tratamento conservador, como a fisioterapia. Já nas curvas superiores a 45 graus, está indicado o tratamento cirúrgico (Ferreira, 2015).

O tratamento cirúrgico da EIA é realizado com intuito de diminuir a progressão da curvatura, de manter a função pulmonar e de reduzir as alterações degenerativas da coluna vertebral (Marinho & Paz, 2022). Há a salientar que este procedimento não só leva à correção da curvatura como também acarreta benefícios no que diz respeito à autoestima, à satisfação e à qualidade de vida (Marinho & Paz, 2022).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011) refere que os principais medos relacionados com um internamento hospitalar e cirurgia são: a dor relacionada com os procedimentos; incertezas com anestesia; a própria cirurgia e o resultado da mesma; o separar-se dos pais; e a alteração das rotinas.

Em cada faixa etária existem medos mais típicos, variando estes de criança para criança. Diferem de ansiedade, uma vez que aparecem como reação a um perigo atual, com manifestações físicas predominantes, podendo originar fobias. Já a ansiedade é uma antecipação do perigo com predominância das manifestações psicológicas (OE, 2011).

A preparação da criança/jovem e família para a cirurgia é um fator importante para a redução destes sentimentos. Assim, é fundamental o papel do enfermeiro, integrado numa equipa multidisciplinar, para a desmistificação dos medos e diminuição da ansiedade (Carmo et al., 2020).

Segundo o artigo 4º da Carta da Criança Hospitalizada, as crianças e os pais têm o direito que lhes sejam transmitidas informações sobre a doença, através da utilização de linguagem acessível à sua faixa etária e compreensão, podendo, desta forma, participar nas decisões que lhes dizem respeito (Instituto de Apoio à Criança, 2008).

Uma criança/jovem e respetiva família mais preparados para a hospitalização poderão contribuir para uma melhor resposta após o procedimento, assim como para uma melhor colaboração desta última nos cuidados, acarretando numa maior segurança na alta hospitalar e menor tempo de internamento (Carmo et al., 2020).

A OE recomenda que o enfermeiro especialista em ESIP utilize, na sua prática, um modelo conceptual centrado na criança e na família (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

De acordo com o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, a prestação de cuidados de enfermagem à criança só é exequível quando os enfermeiros detêm competências que dão resposta às necessidades específicas de cada criança em parceria com os seus pais e/ou família. Podendo considerar que estes últimos são quem melhor presta cuidados aos seus filhos, tendo um papel primordial no crescimento e desenvolvimento adequado das crianças (Loureiro et al., 2021). Considerando o caso em estudo, optou-se pela sua utilização.

Anne Casey foi a primeira enfermeira a desenvolver um modelo no qual os profissionais de saúde envolvem ativamente os pais. Estes cuidados são planeados em função das capacidades e do desejo de envolvimento dos mesmos. Assim, os pais e os profissionais de saúde estão em igualdade, negociando e partilhando os cuidados, assim como partilhando a tomada de decisões (Monteiro & Cerqueira, 2020).

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey engloba cinco conceitos principais, nomeadamente: a criança; a família; os enfermeiros; a saúde; e o ambiente (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Assim, a **criança** é considerada como um ser com necessidades,

dependente de outros, normalmente dos pais. Com o crescimento, a criança vai desenvolvendo autonomia, tornando-se mais independente na realização das suas próprias necessidades (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Neste modelo, a **família** é definida como um conjunto de pessoas que prestam cuidados à criança e que exercem influência no seu desenvolvimento. Os pais são considerados os principais cuidadores da criança, no entanto, não é excluído o envolvimento e a influência de outros familiares significativos (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Os **enfermeiros** têm a responsabilidade de avaliar as habilidades e as competências da família, de modo a que criança e os seus pais sejam envolvidos nos cuidados e nas decisões da forma que desejarem. As intervenções dos mesmos envolvem a supervisão dos cuidados, através do aconselhamento, orientação, apoio físico e psicológico, assim como favorecendo um ambiente propício ao desenvolvimento da criança. Os enfermeiros também têm um papel relevante no encaminhamento para outros profissionais de saúde, quando assim considere necessário (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Na ótica deste modelo, a **saúde** é caracterizada como o estado de bem-estar mental e físico, fundamental para que a criança possa desenvolver todas as suas potencialidades. Este estado deverá ser permanente, uma vez que, qualquer alteração não identificada ou corrigida, poderá comprometer o desenvolvimento físico, espiritual, social e psicológico (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Por fim, o **ambiente** é o conjunto dos elementos exteriores à criança que influenciam o seu desenvolvimento (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Anne Casey, segundo Monteiro e Cerqueira (2020), clarifica a natureza

dos cuidados prestados à criança conforme a pessoa que os presta. Assim, os cuidados familiares são aqueles que, normalmente, são prestados pelos pais, englobando os cuidados de higiene, de alimentação, de conforto e de amor. Já os cuidados de enfermagem referem-se a incumbências especializadas prestadas por enfermeiros, com o propósito de colmatar as necessidades de saúde da criança, em função do seu quadro clínico.

O modelo defende que os enfermeiros devem incentivar os pais a prestar os cuidados familiares, contudo, poderão prestar cuidados familiares se a criança ou família necessitarem. Estes dois tipos de cuidados não são inflexíveis, ou seja, poderão haver situações que os enfermeiros desempenham cuidados familiares e, outras, em que os pais, com ensino, instrução e supervisão do enfermeiro, prestam cuidados de enfermagem (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Assim, a parceria de cuidados é um modelo que privilegia uma relação de confiança, aceitação e compreensão durante todo o processo, entre criança, a família e os enfermeiros (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Método

A metodologia utilizada foi a de estudo descritivo do tipo estudo de caso, seguindo as recomendações da *checklist* da CARE *case reports guidelines* (2013), estando o processo de enfermagem segundo tal.

Os dados colhidos e, posteriormente tratados, asseguram o direito à confidencialidade e ao anonimato e, assim, os nomes expostos serão apresentados por intermédio de siglas.

O caso clínico refere-se a uma adolescente (J.) que foi internada no serviço de pediatria para ser submetida a cirurgia programada para correção cirúrgica de escoliose.

Chegou ao serviço de pediatria no dia anterior à cirurgia, acompanhada pela mãe, no qual foi realizado o acolhimento.

Demonstrava-se comunicativa e colaboradora, quando assim solicitada, eupneica e apirética. Observou-se pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresentava vestuário e calçado limpo e adequado à altura do ano. Quanto à vigilância de saúde, sabe-se que é realizada no Centro de Saúde (CS) da área de residência e no Hospital, possuindo vacinas atualizadas e negando alergias. Neste momento não fazia nenhum tipo de medicação. Apresentava peso de 52 quilogramas e estatura de 153 centímetros e referiu dieta geral, não demonstrando gosto pelos legumes. Salienta-se ainda que possuía controlo de esfíncteres.

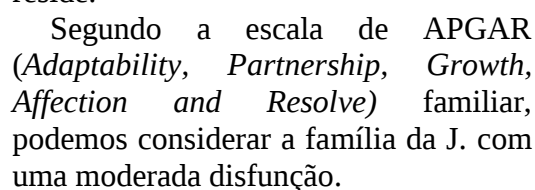
Nesse mesmo dia, a J. fez medicação à noite, nomeadamente ondasetron, diazepam e paracetamol, por via oral, ficando em dieta 0 a partir das 0 horas do dia seguinte. No dia da cirurgia, de manhã, voltou a fazer medicação (ondasetron e diazepam), realizou banho pré-operatório com clorexidina e foi aplicado Emla no dorso da mão esquerda, sendo, posteriormente, acompanhada para o bloco. Salienta-se que, nesse momento a mãe já havia assinado o consentimento informado.

Deste modo, foi submetida à correção cirúrgica da escoliose com instrumentação Malibu/Daytona por via posterior da D3 à L4, sob anestesia geral. Durante a cirurgia teve perdas hemáticas de 500ml.

Após a intervenção, a J. permaneceu na unidade de cuidados especiais, sendo transferida no dia seguinte para o serviço de pediatria.

