



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Momentos de Crise na Amamentação: a intervenção do EEESIP na prevenção, identificação e resolução

Adelaide Paula Ramos Aparício Farinho

Orientação: Professora Marta Catarino

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Momentos de Crise na Amamentação: a
intervenção do EEESIP na prevenção, iden-
tificação e resolução**

Adelaide Paula Ramos Aparício Farinho

Orientação: Professora Marta Catarino

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediá-
trica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

*Se as riquezas são um bem apetecíveis na vida,
que coisa há mais rica que a sabedoria, que
tudo dinamiza?*

Sab.8, 5

AGRADECIMENTOS

Aos pilares da minha vida, Paulo, Maria Cecília e Maria Regina. Obrigada pelo amor, carinho, paciência e incentivo constantes!

À minha família, que sempre respeitou e apoiou as minhas escolhas.

À Professora Orientadora Marta Catarino, pela sua paciência, encorajamento e orientações imprescindíveis ao longo desta caminhada.

Às Enfermeiras Supervisoras Clínicas, Júlia, Cristina, Inês e Paula, companheiras de outros tempos, em diferentes momentos, mas que neste presente, proporcionaram acolhimento, disponibilidade, aprendizagens e respeito reconhecidos no meu coração.

Às minhas colegas do coração, pelas palavras de conforto e ânimo, mesmo nas suas presenças distantes.

Às novas amigas, com um carinho especial por vocês, Paulinha e Cat, pelas partilhas e conquistas realizadas com gargalhadas e lágrimas.

RESUMO

O leite materno, reconhecido pelas suas propriedades e benefícios, maximiza o crescimento e o desenvolvimento da criança/jovem. A escolha informada da amamentação como plano alimentar, representa a adoção de um comportamento promotor da saúde. No entanto, por ser um processo de aprendizagens entre a díade mãe/bebé, pode atravessar diferenciados momentos de dificuldades, com diferentes dificuldades manifestadas pelas mães que amamentam e que, se não forem ultrapassadas, induzem ao desmame precoce.

Incluído na linha de investigação e desenvolvimento correspondente às 'Necessidades em Cuidados de Enfermagem em Populações Específicas' - a díade mãe/lactente, este projeto de intervenção explorou os momentos de crise na amamentação, identificando intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na prevenção, identificação e resolução dos mesmos. Representa a assistência realizada perante dificuldades que interferem com a amamentação, em diferentes contextos de estágio.

Os cuidados prestados à criança/jovem e família foram centrados na família e enriquecidos na parceria de cuidados, que se mostrou ser facilitadora na negociação e participação da criança/jovem e família, conduzindo a uma intervenção individualizada, especializada, específica e segura.

Este relatório descreve as experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio, bem como uma reflexão acerca da aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, bem como as competências de Mestre.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Dificuldades na Amamentação; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ABSTRACT

Breast milk, recognized for its properties and benefits, maximizes the growth and development of the child/young person. The informed choice of breastfeeding as a dietary plan represents the adoption of health-promoting behavior. However, as it is a learning process between the mother/baby dyad, it can go through different moments of difficulties, with different difficulties expressed by breastfeeding mothers and which, if not overcome, lead to early weaning.

Included in the line of research and development corresponding to 'Nursing Care Needs in Specific Populations' - the mother/infant dyad, the intervention project had as its theme 'Moments of Crisis in Breastfeeding: the intervention of the specialist nurse in health nursing children and pediatrics in prevention, identification and resolution'. It represents the assistance provided when faced with difficulties that interfere with breastfeeding, in different internship contexts.

The care provided to the child/young person and family was based on family-centered care and enriched in the care partnership, which proved to be a facilitator in the negotiation and participation of the child/young person and family, leading to an individualized, specialized intervention, specific and safe.

This report describes the experiences lived in different internship contexts, as well as their reflection on the acquisition and consolidation of common and specific skills of specialist nurses in child and pediatric health nursing, as well as Master's skills.

Keywords: Health promotion; Difficulties in Breastfeeding; Child and Pediatric Health Nursing

Abreviaturas

ADR – Área Diferenciada para Respiratórios

ARS – Administração Regional de Saúde

AM – Aleitamento Materno

CDP – Centro de Desenvolvimento de Pediatria

CHU – Centro Hospitalar Universitário

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ELI – Equipa Local de Intervenção

FT - Fisioterapia

GAAF- Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família

GASMI – Grupo de Apoio à Saúde Mental na Infância

GHAF - Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia

HDP – Hospital de Dia de Pediatria

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IG – Idade Gestacional

IHAB – Iniciativa Hospital Amigo do Bebê

IPI – Intervenção Precoce na Infância

IV – Intra-venosa

LA – Leite Artificial

LM – Leite Materno

MCD – Meios Complementares de Diagnóstico

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NHACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNP – Preparação para a Natalidade e Parentalidade

RN – Recém-nascido

S - Semanas

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SMIPN – Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNN – Sucção Não Nutritiva

SUP – Serviço de Urgência de Pediatria

TF – Terapia da Fala

TO – terapia Ocupacional

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UNICEF – *United Nations Children's Fund*

USCP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Índice

	f
INTRODUÇÃO	10
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1 - A PROMOÇÃO DA SAÚDE	14
1.1.1 - O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	16
1.1.2 - A Promoção da Saúde na Idade Pediátrica	18
1.2 - A AMAMENTAÇÃO	20
1.2.1 - Os Momentos de Crise na Amamentação: a utilização da chupeta	24
1.2.2 - Os Momentos de Crise na Amamentação: problemas da mama	26
1.2.3 - Os Momentos de Crise na Amamentação: a hospitalização	29
1.2.4 - Os Momentos de Crise na Amamentação: a prematuridade	32
2 - O PERCURSO FORMATIVO	35
2.1 – OS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA	35
2.1.1 - Prática clínica numa unidade de cuidados na comunidade	35
2.1.2 - Prática clínica num serviço de urgência de pediatria	43
2.1.3 - Prática clínica num serviço de internamento de pediatria	50
2.1.4 - Prática clínica num serviço de medicina intensiva pediátrica e neonatal	59
2.2 - O PROJETO DE INTERVENÇÃO	66
2.2.1 - A metodologia de projeto	67
2.2.2 - Enquadramento do Projeto de Intervenção na UCC	69
2.2.3 - Enquadramento do Projeto de Intervenção no SUP	71

2.2.4. - Enquadramento do Projeto de Intervenção no SIP	72
2.2.5 - Enquadramento do Projeto de Intervenção no SMIPN	73
3 - O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	76
3.1 – AS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	77
3.2 – AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	81
3.3 – AS COMPETÊNCIA DE MESTRE	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
APÊNDICES	
Apêndice I – Cronograma	106
Apêndice II - Norma de Atuação do SUP: Quando um problema da mama interfere no amamentar	110
Apêndice III - Ação de Formação em Serviço no SIP: Quando o lactente fica internado: a importância da amamentação	114
Apêndice IV - Norma de Atuação do SMIPN Promoção de extração de leite materno e sua conservação	122
ANEXOS	
Anexo I - Seminário: O que se passa na infância (particularmente vulnerável), fica na infância	129
Anexo II – Formação em Serviço: Desafios da Saúde Mental na Adolescência numa Sociedade de Mudança	131
Anexo II - Apoio à Implementação da Hipotermia Induzida	133

INTRODUÇÃO

O presente relatório integra-se na Unidade Curricular - Relatório, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem - área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde - em associação com a Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Beja e Instituto Politécnico de Castelo Branco. Tem como objetivos fazer uma análise reflexiva do percurso formativo em prática clínica das Unidades Curriculares Estágio I e Estágio Final, descrever o desenho e implementação do projeto de intervenção e refletir sobre a aquisição e consolidação das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] e das Competências do Enfermeiro Mestre.

A prática clínica foi realizada no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários [CSP], numa Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC], e no âmbito dos cuidados hospitalares, num Centro Hospitalar Universitário [CHU], nomeadamente no Serviço de Urgência de Pediatria [SUP], no Serviço de Internamento de Pediatria [SIP] e no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal [SMIPN].

A construção do projeto de intervenção considerou a Metodologia de Projeto, de Ruivo et al. (2010), que identifica, em determinada população, uma problemática passível de ser solucionada, com a implementação e execução de estratégias, que alcancem os objetivos inicialmente definidos para a intervenção.

O projeto teve como linha de investigação e desenvolvimento as “Necessidades em Cuidados de Enfermagem em Populações Específicas” – a díade mãe/lactente. Considerando os benefícios do leite materno [LM] para o crescimento e desenvolvimento da criança, a temática amamentação revelou-se pertinente para sustentar a intervenção do EEESIP. Definiu-se como objetivo geral do projeto - promover o sucesso da amamentação como um ganho em saúde.

A revisão da literatura, com exploração das bases de dados científicas EBSCOhost e PubMed, foi imprescindível para uma atualização de conhecimentos e busca da mais recente evidência científica. A identificação de dificuldades manifestadas pelas mães que amamentam, suportaram a reflexão acerca do tema do projeto - Momentos de Crise na Amamentação.

Transversal a todos os contextos de prática clínica, esta problemática foi diferenciada em cada um deles, o que permitiu aprofundá-la individualmente, com contributos diferentes de intervenção para cada contexto. Foram considerados como momentos de crise na amamentação: a utilização da chupeta, na UCC; problemas da mama, no SUP; a hospitalização, no SIP e a prematuridade, no SMIPN.

Remonta a 1978 a importância da promoção da saúde. Com o apoio dos CSP, representantes do primeiro nível de cuidados ao indivíduo, família e comunidade, constituía-se o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1978). A necessidade de alcançar o melhor nível de saúde para todos, de forma equitativa, originou uma mudança de paradigma na promoção da saúde. Surge a visão de que a saúde tem que ser entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (OMS, 1986); a promoção da saúde passou a ser desenvolvida com uma participação concreta e efetiva do indivíduo na comunidade. Consciente da sua individualidade e multidimensionalidade, estabelece prioridades, toma decisões, planeia estratégias e implementa-as com o objetivo de atingir uma saúde melhor e qualidade de vida (OMS, 1986, 2010, 2018).

É nesta vertente, de contextualização do indivíduo multidimensional inserido na sua comunidade, que o EEESIP realiza a sua intervenção na promoção da saúde. Baseando-se no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, descrito por Tomey & Alligood (2004), sustenta a prestação dos seus cuidados numa enfermagem holística, na psicologia social e na teoria de aprendizagem. Ao aceitar a visão deste modelo, que considera a ciência comportamental, evidenciando o papel do indivíduo na gestão dos seus comportamentos de saúde e transformação do contexto ambiental, o EEESIP respeita o indivíduo como decisor das suas ações na prevenção da doença e na escolha dos seus próprios cuidados de saúde (Tomey & Alligood, 2004). Esta perspetiva de estar na saúde, conduziu no modelo de Nola Pender, a organização de três campos indissociáveis: as características e experiências individuais, as cognições e afetação do comportamento e o resultado comportamental (Tomey & Alligood, 2004).

Ao escolher a amamentação como projeto de alimentação para o seu filho, a mãe reconhece no LM, as qualidades favorecedoras e promotoras de saúde e bem-estar para o seu crescimento e desenvolvimento. Torna-se, assim, responsável pelas escolhas e decisões em prol da díade mãe/bebé. Contextualizando esta decisão de amamentar no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, o EEESIP respeita e considera a díade mãe/bebé com as suas características e experiências individuais; reconhece as dificuldades encontradas na amamentação (identificadas como 'os momentos de crise'), assim como as suas estratégias e

intervenções de enfermagem para solucioná-las e ultrapassá-las, como as cognições e afetação do comportamento; identifica como resultado comportamental, o sucesso da amamentação como um ganho em saúde para a díade mãe/bebé.

Esta díade mãe/bebé é o foco de intervenção de um EEESIP, na medida em que representa o binómio criança/jovem e família. A promoção da saúde, contextualizada agora na idade pediátrica, incide no estadio de desenvolvimento de recém-nascido [RN] e lactente. É fundamentada na valorização dos cuidados antecipatórios, com o objetivo de capacitar mães, pais e cuidadores para o exercício da parentalidade responsável, e para a promoção e proteção dos direitos da criança na maximização da sua saúde (Direção Geral da Saúde [DGS], 2019).

A amamentação é um projeto de saúde extremamente rico, na medida em que satisfaz as necessidades fisiológicas do bebé, potencia o seu crescimento, desenvolvimento e prevenção da doença, desenvolve o vínculo-afetivo da díade mãe/bebé e promove uma parentalidade responsável (Lawrence & Lawrence, 2005; Mannel et al., 2011). No entanto, é um projeto gradual, passível de estar sujeito a algumas complicações e dificuldades (os momentos de crise) e, por vezes, com necessidade de aprendizagens por parte da díade mãe/bebé. A assistência deste projeto pelo EEESIP fomenta uma prestação de cuidados centrados na família e reconhece na mãe a melhor prestadora de cuidados do seu bebé (Casey, 1995). Desta forma, e na eventualidade de uma intervenção junto da díade, que promova, facilite ou recupere a amamentação, fundamenta o seu cuidado no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

Com uma prática de enfermagem que persegue a excelência na prestação dos cuidados, o projeto de intervenção foi idealizado de forma a destacar a intervenção que o EEESIP pode ter na Prevenção, Identificação e Resolução dos momentos de crise na amamentação, contribuindo para uma oferta plena e segura de LM ao lactente, que conduzirá ao seu “crescimento e desenvolvimento, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil” (Ordem Enfermeiros [OE], 2017, p.3).

Estruturalmente, o presente relatório está dividido em três capítulos: enquadramento teórico, percurso formativo e desenvolvimento de competências. Inicia-se com esta introdução, que identificou os objetivos do trabalho e contextualizou, de forma sucinta, a temática que será desenvolvida. Segue o capítulo do enquadramento teórico, onde é justificada a escolha do tema, momentos de crise na amamentação, através de uma revisão da literatura, que procurou desenvolver os fundamentos teóricos essenciais para a sua contextualização. No decorrer do mesmo abordou-se a promoção da saúde, de forma a identificar a intervenção que

o EEESIP pode ter na Prevenção, Identificação e Resolução dos Momentos de Crise na Amamentação, sustentando a prestação dos seus cuidados à díade mãe/bebé, no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender e nos cuidados centrados na família com o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. O capítulo sobre o percurso formativo descreve a caracterização dos serviços onde foi realizada a prática clínica e as atividades que proporcionaram experiências e que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências nos diferentes contextos. Este capítulo descreve ainda a construção do projeto de intervenção e a sua aplicabilidade aos diferentes contextos de prática clínica. O capítulo do desenvolvimento das competências reflete a aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências de Mestre e das competências comuns e específicas do EEESIP. Este documento termina com as considerações finais, analisando o alcance dos objetivos propostos, os fatores facilitadores, assim como os limitadores e ainda o impacto deste percurso académico na vida profissional e pessoal. Por fim, a apresentação das referências bibliográficas, apêndices e anexos necessários ao desenvolvimento do relatório.

O documento encontra-se redigido em conformidade com o sistema de citações em texto e referências bibliográficas da *American Psychological Association*, 7ª edição, e com o acordo ortográfico em vigor.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 - A PROMOÇÃO DA SAÚDE

“Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade” - assim foi universalizado o Conceito de Saúde, em 1948, pela OMS. E com o objetivo de ‘obter saúde para todos’, definiu em 1978, na Declaração de Alma Ata, que a “promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial” (OMS, 1978, p.1). A concordância para com este compromisso de um ‘alcance por todos os povos do mais alto possível nível de saúde’ delegou aos governos de cada nação a responsabilidade para um longo trabalho global, com estratégias e políticas, que permitissem uma cobertura universal e equitativa da saúde. É exemplo a Atenção Primária à Saúde, uma visão eficaz, eficiente e equitativa para melhorar a saúde e a sua cobertura universal, e que foi debatida na Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (OMS, 2018). A Atenção Primária à Saúde desencadeia uma perceção revolucionária da saúde na medida em que responsabiliza

“as pessoas e as suas comunidades para que sejam autoras de sua própria saúde, defensoras das políticas que a promovem e a protegem e, ainda, corresponsáveis pela construção da saúde e dos serviços sociais que para ela contribuem, assegurando uma saúde pública e uma atenção primária fortes ao longo de toda a vida das pessoas” (OMS, 2018, p.2).

Não há qualquer dúvida de que a relação entre o Homem e a Saúde é uma relação dinâmica e evolutiva. Afeto não só às suas condições clínicas, mas também aos fatores do contexto onde está inserido - fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, o indivíduo vai construindo, ao longo da sua vida, e modelando em função da sua educação, das suas escolhas e comportamentos, de forma favorável ou nociva, a sua saúde - que passa a ser entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (OMS, 1986). Todas as condições de paz, abrigo, educação, alimentação,

recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, conhecidos como Determinantes Sociais da Saúde, desenham a sua vida quotidiana: como nasce, como cresce, como trabalha, como vive e como envelhece, e são os alicerces para a sua saúde (OMS, 1986).

Esta relação bidirecionada entre o indivíduo e a sociedade permite uma responsabilidade mútua de definir prioridades, planear e implementar estratégias conducentes à saúde, na medida em que a saúde passa a ser considerada como uma dimensão importante para a qualidade de vida (Feio & Oliveira, 2015). É a visão de que

“uma boa saúde melhora a qualidade de vida, amplia a produtividade da força de trabalho, aumenta a capacidade de aprendizagem, fortalece famílias e comunidades, incentiva habitats e ambientes sustentáveis, amplia os níveis de segurança, assim como contribui para a inclusão social e a redução da pobreza” (OMS, 2010, p.2).

Quando o indivíduo se propõe a um desenvolvimento holístico da sua multidimensionalidade, ele compromete-se a um processo permanente de ‘life-long education and learning’, como um agente da sua própria educação, que deseja e é capaz de aprendizagens ao longo de toda a sua vida (Feio & Oliveira, 2015). A aquisição de competências que potenciam a partilha de responsabilidades e capacidade de transformação de comportamentos é proporcionada por uma educação que deixou de ser entendida apenas como uma preparação para a vida para se transformar também numa dimensão da própria vida (Feio & Oliveira, 2015). A reciprocidade entre os participantes do processo ensino-aprendizagem (indivíduo e comunidade), influenciada pela escolha de um estilo de vida, permite ao indivíduo uma mudança de comportamentos, individuais e integrados na comunidade, decisores da sua qualidade de vida e de saúde (Ribeiro et al., 2018). É o assumir que educação e saúde, juntas no mesmo processo, agem de forma interdependente e coconstrutiva, como uma alavanca qualificada para a promoção da saúde (Feio & Oliveira, 2015).