À chegada ao serviço de pediatria apresentava-se queixosa, ansiosa e com palidez generalizada. Na cirurgia de escoliose pediátrica há, normalmente, perdas hemáticas significativas e consequentes transfusões sanguíneas (Ferreira et al, 2019). Como

Relativamente à **família** da J., os pais são separados, vivendo atualmente com a mãe, com o padrasto e com a meia-irmã, como ilustra a Figura 1 – Genograma.



No que se refere aos **enfermeiros** envolvidos, exercem no Serviço de Pediatria, sendo especialistas e generalistas. Estes prestam cuidados e asseguram o bem-estar da criança e da família.

Relativamente à **saúde**, encontramos o bem-estar da criança e da família comprometido devido à cirurgia da J.

Por fim, o **ambiente** em que a criança e família se inserem parece disfuncional, acarretando consequências no bem-estar da adolescente.

Resultados

Na etapa consequente do processo de enfermagem identificam-se os focos de atenção, bem como se resumem os problemas identificados na situação evidenciada em diagnósticos de enfermagem.

Os focos identificados, segundo o *Browser CIPE* (2019), foram:

- Infecção: “Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo”;

- Dor por ferida: “Dor cutânea: sensação de dor com origem numa ferida ou na periferia de uma ferida, consoante a natureza desta; habitualmente descrita como uma dor aguda, cortante e lacerante ou como uma dor embotada, surda, incómoda, com hipersensibilidade, a menos que a lesão tenha destruído as terminações nervosas e as sensações de dor”;

- Cicatrização da ferida cirúrgica: “Cura”;

- Ansiedade: “Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia”;

- Processo familiar: “Processo: desenvolvimento de interações e padrões de relacionamento entre os membros da família”.

A partir da seleção dos focos supramencionados, identificaram-se alguns diagnósticos de enfermagem sensíveis à intervenção do enfermeiro especialista em ESIP.

Relativamente ao foco “Infecção”, o diagnóstico realizado foi “Risco de Infecção”, isto devido ao fato de a J. ter sido submetida a um procedimento cirúrgico, havendo sempre, em qualquer tipo de cirurgia, a possibilidade de infecção. Neste caso cirúrgico e, segundo Ferreira (2015), a ocorrência de infecção é grande devido à extensão da intervenção.

No que se refere ao foco “Dor por ferida cirúrgica”, o diagnóstico levantado foi “Dor por ferida cirúrgica atual”, dado que, à chegada ao serviço de pediatria, a J. referia dor nível 8 segundo a escala numérica (DGS, 2003) no local da ferida cirúrgica.

Em relação ao foco “Cicatrização da ferida”, o diagnóstico efetuado foi “Potencial para a cicatrização da ferida cirúrgica”, visto que a J. tinha a ferida cirúrgica e que a sua cicatrização não estaria completa durante o internamento, mas sim iniciada.

Relativamente ao foco “Ansiedade”, o diagnóstico levantado foi “Ansiedade atual”. Este diagnóstico foi selecionado devido aos antecedentes pessoais da adolescente e pelo fato de apresentar períodos de ansiedade, principalmente aquando dos cuidados prestados.

Por fim, no que concerne ao foco “Processo familiar”, o diagnóstico efetuado foi “Processo familiar comprometido”. Este deve-se à relação conflituosa que existe entre a mãe e a J. e, sobretudo, por serem uma família com moderada disfuncionalidade.

Uma vez identificados os focos de intervenção do enfermeiro especialista em ESIP, segue-se o planeamento e a implementação das intervenções de enfermagem que compõe, respetivamente, a terceira e quarta etapa do processo de enfermagem.

O planeamento das intervenções deverá ir ao encontro dos resultados esperados pelo enfermeiro, pela adolescente e pela família.

Deste modo, este, assim como os seus respetivos resultados esperados, encontram-se representados nas seguintes tabelas (Tabela 1, 2, 3, 4 e 5).

Iniciar-se-á pela apresentação do diagnóstico “Risco de infeção”, na Tabela 1, com as intervenções levadas a cabo e o resultado esperado.

Tabela 1: Diagnóstico - Risco de infeção

Intervenções	Resultado esperado
- Vigiar sinais e sintomas de infeção; - Monitorizar temperatura corporal; - Administrar antibioterapia, segundo prescrição médica; - Vigiar local de inserção de CVP;	Nenhuma infeção

De seguida, na Tabela 2, abordar-se-á o diagnóstico “Dor por ferida cirúrgica atual” que, de igual modo ao anterior, apresenta as intervenções realizadas e o resultado esperado com as mesmas.

Tabela 2: Diagnóstico - Dor por ferida cirúrgica atual

Intervenções	Resultado esperado
- Avaliar dor com escala numérica; - Administrar medicação para a dor; - Ensinar sobre dor; - Monitorizar dor; - Incentivar medidas não farmacológicas – distração;	Dor por ferida melhorada

À semelhança do anterior, apresentar-se-á a Tabela 3, referente ao diagnóstico “Potencial para a cicatrização da ferida cirúrgica”, indicando as intervenções tidas em conta e o resultado esperado.

Tabela 3: Diagnóstico - Potencial para cicatrização da ferida cirúrgica

Intervenções	Resultado esperado
- Vigiar penso da ferida cirúrgica; - Vigiar ferida cirúrgica; - Ensinar cuidador e adolescente sobre cuidados ao penso; - Executar penso à ferida com técnica assética; - Avaliar conhecimento sobre cicatrização da ferida; - Ensinar cuidador e adolescente sobre cicatrização da ferida; - Avaliar evolução da cicatrização da ferida; - Monitorizar cicatrização da ferida;	Cicatrização da ferida cirúrgica em progressão

De seguida, a Tabela 4 corresponde ao diagnóstico “Ansiedade atual”, englobando, como anteriormente, as intervenções e o resultado esperado.

Tabela 4: Diagnóstico - Ansiedade atual

Intervenções	Resultado esperado
- Estabelecer relação de confiança com a adolescente; - Apoiar adolescente; - Encorajar a comunicação de emoções; - Ensinar sobre o processo patológico; - Elogiar a capacidade de desempenho; - Incentivar atividade de lazer; - Ensinar medidas de relaxamento; - Envolver o cuidador; - Administrar medicação ansiolítica: alprazolam 0,25mg, via oral, 12/12 horas.	Ansiedade melhorada

Por fim, a Tabela 5 diz respeito ao diagnóstico “Processo familiar comprometido”, englobando, como anteriormente, as intervenções e o resultado esperado.

Tabela 5: Diagnóstico - Processo familiar comprometido

Intervenções	Resultado esperado
- Apoiar processo familiar; - Avaliar funcionalidade familiar através da escala APGAR; - Promover processo familiar: promover a comunicação entre os membros da família, nomeadamente com o pai; - Incentivar comunicação; - Facilitar o relacionamento com a família: através de chamadas e videochamadas.	Processo familiar efetivo

Após a implementação das intervenções, dá-se a última fase do processo de enfermagem, ou seja, a avaliação comparativa entre os estados de saúde inicial e final da criança e da família, tendo sido estas alvo das intervenções delineadas.

No que se refere ao diagnóstico “Risco de infeção”, a J. durante o internamento, permaneceu-se apirética, sem sinais e sintomas de infeção. Cumpru com antibioterapia durante 72 horas, prescrita pelo médico, e o valor de PCR (Proteína C-reativa), nas últimas análises realizadas, estavam dentro dos valores esperados. Desta forma, considera-se que o resultado esperado foi atingido. Segundo Vilefort et al. (2021) a febre é, frequentemente, um sinal precoce de uma infeção aguda, considerando que, se esta ocorrer nas primeiras 48 horas do pós-operatório, trata-se, possivelmente, de uma consequência do trauma cirúrgico. Já caso apareça entre o terceiro e o sexto dia, pode indicar infeção urinária ou incisional, de uma infeção dos cateteres vasculares, de uma tromboflebite dos membros inferiores ou de uma peritonite localizada ou generalizada.

No que concerne ao diagnóstico “Dor por ferida cirúrgica atual”, a J. apresentou períodos com dor de moderada a intensa, realizando analgesia a horas por via endovenosa e com autocontrolo pelo PCA. Sabe-se

que quando não se intervém na dor, esta poderá ter efeitos prolongados no tempo, salientando a possibilidade de agravamento da recuperação pós-cirúrgica (Fernandes, 2020). Teve-se tal em conta e, ao longo do internamento, a dor foi, progressivamente, menos intensa, diminuindo a dosagem da medicação analgésica e passando, posteriormente, para via oral. Considerando que Fernandes (2020) revela a importância da avaliação e gestão da dor e desconforto fazer parte do processo terapêutico, considera-se atingido o resultado esperado.

No que concerne ao diagnóstico “Potencial para cicatrização da ferida cirúrgica”, tem-se em conta que a cicatrização é um processo biológico complexo que deve passar por quatro fases distintas e bem demarcadas (hemóstase, inflamação, proliferação e remodelação) e, para o sucesso deste processo, estas devem desenrolar-se ordenadamente e em tempos úteis (Leal & Carvalho, 2014). Como tal, há a necessidade do controlo e vigilância da ferida de forma que esta respeite a evolução pretendida, executando-o de forma assética para que não surjam complicações futuras. Segundo Vilfort et al. (2021), as complicações pós-cirúrgicas importantes no que se refere à ferida operatória são a deiscência, hematoma e seroma, tornando-se crucial a vigilância constante da ferida. Considerando o supramencionado, o objetivo foi atingido, deparando-nos com uma ferida sem sinais inflamatórios, com bordos bem coaptados e com uma boa evolução da cicatrização.

Relativamente ao diagnóstico “Ansiedade atual”, a J., no início do internamento, apresentava períodos de ansiedade, principalmente aquando da prestação de cuidados. Nabais e Nunes (2020) referem que no ambiente de internamento, a relação terapêutica está presente em todos os momentos de

interação com adolescente, em todos os espaços, bem como nas atividades de vida diária. Sendo assim, torna-se fulcral que o enfermeiro estabeleça uma relação de confiança com o mesmo (Nabais & Nunes, 2020). Tal foi tido em conta, para além de seguir as necessidades do adolescente a este nível, considerando que a literatura descreve que os cuidados de enfermagem devem se focar na realização/aconselhamento de atividades, redução de danos, entrevista motivacional, relacionamento interpessoal, plano de cuidados sistematizado, envolvendo o adolescente, a família e os seus pares (Teixeira et al., 2020). A este nível, seria interessante também pôr em prática ações de educação em saúde e grupos terapêuticos (Teixeira et al., 2020), contudo, tendo em conta o contexto (internamento) e a duração do estágio em causa, tal não se realizou. Considera-se que, com as intervenções levadas a cabo, a ansiedade foi reduzida, despertando maiores níveis de segurança, autoestima e confiança.

A hospitalização e a cirurgia da criança representam, tanto para a criança como para a família, uma situação geradora de *stress*, demonstrando a importância da presença dos pais no internamento, bem como o seu envolvimento nos cuidados, garantindo afeto, segurança e apoio, minimizando os efeitos negativos e devastadores da hospitalização (Monteiro & Cerqueira, 2020). Tendo em conta a disfuncionalidade familiar vivida, considerou-se pertinente incidir a nossa intervenção nesse aspeto, pois, tal como refere Rodrigues (2013), o envolvimento da família na prestação de cuidados é fulcral não só para diminuir o sentimento de crise vivida pelos diversos intervenientes, como também para o aumento da qualidade do serviço e para o bem-estar do adolescente, família e profissionais envolvidos.

Considera-se que com as intervenções realizadas, houve maior facilidade de relacionamento entre os familiares, apoiando-se e, atingindo o objetivo, ou seja, um processo familiar efetivo.

Discussão

Com este estudo de caso foi possível verificar a importância dos cuidados especializados em ESIP na criança submetida a cirurgia programada, mais especificamente à correção cirúrgica da escoliose.

Assim, o enfermeiro possui um papel fundamental na preparação da criança/jovem e família para a cirurgia, tornando o procedimento mais eficaz para a redução do medo, da ansiedade. Consecutivamente, considera-se que, desta forma, obtém-se melhores resultados e uma alta mais precoce, dando-se o ensino dos familiares para a prestação de cuidados posteriores a tal.

A avaliação não deve apenas contemplar a vítima da doença, devendo englobar a família e o ambiente que a rodeia. Salientando ainda que a OE indica que o enfermeiro especialista em ESIP deve recorrer a um modelo centrado na criança e na família (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Deste modo, considera-se assertivo o recurso ao Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, instruindo e incluindo a família na prestação de cuidados e na tomada de decisões.

Com as intervenções levadas a cabo, baseadas na evidência mais recente, foi possível verificar bons resultados, atingindo os objetivos, demonstrando melhorias significativas na sua condição e nos ensinamentos à família.

Neste contexto, é indiscutível a relevância da prática de cuidados especializados em ESIP e, para demonstrar tal importância, recorro ao Regulamento de Competências

Específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP (2018).

Neste caso em específico, foi possível dar assistência à criança, com a sua família, assim como prestar cuidados específicos em resposta às suas necessidades. Assim, pode-se considerar que tal respeita o regulamento referido, nomeadamente nos pontos 1.1. “Implementa e gere, em pareceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (...)” (p. 19193) e 3.3. “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (p. 19194).

Debruçando-nos no estudo clínico, podemos ainda notar pertinência da intervenção da ESIP na maximização da saúde da criança, na prestação de cuidados em situações de especial complexidade e que envolvam o seu desenvolvimento. Como tal, cumpriu-se os pontos 1.2. “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco (...)” (p. 19193), 2.1. “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (p. 19193), 2.2. “Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança (...)” (p. 19193), 2.4. “Providencia cuidados à criança (...) promotores da majoração de ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias em enfermagem (...) amplamente suportadas na evidência” (p. 19193), 3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (p. 19194). Há a acrescentar que, para tal, pode-se referir que se avaliou a criança e a família, diagnosticando os seus problemas precocemente. Desta forma, observaram-se e avaliaram-se os seus sinais vitais, prestando cuidados atraumáticos, confortando a adolescente, minimizando o desconforto e dor, recorrendo a escalas e a procedimentos institucionais, bem como

promovendo ganhos de saúde com recurso às intervenções anteriormente referidas, baseadas na evidência. Além disso, teve-se sempre em conta o melhor para a adolescente e aproveitou-se para trabalhar a relação familiar, considerando-a como um pilar no desenvolvimento e crescimento saudável.

Todavia, há pontos menos fortes a referir, nomeadamente, o facto de a criança não ter repetido as análises para o momento de alta, para validar valores de hemoglobina, entre outros fatores. Há a referir ainda uma limitação que o enfermeiro pode ter, nomeadamente a dificuldade para despende de tempo para o acompanhamento da adolescente e da família, tendo em conta a sobrecarga de atividades e movimento constante no internamento do Serviço de Pediatria do HNM.

Considerações Finais

Considera-se que, com este estudo caso, fui capaz de adquirir e desenvolver competências específicas de enfermeira especialista em ESIP, aplicando uma prática baseada na evidência e assistindo a adolescente e a família, maximizando a sua saúde, em situações de especial complexidade.

Assim foi possível atingir os objetivos delineados para este estudo, uma vez que se desenvolveu conhecimentos sobre o tema, explanando o processo de enfermagem segundo o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e, finalmente, se refletiu sobre a situação clínica em causa e a sua importância na aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESIP.

A elaboração deste estudo foi, sem dúvida, muito satisfatória, fazendo com que desenvolvesse competências de investigação e, sobretudo, permitindo aprofundar habilidades e refletir sobre a prática levada a cabo, investindo-a na

evidência mais atual, despoletando o bem-estar da criança internada e envolvendo sempre as pessoas significativas da criança para a melhoria do seu estado de saúde.

Há ainda a salientar que, no que diz respeito às dificuldades sentidas, foi notória a dificuldade de conciliação da vida profissional, pessoal, das horas de ensino clínico a cumprir e do tempo despendido para realização deste estudo de caso. Realça-se como limitação o período de acompanhamento da criança e da família em estudo, limitando o acompanhamento e evolução do quadro clínico da criança para a realização de um estudo mais aprofundado.