A conquista de conhecimento e aquisição de competências ao longo do percurso educacional do indivíduo, e do seu ciclo vital, modelam a sua prática reflexiva e pensamento cognitivo para uma perspetiva de educação em saúde, condicionando a sua visão, acesso e modo de estar perante a saúde (OMS, 2010). E é assim que o indivíduo define o seu padrão de saúde e projeta a sua meta de saúde, enquanto elemento participativo e ativo na sua promoção (Feio & Oliveira, 2015). De uma forma crítica, consciente e participativa, aceita e vive a mudança de paradigma em que a promoção da saúde passa a ser feita com as pessoas e não mais sobre as pessoas, “com o objetivo de aumentar a capacidade do indivíduo e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986, p.1). A

promoção da saúde deixa então de ser apenas uma transmissão direta, expositiva e prescritiva à população sobre as suas condições e necessidades, e passa a ser um método preventivo, individual e adaptativo, de natureza persuasiva, em que responsabiliza totalmente o indivíduo pelas suas escolhas, decisões e comportamentos perante a saúde, respeitando todas as suas dimensões desde a fisiológica, a emotiva, a afetiva, a volitiva, a racional, a ética, a espiritual, a social, a ecológica, à comunitária (Feio & Oliveira, 2015).

1.1.1 - O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

A saúde ótima do indivíduo define a finalidade dos cuidados de enfermagem que têm como objetivo ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias (Tomey & Alligood, 2004) - assim desenvolveu Nola Pender, uma Teórica de Enfermagem, um modelo conceptual de enfermagem que projeta uma promoção da saúde alicerçada numa enfermagem holística, na psicologia social e na teoria de aprendizagem (Tomey & Alligood, 2004). Este modelo reflete a atual forma de estar da enfermagem na promoção da saúde - criar condições para as quais a comunidade participe da promoção da saúde, ao escolher estilos de vida saudáveis e ao determinar os seus cuidados de saúde de acordo com os seus objetivos e metas (OMS, 2018).

O artigo escrito por Nola Pender em 1975, 'A Conceptual Model for Preventive Health Behavior', identificava o indivíduo, influenciado por fatores, como decisor das suas ações na prevenção da doença, assim como dos seus próprios cuidados de saúde num contexto de enfermagem. O Modelo de Promoção da Saúde foi desenvolvido pela autora em 1982, sendo revisto e consolidado em 1996, numa terceira edição do seu livro 'Health Promotion in Nursing Practice'. Este modelo de Pender considera a visão da ciência comportamental e evidencia o papel do indivíduo na gestão dos seus comportamentos de saúde e transformação do contexto ambiental (Tomey & Alligood, 2004). Estão assim identificados os seus princípios:

“i) as pessoas procuram criar condições de vida através das quais possam exprimir o seu potencial de saúde humano único; ii) as pessoas têm a capacidade da autoconsciência reflexiva, incluindo a apreciação das suas próprias competências; iii) as pessoas valorizam o crescimento em direções entendidas como positivas e tentam atingir um equilíbrio pessoalmente aceitável entre mudança e estabilidade; iv) os indivíduos procuram regular ativamente o seu próprio comportamento; v) os indivíduos, em toda a sua complexidade biopsicossocial, interagem com o ambiente, transformando progressivamente o ambiente e sendo transformados ao longo do tempo; vi) os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce

influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital; vii) a reconfiguração auto-iniciada dos padrões interativos pessoa-ambiente é essencial à mudança de comportamento” (Tomey & Alligood, 2004, pp. 705-706).

Abraçando esta ideologia de estar na saúde, o Modelo de Promoção da Saúde engloba três campos: características e experiências individuais, cognições e afetação do comportamento e resultado comportamental.

As características e experiências individuais vão influenciar as subseqüentes ações de saúde (retratam *o comportamento anterior*, aquele que vai ser transformado e os *fatores pessoais*: biológicos, psicológicos e socioculturais). **As cognições e afetação do comportamento** representam as variáveis motivacionais, passíveis de serem modificáveis através de ações de enfermagem, e que condicionam o comportamento pretendido (*entende os benefícios para a ação, as barreiras à ação, a autoeficácia, a atividade relacionada com a apresentação* - sentimentos subjetivos inerentes ao comportamento, *influências interpessoais, influências situacionais*). **O resultado comportamental** refere-se ao empenho e desempenho para alcançar o comportamento de saúde desejado (*dependente do compromisso com o plano de ação, das exigências e preferências individuais, do comportamento durante todo o processo de promoção da saúde*).

Na atualidade, este Modelo de Promoção da Saúde enquadra-se na reforma dos cuidados de saúde como um contributo da enfermagem para uma política em saúde, e promove a Literacia em Saúde na medida em que requer

“o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida” (DGS, 2019, p.6).

O Modelo de Promoção da Saúde foi a escolha de suporte teórico para o projeto de intervenção. O projeto tem como comportamento de saúde desejado o sucesso da amamentação. A revisão da literatura realizada sobre o tema amamentação, identificou diferentes dificuldades no processo de amamentar que se comportam como as barreiras à ação referidas no campo das cognições e afetação do comportamento deste modelo. Estas dificuldades, inerentes a sentimentos de desconhecimento, impotência ou incapacidade em amamentar sentidas pelas mães, fundamentaram a identificação de Momentos de Crise na Amamentação: a utilização da chupeta, problemas da mama, a hospitalização e a prematuridade, suportados pela aplicação da Metodologia de Projeto. Com o objetivo de adotar comportamentos positivos,

favorecedores e incentivadores à autoeficácia, as ações de enfermagem têm a possibilidade de desenvolver estratégias e promover atitudes favoráveis, que suportem as possíveis dificuldades que possam surgir quando uma família escolhe a amamentação como um projeto de saúde e bem-estar para o seu filho. O conhecimento das características dos lactentes e famílias, os seus fatores pessoais, assim como do ambiente envolvente, permitem delinear estratégias adequadas, com aquisição de competências pelas famílias, que promovem, desenvolvem e fortalecem mudanças de comportamentos para atingir o sucesso do projeto de saúde/amamentação, em cada contexto de intervenção.

1.1.2 - A Promoção da Saúde na Idade Pediátrica

A idade pediátrica é considerada a idade compreendida entre os zero dias de vida e os dezoito anos de idade, a par do conceito de criança definido pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança “criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo” (‘United Nations Children's Fund’ [UNICEF], 2019, p.8).

A promoção da saúde, associada à literacia em saúde, deve ser realizada ao longo de todo o ciclo de vida e deve contemplar as especificidades de cada estadió de desenvolvimento (DGS, 2019). O primeiro objetivo do Plano de Ação para a Literacia em Saúde - Portugal 2019-2021 é adotar estilos de vida saudáveis (DGS, 2019). Relativamente ao estadió de desenvolvimento em que incide este projeto de intervenção – RN e lactente, o objetivo específico enumerado é capacitar pais, mães e cuidadores (DGS, 2019). A valorização dos cuidados antecipatórios é tida como uma condição para a promoção da saúde e prevenção da doença, na medida em que

“proporciona aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde” (DGS, 2013, p.7).

A promoção da saúde é, assim entendida, como um processo de coconstrução que atua no crescimento e bem-estar da criança/jovem e procura a maximização da sua saúde, independentemente do contexto onde esteja: centro de saúde, hospital, escola, comunidade, instituição de acolhimento, cuidados continuados ou mesmo em casa. Destaca-se o potencial dos pais/pessoa significativa e restante família, responsáveis pelo seu crescimento e desen-

volvimento, assim como pela satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas, aquisição de conhecimento e novas competências até estar independente e autónoma (OE, 2017). A família é, então, considerada o elemento natural e fundamental para a criança crescer com amor, compreensão e felicidade, proporcionando um desenvolvimento harmonioso da sua personalidade (UNICEF, 2019).

O ambiente de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem corresponde a um conjunto de elementos físicos, políticos, económicos, organizacionais e culturais (estes associados aos elementos humanos – a família), com fatores protetores e stressores associados às suas vivências. Quando nos referimos aos cuidados à criança/jovem assumimos, conscientemente, esta interdependência do binómio criança/jovem e a família no seu ambiente, para uma prestação de cuidados centrados na família (OE, 2017).

Os cuidados centrados na família são o resultado do que foi, outrora, preocupação e esforço dos profissionais na procura da humanização dos cuidados à criança doente, fazendo valer a convicção de que é imprescindível a proteção e assistência necessárias à criança e família, para ultrapassar as alterações psicoemocionais que o estado de doença e hospitalização despertam em ambas (Apolinário, 2012).

A enfermagem, enquanto ciência do cuidar, e de uma forma dinâmica, atualiza conhecimento e prática para uma efetivação de excelência nos cuidados. O reconhecimento do paciente como um indivíduo com direito à autodeterminação transporta, para o processo de enfermagem, o incentivo ao reconhecimento do psicossocial a par das suas necessidades físicas, assim como a sua inclusão no planeamento e prestação dos seus cuidados de enfermagem (Casey, 1995). É desta forma que, para o EEESIP, os cuidados centrados na família exigem uma verdadeira parceria com a criança/jovem/família. O reconhecimento e o respeito pela experiência da família nos cuidados ao seu filho, valoriza as suas capacidades e competências (Casey, 1995). Através de uma comunicação que permite a tomada de decisões informadas, a participação e negociação de ambas as partes EEESIP e criança/jovem/família, são integradas no planeamento e, participativamente orientadas e supervisionadas na prestação de cuidados (Casey, 1995). Este Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey reconhece nos pais os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos (Casey, 1995; Mendes & Martins, 2012). Ao desempenhar funções de ensino, com partilha de conhecimento e técnica, o EEESIP, que respeita a tomada de decisão dos pais, proporciona à família a capacitação da satisfação eficaz das necessidades da criança/jovem favorecendo o seu desenvolvimento global. O processo de enfermagem torna-se dinâmico na medida em que é sustentado na

negociação e possibilita a transferência de funções enquanto pais que são 'enfermeiros' supervisionados nas ações, e enquanto enfermeiros que são 'pais' na sua ausência temporária (Casey, 1995; Mendes & Martins, 2012).

Como promotor da saúde, e para assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018), o EEESIP tem um papel ativo nos domínios do envolvimento, da participação e parceria de cuidados, da capacitação e da negociação dos cuidados (OE, 2017). Ao negociar a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; ao proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença e ao procurar sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, o EEESIP está a exercer as suas competências específicas quando implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

1.2 - A AMAMENTAÇÃO

Ao longo dos últimos anos têm sido notórios os ganhos em saúde para a população portuguesa, com destaque para os primeiros vinte anos do ciclo vital, através do desenvolvimento de programas de saúde que têm como objetivo promover e favorecer a saúde dos jovens portugueses. São exemplos o Plano de Ação para a Literacia em Saúde – Portugal 2019-2021, em que a DGS identifica a 'alimentação' como uma área prioritária de atenção e promoção; e o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, alterado em 2013, que estimula a prática de comportamentos promotores da saúde e destaca a 'nutrição', adequada às necessidades individuais e de cada idade, para comportamentos alimentares equilibrados. Alerta ainda para a promoção e manutenção do Aleitamento Materno [AM], em exclusivo até aos seis meses e complementado com a diversificação alimentar a partir desta idade (DGS, 2013). Este projeto de intervenção incide no estadio de desenvolvimento do RN e do lactente, e considera a amamentação o método de alimentação/nutrição mais adequado para esta fase do ciclo de vida.

Atualmente, a nível mundial, considera-se de crucial importância a promoção do AM, principalmente como uma tentativa de minimizar o número de mortes de crianças com idade inferior a 5 anos, por desnutrição. Está estimado que, anualmente, é possível prevenir cerca de

820 000 mortes se todas as crianças forem amamentadas adequadamente (OMS, 2018). No entanto, de acordo com declaração conjunta da UNICEF e OMS, em agosto de 2022, por ocasião da Semana Mundial do Aleitamento Materno, a taxa de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida era de apenas de 44%, longe de alcançar os 50% até 2025, objetivo da Assembleia Mundial de Saúde.

Desde 1989 que a OMS e a UNICEF têm vindo a desenvolver políticas e iniciativas de Proteção, Promoção e Apoio ao AM nos hospitais e outras instituições de saúde que assegurem cuidados aos RNs. Com a publicação dos *10 Passos para o Sucesso do AM* (recentemente revisados em 2018), foi enumerada uma lista de medidas para proteger, promover e apoiar o AM. Esta ação proporcionou, em 1990, através da Declaração de Innocenti, uma adesão conjunta de vários governos para participarem na Iniciativa Hospital Amigo do Bebê [IHAB], um programa internacional, que potencia e influencia significativamente o sucesso do AM, com impacto visível no aumento das taxas de adesão (OMS, 2018).

A amamentação é a forma natural de alimentação para todos os mamíferos, inclusive para os humanos. Torna-se essencial para alcançar os objetivos globais de saúde, nutrição e sobrevivência, promove o crescimento económico e um ambiente sustentável. Como tal, e cada vez mais, a OMS e UNICEF recomendam o início do AM na primeira hora de vida e complementado, a partir dos seis meses, com uma alimentação saudável e equilibrada, até aos dois anos ou mais (OMS, 2018).

O LM tem um valor insubstituível para a criança lactente, na medida em que é específico para as suas necessidades de ótimo crescimento cerebral e corporal e de desenvolvimento imunitário com proteção contra infeções e doenças. A sua composição única, com ácido docosa-hexaenóico [DHA] e taurina, fornece, no primeiro ano de vida, os nutrientes ideais para o crescimento cerebral. O perfeito equilíbrio entre macronutrientes e micronutrientes, proporcionando uma biodisponibilidade máxima, favorecem a sua digestão e absorção. A sua riqueza em leucócitos, anticorpos específicos e outros fatores antimicrobianos proporciona uma proteção capaz de prevenir infeções gastrointestinais, respiratórias e alergias (Lawrence & Lawrence, 2005; Mannel et al., 2011). A amamentação prolongada, em exclusivo, diminui a probabilidade de excesso de peso em 13% e a redução da incidência da diabetes tipo II em 35% (OMS, 2018).

A relação que uma mãe desenvolve com o seu bebé que amamenta é um dos laços mais fortes da natureza humana, pelo que a ‘vinculação’ é vista como um sistema comportamental (Mannel et al., 2011). Ao responder prontamente às necessidades do seu bebé, a relação existente entre mãe-bebé cresce e desenvolve-se um ambiente rico, com troca de sinais físicos e visuais entre os dois num processo de familiarização, com experiências significativas e

prazerosas para ambos. Esta conexão permite ao bebé um desenvolvimento emocional, social e cognitivo saudável ao longo de toda a sua vida (Borsa, 2007; Schore & Schore, 2008). Para além de reconhecer o benefício clínico que o LM traz ao seu bebé, a mãe encontra na amamentação a capacitação de fazer algo de especial pelo seu bebé, assim como de participar ativamente nos cuidados de saúde do seu filho, tomando decisões informadas e responsáveis relativamente ao seu desenvolvimento (Mannel et al., 2011). A escolha da amamentação como plano alimentar saudável do seu bebé transforma-se num comportamento promotor da saúde, um projeto dependente de aprendizagens e ações de educação para a saúde, em que o enfermeiro que o apoia suporta a sua intervenção no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Tomey & Alligood, 2004).

A amamentação deixou de ser reconhecida como um processo intuitivo para ser considerada um processo complexo, que também precisa de aquisição precoce de conhecimento pelas mães (a prática da amamentação), para que possa haver um começo confiante, seguro e tranquilo no amamentar (Dantas, 2020; Sousa, 2018).

Na publicação *10 Passos para o Sucesso do AM* (OMS, 2018), o *passo 3* - informação pré-natal - descreve que a informação transmitida durante a gravidez em consultas de vigilância ou mesmo em cursos de preparação para a parentalidade, proporciona às mães a aquisição de conhecimento sobre a importância do AM, do início precoce da mesma, do posicionamento e pega corretas para amamentar, do reconhecimento dos sinais de fome, dos riscos do leite artificial [LA] e a importância do contato pele a pele imediato (OMS, 2018). O *passo 4* - cuidados pós-natais imediatos – evidencia a importância do contato pele a pele nos primeiros cinco minutos de vida (com duração mínima de uma hora) e o início da amamentação na primeira meia hora de vida (OMS, 2018). O *passo 5* - apoio ao AM - fomenta a assistência na amamentação nas primeiras seis horas após o nascimento e valida o conhecimento das mães para o correto posicionamento para amamentar, assim como a identificação de uma pega correta (OMS, 2018).

Nestes três contextos diferentes de educação para a saúde: CSP, bloco de partos e puerpério, o EEESIP tem a oportunidade de desenvolver as suas competências na assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e na prestação de cuidados específicos, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. “Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018, p.19193). Ao promover a amamentação, o EEESIP não só fortalece a vinculação de forma sistemática, como propor-

ciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença, transmitindo orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR n.º 133, Série II de 12 de julho de 2018).

O EEESIP, ao promover a amamentação, transmitirá a importância de o bebé mamar sempre que tiver fome: quando quiser, quantas vezes quiser. É esta frequência de mamadas que se conhece por horário livre ou 'livre demanda'. Este alertará que durante o primeiro mês de vida, como se está a instituir e, possivelmente, a consolidar a amamentação, o bebé nunca deverá ficar sem mamar mais do que quatro horas. Mostrará o correto posicionamento para amamentar, em que ambos, mãe e bebé, devem estar frente a frente, ou seja, a conhecida posição de 'barriga com barriga'. Identificará os sinais de uma pega correta e completa: uma boca bem aberta do bebé, completamente preenchida de mama (simulando uma bochecha cheia). Dependendo do tamanho da mama, poderá haver recolha de toda ou praticamente toda a aréola, com eversão do lábio inferior – que foi revirado pelo movimento de projeção da língua para 'agarrar' a mama na sua parte inferior. Observará um ritmo de mamar marcado pelo próprio bebé que desenvolve, ritmicamente, uma sucção vigorosa e eficaz. A mãe deverá sentir a sucção, mas não manifestará dor. Informará a necessidade de reconhecer e respeitar a resposta de saciedade do bebé, ou seja, ao oferecer sempre a segunda mama, o bebé poderá mostrar que quer mamar mais um pouco ou recusa, por já se sentir satisfeito. Identificará, ainda, a existência de complicações na mama que poderão interferir com a amamentação: mamilos fissurados e gretados, ingurgitamento mamário, ductos bloqueados e mastite, assim como desenvolverá estratégias e formas de alívio e de tratamento (Levy & Bértolo, 2012; Mannel et al., 2011).

Para a IHAB, o EEESIP é visto como um profissional competente e capaz de: usar as suas competências de ouvir e aprender para aconselhar a mãe; usar as suas habilidades de construir confiança e dar apoio para aconselhar a mãe; aconselhar uma grávida sobre AM; avaliar uma mamada; ajudar uma mãe a posicionar-se a si própria e ao bebé para amamentar, assim como colocar o seu bebé à mama; explicar à mãe o padrão correto da amamentação; ajudar a mãe a fazer extração de LM e a oferecê-lo por copo ao seu bebé; incentivar a mãe a iniciar a amamentação na primeira hora após o nascimento; desmistificar a ideia à mãe que pensa que não tem leite suficiente; ajudar a mãe que tem um bebé que chora com muita frequência e que se recusa a mamar; auxiliar uma mãe que tem mamilos rasos ou invertidos, ou mesmo com um ingurgitamento mamário; assistir uma mãe que tem fissuras ou mamilos gretados e mesmo uma mastite; ajudar uma mãe a amamentar um bebé com muito baixo

peso ou um bebé que está doente; aconselhar uma mãe acerca da sua própria saúde; implementar o código internacional de comercialização de substitutos de LM (OMS, 2018).