Deste modo, pode-se analisar ainda que o estudo de caso é um método adequado à investigação, despoletando uma pesquisa intensiva para uma determinada problemática, adquirindo mais conhecimentos sobre tal, de forma aprofundada e intensiva, com variadas fontes de evidência (Andrade et al., 2017; Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Referências Bibliográficas

Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: um revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4), e5360016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>

CARE case report guidelines (2013). 2013 CARE Checklist. Autor. <https://www.care-statement.org/checklist>

Carmo, M., Rocha, E., Bentes, M., & Soares, C. (2020). A Criança e o Jovem Submetidos a Procedimento Cirúrgico. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 218-230). Lidel.

Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Cuidados centrados na Família. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 28-32). Lidel.

Conselho Internacional de Enfermagem (2019). *Browser Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Autor

Costa, R. P. & Silva, A. I. (2019). Escoliose Idiopática do Adolescente: Diagnóstico e Tratamento Conservador. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 31(4), 19-36. <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/302/185>

Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 39-56). Lidel.

Ferreira, A., Nóbrega, S., Alves, M., Virella, D., & Ramos, S. (2019). Resultados Preliminares da Implementação de Protocolo de “Gestão do Sangue do Doente” em Cirurgia de Correção de Escoliose Pediátrica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 28(2), 90-95. <https://dx.doi.org/10.25751/rspa.17186>

Ferreira, D. G. (2015). *Escoliose Idiopática do Adolescente* (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina). Universidade de Beira Interior, Covilhã.

Figueiredo, M. & Amendoeira, J. (2018). O Estudo de Caso e como Método de Investigação em Enfermagem. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 6(2), pp. 102-107.

<https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/16137/14378>

Instituto de apoio à criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4ª ed.). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf

Leal, E. C., & Carvalho, E. (2014). Cicatrização de Feridas: O Fisiológico e o Patológico. *Revista Portuguesa de Diabetes* 9(3). 133-143.

Loureiro, F., Antunes, A. & Charepe, Z. (2021). Theoretical Nursing Conceptions in Hospitalized Child Care: Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265>

Marinho, M. F., & Paz, J. V. C. (2022). Qualidade de vida após tratamento cirúrgico para escoliose idiopática do adolescente: revisão sistemática da literature. *Research, Society and Development*, 11(4), 1-8. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/>

Monteiro, A. J., Cerqueira, C. (2020). Modelo de Pareceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 33-38). Lidel.

Nabais, A., Nunes, L. (2020). A Criança e o Jovem com Problemas de Saúde Mental. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 264-272). Lidel.

Norma 010/2013. **Direção-Geral da Saúde**. (31/05/2013). [Consult. 21/01/2023]. Disponível em WWW: <<https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVID>

[ENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DG_S_010_2013-05.2013.pdf](#)>

Norma 09/DGCG. **Direção-Geral da Saúde**. (14/06/2003). [Consult. 20/01/2023]. Disponível em WWW: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume III. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_volii.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Adolescent mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Regulamento n.º 422/2018. Diário da República II Série. 133 (12-07-2018) 19192-19194. [Consult. 22/01/2023]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Rodrigues, L. M. O. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Teixeira, L. A., Freitas, R. J. M., Moura, N. A., & Monteiro, A. R. M. (2020). Necessidades de Saúde Mental de Adolescentes e os Cuidados de Enfermagem: Revisão Integrativa. *Texto e Contexto Enfermagem*, 29,1-15. <https://www.scielo.br/j/tce/a/sxfq53q5mHTcVrXRmmXdKSp/?format=pdf&lang=pt>

Vilefort, L. A., Sabino, I. M. O., Muniz, L. B., Santana, M. B., Santos, M. O., Júnior, I. B. A., Baião, P. A. M.,

Atavila, F. P., Ramos, S. M., & Sampaio, M. C. F. C. (2021). Principais complicações pós-operatórias: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 36, 1-7. <https://doi.org/10.25248/REAC.e8853.2021>

APÊNDICE III

Análise dos artigos selecionados

TABELA DE ANÁLISE DE ARTIGOS

Autores (data) Título e País	Objetivos	Metodologia (com amostra)	Principais Resultados/Conclusões
1. Samuel, F. O., Olaolorun, F. M., & Adeniyi, J. D. (2016). A training intervention on child feeding among primary healthcare workers in Ibadan Municipality. Nigéria	Avaliar o efeito da formação sobre os conhecimentos, as atitudes e fornecimento de informações e aconselhamento sobre alimentação de bebês e crianças pequenas entre profissionais de saúde de cuidados primários.	Um estudo de intervenção antes e depois de intervenção clínica. Foram aplicados questionários antes da intervenção, no pós-intervenção imediato e 4 semanas após a intervenção. Uma amostra de 124 profissionais de saúde (enfermeiros, agentes comunitários de saúde e técnicos de farmácia) Realizado uma sessão educação durante 2 dias aos profissionais de saúde usando palestras, sessões interativas, trabalhos de grupo, questionários, músicas e encenações. Também foi desenvolvido um manual de apoio.	No início do estudo o conhecimento aprofundado sobre a alimentação infantil era menor do que o esperado, estes apresentavam mais conhecimento sobre o aleitamento materno do que a alimentação complementar. No estudo, foi observado que prevalecem atitudes positivas em relação à adequação e viabilidade do aleitamento materno exclusivo, assim como em relação à comunicação com as mães. Essas atitudes podem ser vistas como positivas e servir de base para promover a alimentação infantil no seio da comunidade. Entretanto, também foram identificadas algumas atitudes negativas em relação ao HIV e à alimentação complementar. Isso está associado ao fraco conhecimento dos profissionais de saúde sobre esses aspetos, tanto antes quanto depois da intervenção. Essas atitudes profundamente enraizadas, possivelmente influenciadas por questões socioculturais, parecem moldar as opiniões dos profissionais de saúde,

		mesmo após receberem formação e intervenção em saúde pública. Sendo assim, é fundamental que a comunicação para a mudança de comportamentos em relação à alimentação infantil comece pelos profissionais de saúde. De acordo com o estudo, uma grande percentagem de profissionais de saúde afirmou praticar sessões de aconselhamento individual com mães, aumentando ainda mais após a intervenção. No entanto, as entrevistas com as mães discordaram dessa afirmação, pois elas referiram ter recebido esse tipo de aconselhamento raramente. Isso pode se dever ao fato de os profissionais de saúde terem sobrevalorizado sua interação com as mães ou confundido conversas em grupo com sessões individuais. Também é possível que os profissionais de saúde tenham respondido de acordo com o que era esperado dele. De um modo geral, os conhecimentos e as atitudes melhoraram imediatamente após a intervenção de formação, no entanto estas melhorias precisam ser fortalecidas e mantidas. Formação inovadora em serviço e exercícios regulares de reciclagem a nível do governo local
--	--	--

			podem ajudar a melhorar o conhecimento dos profissionais.
2. Warren, J. (2018). An update on complementary feeding. Reino Unido	Fornecer uma visão geral da alimentação complementar	Revisão de literatura	O termo preferido a utilizar é alimentação complementar em vez de desmame. No Reino Unido, é aconselhado iniciar a alimentação complementar aos seis meses; na Europa, aconselha-se um período mais flexível de 4-6 meses. A Alimentação responsiva trata-se da leitura dos sinais de fome e saciedade de um bebé, sinais que não devem ser anulados. A BLW, uma abordagem para bebés a partir dos seis meses de idade que incentiva a autoalimentação em vez da tradicional introdução de purés através de uma colher e coloca os bebés no controlo. As orientações foram recentemente alteradas à luz de novas investigações que sugerem que os alergénios devem ser introduzidos em bebés de alto risco sob supervisão. A oferta de uma dieta equilibrada é importante, os primeiros dias da alimentação complementar proporcionam uma janela de oportunidade para a introdução de vegetais. As alterações nas orientações para a alimentação complementar demonstram a importância dos enfermeiros