Na amamentação, esta transmissão de orientações antecipatórias às mães/famílias, representa os *benefícios para a ação* no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, assim como a partilha de conhecimento e técnica no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, que vai proporcionar como ganho em saúde o sucesso da amamentação, maximizando o potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

Apesar da promoção de boas práticas na amamentação, é possível esta atravessar dificuldades que comprometam a sua manutenção e motivem a sua interrupção precoce. A utilização livre da chupeta numa tentativa de acalmar o bebé, mas que provoca uma diminuição da frequência das mamadas (Gonçalves, 2018); o desconhecimento das mães sobre a prática da amamentação, aquando do aparecimento de problemas da mama, como lesões mamilares e o ingurgitamento mamário; a falta de investimento dos profissionais de saúde em ações de educação para o sucesso da amamentação em todos os momentos passíveis de intervenção, ou mesmo a influência negativa do senso comum sobre a insuficiência de produção de LM na mulher que está a amamentar, são exemplos fortes que influenciam mães/famílias a desistirem de amamentar (Dantas, 2020; Moraes et al., 2020; Santos, 2018).

1.2.1 - Os Momentos de Crise na Amamentação: a Utilização da Chupeta

Para os pais, a chupeta é considerada como um utensílio natural nos cuidados ao seu bebé, de forma a promover consolo e conforto nos momentos de choro, de inquietação e mesmo de stress. Inicialmente, a utilização da chupeta pode estar associada à insegurança que a mãe sente quando amamenta, como mais tarde, à ansiedade gerada pelo regresso ao trabalho (Assis et al., 2018).

A utilização da chupeta durante a amamentação mantém-se uma prática controversa no mundo da saúde. O *passo 9* para o sucesso do AM – biberões, tetinas e chupetas – proporciona às mães um aconselhamento sobre o uso e os riscos associados à utilização dos biberões, tetinas e chupetas (OMS, 2018). A preocupação da utilização da chupeta está relacionada com a possibilidade de um desmame precoce, que pode estar associado à confusão de bicos” provocada pelas diferenças na dinâmica oral da sucção nesta e na mama (Mannel et al., 2011; Sousa, 2018).

Como reflexo motor primitivo e presente desde a vida intrauterina, a sucção é reconhecida como a primeira atividade neuromuscular coordenada. Está presente na amamentação, um processo nutritivo com a finalidade de alimentar, mas também num processo não nutritivo, conhecido como sucção não nutritiva [SNN], que proporciona sensação de prazer, satisfação e segurança (Vilaça, 2017). Na amamentação, a sucção é mais complexa e trabalhosa porque exige coordenação com a deglutição e a respiração, ao contrário da SNN realizada na chupeta, que não tem o objetivo de extração de leite (Fernandes, 2020).

Por vezes, a insegurança materna e dificuldades sentidas e vividas pelas mães comprometem o processo de amamentar. Quando a amamentação não é eficaz e capaz de satisfazer a fome do bebé, proporcionar-lhe uma chupeta que completa essa saciedade com a SNN, provoca no bebé uma interpretação errónea de satisfação das suas necessidades alimentares, o que reduz a duração das mamadas, assim como a sua frequência, e compromete a produção de LM (Assis et al., 2018; Gonçalves, 2018).

A correta utilização da chupeta deve ser entendida como pacificadora (e assim é a sua terminologia na língua inglesa 'pacifier') em momentos de stress, agitação, desconforto e dor, não só numa abordagem terapêutica, pelos profissionais de saúde, mas também numa abordagem familiar com os pais ou cuidadores (Assis et al., 2018). É neste sentido que a SNN, que provoca a libertação de endorfinas, é interpretada como fisiológica, necessária e essencial num processo de organização comportamental do bebé, com modelação do estado de autorregulação somática e psicossomática (Christoffel et al., 2017).

É da responsabilidade do EEESIP, através de ações de educação para a saúde promotoras da parentalidade, garantir uma prática segura e orientada que previna as consequências negativas que a utilização livre da chupeta pode provocar na saúde do bebé. Uma informação que proporcione uma correta utilização da chupeta e que esclareça o tipo de chupeta adequada a utilizar, que identifique a necessidade da sua utilização, com momento certo para iniciar ou mesmo o momento para descontinuar, vai permitir aos pais uma decisão consciente e esclarecida da sua utilidade (Assis et al., 2018).

A qualidade das interações e estímulos que o bebé irá desenvolver com os seus pais e com os lugares que o rodeiam está dependente da promoção de ambientes saudáveis nos primeiros anos de vida. O seu desenvolvimento e funcionamento cerebral serão o resultado da proteção e modelagem realizadas anteriormente, com base em informações corretas e saudáveis, protetoras do neurodesenvolvimento e promotoras de um harmonioso crescimento e desenvolvimento infantil (De Paula, 2019; Schore & Schore, 2008).

Desta forma, o EEESIP interpreta que, à luz do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a compreensão pelos pais, relativamente à utilização da chupeta como uma possível

barreira à ação-amamentação, induz aquisição de novos conhecimentos e modificação de atitudes para benefício da saúde do seu bebé. E no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, em que os pais são reconhecidos como imprescindíveis no crescimento e desenvolvimento do seu filho, promove o crescimento e desenvolvimento infantil bem como avalia o desenvolvimento da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

1.2.2 - Os Momentos de Crise na Amamentação: problemas da mama

As primeiras horas e dias de vida de um RN são cruciais para estabelecer a lactação e proporcionar às mães o suporte necessário para uma amamentação com sucesso (Mannel et al., 2011). A interrupção do AM está relacionada com a ausência de conhecimento da prática da amamentação pelas mães, assim como com a ausência de apoio especializado pelos profissionais nos momentos pré-natal, no pós-parto e puerpério (Moraes et al., 2020). A capacitação dos profissionais de saúde no âmbito da proteção, promoção e apoio ao AM torna-se, então, fundamental para que haja uma intervenção precoce junto das mães de forma a que fiquem elucidadas e orientadas para conseguirem ultrapassar as possíveis dificuldades que possam surgir no processo de amamentar (Dantas, 2020; Moraes et al., 2020).

Os *Passos 3, 4 e 5* para o sucesso do AM, e já referenciados anteriormente, asseguram intervenções de acompanhamento e apoio longitudinal desde a gravidez até à alta hospitalar da mãe e do bebé, para o início e continuação da amamentação. O *passo 10* para o sucesso do AM - cuidados à alta - pretende garantir que as mães e os seus bebés tenham um acompanhamento oportuno e contínuo na comunidade, em CSP ou em Cantinhos da Amamentação, de forma a consolidar a amamentação (OMS, 2018).

A mama é um órgão que acompanha o crescimento e desenvolvimento da mulher. Identificam-se quatro fases de desenvolvimento: *in útero*, durante os primeiros dois anos de vida, na puberdade e durante a gravidez e a lactação, proporcionando alimentação e nutrição (Mannel et al., 2011). O processo fisiológico da lactação contempla a produção de leite (dependente da hormona prolactina) e a ejeção de leite (dependente da hormona ocitocina). Quanto mais a mama for estimulada com uma sucção nutritiva vigorosa e eficaz, presente numa pega correta e completa, mais produção de LM irá haver, assim como ejeção, drenagem e recolha de leite pelo bebé. O sucesso da amamentação está assim dependente desta relação simbiótica existente entre a mãe e o bebé, que garante um equilíbrio entre a produção e a remoção de leite da mama. No entanto, a alimentação, nutrição e ganho de peso do bebé podem ficar

comprometidos quando existem situações que interfiram nesta simbiose, como são exemplos os problemas da mama (Levy & Bértolo, 2012; Mannel et al., 2011).

Estão descritos alguns problemas comuns relacionados com a mama lactante. Podem ser evitados, com uma observação precoce, ou melhorados, com uma recomendação, tratamento rápido e acompanhamento frequente na amamentação. São exemplo: as lesões do mamilo, o ingurgitamento mamário, a obstrução dos ductos, a mastite, o abscesso mamário e a candidíase mamária (Levy & Bértolo, 2012; Mannel et al., 2011). As lesões mamilares e o ingurgitamento mamário estão descritos como os problemas da mama mais frequentes que interferem na amamentação, e têm como consequência a sua interrupção e mesmo abandono (Alvarenga et al., 2017; Dantas, 2020; Mannel et al., 2011; Moraes et al., 2020).

A dor é o primeiro sinal de trauma mamilar causado por um mau posicionamento do bebé à mama, assim como pela sucção com uma pega incorreta que, se mantida, evolui para maceração e mesmo fissura sangrante do mamilo (Alvarenga et al., 2017; Levy & Bartolo, 2012). Para a mãe, esta condição de mama lesada com dor, pode levar a uma diminuição do tempo da mamada e de oferta da mama, condicionando a frequência de mamar em horário livre. Esta realidade induz à redução da produção e ejeção de leite, pela diminuição do estímulo de sucção do bebé. Para o bebé, a pega incorreta desenvolve uma sucção ineficaz, a recolha de leite que faz é reduzida e insuficiente, não satisfazendo a sua saciedade e levando a um comportamento de choro frequente por fome (Levy & Bértolo, 2012). A dor, deve então, ser considerada como um preditor da existência de dificuldades em amamentar (Alvarenga et al., 2017).

Estas lesões mamilares estão associadas ao início da amamentação, ainda em ambiente hospitalar, pelo desconhecimento da prática da amamentação pelas mães ou mesmo pelo sentimento de insegurança e receio de não conseguir produzir leite suficiente e capaz de alimentar o seu bebé. Neste momento, em que ambos, mãe e bebé estão em aprendizagens individuais e partilhadas, é essencial o apoio individualizado e especializado que previna estas possíveis lesões ou que as identifique precocemente de forma a serem rapidamente ultrapassadas (Alvarenga et al., 2017; Carreiro et al., 2018; Dantas, 2018; Mannel et al., 2011; Moraes et al., 2020).

O início da produção de leite em grandes quantidades, comumente conhecida como a 'subida do leite', ocorre por volta dos 2-3 dias após o parto, já com mãe e bebé em casa, depois da alta hospitalar. Este processo fisiológico e transitório da lactação, com aumento também do fluxo de sangue e fluidos no tecido mamário, provoca a sensação de mama mais cheia e pesada. A drenagem do leite é facilitada com uma oferta frequente da mama ou

mesmo, quando necessário, com a extração manual ou mecânica do leite (Levy & Bértolo, 2012; Mannel et al, 2011).

No entanto, quando a quantidade de leite removido não é suficiente, estamos perante uma situação de ingurgitamento mamário. Verifica-se a incapacidade de amamentar pela presença de lesões mamilares ou pela pega incorreta do bebé, que compromete a drenagem da mama. Este comprometimento resulta na acumulação de leite pela compressão dos ductos lactíferos, assim como pela acumulação de líquido intersticial que causa edema. A sensação de dor está aumentada e a mama fica edemaciada, brilhante e tensa, o que dificulta ainda mais a pega correta e completa do bebé (Mannel et al., 2011; Moraes et al., 2020). Para a mãe, a dor intensa causa diminuição do tempo de mamar, redução da frequência das mamas, assim como da produção e ejeção de leite. Para o bebé, que não consegue fazer uma pega correta e completa pela tensão da mama, fica com o aporte de leite necessário à sua saciedade comprometido, chorando com frequência por fome (Carreiro et al., 2018; Mannel et al., 2011).

O acompanhamento no pós-alta, com alerta para uma perda ponderal superior aos 7% do peso de nascimento, na primeira semana de vida, é um forte indicador de que a amamentação possa estar comprometida (Cavalcante et al., 2021).

A desidratação hipernatrémica, um distúrbio hidroeletrólítico, é uma complicação grave, passível de surgir no RN, e que pode estar associada à perda de peso, pelas dificuldades existentes na amamentação. Grande parte dos RN não apresentam sinais de desidratação, pelo que é importante as mães estarem atentas ao facto do bebé não ficar saciado depois de mamar, de chorar com muita frequência, para uma diminuição do débito urinário, para a diminuição da quantidade de fezes e para uma perda ponderal excessiva (Cavalcante et al., 2021; Hatae & Vale, 2013). Os sinais neurológicos primários como a agitação e irritabilidade, rapidamente podem evoluir para uma letargia, apatia ou até coma, com necessidade de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN] para reversão do quadro (Cavalcante et al., 2021; Hatae & Vale, 2013). A sua prevenção é mandatária e depende do apoio de profissionais de saúde especializados na proteção, suporte e apoio ao AM, assim como do conhecimento da prática da amamentação pelas mães (Cavalcante et al., 2021; Hatae & Vale, 2013).

O EEESIP é um conhecedor da prática da amamentação, e tem como objetivo gerir o processo de resposta à criança com necessidade de intervenção precoce, utilizando estratégias promotoras de esperança realista para que o projeto de amamentação da mãe/família alcance o sucesso desejado (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR n.º 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Assim, tanto em ambiente de puerpério imediato, como em ambientes após a alta, seja em CSP, Cantinhos da Amamentação ou mesmo em SUP, é fundamental que o EEESIP observe uma mamada. Só assim poderá detetar precocemente a existência de dificuldades na amamentação e, em parceria com a mãe, definir estratégias para as ultrapassar. Poderá apoiar na correção do posicionamento ou pega, bem como no tratamento do ingurgitamento mamário (com ensinamentos de massagem e ativação da circulação sanguínea, com aplicação alternada de calor e frio, e com ensinamentos de extração de leite manual ou através de bomba extratora). Para garantir o alcance do sucesso do AM, terá que verificar o conhecimento da prática da amamentação pelas mães, com esclarecimento de questões ou dúvidas, e alertar para os sinais precoces de comprometimento do crescimento e desenvolvimento do bebé.

Desta forma, o EEESIP aplica o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender quando, ao interferir na experiência individualizada da mãe, com ensinamentos favoráveis que proporcionam ultrapassar as dificuldades existentes, colabora com a mãe na transformação do seu resultado comportamental para que esta consiga atingir o comportamento de saúde desejado – a amamentação. Aplica também o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey quando, ao compartilhar o processo de amamentação, permite à mãe ganhar autonomia, competência e segurança na alimentação do seu bebé, um cuidado essencial ao seu crescimento e desenvolvimento.

1.2.3 - Os Momentos de Crise na Amamentação: a hospitalização

O desejo de amamentar e as expectativas geradas pela mãe transformam a amamentação numa experiência individualizada e rica em aprendizagens. O sentimento de se considerar como a primeira pessoa capaz e responsável por satisfazer completamente todas as necessidades do seu bebé, fortalece o vínculo afetivo e desenvolve um ambiente de segurança e proteção para o seu crescimento e desenvolvimento (Borsa, 2007; Schore & Schore, 2008).

A mãe é o primeiro sistema imunitário do bebé, uma vez que proporciona uma proteção específica contra os organismos a que ela e o bebé são expostos. Com uma amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida, o bebé adquire a maior eficácia das imunizações, na medida em que as propriedades anti-infecciosas do LM desencadeiam e otimizam o desenvolvimento e maturação do seu próprio sistema imunitário, até este se encontrar absolutamente funcional por volta dos três ou quatro anos de idade (Lawrence & Lawrence, 2005; Mannel et al., 2011).

Apesar da proteção transmitida ao bebé através do LM, pela vulnerabilidade e imaturidade do seu sistema imunitário, enquanto participante do seu contexto familiar e ambiental, este está sujeito à multiplicidade de infeções e à probabilidade de episódios de hospitalização (Rigo et al., 2021).

A hospitalização de um bebé só se concretiza quando os cuidados necessários para ultrapassar a sua condição de doença não são passíveis de serem realizados em casa ou em ambulatório, e a ser necessária, deverá sempre ter a menor duração possível e atender às suas especificidades e individualidades (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 1988). A amamentação é uma especificidade e individualidade que pode ficar fragilizada pelos sentimentos de angústia, impotência e insegurança que a hospitalização provoca na mãe e bebé. Como tal, deve ser protegida, promovida e apoiada para que não se verifique uma situação de desmame precoce (Rigo et al., 2021; Santos, 2018).

O *Passo 7* para o sucesso do AM – alojamento conjunto, define a permanência conjunta da mãe e do bebé, durante as vinte e quatro horas do dia, para que seja possível à mãe responder adequada e prontamente aos sinais de fome do bebé, mantendo a frequência da amamentação em horário livre (OMS, 2018).

Apesar de existirem testemunhos de mães que referem que as condições físicas de um serviço de internamento de pediatria não são as mais favoráveis, ou cómodas, para o acompanhamento diário do seu filho e de haverem ainda instituições, em que a filosofia de prestação de cuidados em idade pediátrica desconhece a prática de proteção, promoção e apoio ao AM, o ambiente hospitalar não pode ser responsável pelo desmame precoce (Rigo et al., 2021; Santos, 2018).

Dependendo da patologia que motiva a sua hospitalização, nem sempre a condição clínica do bebé lhe permite manter o esquema de amamentação a que está habituado. O esforço respiratório, a sonolência ou mesmo apatia, assim como a capacidade de absorção intestinal comprometida por vómitos ou diarreia, são exemplos de manifestações clínicas que podem levar à interrupção temporária da amamentação, para, parentericamente, assegurar uma nutrição adequada ao bebé (Rigo et al., 2021). A não ser que o aporte de LM esteja suspenso por prescrição médica, ou na impossibilidade transitória da mãe amamentar, este pode ser mantido com oferta através de dispositivos como a sonda gástrica, o copo, ou o biberão, favorecendo uma recuperação mais rápida e com menor tempo de internamento. Esta oferta de LM deve ser essencial e o plano alimentar prioritário, em detrimento da alimentação com leite artificial (Lawrence & Lawrence, 2005, Mannel et al., 2011).

A proteção, promoção e apoio ao AM pelos profissionais de saúde num serviço de pediatria exige uma atitude que vai além da observação de mamadas e identificação de posicionamento e pega corretos. Implica também o conhecimento da técnica de extração de LM, quer seja manual ou através de bomba extratora. O Passo 5 para o sucesso do AM – apoio ao AM, contempla o conhecimento da técnica de extração de leite, assim como as estratégias promotoras e necessárias para manter a produção, e correta conservação, quando há impossibilidade do bebé mamar (OMS, 2018). Providenciar as condições ótimas e os dispositivos necessários para a extração e conservação de leite, promove o aumento da sua produção e proporciona à mãe sentimentos de autoconfiança, competência e proteção para com o seu bebé hospitalizado (Rigo et al., 2021; Santos, 2018).

Não só associada à alimentação/nutrição do bebé, a amamentação também é vista como um suporte emocional, um ‘abraço carinhoso’ numa prática para minimizar o trauma, insegurança e desconforto que a hospitalização provoca no bebé. Nos momentos em que há necessidade de intervenções dolorosas, a SNN na mama torna-se imprescindível no alívio da dor (Lawrence & Lawrence, 2005).

A gestão da hospitalização de uma criança/jovem e família num serviço de pediatria tem como objetivo minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados à sua vivência de doença e à sua experiência no contexto hospitalar (OE, 2017). Ao promover o alojamento conjunto, o EEESIP está a garantir um ambiente terapêutico físico, psicossocial e cultural gerador de segurança e proteção do bebé e da mãe (Regulamento n.º 140/2019, presente no DR n.º 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019). Desta forma também promove a amamentação e a vinculação RN/pais (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR n.º 133, Série II de 12 de julho de 2018).

A hospitalização do bebé pode ser considerada como uma *barreira à ação*, de acordo com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. O alojamento conjunto e as estratégias para extração do LM representam *benefícios para a ação*, ou seja, para a manutenção da amamentação, o comportamento promotor da saúde que a mãe/família escolheu para o bebé. A partilha da técnica e das estratégias de extração e conservação de LM, assim como a disponibilização dos dispositivos necessários, na impossibilidade do bebé ser amamentado, envolve a participação da mãe num plano de cuidados ao seu filho representada no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

1.2.4 - Os Momentos de Crise na Amamentação: a prematuridade

A maternidade é um momento em que a mãe, sentindo-se meiga e amorosa, possibilita ao seu bebé múltiplas e diversificadas experiências essenciais a um clima emocional favorável ao seu desenvolvimento, que proporcionará a impressão de características organizadoras da sua identidade. É o seu comportamento emocional que orienta o bebé (Borsa, 2007). Nesta comunicação emocional de *cérebro a cérebro*, com interação entre ambos, a mãe participa não só como fonte de segurança para o seu bebé, mas também como reguladora de emoções e promotora do neurodesenvolvimento (Schore & Schore, 2008).

O nascimento é o momento de consciencialização da parentalidade. Expectantes e emotivos, os pais observam o bebé com as suas singularidades, e podem ser confrontados com as diferenças entre o bebé imaginário e o bebé real (Monteiro, 2003).

O sofrimento psicológico materno no pós-parto, com a necessidade de a mãe passar pelo processo de luto do bebé idealizado, que não corresponde com o bebé que nasceu prematuramente, fica exacerbado pelos sentimentos de medo, angústia e impotência perante o risco de morte do seu bebé (Baseggio et al., 2017).

O parto prematuro pode ser considerado um parto traumático de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM-V]. A preparação para a separação no momento do parto fica comprometida e frustra a expectativa da imediata relação mãe-bebé, interferindo negativamente na formação, desenvolvimento e fortalecimento do vínculo afetivo, tão necessário à sobrevivência do bebé prematuro (Pontes & Cantillino, 2014).

Os avanços das tecnologias proporcionaram um aumento da sobrevida destes bebés nas UCIN. No entanto, lidar com um bebé que apresenta a sua sobrevivência em risco, e que pode não sentir como seu, devido à destituição da tarefa materna de cuidar num local de longo período de hospitalização, são dificuldades inesperadas que a mulher enfrenta com um parto prematuro e que podem desencadear um stress pós-traumático (Pontes & Cantillino, 2014).

Este impacto negativo do parto prematuro pode sempre ser amenizado pela promoção da qualidade da relação precoce entre mãe-bebé. O envolvimento emocional não será sempre igual, e estará dependente dos momentos de reciprocidade. Assim, quando o bebé tem momentos de estabilidade, e é permitido à mãe o contacto físico e o seu envolvimento na prestação de cuidados, o vínculo cresce e fica fortalecido (Pontes & Cantillino, 2014).

Incentivar a mãe a amamentar ou a extrair leite, contribui para estimular a sua autoconfiança, capacitação e competência para cuidar do bebé, bem como potencia a interação mãe-

bebé. A mãe que extrai uma substancial quantidade de leite, tem um toque mais afetuoso e frequente para com o seu bebé, e este fica mais alerta durante as interações. As quantidades de LM ingeridas pelo bebé prematuro influenciam o seu desenvolvimento neurológico e cognitivo. A ingestão de uma quantidade substancial de LM, potencia a função neuromotora e, associada ao toque afetuoso da mãe, potencia o impacto do LM no desenvolvimento cognitivo (Feldman & Eidelman, 2003).

Todas as propriedades e benefícios do LM podem proporcionar ao bebé prematuro aquisição de maturidade, um internamento harmonioso e tendencialmente diminuído, que se reflete em ganhos de autonomia para uma alta consciente, ansiosamente aguardada.

A abordagem do AM ao bebé prematuro deve respeitar a sua idade, a sua individualidade, o seu estadio de desenvolvimento e maturidade apresentada. A partir do momento em que consegue coordenar a sucção, deglutição e respiração, a amamentação deve ser encorajada e praticada, com a garantia de que está estabelecida à data da alta. Entretanto, e o mais precocemente possível, utilizam-se estratégias que proporcionam o aporte de LM ao bebé. São exemplos a higiene oral com cotonete, que permite cheirar e saborear o LM, proporcionando no futuro um reconhecimento rápido com pega facilitada na mama; o alívio da dor nos procedimentos invasivos, associado à SNN na chupeta; a estimulação da sucção durante o momento de alimentação entérica por sonda, com o apoio da chupeta ou mesmo, diretamente, na mama (Mannel et al., 2011; Sousa, 2018).

O *Passo 5* para o sucesso do AM – apoio ao AM, considera essencial que a extração de LM tenha início uma a duas horas após o nascimento, e que às mães seja proporcionado todo o apoio necessário referente ao ensino das técnicas de extração manual, extração com bomba manual ou bomba elétrica, assim como da conservação do leite. A vontade, a disponibilidade e a frequência da estimulação/extração de leite deverá ser gerida pela mãe e respeitada pelos profissionais de saúde. No entanto, é importante a mãe ter conhecimento dos benefícios do LM para o seu bebé prematuro e de que quanto mais cedo estimular a mama, mais cedo conseguirá produzir leite e fazer extração em quantidade para alimentar o seu bebé. Para manter a produção de leite, deverá estimular a mama e extrair leite com uma frequência que não tenha intervalos superiores a quatro horas (OMS, 2018).

A prematuridade está associada a um início de vida complexo, com situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte para o bebé prematuro. É da competência do EEESIP reconhecê-las rapidamente e mobilizar conhecimentos e habilidades, para uma resposta pronta e antecipatória, com cuidados de enfermagem apropriados. Consciente das fragilidades que um parto prematuro provoca nos pais e no bebé, o EEESIP utiliza estratégias para promover o contato físico entre ambos e negocia o envolvimento dos pais na prestação de

cuidados ao seu bebé. Ao demonstrar conhecimentos sobre as competências do RN, para promover um comportamento interativo entre ambos, está a promover de forma sistemática a vinculação. Ainda neste contexto, em que incentiva uma comunicação expressiva de emoções, o EEESIP torna-se um agente facilitador da ‘dignificação da morte’ e do processo de luto (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018, pp.19193-19194).

Com um parto prematuro, o resultado comportamental de atingir uma amamentação consolidada está comprometido, à priori, pela própria prematuridade. À luz do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender esta vivência da mãe, de um parto prematuro, só por si, será já uma *barreira à ação*. No entanto, todas as estratégias de interação afetiva entre a mãe e o bebé, bem como a estimulação da mama com extração de leite, são considerados *benefícios à ação*, constituirão o plano de ação e serão promotoras do sucesso do AM.

Defendido pelo Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, o incentivo precoce à participação dos cuidados individualizados ao seu bebé prematuro, com a possibilidade de proporcionar, desde sempre, uma alimentação rica em LM, é importante na sobrevivência do seu bebé. Esta realidade permite, de uma forma peculiar a cada mãe, a vivência de uma maternidade que cresce e se enraiza progressiva e ‘maternamente’ em ambiente hospitalar.

2 - O PERCURSO FORMATIVO

O percurso formativo considerou diferentes momentos: a prática clínica em diferentes contextos de estágios e a elaboração de trabalhos de investigação (um estudo de caso, um artigo científico e um projeto de intervenção).

No âmbito do estágio I, o contexto escolhido para a prática clínica foi uma UCC. No âmbito do estágio final foram: SUP, SIP e o SMIPN de um CHU.

2.1 – OS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA

2.1.1 - Prática clínica numa Unidade de Cuidados na Comunidade

A escolha de uma UCC para contexto de prática clínica esteve relacionada com a necessidade e oportunidade de conhecer a realidade da intervenção de enfermagem na comunidade, considerando uma década de prática profissional realizada em consulta externa de pediatria e centro de neurodesenvolvimento.

A prática clínica na UCC compreendeu um período de seis semanas, de 17 de maio a 24 de junho de 2022, com a supervisão clínica de uma EEESIP. Localizada numa ala do Centro de Saúde da cidade, a UCC reunia condições físicas de trabalho por áreas de projetos, com gabinetes e ginásio.

Iniciada em 2006, a reforma dos CSP tinha como objetivo proporcionar o alcance de maiores ganhos de saúde para a população através da melhoria no desempenho e na eficiência do Serviço Nacional de Saúde. A sua reestruturação perspetivava melhoria da qualidade na prestação de cuidados e na continuidade dos cuidados, com aumento da satisfação dos utentes e dos profissionais (OPSS, 2019). Dessa forma, e integrados nas Administrações Regionais de Saúde [ARS], foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde com autonomia

administrativa e constituídos por várias unidades funcionais. A UCC foi então uma nova unidade funcional implementada, com o objetivo de “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Despacho nº 10143/2009, presente no DR nº 74, Série II de 16 de Abril de 2009, p. 15438).

No âmbito da ESIP, a UCC englobava diferentes projetos e programas na área da promoção da saúde e na área da proteção da criança e jovem em risco. Relativamente à promoção da saúde identificaram-se os projetos das Equipas Locais de Intervenção [ELI] (pertencente ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância [SNIPI]), a Saúde Escolar (com articulação direta com as escolas através do Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família [GAAF] e com o programa incluso de saúde oral), o Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade [PNP], o Cantinho da Amamentação e o Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil [GASMI]. Relativamente à proteção da criança e jovem em risco identificou-se o Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco [NACJR], com articulação direta com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ].

A UCC ainda integrava outros projetos direcionados à população adulta como a Equipa de Cuidados Continuados Integrados e a Equipa de Prevenção da Violência em Adultos. Todos estes projetos da UCC eram ricos na multidisciplinaridade de profissionais: enfermeiras generalistas, EEESIP, Enfermeira Especialista em Enfermagem em Saúde Materna Obstétrica [EEESMO], Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, fisioterapeutas [FT], terapeutas ocupacionais [TO], terapeuta da fala [TF], psicólogas, nutricionista, higienista oral, técnica do serviço social, assistentes operacionais e assistente administrativa.

Para este contexto clínico foram definidos os objetivos de analisar reflexivamente as competências do EEESIP na referida área de intervenção, conhecer as diligências articulatórias entre a comunidade e o hospital, bem como adquirir conhecimentos e competências para uma intervenção especializada enquanto EEESIP nos diferentes projetos da UCC.

Foi sempre possível a presença e participação em atividades existentes na UCC que permitissem enriquecer a aquisição de conhecimentos e competências de um EEESIP nos variados projetos existentes.

O plano de trabalho da Enfermeira Supervisora Clínica estava distribuído diariamente por intervenção em projeto. Às segundas-feiras, a intervenção era no projeto GASMI; às terças-feiras saúde escolar; quartas e sextas-feiras dedicadas ao NACJR e quintas-feiras com intervenção com a CPCJ.

O projeto do GASMI é um projeto regional do Algarve, promotor da saúde mental infantil e que, desde 2001, assiste crianças dos três aos doze anos de idade e as suas famílias. As Equipas Multidisciplinares, alocadas nos CS da vasta região, e constituídas por psicólogos, enfermeiros, médicos de medicina geral e familiar, assistentes sociais, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, intervêm com crianças que manifestam alterações comportamentais, emocionais e/ou sociais clinicamente significativas e comprometedoras da sua saúde mental. De acordo com a ARS Algarve, 2001, este projeto tem um protocolo com o Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia no qual, cada equipa GASMI está sob a responsabilidade, consultadoria e supervisão regular de um pedopsiquiatra de forma a desenvolver uma atuação segura, de continuidade e de complementaridade entre os CSP e os cuidados hospitalares. Qualquer entidade com intervenção na área infantil pode fazer uma sinalização ao GASMI da área de residência da criança, que será validada e devidamente encaminhada, com referenciação em documento próprio pelo médico de família.

Ao longo do período da prática clínica na UCC, foi possível estar presente e colaborar nas reuniões multidisciplinares semanais do GASMI. Cada criança, com respetivo processo terapêutico, tem atribuído um gestor de caso. As reuniões facilitam a discussão de casos com avaliação dos critérios de elegibilidade, decisão do adequado encaminhamento para a criança e construção do processo terapêutico, com possível necessidade de intervenção dos vários técnicos constituintes da equipa. Também surgiu a oportunidade de participar num acolhimento, um momento orientado por um membro da equipa – neste caso a Enfermeira Supervisora Clínica, que teve como objetivo fazer uma entrevista orientada e direcionada aos pais da criança e perceber qual a preocupação, ou qual a alteração que a criança apresentou ou manifestou e que originou a referenciação.

O projeto da saúde escolar estava distribuído pelas duas EEESIP. No início de cada ano letivo são sugeridos temas para serem apresentados e trabalhados com os alunos, em sala de aula. As escolas têm que se inscrever e identificar o tema em que estão interessadas. A partir daí é efetuado um agendamento para as EEESIP desenvolverem ações de educação para a saúde. A Enfermeira Supervisora Clínica encontrava-se responsável por trabalhar o tema das 'Emoções', com as turmas de segundo ano do primeiro ciclo, e o tema 'A Parentalidade e a Violência' com as turmas dos sétimo e oitavo anos do segundo ciclo. A segunda Enfermeira EEESIP envolvida trabalhava o tema do 'Sono', com as turmas do segundo ano do primeiro ciclo.

A primeira participação no âmbito da saúde escolar foi na exploração da sessão do 'Sono'. Uma história com o sol e a lua como protagonistas, suportada por desenhos alusivos aos

momentos por eles experienciados, permitiu explicar o ciclo da vigília e do sono, e a necessidade de promover um sono saudável. No final da história, a partilha das vivências de cada criança permitiu perceber que, globalmente, as crianças têm poucas horas de sono noturno, com um máximo de apenas de nove horas, e que há uma emergente necessidade de alterar os hábitos do sono para promover um crescimento e desenvolvimento cerebral e intelectual saudável e harmonioso.

A Sessão das 'Emoções', apoiada pela exposição de diapositivos com os protagonistas do filme *Divertidamente*, e que a maioria das crianças já tinha assistido, permitiu um entusiasmo e verbalização de emoções a cada exemplo que era trabalhado. A observação das crianças, quer fosse no êxtase da sua participação, quer fosse na sua timidez, silêncio, tristeza, permitiu compreender que, verdadeiramente, e através das suas emoções, as crianças manifestam pedidos de ajuda. Foi o caso de uma criança que, pela interpretação das emoções manifestadas, considerou-se necessária a sinalização para o NACJR.

Na sessão da 'Parentalidade e Violência' estiveram também presentes a psicóloga e assistente social da UCC. Esta sessão de educação para a saúde teve a parceria do GAAF, que identificou esta temática como necessária para a atualidade dos jovens da cidade. O GAAF é um gabinete escolar, com a coordenação de uma técnica do serviço social, com a finalidade de apoiar os alunos e as famílias. Sempre que necessário, articulava com o CS nas suas diferentes valências. A dinâmica da sessão consistiu na diferenciação do *bom trato* e do *mau trato* na parentalidade. Enquanto pais, o que é que os jovens das turmas considerariam ser exemplos de *bom trato* e *mau trato* para os seus filhos. E também aqui, mas já com outro nível de maturidade, se visualizaram comportamentos indicativos de pedidos de ajuda. No entanto, e porque em algumas situações o GAAF já tinha conhecimento dos distúrbios manifestados, seria a entidade de articulação com o NACJR, de forma a agilizar e a oficializar as referências.

Ainda no âmbito da saúde escolar, e também através da sinalização do GAAF, foi possível a presença numa primeira intervenção da EEESIP Supervisora Clínica no contexto escolar, para vigilância do estado de saúde de uma adolescente de 14 anos, grávida de 26 semanas [S] de idade gestacional [IG]. Foi realizada uma entrevista de acolhimento e ficou agendada uma consulta de vigilância no centro de saúde.

O projeto do NACJR acompanhou a reforma do CSP. Juntamente com a educação, formação profissional e ocupação de tempos livres, tem a responsabilidade na intervenção junto de crianças e jovens para intervir na promoção dos seus direitos e na sua proteção em geral, e daquelas que se encontrem em situação de risco ou perigo. É constituído por uma equipa multidisciplinar com enfermeiro, médico, outro profissional de saúde da área da saúde mental

e um profissional do serviço social. Responsável pela sensibilização e formação dos profissionais, presta consultadoria de sinalização, acompanhamento e encaminhamento dos casos aos profissionais e equipas de saúde. Mobiliza e articula os recursos para remover o risco e evitar o perigo de maus tratos, assim como comunica e agiliza com as CPCJ e tribunais (Despacho nº 31292/2008, presente no DR nº 236, Série II de 05 de dezembro de 2008, pp. 49207-49231).

A primeira intervenção no âmbito do NACJR consistiu numa reunião multidisciplinar na escola, com a psicóloga do GAAF, a diretora de turma, a professora do Ensino Especial e a gestora de caso da CPCJ. A reunião decorreu para análise da situação de uma adolescente de 12 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, em absentismo escolar e não cumpridora do plano terapêutico e de vigilância de saúde em contexto de pandemia COVID-19. Pela experiência profissional, surgiu a possibilidade de sugerir a articulação direta com as enfermeiras do Centro de Desenvolvimento de Pediatria [CDP] para marcação de consulta urgente, em presença da professora do ensino especial, a pessoa mais indicada para informar o contexto da adolescente à equipa do CDP. Este caso de negligência parental foi o escolhido para o estudo de caso da UC estágio I.

As manhãs de quintas-feiras eram dedicadas à reunião on-line com a CPCJ. Não foi possível estar presente em nenhuma reunião pela não permissão da CPCJ, alegando a necessidade da proteção de dados e da individualidade e segurança das crianças/jovens e famílias. A EEESIP explicou uma dinâmica semelhante às reuniões de GASMI, com apresentação de novos casos, critérios de elegibilidade, discussão de casos ativos e sob vigilância, bem como dos planos de acompanhamento de cada criança/jovem/família e encaminhamento para o tribunal sempre que necessário.

O SClínico era a plataforma utilizada para os registos de todas as intervenções de enfermagem. Cada criança tem o seu processo clínico, com identificação dos projetos de saúde ativos (programa nacional de saúde infanto-juvenil, programa nacional de saúde mental, NACJR), assim como dos focos de atenção e diagnósticos de enfermagem com linguagem CIPE. Cada intervenção/diligência realizada pela Enfermeira Supervisora EEESIP, mesmo sem contato presencial com a criança/jovem e família, ficava registada no processo clínico informático, bem como no processo físico, em documentos próprios, correspondentes a cada projeto.