			se manterem atualizados.
3. Arias-Ramos, N., Andina-Díaz, E., Grando-Soto, M., Rodríguez, R. A., & Liébana-Presa, C. (2022) Baby-led weaning: Health professionals ‘knowledge and attitudes and parents’ experiences from Spain. A mixed methods approach Espanha	Descrever os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a alimentação complementar e o método BLW e as atitudes em relação à sua recomendação. Explorar os conhecimentos, experiências e atitudes dos pais que utilizaram o método BLW	Investigação de métodos mistos 38 Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e parteiras) - estudo transversal; 10 mães - abordagem qualitativa e fenomenológica.	A maioria dos profissionais de saúde (86,8%) conhece o método BLW e os seus benefícios (76,3%), no entanto, não o recomendam em todos os casos. Preocupações com o engasgamento, baixa ingestão de energia, pouca evidência científica ou risco de uma dieta não saudável são algumas das razões de não recomendarem a todos os pais. Para informar sobre o método 79% dos profissionais de saúde utilizavam uma folha de aconselhamento escrita sendo que algumas eram do CS enquanto outros utilizaram guias de saúde emitidos por uma associação científica. Os profissionais mencionaram que o método facilita a transição para as refeições de família, uma melhor adaptação do bebé aos sabores e texturas, promove a mastigação e o desenvolvimento da motricidade fina, melhorava o crescimento e pode ser também um fator de proteção contra a obesidade. Relativamente aos riscos, nem todos os profissionais concordam que o método aliviava a ansiedade materna ou o envolvimento excessivo na alimentação, ou que era visto

			pelas mães como um método conveniente ou evitava conflitos nas refeições. Estas opiniões são contraditórias às das mães que utilizam o método. As mães consultam principalmente fontes informais de informação para conhecer o método e implementá-lo. As mães referiram que o método encorajava a autonomia do bebé e promovia hábitos alimentares saudáveis. Os autores do estudo recomendam explorar outras razões pelas quais os profissionais não recomendam o método BLW, os resultados sugerem que existe um fosso entre os profissionais e os pais que querem utilizar o método BLW. É necessária mais investigação para poder educar os pais, com base em estudos científicos, que querem utilizar o método BLW aumentando assim a confiança destes nos profissionais de saúde. Por exemplo, ensinar os pais sobre nutrição ou instruí-los sobre manobras desobstrução das vias respiratórias poderia aumentar a perceção que os pais têm dos profissionais de saúde como especialistas.
4. Neves, F. S., Romano,	Descrever as	Estudo de corte transversal	A maioria dos profissionais (82,1%) relatou conhecer o

B. M., Campos, A. A. L., Pavam, C. A., Oliveira, R. M. S., Cândido, A. P. C., & Netto, M. P. (2021) Brazilian health professionals' perception about the Baby-Led Weaning (BLW) method for complementary feeding: an exploratory study. Brasil	percepções dos profissionais de saúde brasileiros acerca do método (BLW) para alimentação complementar.	conduzido com 458 profissionais de saúde (10,5% de enfermeiros, 10,5% 10,3% de terapeutas da fala, 12,7% de médicos, 65,3% de nutrição e 1,3% de dentistas) que atuavam em pediatria, estando direta ou indiretamente envolvidos com nutrição infantil.	método. Têm como principais fontes de informação algum curso, palestra, encontro profissional ou seminário/simpósio/congresso (36,2%) e a literatura científica (32,2%). Relativamente à recomendação: 38,3% recomendavam às vezes, 37,5% frequentemente, e 20,5% sempre e 3,7% nunca. Aqueles que nunca recomendavam o BLW apontaram os seguintes motivos: receio que o método refletisse em aporte nutricional (energético e/ou de micronutrientes) insuficiente para os bebês; escassez de evidências científicas; não possuir conhecimento satisfatório. Não houve relatos de preocupação com o risco de asfixia. Grande parte declarou que concordava totalmente que o método poderia trazer vantagens, tornando os bebês mais propensos a compartilhar refeições em família, facilitando a adaptação aos sabores e às consistências dos alimentos, potencializando a mastigação e favorecendo o desenvolvimento de habilidades motoras, porém
---	--	--	--

			manifestaram-se discordâncias importantes em relação à comodidade/conveniência e ao argumento de gerar menos preocupação ou ansiedade para os pais/cuidadores. Em geral, o BLW foi relatado como vantajoso, mas foram evidenciadas discordâncias, que são um provável reflexo da escassez de evidências científicas factuais sobre essa temática. São necessários mais estudos, para a melhor compressão de seus riscos e benefícios. Só assim os profissionais de saúde se sentirão efetivamente respaldados para fornecer suporte ou aconselhamento aos pais/cuidadores.
5. Ojha, S., Elfzzani, Z., Kwok, T. C., & Dorling, J. (2020). Education of family members to support weaning to solids and nutrition in later infancy in term-born infants (Review).	Comparar os efeitos das intervenções educativas em nutrição familiar para o desmame de bebês com o tratamento convencional no crescimento e neurodesenvolvimento na infância.	Meta-análise 21 ensaios clínicos (5 em países de alta renda e 16 em países de média/baixa renda) – 14,241 bebês	O aconselhamento nutricional foi fornecimento individualmente em visitas domiciliares, nas clínicas ou por telefone. Também foram realizadas sessões de grupo. Esta revisão demonstra que a educação nutricional pode ser uma ferramenta eficaz para melhorar o crescimento e a nutrição (conforme medido pelo peso e altura nos dois primeiros anos de vida) com evidência de certeza baixa a moderada devido a diferenças no desenho do estudo e na entrega da educação nutricional. Os resultados são incertos quanto aos efeitos da

Reino Unido			educação nutricional no desenvolvimento das crianças e no risco de anemia com um ano de idade, uma vez que apenas dois estudos apresentaram cada um desses resultados
6. Shi, L., Zhang. J., Wang, Y., Caulfield, L.E., & Guyer, B. (2009). Effectiveness of an educational intervention on complementary feeding practices and growth in rural China: a cluster randomised controlled trial. China	Avaliar a intervenção educativa nas práticas de alimentação complementar e nutrição infantil.	Ensaio aleatório controlado 8 Municípios de Laishui (zona rural da China): 599 bebês saudáveis com 2-4 meses de idade e acompanhados até 1 ano de idade (grupo de intervenção). Plano de intervenção: sessões de formação em grupo sobre seleção de alimentos, preparação e higiene, nutrição e crescimento infantil, e estio de alimentação responsivo; demonstração da preparação de receitas com alimentos disponíveis localmente, acessíveis, aceitáveis e nutritivos; folhetos com orientações	Verificou-se que a diversidade alimentar, a frequência das refeições e as práticas de higiene foram melhoradas no grupo de intervenção. O estudo indicou que mais crianças do grupo de intervenção foram alimentadas com diversos grupos de alimentos, incluindo carnes ou carnes de órgãos, ovos, frutas, vegetais, feijões, raízes, tubérculos e óleo alimentar. As atividades de intervenção foram culturalmente sensíveis, abrangentes e integradas com os recursos locais. Os resultados do estudo sugerem que uma intervenção educativa realizada através de profissionais de saúde pode conduzir a alterações comportamentais substanciais dos cuidadores e melhorar o crescimento dos bebês. Um fator fundamental para o sucesso do estudo foi o fato das intervenções terem sido realizadas pelos profissionais de saúde locais, os cuidadores classificaram os profissionais de saúde como a sua fonte de informação

		sobre alimentação infantil e métodos de preparação de receitas; visitas domiciliárias de 3 em 3 meses para identificar possíveis problemas de alimentação e fornecer aconselhamento individual. Membros da família e da comunidade também foram envolvidos. Antes do início da intervenção os profissionais de saúde tiveram formação.	mais fiável. Além disso os profissionais de saúde locais têm acesso imediato às famílias através dos cuidados de saúde de rotina, tornando-os o recurso mais viável para realizar a intervenção. Assim, a integração de atividades educativas no sistema de cuidados de saúde pode resultar numa maior sustentabilidade a longo prazo.
7. Fernández-Medina, I. M., Márquez-Díaz, R. E., Arcas-Rueda, M., Ruíz-Fernández, M. D., Ortiz-Amo, R., & Ventura-Miranda, M. I. (2022). Experiences and opinions	Descrever e compreender as experiências e opiniões de pediatras e enfermeiros especialistas em ESIP sobre a implementação da abordagem do método	Estudo descritivo qualitativo 20 profissionais de saúde (7 pediatras, 8 enfermeiros especialistas em ESIP e 5 enfermeiros internos residentes)	A maioria dos profissionais de saúde revelaram uma atitude positiva em relação ao método BLW, consideraram o método tão válido como o método tradicional. No entanto, reconhecem que a sua formação em BLW é limitada. Os conhecimentos adquiridos foram através de leitura de artigos científicos ou em participação de algumas conferências. Consideram um método mais natural, menos assustador

of Baby-Led Weaning by healthcare professionals: A qualitative study. Espanha	BLW	e complicado do que o tradicional. Referem algumas vantagens: permite a criança explorar a textura, o cheiro, a cor, o sabor e a temperatura dos alimentos, prevenido a aversão aos alimentos; estimula as capacidades orais e de mastigação; promover a motricidade fina. Os profissionais de saúde insistiram na importância de avaliar cuidadosamente a criança e a família antes de recomendar o método. Só deve ser recomendado a bebés saudáveis, com cerca de 6 meses de idade, que o bebé seja capaz de permanecer sentado, que consiga levar os alimentos à boca e também que demonstre interesse pela comida. Um dos receios do BLW é a desnutrição. Alguns profissionais de saúde referem que, até ao primeiro ano de vida, o alimento principal deve ser o leite, pelo que as crianças não ficarão subnutridas. Para atenuar este problema alguns profissionais de saúde defenderam o BLW misto que consiste em usar os alimentos sólidos e os purés tradicionais.
---	------------	--