Para além destes projetos, e de forma a proporcionar uma observação e participação vasta, para aquisição de experiência, conhecimento e competência no âmbito de todas as intervenções de ESIP, houve oportunidade de acompanhar outras EEESIP da UCC e da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [USCP], envolvidas nos restantes projetos: o

curso de PNP, o Cantinho da Amamentação, a ELI, a consulta de vigilância infanto-juvenil e a consulta do adolescente (estas consultas realizadas na USCP).

O curso de PNP era rico pela sua multidisciplinaridade de conteúdos e de profissionais dinamizadores. Estava dividido em sessões com temáticas e profissionais diferentes: os Cuidados ao RN eram trabalhados pela EEESIP, a Amamentação pela EEESMO, a Alimentação da Grávida pela nutricionista e a Preparação para o Parto pela FT. A presença na sessão dos cuidados ao RN, e experiência profissional atual em puerpério, permitiu uma partilha de conhecimento, experiências e expectativas das grávidas, tornando a sessão dinâmica em cuidados antecipatórios e promotora de um bem-estar e comportamento saudável.

O Cantinho da Amamentação era um espaço de informação e de apoio ao AM. A enfermeira generalista, Conselheira em AM, contactava todas as puérperas do concelho, através da notícia de nascimento, para monitorização do AM. Sempre que havia necessidade, fazia marcação para observação de uma mamada e, em conjunto com os pais, a elaboração de um plano de apoio. O momento que se proporcionou para observação de uma mamada foi referente a uma RN de vinte dias, já com um plano de apoio semanal, para consolidação da pega. Inicialmente, com aleitamento materno exclusivo, a bebé estava com um aumento ponderal comprometido, identificando-se como causa a adoção de uma pega incorreta/incompleta. Após sessão de esclarecimento sobre a prática correta da amamentação, e com uma vigilância semanal, a bebé começou a ter harmonia na sua curva de peso, e nesse mesmo dia da observação recebeu alta do Cantinho de Amamentação.

O projeto da ELI estava integrado no SNIPI. O SNIPI foi criado pelo Decreto-Lei nº 281/2009 de 06 de outubro e abrange um conjunto organizado de atuação coordenada do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade. Integrado nos princípios defendidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança, e no domínio do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009, tem como objetivo “garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o seu crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento” (Decreto-Lei nº 281/2009, presente no DR nº 193, Série I de 06 de outubro de 2009, p. 7298).

A ELI é um órgão local do SNIPI, multidisciplinar e constituído por enfermeira, psicóloga, TF, TO, FT, educadora do Ensino Especial e técnica do serviço social. Tem como missão garantir a Intervenção Precoce na Infância [IPI], reunindo um conjunto de medidas e ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da saúde, educação e da ação social, com apoio

integrado e centrado na criança, com idade compreendida entre os zero e os seis anos, bem como na sua família. A referenciação aos serviços da IPI é livre, e de consciência universal de qualquer pessoa que identifique uma preocupação ou alteração numa criança. Este processo implica que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados o mais precocemente possível, assim como acionados os mecanismos necessários das ELIS para a elaboração de um plano individualizado, o Plano Individual de Intervenção Precoce [PIIP], que respeita e atende as necessidades da criança e da família. (Decreto-Lei nº 281/2009, presente no DR nº 193, Série I de 06 de outubro de 2009).

Na sequência de uma referenciação de uma avó, que suspeitava de atraso da linguagem da neta de três anos, foi possível estar presente num acolhimento, primeira fase de um processo da ELI. O acolhimento foi realizado pela EEESIP e pela psicóloga. Enquanto a EEESIP realizava uma entrevista, com anamnese, à mãe da criança, acerca da criança/família, a psicóloga fazia uma avaliação do desenvolvimento à criança através da aplicação da escala de Growing Skills II. Esta é uma Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil, nos seus vários domínios (Motor, Linguagem, Autonomia, Interação Social, Visual). Permite fazer um rastreio rápido e eficaz do desenvolvimento da criança dos zero aos cinco anos e pode ser utilizada por todos os profissionais que prestam cuidados na área da saúde infantil. Este instrumento avalia sempre o parâmetro mais avançado que a criança consegue realizar nas 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. Um documento de registo própria identifica os itens a avaliar, e a partir dos resultados alcançados, é traçada a folha de perfil de desenvolvimento das competências da criança (Bellman et al., 1996). No caso desta criança de três anos, mesmo não traçando no momento a sua folha de perfil, foi possível observar participação com interesse e compreensão das atividades propostas para avaliação, assim como uma atenção particular pela conversa que a mãe estava a ter com a EEESIP. No entanto, nos momentos de diálogo com a psicóloga, verificou-se uma construção de frases pobre, com junção de apenas duas ou três palavras. A construção do processo desta menina seria realizada posteriormente, cruzando a anamnese e os resultados de avaliação. Em reunião de ELI, o processo seria apresentado para avaliação dos critérios de elegibilidade e elaboração do PIIP.

A vigilância da Saúde Infantil e Juvenil permite intervenções que proporcionam ganhos em saúde. Ao avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem é possível detetar precocemente situações que possam comprometer a sua vida, ou afetar a sua qualidade de vida, e proceder ao devido encaminhamento. A estimulação de comportamentos promotores

da saúde, permite à criança e ao jovem um desenvolvimento pessoal e social com autodeterminação e responsabilização progressiva pelas suas escolhas, e aos pais o exercício e reconhecimento das responsabilidades parentais (DGS, 2013).

A consulta de vigilância infantojuvenil era realizada na UCSP. Durante duas tardes, houve oportunidade de acompanhar a EEESIP responsável pela consulta. Estes momentos mostraram-se ricos no que respeita à sua intervenção. Era realizada uma avaliação do crescimento e desenvolvimento e os dados eram registados no Boletim de Saúde Infantil-Juvenil e SClinico (que estava parametrizado de acordo com a Escala de Mary Sheridan para a avaliação do desenvolvimento da criança, entre um mês a cinco anos). Rapidamente foi possível consultar a assiduidade e cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, com possibilidade imediata de atualização. Verificou-se um cuidado na abordagem comunicacional com as crianças de diferentes idades e seus acompanhantes, bem como na oportunidade para a promoção de comportamentos saudáveis.

De salientar a harmonia conjunta da intervenção da EEESIP com a avaliação médica, que proporcionou aos bebés presentes o respeito pela individualidade e intervenções complementares num mesmo momento (como é exemplo o exame clínico do bebé imediatamente após a monitorização do peso).

A consulta do adolescente permitiu observar duas situações distintas. Numa das situações, uma adolescente de catorze anos, sozinha em consulta, procurou ajuda para iniciar um programa de contraceção, de forma responsabilizada, após comportamentos menos favoráveis à saúde. Encontrou na EEESIP e na médica assistente uma equipa que, sem qualquer juízo ou condenação, suportou e reforçou a recente tomada de decisão responsável, num processo de mudança para adoção de comportamentos saudáveis (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

A segunda situação em consulta do adolescente relacionou-se com o encaminhamento diferenciado do adolescente para os cuidados hospitalares, após estudo alargado e possível em contexto dos CSP. Na presença da mãe, o adolescente foi respeitado e ouvido na íntegra, sem qualquer interrupção, e relatou todos os seus momentos de preocupação com os seus episódios de ansiedade e mesmo síncope. A EEESIP e médica assistente efetuaram uma avaliação dos parâmetros vitais e exame clínico, e propuseram um encaminhamento com referência para os cuidados hospitalares, consulta de cardiologia, para estudos mais objetivos e específicos às condições apresentadas (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

A MOJU – Associação do Movimento Juvenil na cidade, é um projeto que proporciona diversas atividades na comunidade. A iniciativa “Bairro Cool” que tem como objetivo melhorar

a qualidade de vida dos habitantes de determinado bairro da cidade, conta com a parceria da Câmara Municipal, da UCC e da Assembleia de Jovens Local. As vulnerabilidades e necessidades levantadas pelo Diagnóstico Social da cidade e comunidade levou a que se trabalhassem as áreas da proteção para a saúde, os estilos de vida saudáveis, a capacitação dos participantes e a promoção da cidadania. Neste âmbito, foi possível estar presente numa sessão para adultos sobre a violência. O grupo participante, exclusivamente feminino, visualizou o filme sobre a violência doméstica “Hoje eu recebi flores” e partilhou sentimentos e experiências relacionadas à temática.

A prática clínica na UCC permitiu compreender a importância do EEESIP não só na promoção da adoção de comportamentos potenciadores de saúde junto das crianças/jovens e suas famílias, mas também na identificação precoce de alterações e situações de risco. A parceria de cuidados possibilita uma intervenção atempada e conjunta com a criança/jovem e família, a otimização de um crescimento e desenvolvimento saudável às crianças e jovens, bem como o desenvolvimento de capacidades e competências da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

A possibilidade de participar num seminário sobre ‘O que se passa na infância (particularmente vulnerável), não fica na infância’ e numa Ação de Formação em Serviço da UCC, com a temática ‘Desafios da Saúde Mental na Adolescência numa Sociedade em Mudança’, permitiu aquisição de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, otimizando um conhecimento que suporte uma prática clínica baseada em evidência científica (Regulamento nº 140/2019, presente no DR nº 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019).

2.1.2 - Prática clínica num Serviço de Urgência de Pediatria

A prática clínica no SUP foi o primeiro momento do percurso formativo do estágio final. Compreendeu um período de seis semanas, de 19 de setembro a 27 de outubro de 2022, com a elaboração do horário semanal pela Enfermeira Gestora, distribuído por turnos de manhãs e de tardes, e com a supervisão clínica de uma EEESIP.

Localizado no ‘rés-do-chão’, e com facilidade de acesso diretamente do exterior, o SUP tinha uma entrada para a Sala de *Diretos* (uma sala para todas as situações de emergência e risco de vida para a criança e jovem) e uma entrada para uma sala de espera, para todas as outras situações que justificassem a ida a um SUP. Estava dividido fisicamente por sectores: a sala de Triagem, a Sala de Tratamentos, a Unidade de Internamento de Curta Duração

[UICD] - vulgo Sala de Observação [SO] e a Área Diferenciada para Respiratórios [ADR]. A observação médica era realizada em três balcões de atendimentos distintos. Fisicamente, o SUP ainda comportava um armazém para arrumação de todo o consumo clínico e de equipamento, e uma copa para distribuição das alimentações às crianças e jovens em UICD, ou mesmo para providenciar lanches rápidos às outras crianças, quando necessário. O SUP estava ainda fisicamente ligado ao Hospital de Dia de Pediatria [HDP], um serviço independente, sob a gestão da Enfermeira Gestora do SUP, mas também de suporte a algumas situações de atendimento em SUP, como é exemplo o tratamento das feridas por queimadura.

A equipa de enfermagem do SUP era constituída por vinte e nove elementos: a Enfermeira Gestora e EEESIP, doze enfermeiros EEESIP que tinham também as funções de Chefia de Equipa e dezasseis Enfermeiros Generalistas. O 'ratio' de enfermeiros por sector era de um enfermeiro na triagem, dois enfermeiros na sala de tratamentos (um deles era o chefe de equipa), um ou dois enfermeiros na UICD, de acordo com a ocupação das vagas (respeitando sempre o 'ratio' de um enfermeiro por quatro crianças/jovens). A equipa médica era constituída por um pediatra – chefe de banco, um interno de pediatria e dois médicos de clínica geral (ultimamente com alguma dificuldade em manter este 'ratio' pela falta de médicos pediatras, havendo momentos em que era necessário encerrar portas e desviar o atendimento em SUP para outro hospital da região). A equipa do SUP era composta também, por assistentes administrativos e assistentes operacionais que estavam distribuídos de forma a darem apoio a todos os setores.

O objetivo do SUP era atender todas as crianças e jovens, independentemente da patologia apresentada, assegurando uma resposta imediata e adequada a episódios de emergência e doença aguda, numa filosofia de trabalho que representa prestar cuidados imediatos, estabilizar e transferir.

Assim, para este contexto clínico, foram definidos os objetivos de conhecer a dinâmica do cuidar emergente para estabilizar e transferir, analisar reflexivamente as competências do EEESIP num contexto de SUP, bem como adquirir competências clínicas adequadas para uma intervenção específica enquanto EEESIP em situações de especial complexidade para a criança/jovem e família.

A dinâmica de trabalho no SUP iniciava-se com a passagem de turno dos diferentes setores, em sala de reunião. A Enfermeira Gestora estava presente no início da manhã e no início da tarde. Alguns assuntos relacionados com a gestão do serviço pelos chefes de equipa também eram discutidos neste momento.

O circuito de atendimento das crianças/jovens iniciava-se pela admissão, com inscrição e identificação do motivo pelo qual a criança/jovem e família recorriam ao SUP. Eram depois

chamados à sala de triagem pela ordem de inscrição. As crianças/jovens que eram trazidas em ambulância passavam diretamente à sala de triagem.

A triagem era realizada através do sistema de Triagem de Manchester, versão canadiana 2016, que integra dados e discriminadores para a idade pediátrica. A triagem de Manchester permite identificar precocemente quem necessita de atendimento urgente e tem como objetivo principal classificar o nível de prioridade com a identificação dos critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada (DGS, 2018). Deve ter em conta a especificidade da criança, independentemente do nível de urgência em que seja praticado. A identificação da queixa inicial e o seguimento do fluxograma de decisão classifica a criança/jovem numa de cinco categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial: emergente = vermelho = 0 minutos / muito urgente = laranja = 10 min / urgente = amarelo = 60 min / menos urgente = verde = 120 min / não urgente = azul = 240 min. Sempre que o tempo de espera para o atendimento médico excede o limite previsto, a criança/jovem deve ser retriada. A triagem deve ser realizada por enfermeiro ou médico com formação especializada para este sistema de triagem (DGS, 2018). No SUP, os enfermeiros iniciados da equipa não faziam triagem porque não tinham ainda a formação necessária e específica para tal.

Os momentos passados em triagem permitiram constatar uma grande afluência ao SUP por transtornos respiratórios, destacando-se duas situações com gravidade e identificação de muito urgente pelo fluxograma respiratório. Rapidamente as crianças foram chamadas pelo pediatra para observação e respetivo tratamento.

A dor testicular de um menino de sete anos também foi identificada como uma situação muito urgente, pelo risco de torção testicular e perda do testículo, se não tratada numa janela temporal de seis horas. Após a observação pediátrica em balcão, foi chamada a equipa de cirurgia pediátrica para uma avaliação especializada.

De carácter urgente, foi considerada uma queimadura por choque elétrico numa tomada, num menino de três anos. A observação e confirmação da existência de uma porta de saída da corrente elétrica alerta para uma provável menor gravidade das possíveis lesões internas causadas. Como protocolo de meios complementares de diagnóstico [MCD] o menino fez análises sanguíneas e um eletro-cardiograma.

Estes exemplos descritos são apenas algumas de muitas outras situações presenciadas que permitiram refletir sobre o desempenho de um EEESIP em sala de triagem. Verificou-se que a triagem é um momento para uma avaliação essencial e precisa da criança/jovem. De forma célere, o EEESIP mobiliza conhecimentos e habilidades para uma resposta pronta e antecipatória sempre que identifica e avalia situações de gravidade clínica (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR n.º 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Depois de ser realizada a triagem, as crianças/jovens retornavam à sala de espera para aguardarem observação médica.

Após a observação médica, e de acordo com a sua situação clínica, a criança/jovem podia ter diretamente alta, com uma prescrição terapêutica e/ou encaminhamento para o seu médico de família. Podia ainda ser encaminhada para a sala de tratamentos para realização de MCD ou cuidados de enfermagem. Neste caso, após reavaliação médica, podia ter alta, ou necessitar de um internamento em UICD ou no serviço de pediatria. A criança/jovem podia ainda ser encaminhada para outra especialidade com necessidade de avaliação ou mesmo cirurgia.

A prescrição médica dos MCD e tratamentos era feita informaticamente, mas comunicada, de forma presencial pelo médico, que se deslocava à sala de tratamentos e falava diretamente com o enfermeiro. Identificava a criança/jovem, a sua idade, o diagnóstico, o tratamento necessário e o respetivo encaminhamento.

A sala de tratamentos era uma sala polivalente. Era a partir dali que se organizava o atendimento à criança/jovem e família, na sequência da observação médica. Orientava-se o encaminhamento necessário para a realização de MCD imagiológicos, realizavam-se colheitas de sangue, urina, secreções, confirmavam-se os pedidos de colaboração de outras especialidades (são exemplos cirurgia pediátrica, cirurgia, ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia), realizavam-se outros cuidados de enfermagem ou tratamentos médicos necessários às crianças/jovens para resolução da sua situação aguda, realizavam-se pequenas cirurgias e providenciava-se o internamento na UICD.

O atendimento à criança/jovem e família no SUP seguia o modelo de cuidados centrados na família. Era promovida a presença contínua do familiar da criança/jovem, e era favorecida a parceria de cuidados de modo a integrar a família, reconhecendo e respeitando o seu conhecimento da criança/jovem e experiências de cuidado. Desta forma, a criança/jovem sentia-se acompanhada, segura e mais colaborante, influenciando a sua recuperação.

A sala de tratamentos proporcionava um atendimento privado e individualizado com recurso a acomodação em marquesa, ou em cadeira, de acordo com as situações. Alguma distração e entretenimento era proporcionado através da visualização de desenhos animados ou outro programa à escolha, em ecrã LCD estrategicamente localizado. Todo o material clínico para os diversos procedimentos ali realizados, estava identificado e facilmente acessível. Assim como a medicação, dispensada de forma automatizada e segura pelo Sistema Automático de Medicamentos Pixys, recentemente adquirido, e ainda na fase de teste.

A realização de qualquer procedimento considerava a gestão da dor da criança/jovem. A preocupação de todos os profissionais para a sua prevenção ou minimização contribuía para a valorização de uma prestação de cuidados humanizados. Quer fosse através de medidas não farmacológicas (visualização de desenhos animados, entretenimento com bolas de sabão, aplicação de sacarose numa chupeta) ou farmacológicas - recorrendo muitas vezes à analgesia inalatória através do ar medicinal de protóxido de azoto Kalinox™, que permitia uma analgesia de curta duração. O protóxido de azoto não só reduz o limiar de resistência à dor, como proporciona um estado de sedação que permite relaxar, diminuir a ansiedade e a consciência do ambiente envolvente (“Air Liquide Healthcare”, 2023).

Verificou-se uma grande afluência de crianças com transtornos respiratórios com idade inferior a cinco anos, com necessidade de tratamento imediato para alívio da sintomatologia dispneica e bronco-constritora. Em alguns casos, a situação era recorrente e a família já trazia a câmara expansora para a administração dos broncodilatadores inalatórios, o que facilitava também a colaboração da criança. Nas situações em que a administração dos broncodilatadores inalatórios através da câmara expansora era inaugural, realizava-se o ensino da sua utilização durante a administração do primeiro ciclo inalatório. Nos ciclos subsequentes, permitia-se que o familiar realizasse a administração, confirmando a aquisição e consolidação do manuseio da câmara, o posicionamento correto da criança e a correta administração do broncodilatador inalatório. Nos casos mais graves, em que havia necessidade de administração de oxigénio, as crianças eram encaminhadas para a sala de ADR, onde ficavam em vigilância, monitorizadas e aos cuidados dos enfermeiros escalados para a sala de tratamentos. Apesar da situação pandémica da COVID-19 estar a dissipar-se, em todos os casos respiratórios era realizado um painel viral para identificação do agente presente. No caso de ser positivo para o vírus SARS-CoV-2, a criança e familiar eram encaminhados para o ADR, que passaria a funcionar como isolamento respiratório, e espaço de internamento transitório até ser possível a transferência para o serviço de internamento de pediatria. Nestes casos também era realizada a pesquisa do vírus SARS-CoV-2 ao familiar.

A escala da especialidade de cirurgia pediátrica proporcionava atendimento de segunda a quarta-feira. Os restantes dias eram garantidos pela equipa da cirurgia geral de banco para aquele dia. Foi possível presenciar intervenções de pequena cirurgia de forma a proporcionar um tratamento rápido e menos agressivo para a criança/jovem vítima de acidente em ambiente escolar. Também se observou uma criança com laceração infra-rotuliana, por queda em calçada portuguesa, uma criança com laceração do braço jusante à axila por empalamento em vedação de ferro, bem como uma criança com laceração craniana por atropelamento de bicicleta. A abordagem do EEESIP à criança/jovem e família foi a de proporcionar um ambi-

ente tranquilo e seguro para os procedimentos cirúrgicos de forma a minimizar o medo e tensão vivenciados. Com uma prestação de cuidados de enfermagem atenta a uma comunicação eficaz e adequada a cada faixa etária da criança/jovem, e gestão da dor, com garantia de recurso a medidas farmacológicas, evidenciou-se o cuidado para a individualidade da criança/jovem e família e atenção para uma relação humanizada (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR n.º 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Destacou-se também neste contexto, a importância da parceria de cuidados na realização de MCD. A distração proporcionada pelo familiar, que é um elemento de segurança e conforto, associada a outras medidas não farmacológicas para o alívio da dor, facilitava as punções venosas para recolha de sangue ou colocação de cateter venoso periférico [CVP], ou mesmo a colocação de sacos coletores de urina. Ainda neste âmbito, e quando as crianças já tinham controle dos esfíncteres, a totalidade da prestação de cuidados para a recolha de amostra de urina era atribuída ao familiar, que após um ensino de como realizar a colheita, o fazia tranquilamente de forma individual e privada com a criança no WC. O mesmo sucedia quando havia necessidade de aplicação de um microclister. Só no caso de não resolução, por empactamento fecal grave, é que a criança/jovem era submetida a um enema de limpeza, procedimento realizado pelo enfermeiro, na sala de tratamentos devidamente preparada, para preservar a tranquilidade e individualidade de cada criança/jovem.

Todos os dados referentes à realização de qualquer procedimento realizado pelo enfermeiro ficavam registados no SClínico.

A UICD comportava sete postos de internamento transitório, individualizados por cortinados. Dois dos postos estavam destinados aos internamentos respiratórios, desde que o agente presente não fosse o vírus SARS-CoV-2. De acordo com a situação clínica, as crianças/jovens eram acomodadas em camas, berços ou cadeirões, na companhia permanente de um familiar e monitorizados sempre que a situação clínica justificasse.

A ocupação de um posto poderia ser breve, para fluidoterapia ou terapêutica IV de perfusão ou mesmo para uma preparação pré-operatória de urgência. O internamento poderia ser apenas para uma vigilância de curta duração ou, mais prolongado, a aguardar transferência para o serviço de internamento de pediatria. Enquanto internados em UICD, era elaborado um processo de enfermagem para as crianças/jovens, de forma a identificar os focos de atenção e respetivas intervenções de enfermagem.

Durante a passagem pela UICD verificou-se um internamento recorrente por intoxicação medicamentosa e voluntária de uma adolescente já com processo de guarda parental em tribunal. Os cuidados imediatos para a sua recuperação incluíram um encaminhamento para

a pedopsiquiatria, com internamento no Hospital Dona Estefânia, uma vez que esta instituição hospitalar não tinha disponível esta valência.

Foi possível presenciar outro internamento por intoxicação medicamentosa, ainda de forma voluntária, mas acidental, por uma criança de quatro anos que queria imitar a sua mãe, e rapidamente tomou alguns comprimidos de topiramato que tinham ficado em local acessível. Apesar da lavagem gástrica com carvão ativado, a criança desenvolveu alucinação, diplopia e discurso incoerente, que causaram episódios de ansiedade significativa na mãe.

Verificou-se também um internamento recorrente por doença crónica num adolescente com o diagnóstico de drepanocitose. As suas crises de dor aguda eram muito frequentes, debilitando o seu estado geral e colaboração em qualquer intervenção de enfermagem. O adolescente tinha conhecimento que era necessária a realização de MCD e colocação de CVP para o seu tratamento e pedia sempre a aplicação do Kalinox™ para conseguir colaborar nos procedimentos invasivos.

Durante o tempo passado no SUP, apesar de ter havido dias mais complexos, intensos, ou com uma grande carga de atendimento, verificou-se uma fluidez e respeito pelo trabalho em equipa. A Enfermeira Supervisora Clínica, que era EEESIP e em prestação de cuidados, também acumulava as funções de chefia de equipa. Tinha uma organização personalizada da dinâmica de trabalho e articulação entre os sectores, que todos os colegas de turno respeitavam. Era responsável pelo atendimento do telemóvel de emergência, com as decisões e diligências necessárias para as transferências intra e inter-hospitalares. Como elemento volante da sala de tratamentos, colaborava nos cuidados realizados nos outros sectores, agilizando as intervenções, estimulando e otimizando o trabalho da equipa para uma prestação de cuidados com dignidade, segurança, respeito e perícia.

No âmbito da aquisição de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, para um enriquecimento em conhecimento que suporte uma prática clínica baseada em evidência científica (Regulamento nº 140/2019, presente no DR nº 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019), foi possível estar presente numa Ação de Formação em Serviço do SUP com a temática “Queimaduras”. A formação foi elaborada respeitando as diretrizes da norma da DGS nº 022/2012 com atualização em 13/07/2017. Tinha como objetivos identificar e classificar os tipos de queimaduras e atualizar os procedimentos para um atendimento atempado e correto na presença de uma ferida por queimadura. Destacou-se, ainda, a articulação entre a equipa do SUP e a equipa de enfermagem do HDP, no seguimento e tratamento das queimaduras, sob a supervisão clínica da equipa de cirurgia pediátrica.

A prática clínica no SUP permitiu conhecer e experienciar a abrangência de intervenção de um EEESIP num contexto de situações de especial complexidade, mesmo não tendo ocorrido situações de emergência ou risco de morte com admissão em sala de diretos. Constatou-se uma preocupação para uma prestação de cuidados com perícia e em ambiente seguro e digno para a criança/jovem e família. A comunicação adequada à faixa etária da criança/jovem e compreensão do familiar comportou-se como um instrumento essencial de suporte aos cuidados prestados, na medida em que permitia a sua realização, mesmo nos casos de língua estrangeira.

Desta forma, foi possível a aquisição de competências na identificação precoce de alterações e situações de risco de instabilidade das funções vitais, bem como uma intervenção atempada e precisa com cuidados de enfermagem apropriados e especializados (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

2.1.3 - Prática clínica num Serviço de Internamento de Pediatria

O segundo momento do percurso formativo do estágio final foi realizado no SIP. A prática clínica compreendeu um período de seis semanas, de 30 de outubro a 09 de dezembro de 2022, com um horário semanal distribuído por turnos de manhãs e de tardes, a acompanhar a Enfermeira Supervisora Clínica, EEESIP e primeira substituta da Enfermeira Coordenadora.

Localizado no sétimo andar, o SIP ocupava toda a ala nascente hospitalar. As portas de entrada do serviço estavam sempre fechadas e protegidas com código eletrónico de entrada, de conhecimento exclusivo da equipa do SIP.

Logo à entrada, estava localizada uma ampla sala de atividades com uma casa de brincar e repleta de bonecas e seus acessórios, brinquedos, jogos lúdicos, livros, ecrã LCD e consola de jogos eletrónicos, mini-carros elétricos, que faziam maravilhas no entretenimento das crianças e jovens hospitalizados, mesmo quando tinham fluidoterapia ou medicação intra-venosa [IV] em perfusão. O seu funcionamento era das 09h às 20h, com presença permanente de duas educadoras que orientavam todas as atividades lúdicas, ou mesmo de aprendizagem e trabalhos manuais. Também à entrada, estavam localizados os gabinetes da Enfermeira Coordenadora e da Diretora de Serviço. As seis enfermarias, com uma lotação de três camas em cada uma, e uma delas com apenas duas camas e um WC privado, estavam dispostas ao longo do corredor, assim como os três quartos individuais e o quarto de pressão negativa. A sala de tratamentos era utilizada para qualquer procedimento mais invasivo, possibilitando

privacidade e individualidade neste momento de grande desconforto e medo para as crianças/jovens. A nível central, estavam localizadas a sala de medicação e a sala de enfermagem, com computadores para a realização de registos. O serviço tinha ainda um armazém clínico e de roupa, uma copa com frigorífico para a preparação e conservação de papas e leites. Os WC estavam divididos de forma a proporcionar alguma privacidade aos adolescentes. Para os pais, havia também um WC específico com duche e uma sala de estar, com frigorífico e microondas para guardarem e aquecerem as suas refeições. Ao fundo do serviço, uma sala de reuniões e a sala dos médicos.

A equipa de enfermagem era constituída por 18 elementos. No momento a equipa encontrava-se reduzida, visto que alguns elementos se encontravam de licenças de maternidade ou baixas médicas. Os Enfermeiros EEESIP e Enfermeiros Generalistas tentavam cumprir o 'ratio' de três elementos no turno da manhã e dois elementos nos turnos da tarde e da noite, tarefa complexa quando o outro hospital da região encerrava o internamento por falta de pediatra. A solução encontrada foi a redução das vagas para garantir uma prestação de cuidados com excelência e segurança. A avaliação médica diária das crianças/jovens internadas era assegurada por um pediatra residente e internos de pediatria ou do ano comum. Também integravam a equipa do SIP assistentes operacionais e assistentes técnicas, técnica do serviço social, psicóloga, TF e FT, dietista, que estavam identificadas para o SIP e davam apoio sempre que solicitado.

O atendimento num SIP objetiva a qualidade do cuidar e realiza uma prestação de cuidados atempados, humanizados e diferenciados, visto que a hospitalização é considerada uma situação de crise, de rutura do modo habitual de sentir e de viver da criança/jovem e família. Objetiva-se que seja breve, que solucione o problema de saúde, elabore estratégias para lidar com as interferências causadas pelo tratamento e que promova a continuação do desenvolvimento e alcance do máximo potencial de cada criança/jovem e família (IAC, 2006).

Neste sentido, e com a presença permanente de um familiar, a prestação de cuidados à criança/jovem seguia o modelo de cuidados centrados na família. O familiar, em parceria com a equipa, participava nas tomadas de decisão e cuidados prestados, assim como na explicação dos procedimentos, promovendo e favorecendo um cuidar não traumático. O método de trabalho por enfermeiro responsável permitia o estabelecer de uma relação terapêutica e segura, promotora do bem-estar e do autocuidado da criança/jovem.

Para este contexto de prática clínica foram definidos os objetivos de analisar reflexivamente as competências do EEESIP em contexto de SIP e aprofundar conhecimentos e competências clínicas, em contexto de doença, para uma prestação de cuidados especializada

enquanto EEESIP, procurando dar resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

A dinâmica de trabalho iniciava-se sempre com a passagem de turno. Era neste momento em que se tratavam assuntos pertinentes com a chefia de equipa, organização das vagas para possíveis entradas de crianças transferidas da UICD ou transferidas de outro hospital da região, organização e planificação dos cuidados pré-operatórios para as crianças/jovens inscritas no plano operatório, assim como a alocação das crianças operadas que tinham realizado o pré-operatório em UICD, organização e preparação para as altas, assim como a gestão dos pedidos de colaboração de outras valências necessárias à recuperação da criança.

No turno da manhã, a Enfermeira Coordenadora ou a Enfermeira substituta ainda participavam na reunião médica de passagem de banco. Nesse momento, havia transmissão de informação atualizada acerca do estado da criança/jovem, assim como a planificação dos cuidados do dia e a programação das altas.

A gestão da ocupação das camas respeitava, sempre que possível, a faixa etária das crianças/jovens, o género, assim como o diagnóstico.

As crianças com patologia respiratória eram colocadas nas salas próximas da sala de enfermagem, para uma vigilância mais frequente. No caso da patologia respiratória ser causada pelo vírus SARS-CoV-2, ou pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, a criança/jovem e familiar ficavam em isolamento no quarto de pressão negativa.

Este inverno foi considerado atípico e agressivo no que respeita às patologias respiratórias. Verificaram-se muitos internamentos causados pelo vírus sincicial respiratório [VSR], em crianças com idade inferior a um ano, pelo que se procedeu aos seus internamentos em enfermarias consideradas respiratórias, respeitando as regras de uma prestação de cuidados para um isolamento respiratório.

Apesar da pediatria médica e da pediatria cirúrgica deterem a responsabilidade de avaliação clínica de diferentes equipas existentes: pediatras, cirurgia pediátrica ou cirurgia geral, ortopedia, otorrinolaringologia ou oftalmologia, o internamento nas enfermarias não concentrava as especialidades, mas tentava respeitar a faixa etária e género da criança/jovem. Sempre que possível, os adolescentes partilhavam uma enfermaria, diferenciando os géneros masculino e feminino. Nos casos mais graves, o internamento decorria preferencialmente nos quartos individuais.

As enfermarias tinham televisão, que proporcionava algum entretenimento, cacifos e mesas de cabeceira para a arrumação dos pertences pessoais, um cadeirão para cada acompanhante e uma banheira fixa para a higiene dos bebés e das crianças pequenas. A partilha da

enfermaria pela mesma faixa etária proporcionava alguma cumplicidade e entreajuda entre as crianças/jovens, observando-se muitas vezes, uma verdadeira harmonia que atenuava o stress e o desconforto da hospitalização.

A existência de um horário para a visita social proporcionava também o encontro da família ou a visita de amigos significativos, muitas vezes essenciais para a rápida recuperação.

A abrangência de patologias era diversificada, permitindo uma aprendizagem clínica e enriquecedora, bem como de cuidados de enfermagem específicos.

Verificou-se um internamento, por um período de cerca de um mês, de um bebé de oito meses com atresia ou estenose do intestino grosso, reto e canal anal. Uma suspeita de fístula entero-cutânea, com necessidade de encerramento de estoma, que implicou inicialmente a colocação de saco de colostomia. Posteriormente, a ferida cirúrgica ficou em ar ambiente com cicatrização gradual. A alimentação parentérica era administrada em perfusão através de um cateter venoso central. A gestão da dor era realizada essencialmente com medidas farmacológicas, mas também com medidas não farmacológicas como a sucção não nutritiva na chupeta, o brincar terapêutico e o aconchego e colo da mãe. Gradualmente, foi introduzida a alimentação oral até que, quando se verificou a sua total tolerância, preparou-se e realizou-se a alta clínica para domicílio e vigilância em consulta de cirurgia pediátrica.

O internamento mais prolongado que decorreu durante um período significativo do estágio foi o de duas meninas gémeas que partilhavam uma enfermaria. Tinham quatro meses e o diagnóstico provável de uma miopatia com uma hipotonia severa, que condicionou a necessidade de ventilação por BiPAP durante um longo tempo. O BiPAP (Bi-level Positive Airway Pressure) é um aparelho que permite insuflar oxigénio suplementar, de forma contínua nas vias respiratórias em pressão positiva, com facilidade em determinar o pico inspiratório e expiratório, evitando o colapso da musculatura respiratória (“Terapia CPAP”, 2023). A alimentação era administrada na totalidade por bomba infusora, pois tinham indicação da TF para não serem alimentadas pela boca, pela ausência de reflexos de sucção e deglutição. O plano de reabilitação era diário com a intervenção da FT. Os cuidados de higiene e conforto eram realizados pela mãe quando se encontrava presente. Ao longo do internamento verificou-se uma ligação das bebés que se estabeleceu com a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, observando-se que as meninas ficavam agitadas para chamarem a atenção e receberem carinho e colo. Ambas aguardavam transferência para um hospital da zona de Lisboa para uma investigação aprofundada no âmbito da genética e das doenças neuromusculares. Posteriormente verificou-se a transferência de uma das meninas para Lisboa, enquanto a outra teve alta para domicílio a aguardar vaga de internamento. Antes da alta, a menina foi referenciada para o serviço social e para a equipa de enfermagem do centro de saúde da área de

residência. À mãe foi realizado o ensino acerca da alimentação por sonda nasogástrica, em declive, assim como a administração de terapêutica oral pela sonda.

No âmbito da pediatria cirúrgica também houve oportunidade de prestar cuidados a um menino de dois anos, após correção de hipospádias. Este ainda usava fralda e ficou com uma sonda vesical de drenagem. No final do dia encontrava-se muito choroso e impertinente, não se conseguindo conforto apesar das inúmeras estratégias não farmacológicas realizadas pela mãe e a administração de um paracetamol pela equipa de enfermagem. Ao longo do turno, após vinda do bloco, a fralda manteve-se seca, pelo que se suspeitou de obstrução da sonda vesical. Contactou-se a equipa da cirurgia pediátrica que removeu a mesma, algaliou novamente a criança e conseguiu drenar uma grande quantidade de urina. Durante este procedimento, rapidamente a criança foi retomando o seu estado natural comunicativo, revelando bem-estar e conforto.

A prestação de cuidados no âmbito ortopédico cirúrgico foi realizada a um adolescente de dezasseis anos que fez uma correção de fratura exposta da tíbia distal e perónio (osteossíntese do perónio com placa e parafusos e osteotaxia da tíbia-calcâneo com fixador externo). Mostrou-se desafiante a relação terapêutica de modo a que fossem cumpridas as medidas de higiene e conforto e diretrizes de posicionamento alinhado para uma recuperação mais célere e menos dolorosa. De modo a promover um bem-estar e conforto, a gestão da dor foi realizada com analgesia frequente, associada ao entretenimento terapêutico com dispositivos audiovisuais para contacto com colegas e amigos. A comunicação assertiva e empática, considerando a sua faixa etária e compreensão intelectual, permitiu uma aceitação gradual dos cuidados, focando a higiene íntima como uma limitação inicial, em que o adolescente revelava renitência, mas que foi gradualmente aceite.

O SIP também tinha crianças com internamento social. Verificaram-se duas situações de suspeita de maus tratos, em que o internamento foi realizado com referência ao Núcleo de Apoio Hospitalar à Criança e Jovem em Risco [NAHCJR], o qual se iria manter até decisão do tribunal. No caso do adolescente proveniente de uma instituição, com lesões contundentes dispersas pelo corpo, o apoio de psicologia mostrou-se fundamental na tentativa de minimização da tristeza e trauma do jovem. No caso da díade mãe-bebé, já com internamento prolongado em puerpério por suspeita de violência doméstica, o internamento em SIP promoveu o vínculo afetivo e o desenvolvimento de competências da parentalidade.