			Uma das preocupações dos pais é o engasgamento, os profissionais salientaram que é importante educar os pais sobre formas seguras de preparar os sólidos e quais os alimentos seguros, bem como os sinais de asfixia. Todos os profissionais de saúde concordaram que existe muita desinformação sobre a alimentação nos primeiros 12 meses, assim as famílias receberão informações diferentes, dependendo do profissional de saúde que recorrem. A falta de consenso entre os diferentes profissionais de saúde faz com que os pais percam a confiança neles e procurem informações nas redes sociais. O contexto familiar e social também desempenha um papel importante na aplicação do método. Os profissionais de saúde referem que muitas das vezes as avós acham o método perigoso limitando a vontade da família em utilizar o método.
8. Davis, J. N., Brown, H., & Ramsay, S. A. (2017). Gaps in international nutrition and child feeding	Analisar a educação e a formação de enfermeiros em nutrição e alimentação em crianças pequenas	Estudo qualitativo 41 enfermeiros	Os enfermeiros possuem conhecimentos básicos adequados sobre nutrição e alimentação de crianças pequenas. Os métodos de transmissão de informação aos prestadores de cuidados eram palestras, demonstrações,

guidelines: a look at the nutrition and young child feeding education of Ghanaian nurses. Gana	Analisar a forma como os enfermeiros serviram de educadores para os prestadores de cuidados a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos.		recursos visuais e canções. As demonstrações de cozinha foram utilizados para mostrar como preparar de forma higiénica alimentos complementares nutritivos. A educação alimentar complementar centra-se principalmente na forma de oferecer os alimentos, incluindo quais os alimentos e os métodos preferidos de preparação, como a preparação dos pimentos picantes. Também informam sobre os nutrientes que devem estar presentes nos alimentos complementares como as proteínas e ferro e desencorajam a utilização de alimentos prontos e caros. Os enfermeiros referiram estratégias sobre como incentivar as crianças a comer, como práticas de alimentação indulgente. Cantar, brincar e bater palmas também eram recomendadas para atrair e incentivar as crianças a comer. Uma outra recomendação era a oferta dos alimentos às crianças em tigelas coloridas. Também os enfermeiros recomendavam que os familiares oferecessem variedade de alimentos.
--	--	--	--

			As visitas domiciliárias foram referidas como necessárias, não só quando os utentes não podiam comparecer na consulta como também observar in loco as recomendações dadas. Os obstáculos referidos pelos enfermeiros foram a pobreza, os conhecimentos, as atitudes e as crenças culturais dos prestadores de cuidados.
9. Hohman, E. E., Paul, I. M., Birch, L. L., & Savage, J. S. (2016). INSIGHT study parenting intervention to prevent childhood obesity improves patterns of dietary exposures in infants. Estados Unidos da América	Determinar se uma intervenção de parentalidade reativa afeta os padrões alimentares dos bebés.	Ensaio aleatório controlado Grupo de intervenção: 130 Grupo de controlo: 129 As mensagens específicas sobre alimentação ensinavam os pais a reconhecer os sinais de fome e saciedade, a oferecer alimentos e porções adequados à idade, a utilizar os alimentos apenas para satisfazer a fome não como recompensa ou castigo ou para acalmar uma criança angustiada	No início do estudo cerca de 60% das crianças de 9 meses estavam a consumir dietas inadequadas para o desenvolvimento, ou seja, pobres em alimentos complementares adequados à idade (frutas, legumes, carne, cereais, produtos lácteos que não o leite) e/ou rica em alimentos com elevada densidade energética. Os filhos das mães que receberam intervenção parental reativa tinham menos probabilidades de ter padrões alimentares baseados em fórmulas com baixa ingestão de alimentos complementares adequados ou alta ingestão consumo de sumos de fruta e de alimentos com alto teor de gordura. Uma intervenção precoce pode promover padrões mais saudáveis de ingestão alimentar, pelo menos entre os bebés

		mas sem fome, e a utilizar a exposição repetida para promover a aceitação dos alimentos, a importância de modelar comportamentos alimentares saudáveis, a responsabilidade partilhada pela alimentação e o estabelecimento de rotinas e limites. Relativamente à segurança foi abordado a segurança alimentar e a prevenção de engasgamentos.	alimentados com fórmula, o que pode contribuir para os efeitos positivos da intervenção parental no crescimento dos bebés.
10. Susanto, T., Syahrul, Sulistiyirini, L., Rondhianto, & Yudisianto, A. (2017). Local-food-based complementary feeding for the nutritional status of children ages 6-36 months in rural areas of Indonesia.	Avaliar um projeto-piloto, de um centro de alimentação de enfermagem, através de um programa local de alimentação complementar baseada em alimentos concebido para melhorar o estado	Desenho quase experimental Projeto de 9 semanas Amostra: 109 crianças Equipa de intervenção composta por enfermeiros, parteiras, nutricionistas Realizados sessões de cozinha em grupo.	A alimentação complementar com alimentos locais é benéfico para melhorar o estado nutricional dos bebés e das crianças. É uma forma de restaurar o estado nutricional adequado dos bebés e crianças de famílias pobres. A disponibilidade de alimentos baratos e facilmente acessíveis (alimentos indígenas) que podem ser encontrados na área local aumenta o <i>feedback</i> positivo das famílias em relação ao projeto. Nas atividades de supervisão as mães referiram vários

Indonésia	nutricional de crianças com idades entre os 6 e 36 meses em centros de saúde comunitários.	Fornecido um manual que continha um gráfico de crescimento padrão da OMS, receitas baseadas em alimentos locais como complemento ao leite materno e uma tabela para controlar o peso e a altura. Depois das sessões as famílias eram avaliadas no domicílio, eram fornecidos os alimentos e as famílias realizavam as receitas.	constrangimentos, estruturas limitadas para cozinhar, a composição indesejável da dieta e limitações na medição da composição dos alimentos. Por vezes acrescentavam açúcar e aromatizantes para tornar a comida mais saborosa.
11. Bramhagen, A., Axelsson, I., & Hallström, I. (2006). Mothers' experiences of feeding situations. Suécia	Descrever as experiências dos pais relativamente às situações de alimentação e o seu contato com o enfermeiro do Serviço de Saúde Infantil.	Estudo qualitativo Amostra: 18 mães	As mães eram as responsáveis pela alimentação. A maioria das mães afirmou que se a criança comesse tinham um sentimento positivo caso contrário eram afetadas negativamente. Relativamente às atitudes das mães em situações de alimentação foram categorizadas em atitude flexível e atitude de controlo. As mães com uma atitude flexível consideraram que tinham recebido apoio adequado do enfermeiro. Pelo contrário as mães com uma atitude controladora