Estes são alguns exemplos da variedade de tipologia de internamento encontrada no SIP. Como nestes, em tantos outros internamentos houve necessidade de realizar procedimentos invasivos e dolorosos necessários ao tratamento. A sala de tratamentos estava destinada à realização dessas intervenções. Permitia a expressão e manifestação de emoções, de forma

peçoal e individualizada, livre de julgamentos ou preconceitos, passíveis de existirem por parte dos companheiros de enfermaria. A gestão da dor era sempre uma preocupação, e a sua minimização realizada, também, de forma pessoal e individualizada após uma escolha em parceria com a criança/jovem e família. Qualquer tipo de intervenção, era realizada na presença do familiar, se assim criança/jovem e familiar o pretendessem. Para os bebés e algumas crianças mais pequenas, adotava-se, frequentemente, como medida não farmacológica, a sucção não nutritiva na chupeta ou na mama, em associação com sacarose ou LM. O entretenimento com algum material da preferência também era possibilitado, assim como a deslocação até à sala de tratamentos nos pequenos carros elétricos conduzidos pelos próprios ou pelos pais, promovendo o brincar terapêutico. Como habitualmente as colheitas de sangue ou colocação de CVP não eram intervenções consideradas urgentes, a comunicação e explicação do procedimento, bem como a preparação do local da punção com analgesia tópica, permitia às crianças mais velhas e adolescentes assimilação e organização física e emocional para o momento da intervenção. Para os procedimentos mais demorados e dolorosos, como é exemplo a colocação de uma cateter epicutâneo ou remoção de agrafos e pontos, era frequente a utilização do Kalinox™.

Todas as crianças internadas tinham um processo de enfermagem na plataforma SClinico onde eram identificados os diagnósticos de enfermagem, focos de atenção e intervenções associadas. Para facilitar a dinâmica de trabalho e passagens de turno, a equipa tinha um documento tipo com a identificação de todas as crianças, resumo do seu historial clínico, medicação prescrita e atitudes terapêuticas. A prescrição terapêutica e o registo da sua administração eram realizados na plataforma Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia [GHAF].

Durante o período de férias da Enfermeira Coordenadora, a Enfermeira Supervisora Clínica não exercia o papel de prestadora de cuidados diretos e assumia competências de chefia e gestão. A distribuição das crianças/jovens pelos elementos de enfermagem presentes para esse turno era da sua competência, assim como a gestão das camas para as possíveis entradas de crianças/jovens transferidos da UICD ou previstas em plano operativo. A tarefa assumia alguma complexidade quando encerrava o internamento de pediatria da outra unidade hospitalar uma vez que, para além da gestão das camas, era necessária a gestão do pessoal de enfermagem (disponível em número reduzido como anteriormente descrito) e dos assistentes operacionais para manter qualidade e segurança na prestação de cuidados.

A gestão dos pedidos de medicação, fluidoterapia, e equipamento de proteção individual [EPI] também eram da sua competência. Apesar da medicação ser dispensada da farmácia diariamente em unidose para cada criança, havia necessidade de fazer pedidos para alguma medicação com reposição por níveis. Estes pedidos eram realizados na plataforma GHAF.

Relativamente ao material clínico, a reposição era feita também por níveis, identificados através do Ekanban^R, um método de gestão dos produtos em tempo real, com a leitura através de código de barras por um aparelho portátil (“BIQ Health Solutions”, 2023).

Também era da sua competência ser o elo de ligação e comunicação entre a equipa médica e a equipa de enfermagem na medida em que, após a reunião médica da manhã onde estava presente, atualizava com os colegas as decisões terapêuticas e clínicas daí resultantes. Ao longo do restante turno, a comunicação entre médico e enfermeiro era de forma direta com o enfermeiro responsável pela criança/jovem.

O acompanhamento da Enfermeira Supervisora Clínica, enquanto primeira substituta da Enfermeira Coordenadora, permitiu a observação e o desenvolvimento de competências no âmbito do domínio da gestão dos cuidados, nomeadamente na otimização do processo de cuidado ao nível da tomada de decisão e na otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados (Regulamento nº 140/2019, presente no DR nº 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019).

A experiência em SIP foi abrangente, existindo a oportunidade de prestação de cuidados a crianças/jovens com diversas patologias, bem como em diferentes faixas etárias. Identificou-se no EEESIP um atendimento à criança/jovem e família estimulador de uma relação terapêutica construída no respeito e sempre caracterizada por uma parceria de cuidados. A comunicação, própria ao desenvolvimento e compreensão, promovia o envolvimento e a participação em técnicas apropriadas à idade. A preocupação na gestão da dor, assim como a facilitação do brincar terapêutico, foram atitudes constantes e presentes que favoreceram a minimização do desconforto da hospitalização (OE, 2017).

A evolução dos cuidados pediátricos proporcionou novos conceitos de gestão clínica, assim como uma organização respeitadora das suas especificidades, permitindo uma adaptação da complexa assistência hospitalar às necessidades da criança/jovem. Certo é que, nem sempre, há necessidade de hospitalização para prestar cuidados a uma criança/jovem doente, como está descrito no primeiro princípio da Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 1988).

O HDP é uma estrutura organizacional integrada num SIP, mas com instalações e meios técnicos próprios que, sem a necessidade de internamento, uma prestação de cuidados especializados e tecnicamente qualificados e proporciona altas precoces, condições importantes para a população em idade pediátrica e sua família. Os procedimentos realizados requerem a vigilância médica ou de enfermagem e os cuidados de saúde são realizados de forma programada, em ambulatório, por um período inferior a doze horas e sem estadia durante a noite (MS, 2009).

Neste sentido, e porque a instituição hospitalar tinha um HDP, proporcionou-se a realização de um turno neste serviço. Apesar da sua gestão e organização estar dependente da Enfermeira Gestora do SUP, o momento para a experiência do contexto fazia sentido no âmbito do SIP e na continuidade dos cuidados em ambulatório. Para esta experiência de prática clínica definiram-se os objetivos refletir a dinâmica de cuidados de um EEESIP em contexto de HDP e aprofundar conhecimentos e competências clínicas no âmbito do tratamento em ambulatório da criança/jovem e família.

O HDP tinha aberto portas há dezassete anos. Encontrava-se localizado no rés-do-chão, ao lado do SUP e tinha acesso rápido pelo exterior com entrada individualizada. O horário de funcionamento era das 09h às 17h, de segunda a sexta feira, com encerramento aos feriados e fins de semana. A porta de entrada abria para uma sala de espera e balcão de secretariado. Estava dividido em três postos de trabalho: a sala de internamento, com duas camas e um berço de grades, individualizadas com cortinas, a sala de colheitas e tratamentos e uma sala para consultas. Tinha ainda um WC para as crianças/jovens e família, um pequeno armazém clínico e de roupa e o gabinete da coordenadora clínica.

A equipa de enfermagem era composta por três enfermeiras, duas EEESIP e uma Generalista, com apoio de uma assistente operacional e de uma assistente técnica. Quando presente, a Coordenadora Clínica, pediatra, assumia a responsabilidade e avaliação clínica das crianças/jovens em tratamento. Na sua ausência, em caso de emergência, era contactado o pediatra do SUP ou o pediatra do SIP. Sempre que necessário, eram solicitados pedidos de apoio da psicologia, serviço social, TF, FT ou dietista.

A dinâmica de trabalho era agendada, sempre que possível, por 'dias de especialidade', ou seja, havia dias específicos para hematologia, oncologia, consultas de reavaliação das crianças/jovens com altas do internamento, entre outros. Os cuidados prestados respeitavam o modelo de cuidados centrados na família, a parceria de cuidados e os cuidados não traumáticos.

Cumprindo as orientações da Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente 2004-2008, o HDP tinha como objetivos:

Permitir altas hospitalares precoces, dando seguimento imediato aos cuidados até à estabilização clínica ou à alta definitiva – verificou-se, por exemplo, o caso de uma criança com osteomielite, que depois de um internamento com tratamento antibiótico e antipirético, mas ainda a claudicar e com edema do MI reduzido, foi passar o fim de semana a casa e reavaliado em consulta de pediatria em HDP para possível alta;

Adaptar a complexa assistência hospitalar às necessidades da criança e adolescente com doença crónica e/ou necessidades especiais – verificou-se, por exemplo, o caso de uma jovem com diagnóstico de dermatomiosite que vinha regularmente para administração de terapêutica IV e avaliação do seu estado geral; ou uma criança com talassémia major, que realizava transfusões de concentrado de eritrócitos frequentemente;

Permitir a administração de fármacos por via parentérica e vigilância de efeitos adversos – como é exemplo as crianças/jovens oncológicas e as que necessitavam de fazer pamidronato de cálcio por osteoporose;

Realizar explorações diagnósticas especiais e outros procedimentos como colheita de amostras microbiológicas, testes cutâneos, provas de provocação, punções lombares e ganglionares, biópsias e pensos complexos – como exemplo as colheitas de sangue em contexto de consulta de hematologia, ecocardiogramas realizados em contexto de consulta de cardiologia pediátrica, por cardiologista pediátrico que vinha do exterior, provas de provocação oral à clara do ovo ou de provocação intradérmica com o veneno de abelha, realização de pensos de feridas por queimaduras, administração da vacina palivisumab (vacina para o VSR) a todos os bebés prematuros nascidos com idade inferior a 28S de IG;

Proceder à monitorização e vigilância clínica de curta duração de procedimentos realizados de acordo com o conceito de cirurgia ambulatória, quando não exista unidade com recobro próprio – não se verificou ou se identificou exemplo;

Proceder à monitorização e vigilância clínica de curta duração de procedimentos em que há necessidade de apoio anestésico e vigilância posterior – como exemplo a aplicação de toxina botulínica muscular, pela fisiatra pediátrica, a crianças com espasticidade, com recurso à analgesia inalatória com Kalinox™. Também ficavam em hospital de dia crianças/jovens, pós realização de Ressonância Magnética Nuclear [RMN], com sedação IV ou nasal com midazolam.

O HDP tinha uma linha de comunicação fácil e célere com o Instituto Português de Oncologia, assim como com as Equipas de Enfermagem dos centros de saúde das áreas de residência das crianças a quem prestava cuidados. Estava ainda a desenvolver um projeto no âmbito dos cuidados paliativos, que permitisse o cuidado em domicílio à criança/jovem, visto ser uma metodologia de cuidados ausente na região.

Verificou-se em HDP que os cuidados prestados pelo EEESIP, em ambulatório, não só permitiram uma resposta adequada e especializada, como proporcionaram o desenvolvimento e a gestão de um plano de cuidados de saúde específico, promotor da reinserção social da

criança/jovem e promoção da parentalidade, proporcionando a sua adaptação à doença crónica, doença oncológica ou deficiência/incapacidade. A parceria existente com o IPO e com os centros de saúde permitia melhoria na acessibilidade aos cuidados de saúde necessários, promovendo a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. Desta forma, este contexto de prática clínica foi importante para o desenvolvimento de competências no âmbito do domínio da assistência à criança/jovem com a família na maximização da sua saúde assim como do cuidar nas situações de especial complexidade (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

2.1.4 - Prática clínica num Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal

O último momento do percurso formativo do estágio final foi realizado no SMIPN. Compreendeu também um período de seis semanas, de 14 de dezembro de 2022 a 26 de janeiro de 2023, distribuído num horário semanal de turnos de manhãs e de tardes, com o acompanhamento de uma Enfermeira Supervisora Clínica EEESIP. Teve uma interrupção de duas semanas pela pausa letiva referente ao Natal.

O SMIPN estava localizado no quinto piso, com entrada de controle eletrónico com um código de conhecimento exclusivo da equipa do serviço.

Estava dividido fisicamente em dois espaços. Os pediátricos e a neonatologia, dividida ainda fisicamente num espaço de berçário e em outro espaço, que concentrava todas as incubadoras.

Os pediátricos, com ambiente para prestação de cuidados intensivos, tinham uma lotação de duas camas e um quarto de isolamento. Cada posto estava equipado com um ventilador, equipamento de monitorização e de perfusão, material clínico de utilização mais frequente e um cadeirão para o acompanhante. Tinha ainda uma pequena sala de medicação, uma zona de sujos, um balcão com computadores e um carro de reanimação localizado próximo das duas camas.

O berçário, com ambiente de cuidados de vigilância e preparação para a alta, tinha uma lotação de seis berços aquecidos e cada posto equipado com monitorização. Tinha ainda uma banheira fixa, uma balança e uma secretária com computador.

O espaço das incubadoras estava dividido em ambiente de cuidados intensivos e em ambiente de cuidados intermédios, separados fisicamente por uma porta deslizante de vidro. O

ambiente de cuidados intensivos tinha uma lotação de três incubadoras fechadas, com a possibilidade de abertura total para manobras de reanimação, e cada posto equipado com ventilador, equipamento de monitorização e perfusão, material clínico de utilização mais frequente e um cadeirão para o acompanhante. Tinha ainda um lavatório para a higienização das mãos e o local de permanência do carro de urgência. O ambiente dos cuidados intermédios era amplo, com a disposição em forma circular das incubadoras e com uma lotação de nove. Cada posto estava equipado com equipamento de monitorização e perfusão, material clínico de utilização mais frequente e um cadeirão para o acompanhante. Na necessidade de ventilação, utilizava-se um equipamento móvel. Ainda neste espaço, encontrava-se um sonómetro, com sinalização luminosa para monitorizar o ruído, uma mesa central de apoio e um lavatório para a higienização das mãos. A sala da medicação, com câmara de fluxo laminar, central de monitorização e computadores, era contígua, mas também separada com porta de vidro deslizante. De destacar o acesso direto ao bloco de partos que prontificava uma assistência do pediatra sempre que necessária. E mesmo em frente à porta de entrada para o espaço das incubadoras, havia uma janela direta para a sala de reanimação do bloco de partos, que facilitava os cuidados precoces aos bebés que nasciam prematuros ou em sofrimento.

No ambiente exterior aos espaços referidos anteriormente, estava localizada a sala de desinfecção das incubadoras, a copa para extração de LM, preparação de leites artificiais e conservação em frigorífico próprio, uma copa de alimentação para a equipa e uma arrecadação de material ventilatório. À entrada, o serviço tinha ainda um pequeno gabinete onde funcionava o secretariado. Mesmo ao lado, encontrava-se a entrada que conduzia à sala dos pais, um pequeno espaço que permitia aos pais algum descanso, conforto e acesso a WC. Tinha também um quarto, com apenas uma cama, onde eventualmente, pernoitava uma mãe de um RN reinternado que estaria com amamentação exclusiva. Depois do secretariado encontrava-se um pequeno gabinete médico, com um berço de grades, onde se realizavam os potenciais evocados auditivos a todos os bebés prematuros ou aos RN que não tivessem passado no rastreio auditivo das otoemissões acústicas. Aqui também se realizavam as ecocardiografias dos RN internados e a consulta de triagem de cardiologia pediátrica. Situados de forma contígua num espaço individualizado, encontravam-se os gabinetes da Enfermeira Gestora, da Diretora do Serviço e uma sala de reuniões onde se realizava a passagem de turno. Devido ao curto espaço de arrumação para os equipamentos de maior volume, parte do corredor de acesso à neonatologia estava ocupado com a incubadora de transporte e aparelhos de fototerapia.

A equipa de enfermagem do SMINP era constituída por trinta e oito elementos: a Enfermeira Gestora EEESIP, dezanove enfermeiros EEESIP que partilhavam as funções de chefia de equipa, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, uma Enfermeira

Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e os restantes Enfermeiros Generalistas. Duas Enfermeiras EEESIP acumulavam também funções de gestão na ausência da Enfermeira Gestora. A equipa estava dividida por cinco pequenas equipas, com sete elementos cada, mantendo um 'ratio' de cinco elementos na neonatologia, um elemento no berçário e um, ou dois elementos nos cuidados pediátricos, dependendo da ocupação. A equipa médica era constituída por dois pediatras residentes no turno das 09h às 21h e um pediatra no turno das 21h às 09h. Ainda no turno diurno, havia um reforço da equipa com outro pediatra até às 17h e internos de pediatria. A equipa contava ainda com assistentes operacionais em todos os ambientes de cuidados, duas assistentes técnicas, uma psicóloga, uma técnica do serviço social. A equipa de reabilitação pediátrica estava representada pela TF diariamente e, às sextas-feiras, pela TO e fisiatra pediátrica. Esta equipa era responsável pela primeira consulta de avaliação do RN prematuro, de acordo com o protocolo de seguimento em ambulatório de reabilitação em neurodesenvolvimento.

O nascimento prematuro provoca riscos significativos e nocivos para o desenvolvimento cerebral, que poderá ficar ainda mais comprometido quando é necessário o recurso a tecnologias invasivas necessárias à sobrevivência. A neurotoxicidade é frequente e está relacionada com a separação precoce da mãe e com os procedimentos desconfortáveis e dolorosos. O desafio das unidades de neonatologia está em assegurar a sobrevivência do bebé prematuro, bem como a de otimizar os resultados dos cuidados protegendo o neurodesenvolvimento (Als, 2017).

Depois da alta, no acompanhamento em ambulatório para vigilância do desenvolvimento, os prematuros entravam no programa de reabilitação em neurodesenvolvimento. Este programa era desenvolvido de forma individual para os prematuros nascidos com idade inferior às 29S de IG e em grupo para todos os prematuros com idade igual ou superior às 29S de IG. A abordagem em grupo acontecia através de uma sessão de esclarecimento com os pais, com o objetivo de proteger e promover harmonias no neurodesenvolvimento dos seus bebés prematuros. A duração deste programa era de um ano, com cinco sessões agendadas de forma a coincidir com as etapas chave do desenvolvimento. Caso se salientasse alguma desarmonia no desenvolvimento, ou atraso na aquisição das competências, o bebé passava para o programa individual.

Em condições normais, a permanência dos pais era possível das 09h às 23h, podendo ser alternada de acordo com o interesse próprio, no entanto, com a situação pandémica da COVID-19, a permanência tinha sido restrita a apenas um acompanhante e, no período em

que decorreu o estágio, ainda não tinha retomado as diretrizes anteriores. Quando a residência da família era superior à distância de 30 quilómetros, era possível à mãe ficar alojada no lar do hospital, com orientação da técnica do serviço social.

O SMIPN seguia o modelo de cuidados centrados na família, privilegiando a parceria de cuidados na promoção dos cuidados de desenvolvimento individualizados, cuidados com uma abordagem focalizada na leitura detalhada dos sinais comportamentais individuais de cada bebé, e identificados com a sigla NIDCAP - (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program/Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Neonato).