			consideram que não tinham tido um apoio adequado e não sentiram que tivessem recebido conselhos únicos. O conhecimento das experiências das mães na alimentação e as diferentes atitudes em relação à criança durante a alimentação pode ajudar os enfermeiros a compreender e apoiar mais adequadamente as mães que apresentam dificuldades com a alimentação.
12. Ishikawa, M., Eto, K., Haraikawa, M., Sasaki, K., Yamagata, Z., Yokoyama, T., Kato, N., Morinaga, Y., & Yamazaki, Y. (2018). Multi-professional meetings on health checks and communication in providing nutritional guidance for infants and toddlers in Japan: a cross-sectional, national survey-	Esclarecer a proporção de municípios no Japão que cooperam com as comunidades na prestação de orientação nutricional às famílias cujos bebês receberam exames de saúde. Identificar os fatores relacionados com a colaboração com organizações comunitárias na	Estudo quantitativo 988 Municípios	O número de municípios que colaboraram com organizações comunitárias na orientação nutricional foi de 69,5. A colaboração da comunidade no fornecimento de orientação nutricional estava fortemente relacionada com a implementação de reuniões multiprofissionais após os controlos de saúde. A partilha de informações entre os profissionais permitiu criar uma visão partilhada, uma liderança forte e objetivos coletivos amplos e clarificar os pontos fortes e prioridades para o desenvolvimento e lançamento de projetos. Este estudo realça a importância de garantir que os

based study. Japão	prestação de orientação nutricional		bebês e as crianças vivam em ambientes comunitários de apoio que promovam uma saúde, um desenvolvimento e um bem-estar ótimos ao longo das suas vidas.
13. Williams, A., & Pinnington, L. L. (2003). Nurses' knowledge of current guidelines for infant feeding and weaning. Reino Unido	Determinar se os profissionais de enfermagem pediátrica do hospital estão familiarizados com as recomendações nacionais sobre alimentação infantil e desmame.	Estudo qualitativo 127 Enfermeiros foram entrevistados. Foi avaliado o conhecimento das práticas recomendadas para a introdução e utilização de leite de vaca, glúten, produtos lácteos, purés, suplementos vitamínicos e bebidas.	A maioria dos enfermeiros especialistas em ESIP, não tinham conhecimentos das recomendações nacionais sobre a alimentação infantil. Os enfermeiros mais velhos obtiveram uma pontuação média mais elevada do que os enfermeiros mais novos. A maioria dos enfermeiros estava ciente que o leite de vaca não deve substituir o leite materno ou de fórmula até depois dos 12 meses. Houve muita confusão relativamente ao fabrico de fórmulas infantis, a introdução de produtos derivados do leite de vaca, a utilização de vitaminas e bebidas não lácteas adequadas. As respostas mais fracas foram dos enfermeiros do serviço de urgência. As reações informais dos enfermeiros após o estudo sugerem que muitos não consideram que faça parte das suas funções dar orientações sobre alimentação infantil, no entanto é esperado que todos os enfermeiros especialistas

			em ESIP deem orientações sobre a alimentação infantil. Crianças com problemas de alimentação ou com problemas de crescimento orgânicos são frequentemente observadas nos hospitais, desta forma torna-se fundamental que os enfermeiros que trabalham a nível hospitalar tenham conhecimentos sobre alimentação infantil.
14. Thompson, K. L., Jamie, L., & Thoyre, S. (2023). Parental Decision-Making Around Introducing Complementary Foods: An Integrative Review. Estados Unidos da América	Determinar as influências e as fontes de informação sobre a introdução alimentar	Revisão integrativa	A inconsistência das orientações torna mais difícil os pais saberem qual é a melhor opção sobre a introdução da alimentação complementar. Realizar a introdução alimentar em base nos sinais de prontidão da criança, em vez de uma idade específica, pode produzir práticas mais apropriadas. O foco no desenvolvimento da criança e nas tradições culturais da família, ambas identificadas como lacunas nas abordagens atuais, permite maior flexibilidade na introdução da alimentação complementar,
15. Paul, I. M., Savage, J. S., Anzman, S. L, Beiler, J. S., Marini, M. E., Stokes, J.	Avaliar os efeitos combinados de duas intervenções concebidas	Estudo piloto Foram realizadas 2 visitas domiciliárias por enfermeiras.	Os participantes que receberam as duas intervenções apresentaram percentis médios de peso por comprimento inferiores aos dos outros 3 grupos.

L., & Birtch, L. L. (2011). Preventing Obesity during Infancy: A Pilot Study. Pensilvânia	para promover um crescimento saudável no primeiro ano após o nascimento.	A primeira intervenção “acalmar/dormir” foi implementada 2-3 semanas após o nascimento. A segunda intervenção “introdução dos sólidos”, ensinou aos pais, às 2-3 semanas, os sinais de fome e saciedade, bem como o momento apropriado para a introdução de alimentos sólidos. A parte final da segunda intervenção teve início entre os 4 e 6 meses após o nascimento, quando os pais referem que o seu bebê estava começar a consumir os alimentos sólidos. Amostra de 160 díades mãe/recém-nascidos divididos em 4 grupos. Um grupo recebeu as duas intervenções, outro recebeu uma intervenção, outro recebeu a outra intervenção e um grupo de controlo.	Relativamente à duração do aleitamento materno os resultados foram idênticos em ambos os grupos. Os bebés que receberam intervenção “introdução de sólidos” apresentaram aumentos significativos na aceitação de novos alimentos em comparação com o grupo de controlo. As intervenções comportamentais produziram diferenças na duração do sono e na frequência alimentar dos bebés amamentados nos primeiros meses e, mais tarde, afetaram o momento da introdução e aceitação dos alimentos sólidos. Os resultados fornecem evidências preliminares que as diferenças entre os grupos podem mediar as diferenças no estado do peso a 1 ano. Estes resultados são potencialmente encorajadores do ponto de vista da prevenção da obesidade, uma vez que os padrões de crescimento no início de vida têm sido cada vez mais associados à obesidade infantil e adulta, bem como o risco de hipertensão, doença coronária e diabetes mellitus tipo 2.
--	---	---	--

		Nas visitas domiciliárias foram dadas orientações individuais, folhetos, um vídeo produzido comercialmente com orientações.	
16. Moura, J. W. S., Vasconcelos, E. M. R., Vasconcelos, C. M. R., Silva, A. A., Medeiros, K. S., Lemos, F. S., & Silva, M. G. M. S. (2021) Promoção da alimentação complementar saudável em menores de dois anos por enfermeiros: revisão integrativa. Brasil	Descrever as ações de promoção à saúde realizadas por enfermeiros para favorecer uma alimentação complementar saudável em menores de dois anos de idade.	Revisão integrativa da literatura 10 artigos	Os enfermeiros buscaram construir e validar tecnologias educativas, como álbum seriado e folhetos, além de uma tecnologia de apoio voltada para cuidadores e pais com deficiência visual, a serem utilizadas nas ações de educação em saúde que tivesse como foco a promoção de uma alimentação saudável nos primeiros anos de vida. A radio é outro recurso a ser utilizado para promover saúde. Esta estratégia permite a disseminação de informações de qualidade, assente na realidade dos indivíduos, além de permitir a discussão e a reflexão acerca de práticas enraizadas no cerne da comunidade. Outro recurso utilizado foi uma intervenção educativa a partir de mensagens e testes domiciliares voltados para consolidação de uma rotina alimentar saudável nos lactentes. Os enfermeiros nas consultas utilizam recursos e

			materiais disponibilizados por instituições e órgãos comprometidos com a ciência e a saúde da criança, a exemplo do Ministério da Saúde É de suma importância enfatizar que, independentemente da tecnologia utilizada, todas devem valorizar e reconhecer a alimentação regional, além de estar em consonância com as condições socioeconômicas do público-alvo. O conhecimento deve ser compartilhado e construído; não cabe ao profissional de saúde impor uma alimentação, mas dialogar com o cuidador e juntos encontrar alternativas saudáveis que estejam dentro do orçamento da família. Observa-se a importância de capacitar e manter esse profissional atualizado para que sua prática esteja de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e da OMS. Além disso, torna-se necessário que os profissionais se apropriem das ferramentas disponibilizadas e as usem nas suas consultas, mas atentos para fazerem adaptações, quando necessárias, para adequar o material à realidade do indivíduo.
17. Shi, L., & Zhang, J.	Fornecer evidências	Revisão de literatura	Os estudos demonstraram impactos positivos nos

(2011). Recent evidence of the effectiveness of educational interventions for improving complementary feeding practices in developing countries. Reino Unido	de estudos publicados na última década sobre a eficácia dos programas de intervenção educativa na melhoria das práticas de alimentação complementar no mundo em desenvolvimento.	15 Estudos originais de intervenção educativa. Utilizaram estratégias de educação para a saúde e de comunicação para divulgar conhecimentos e informações sobre alimentação complementar	comportamentos alimentares dos prestadores de cuidados, na ingestão alimentar e no crescimento das crianças. A comunicação interpessoal, como o aconselhamento individual, a visita domiciliária e a formação em grupo, é um método importante para a divulgação de conhecimentos e informações educativas. Alguns estudos, para além de incluir os principais prestadores de cuidados como alvos de intervenção, também incluíram os membros da família e líderes comunitários. A intervenção melhorou significativamente a ingestão de energia e proteínas das crianças, bem como o seu peso e altura. O principal problema da alimentação complementar nos países em desenvolvimento, onde os alimentos são seguros, é a falta de conhecimentos dos prestadores de cuidados sobre os alimentos que são benéficos para a saúde e desenvolvimentos dos bebés e a forma de os preparar. Uma estratégia importante de intervenção é melhorar as receitas dos alimentos de desmame e dar às crianças pequenas mais proteínas de origem animal como a carne, o peixe e os
---	---	--	--

		ovos. Alguns estudos também utilizaram a monitorização do crescimento como estratégia de intervenção, o que ajudou os profissionais de saúde e os cuidadores a identificar problemas no crescimento das crianças e a ajustar as suas práticas alimentares. As evidências destes estudos publicados sugerem que as intervenções educativas produziram efeitos positivos nos conhecimentos e comportamentos dos prestadores de cuidados, bem como na ingestão alimentar e na nutrição das crianças. Em suma, os dados dos estudos sustentam que a intervenção educativa pode efetivamente melhorar as práticas de alimentação complementar, e por conseguinte, melhorar a nutrição e o crescimento das crianças. As estratégias de intervenção eficazes que são retiradas dos estudos são: a intervenção deve ser culturalmente sensível, acessível e integrada com os recursos locais; uma comunicação interpessoal eficaz é fundamental com o objetivo de alterar comportamentos alimentares dos prestadores de cuidados; a intervenção não deve visar
--	--	--

			apenas os principais cuidadores, mas também envolver outros membros da família e da comunidade; a intervenção deve ser implementada através dos serviços de saúde existentes para garantir uma maior sustentabilidade da intervenção a longo prazo.
18. Monterrosa, E. C., Frongillo, E. A., Cossío, T. G., Bonvecchio, A., Villanueva, M. A., Thasher, J. F. & Rivera, J. A. (2013). Scripted messages delivered by nurses and radio changed beliefs, attitudes, intentions, and behaviors regarding infant and young child feeding in Mexico. México	Avaliar se uma estratégia de comunicação nutricional sobre a alimentação dos bebês e das crianças pequenas, utilizando rádio e enfermeiros, alterou crenças, atitudes, normas sociais, intenções e comportamento relacionados com a amamentação, diversidade e consistência alimentar.	Desenho quase experimental Grupo de intervenção: 266 Grupo de controlo: 201 Mensagens foram transmitidas 7 vezes por dia, em 3 estações de rádio durante 21 dias. Os enfermeiros transmitiam uma vez 5 mensagens guiadas, no centro de saúde ou no domicílio. O enfermeiro antes da intervenção teve formação de 2 dias sobre alimentação complementar e competências de comunicação.	A intervenção resultou numa melhoria significativa das crenças sobre vegetais verdes, carne de vaca, frango e peixe. Foram observadas melhorias significativas após a intervenção nas crenças, atitudes e intenções em relação a alimentar a criança com um vegetal que ela não gostava mais. As crenças e atitudes de que o leite materno nutre a criança após os 6 meses foram significativamente melhoradas no grupo de intervenção. As crenças, atitudes e intenções relativas à consistência dos caldos melhoraram significativamente como resultado da intervenção, mas não foi observado melhoria nos alimentos sólidos.

		Houve também 2 dias adicionais de formação prática no centro de saúde para homogeneizar a transmissão da mensagem. Os enfermeiros utilizavam um cartão ilustrado com legumes, um copo para mostrar o tamanho do estômago da criança e um frasco de papa e uma colher para demonstrar a consistência desejada. Como lembrete da mensagem, os enfermeiros davam um íman para o seu frigorífico que destacava 4 mensagens; alimentação materna, vegetais, consistência dos alimentos e consumo de carne.	
19. Robert, R. C., Creed-Kanashiro, H. M., Villasante, R., Narro, M. R., & Penny, M. E. (2017).	Explorar as práticas de alimentação complementar com os cuidadores, bem como as interações com os	Estudo de intervenção 3 fases: fase 1 – identificar os principais comportamentos de alimentação complementar na	A investigação formativa identificou os principais comportamentos de alimentação complementar na comunidade que têm impacto no crescimento saudável e revelou as principais preocupações das mães relativamente a “como alimentar e não ao que alimentar os seus bebés.

Strengthening health services to deliver nutrition education to promote complementary feeding and healthy growth of infants and young children: formative research for a successful intervention in peri-urban Trujillo, Peru Peru	profissionais de saúde.	comunidade e as principais preocupações das mães; fase 2 - desenvolvimento de mensagens para práticas alimentares recomendadas; fase 3 – desenvolvimento da estratégia de intervenção, dos componentes da intervenção e dos canais de distribuição de saúde nas unidades de saúde.	A cultura, o contexto local e as práticas alimentares desejadas foram incorporados em mensagens que continham comportamentos alimentares exequíveis e se dirigiam aos prestadores de cuidados. A investigação formativa nas unidades de saúde revelou múltiplas oportunidades para melhorar as interações em torno da alimentação e do crescimento saudável entre os profissionais e as mães. Em vez de usar mensagens tipicamente “quais os alimentos a dar” por “ ensine o seu filho a comer com amor, paciência e humor”, incorporou e reconheceu os desafios e as dificuldades dos prestadores de cuidados na alimentação quotidiana dos bebés e crianças pequenas. Foram identificadas novas formas de transmitir educação nutricional e mensagens-chave, por exemplo folhetos com receitas de purés espessos e demonstrações de preparação de alimentos com purés espessos, em os cuidadores também praticavam a alimentação dos seus filhos com paciência. Acrescentar elogios ao prestador de cuidados e
--	--------------------------------	---	---

			perguntas de verificação às mensagens-chave foram passos importantes para envolver as mães, melhorando a qualidade das interações, e motivando a mudança de comportamento. Todos os profissionais de saúde desempenhavam um papel na nutrição. Assim foi possível promover a formação multidisciplinar e o trabalho de equipa com objetivos nutricionais comuns. As frequentes visitas dos bebés e crianças pequenas às unidades e a interações com os profissionais de saúde durante os primeiros 2 anos de vida proporcionam múltiplas oportunidades para promover práticas alimentares ótimas e um crescimento saudável. Para promover um crescimento saudável e prevenir a desnutrição são necessárias intervenções específicas de nutrição eficazes que respondam ao contexto e à cultura da comunidade/região e que se enquadrem nos serviços de saúde existentes.
20. Rachmah, Q., Astina, J., Atmaka, D., & Khairani, L. (2023).	Analisar a eficácia da educação nutricional usando plataformas	Intervenção “quase experimental” com pré-teste e pós-teste na forma de educação e	Educação <i>online</i> através de <i>WhatsApp</i> foi eficaz, aumentando conhecimento da mãe, as atitudes, as normas subjetivas o controlo comportamental, a autoeficácia e a

The Effect of Educational Intervention Based on Theory of Planned Behavior Approach on Complementary Feeding: A Randomized Controlled Trial. Indonésia	digitais <i>online</i> (WhatsApp) para melhorar o comportamento da mãe no fornecimento de alimentos complementares nutritivos	aconselhamento por 8 dias, incluindo mães com filhos entre os 0 e 24 meses, selecionados por amostra de conveniência. Amostra: 155 indivíduos 10 Sessões de educação nutricional com base na teoria da construção do comportamento planejado. Os meio utilizados foram o PowerPoint, descrição de texto, cartazes e tutoriais em vídeo.	intenção de praticar alimentação complementar saudável.
--	--	---	--