Com o objetivo de evitar cargas sensoriais e dor inesperadas, o ambiente, os cuidados médicos e de enfermagem eram adaptados à individualidade do neurodesenvolvimento de cada bebé, observando as suas competências, as suas comunicações comportamentais e respondendo às suas necessidades clínicas e de desenvolvimento. Dessa forma, todas as intervenções médicas e de enfermagem eram previstas, planeadas e realizadas de forma individualizada, com os pais como os principais parceiros na adaptação do ambiente e nos cuidados diários, realçando os pontos positivos dos seus bebés, fortalecendo o vínculo e promovendo a sua auto-regulação (Als, 2017).

Regressando a um contexto de prática clínica onde, há doze anos, se davam os primeiros passos para a mudança e conquista de um cuidar relacional e comportamental com o bebé prematuro, foram definidos os objetivos de analisar reflexivamente as competências do EEESIP em contexto de SMINP, atualizar e aprofundar conhecimentos e competências para uma prestação de cuidados especializada enquanto EEESIP, em contexto de cuidados intensivos neonatais e pediátricos.

Semanalmente, a Enfermeira Gestora fazia a distribuição dos enfermeiros pelos ambientes de cuidados. A dinâmica de trabalho de enfermagem iniciava-se sempre com a passagem de turno, sendo da responsabilidade do chefe de equipa, tomar as notas major e realizar a distribuição de bebés pelos elementos do turno, de forma a respeitar as necessidades e qualidade de cuidados a prestar. O chefe de equipa, em prestação de cuidados, ficava sempre no ambiente de cuidados neonatais e identificava o enfermeiro que, eventualmente, iria receber 'o primeiro entrado' (o primeiro RN nascido a ser admitido no turno). Era da responsabilidade deste enfermeiro, organizar a incubadora, bem como preparar e testar o equipamento de ventilação. Habitualmente, a equipa conseguia ter informação prévia do nascimento de um prematuro e a sua IG. A possibilidade de acesso a esta informação facilitava a escolha previsível do modo ventilatório.

No seguimento do inverno atípico, sucederam-se internamentos de RN com infeção respiratória grave a VSR, com necessidade de ventilação. O ambiente de cuidados pediátricos foi a solução para fazer o devido isolamento respiratório concentrando três bebés em incubadoras no seu espaço. A frequência de aspiração de secreções era necessária para manter uma ventilação eficaz, em concomitância com a manutenção induzida de alto fluxo de oxigénio.

O alto-fluxo é um suporte respiratório não invasivo, administrado através de cânulas nasais, com equipamento específico, que fornece um gás aquecido a 34-37°C, e humidificado a 95-100%, neste caso o oxigénio, a um fluxo constante, mas mais elevado do que o fluxo inspiratório do RN. A pressão positiva controlada que gera na nasofaringe reduz a resistência na via aérea e o trabalho respiratório e otimiza o aporte de oxigénio controlado (Marçal & Prior, 2018).

A escolha dos meios ventilatórios não invasivos por pressão positiva tem conquistado o ambiente dos cuidados neonatais. A evolução da ciência neste âmbito, assim como dos equipamentos que proporcionam uma boa resposta ventilatória e de oxigenação não agressiva, permite um desmame rápido, eficaz e promove a independência respiratória do bebé (Balest, 2021). No entanto, a ventilação invasiva ainda era necessária e frequente, essencialmente nos prematuros de 25-28S de IG.

Outra inovação ventilatória encontrada no serviço, foi a introdução da reanimação com um insuflador mecânico. Eram parametrizadas as pressões inspiratórias e expiratórias, de acordo com o peso e IG do bebé, evitando a ocorrência de pneumotórax inicial do RN prematuro provocado pela pressão do insuflador manual (“Fisher&Paykel HealthCare”, 2023). Não se proporcionou observar a sua utilização.

Durante o estágio, encontrou-se em internamento, no quarto de isolamento dos cuidados pediátricos, um bebé de um mês, com ventilação invasiva. Apresentava uma infeção respiratória grave, provocada pelo vírus SARS-CoV-2. O desafio na prestação dos cuidados específicos a este bebé esteve relacionado com a utilização do EPI e com o cumprimento do circuito de cuidados e remoção do EPI, uma vez que não havia experiência anterior no âmbito da prestação de cuidados a criança positiva para COVID-19.

Independentemente da opção ventilatória, a sua necessidade provoca grande desconforto no RN e a ventilação e oxigenação podem ficar comprometidas pela agitação do bebé, pelo que se torna benéfico a associação de medicação sedativa. A dexmedetomidina era uma escolha relativamente recente e prioritária para a sedação dos bebés com suporte respiratório, ou mesmo com necessidade de outros procedimentos mais invasivos e até cirurgias. Com

efeito sedativo, ansiolítico e analgésico, tem um perfil de segurança em que a depressão respiratória é mínima mesmo na necessidade de uma sedação profunda e prolongada, baixa toxicidade e potencial neuroprotetor pela eficácia na proteção contra a neuroapoptose induzida pelo isoflurano (Lima et. al, 2011).

O SMIPN tinha retomado o seu âmbito de intervenção na área da cirurgia pediátrica, constatando-se um desafio na exigência dos cuidados necessários à sobrevivência do bebé prematuro. Verificou-se um caso de reinternamento de uma bebé com um prolapso anal corrigido em outro hospital cirúrgico. O motivo do internamento estava relacionado com o desconforto exacerbado da bebé pelo volume que apresentava do prolapso, piorando cada vez que chorava e ficava tensa, não permitindo a sua redução. A frequência das fezes líquidas com presença de sangue e muco, uma alteração recente no padrão da bebé, despertou na mãe a preocupação que a levou ao SUP. A bebé ficou em vigilância para realizar MCD e elaborar um plano terapêutico.

A hospitalização de um bebé prematuro é longa, pelo que a especificidade dos cuidados deve ser exímia na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde [IACS]. Verificou-se esta preocupação pela presença do agente *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina [MRSA] numa bebé com um internamento prolongado. Apesar de estar em cuidados intermédios e na sala comum a todas as incubadoras, foi feito um isolamento de contacto, com atenção privilegiada à higienização do espaço envolvente e proteção dos prestadores de cuidados, com utilização obrigatória de luvas e bata, incluindo a mãe, para evitar a transmissão cruzada.

O aporte nutricional é fundamental no tratamento e sobrevivência do bebé prematuro. A existência de acessos venosos centrais permite a manutenção do aporte por via parenteral e facilita a administração de toda a terapêutica necessária ao tratamento. O cateter epicutâneo-cava, um cateter central de punção percutânea com trajeto direcionado à entrada do coração, é um exemplo de um acesso central, de longa duração. Permite a realização de perfusões necessárias ao tratamento do bebé, sem causar o desconforto ou a dor provocada pela necessidade de repetidas punções periféricas. A colocação dos cateteres venosos centrais é da responsabilidade e competência técnica do médico, no entanto, a colocação do cateter epicutâneo-cava pode ser uma técnica realizada em parceria. A inserção periférica pode ser realizada, com técnica asséptica total pelo enfermeiro, o profissional tecnicamente melhor treinado, e a visualização da adequação da extremidade do cateter deve ser uma competência médica (OE, 2009). Neste período, houve a oportunidade de colocar um cateter epicutâneo-cava, que permitiu relembrar cada passo do procedimento e aperfeiçoar a técnica. Enquanto EEESIP, a gestão da dor foi uma prioridade, pelo que se procedeu ao cumprimento de um

protocolo recente de administração de um bólus IV de morfina trinta minutos antes do procedimento, e durante a sua realização, o recurso à sucção não nutritiva na chupeta com sacrose, de forma a minimizar o desconforto e a dor.

A sala de medicação estava equipada com uma câmara de fluxo laminar para a preparação da alimentação parentérica. Apesar das soluções de perfusão já virem preparadas da farmácia, era no SMIPN que se adaptavam os sistemas de perfusão com filtros e se adicionavam os vitamínicos. Este procedimento era sempre realizado no turno da tarde, de forma asséptica e na colaboração entre dois enfermeiros.

Os registos de enfermagem tinham começado a ser realizados, recentemente, em formato digital na plataforma BICO. Cada bebé tinha um processo de enfermagem com diagnósticos, atitudes terapêuticas e intervenções levantadas e programadas. A sua realização, ou não realização, ficavam registadas, bem como uma nota geral de como o bebé tinha passado o turno.

Alguns elementos da equipa do SMIPN, enfermeiros e médicos, acumulavam cuidados no âmbito do transporte inter-hospitalar pediátrico, o TIP (em ambulância ou em helicóptero). Na necessidade de uma transferência, o enfermeiro responsável pelo bebé organizava todo o processo de transferência, desde a preparação do bebé para um transporte estável e seguro, à elaboração da carta de alta.

A experiência no SMIPN, não contemplou cuidados no âmbito pediátrico. Em contrapartida, pela sua ausência, proporcionou-se, em neonatologia, a realização de cuidados e intervenções que exigiram perícia na manipulação e na técnica. O EEESIP vê na sua prática um aglomerado de competências no âmbito das situações de especial complexidade. Destacase, no entanto, a parceria de cuidados na promoção do vínculo e do processo de parentalidade, que podem ficar comprometidos nesta fase. O EEESIP desenvolve uma comunicação assertiva e orientadora na adaptação da família a este contexto de prematuridade. De refletir também que nesta condição de ‘ser prematuro’, apesar da alta, todo um seguimento acompanhará o crescimento e desenvolvimento desta criança/família na promoção da sua independência e bem-estar, rumo à maximização da sua saúde (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

A participação na ação de formação em serviço “Apoio na Implementação à Hipotermia Induzida” foi ainda uma atividade realizada no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, presente no DR nº 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019).

2.2 - O PROJETO DE INTERVENÇÃO

Na UC Projeto de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica foi sugerida a construção de um projeto, com uma temática transversal e possível de ser desenvolvida em todos os contextos de estágio.

O percurso profissional de longa data desempenhado na área da pediatria, e recentemente em puerpério, bem como as diversas experiências vivenciadas, inclusive como formadora em AM, conduziram à reflexão da temática **Amamentação**. Esta temática surgiu transversalmente a todos os contextos de prática clínica, identificando-se a necessidade de proporcionar mudanças de comportamentos pelos enfermeiros para uma evolução dos cuidados neste âmbito.

A linha de investigação e desenvolvimento do projeto corresponde às “Necessidades em Cuidados de Enfermagem em Populações Específicas” – **a díade mãe/lactente**. Considerando os benefícios do LM para o crescimento e desenvolvimento da criança, a vertente do projeto direciona-se para o sucesso da amamentação como um ganho em saúde.

A evidência científica tem reportado dificuldades na capacidade e competência das mães no processo de amamentar, associadas não só ao desconhecimento da prática da amamentação pelas mães, mas também pela falta de apoio especializado por parte dos profissionais de saúde, o que compromete a oferta de LM ao lactente (Alvarenga et al., 2017; Dantas, 2018; Moraes et al., 2020).

A prática profissional de longa data realizada na área pediátrica, com promoção do AM, proporcionou uma observação direta e participativa em diferentes contextos de atuação. A revisão da literatura, que foi realizada com consulta em bases de dados como a EBSCOhost e a PubMed, permitiu aprofundar a reflexão do tema considerado para o projeto de intervenção, **Momentos de Crise na Amamentação**, que corresponde à identificação das dificuldades sentidas pelas mães enquanto amamentam.

Refletindo a diversidade dos contextos de prática clínica, e a transversalidade da amamentação, foram considerados momentos de crise passíveis de serem associados e trabalhados em cada contexto. Assim, para o contexto da UCC, considerou-se como momento de crise “**a Utilização da Chupeta**”, para o contexto do SUP considerou-se como momento de crise “**Problemas da Mama**”, para o contexto do SIP, o momento de crise considerado foi “**a Hospitalização**”, e para o contexto do SMIPN, o momento de crise considerado foi a própria “**Prematuridade**”.

Através de uma intervenção precoce pelos enfermeiros, os profissionais de saúde que mais presença têm junto da população, e com ações de educação e promoção da saúde, é possível transmitir conhecimento e desenvolver estratégias que colmatem as possíveis dificuldades que possam surgir no processo amamentar (Alvarenga et al., 2017; Dantas, 2020; Moraes et al., 2020). O EEESIP tem como alvo do cuidar o binómio criança/família, neste caso particular, a díade mãe/lactente. É responsável pela implementação e gestão de um plano de saúde, em parceria, que os assista na maximização da sua saúde, neste caso a amamentação.

Desta forma, o projeto de intervenção foi idealizado de forma a destacar **a intervenção que o EEESIP pode ter na Prevenção, Identificação e Resolução dos momentos de crise na amamentação**, contribuindo para uma oferta plena e segura de LM ao lactente. Proporciona, ainda, a “comunicação de conclusões, fundamentadas numa reflexão crítica sobre a prática clínica e aquisição de conhecimento baseado em evidência científica, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei n.º 65/2018, presente no DR n.º 157, Série I de 16 de agosto de 2018, p. 4162).

2.2.1 - A Metodologia de Projeto

O projeto de intervenção foi desenhado segundo a Metodologia de Projeto (Ruivo et al., 2010), que tem como objetivo a resolução de um problema identificado na realidade de um contexto clínico ou de atuação. A organização de um plano de trabalho, assim como a definição e implementação de estratégias dinâmicas para um processo passível de ser reorganizado, visam a transformação do contexto objeto para o alcance de uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, assim como para uma aquisição de competências, fundamentadas numa prática clínica baseada na evidência científica (Ruivo et al., 2010). Caracterizada por ser alongada e faseada, a Metodologia de Projeto depende do envolvimento direto dos seus projetistas nas suas diferentes fases de desenvolvimento: a elaboração do diagnóstico de situação, a definição de objetivos, a planificação das atividades, recursos e estratégias necessárias, a execução das atividades planeadas e a avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo et al., 2010).

A primeira fase da metodologia de projeto, a elaboração do diagnóstico de situação, requer a perceção geral e real do contexto de intervenção. Nesta fase são identificados os problemas de saúde existentes, bem como as necessidades passíveis de transformação, de

forma a resolver ou minimizar os mesmos, potenciar a eficácia dos serviços e evoluir na prestação dos cuidados à população (Ruivo et al., 2010). Esta fase exige ser dinâmica pela reciprocidade de participação. O projetista é o agente promotor da satisfação das necessidades, que seleciona os recursos e estratégias para a intervenção, e a população é representada por atores sensíveis e suscetíveis às transformações, verdadeiros avaliadores da satisfação das necessidades (Ruivo et al., 2010).

Apesar do esboço do projeto considerar, à partida, diagnósticos de situação para cada contexto de prática clínica, foi realizada a sua contextualização, considerando as individualidades e especificidades de cada contexto de intervenção.

Para se concretizar a ação transformadora do contexto de intervenção é necessária a determinação de objetivos, que serão orientadores das ações a realizar. Nesta segunda fase da metodologia de projeto, a definição de objetivos, essencial para a planificação do projeto, prevê como resultados esperados, os objetivos gerais definidos inicialmente. Determina também o trajeto a percorrer através de objetivos específicos, que segmentam e traduzem concreta e especificamente os objetivos gerais (Ruivo et al., 2010).

Para este projeto definiu-se como objetivo geral **promover o sucesso da amamentação**. E nesta fase do projeto, como objetivos específicos comuns a todos os contextos de prática clínica, definiram-se: **aprofundar conhecimentos na promoção do AM e capacitar os intervenientes para a resolução de dificuldades existentes na amamentação**. No entanto, considerando as individualidades e especificidades de cada contexto de intervenção, foram identificados para os mesmos, objetivos específicos respetivos.

Na terceira fase da metodologia de projeto, planeamento, não só se define a execução geral do projeto, como também se constrói um plano detalhado das atividades necessárias a implementar, assim como os recursos e estratégias a utilizar. Este planeamento fica facilitado com a elaboração de um cronograma que se revela um condutor dinâmico e prático para as intervenções do projetista, assim como reajustável face a possíveis condicionantes ou limitações (Ruivo et al., 2010).

Para Ruivo et al., 2010, a execução das atividades planeadas está dependente dos intervenientes no projeto, o projetista e a população, dos seus interesses e necessidades. A concretização do projeto idealizado, outrora contextualizado num ambiente teórico, efetiva-se na prática e permite uma observação e efeito da atividade realizada num ambiente real, sujeito aos seus determinantes social, político, cultural, institucional, entre outros. É desta forma, que através da conjugação da investigação com a ação, a execução da metodologia de projeto potencia as diferentes competências no desenvolvimento das atividades, rumo à evolução e transformação do ambiente de intervenção.

Para este projeto, o planeamento e execução das atividades realizadas consideraram as individualidades e especificidades de cada contexto de intervenção.

A avaliação do projeto implica a comparação entre os objetivos inicialmente definidos e os objetivos alcançados. Caracteriza-se por ser contínua, por permitir e proporcionar momentos em que se questiona o desenvolvimento do trabalho realizado. Consideram-se dois os momentos essenciais de avaliação: a avaliação intermédia e a avaliação final. A avaliação intermédia (ou de depuração), realizada durante a execução do projeto, considera e permite sugestões de melhoria e atividades, mesmo as não planeadas, que se considerem úteis e pertinentes para a evolução do projeto. A avaliação final, fundamental para o projeto de intervenção, avalia os resultados obtidos e verifica a concretização dos objetivos. Esta avaliação pode ser realizada através de uma observação direta, através da aplicação de questionários, entrevistas, análise de grupo (Ruivo et al., 2010).

A avaliação foi realizada através de observação direta e análise de grupo após uma ação de formação.

A última fase da metodologia de projeto é a fase da divulgação dos resultados. A elaboração de um relatório permite a partilha da relevância do projeto, assim como do percurso realizado. É uma das formas da população alvo e outras entidades envolvidas na temática do projeto, terem conhecimento de informação científica que suportou todo o processo para a resolução do problema identificado em determinado contexto (Ruivo et al., 2010).

Com base na diversidade dos contextos de prática clínica, e a transversalidade da amamentação, foram considerados momentos de crise passíveis de serem associados e trabalhados em cada contexto.

2.2.2 - Enquadramento do projeto de intervenção na UCC

Para este contexto de prática clínica, e na sequência do esboço do projeto realizado na UC PESIP, identificou-se como diagnóstico de situação a utilização da chupeta como um momento de crise na amamentação. Tal como descrito anteriormente, a reflexão desta problemática foi induzida pela experiência profissional em puerpério, e pela evidência científica encontrada na revisão da literatura. A oportunidade de estágio na UCC justificou desenvolver um projeto que permitisse conhecer de que forma esta temática era abordada em contexto de CSP, e que colmatasse a necessidade de atualizar conhecimento sobre a utilização da chupeta, com uma revisão aprofundada da literatura.

Foram identificados os objetivos específicos: uniformizar comportamentos para a utilização da chupeta como um pacificador; promover o AM; capacitar a autonomia da díade mãe/lactente; motivar a parentalidade com autonomia nas tomadas de decisão informada.

As estratégias planeadas para promover o sucesso da amamentação foram sessões de educação para a saúde: identificação dos benefícios do LM e de boas práticas para amamentar; informação esclarecedora, baseada em evidência científica, sobre a necessidade da utilização da chupeta, sobre o tipo de chupeta adequada a utilizar, o momento certo para iniciar ou descontinuar; observação de uma mamada - a realizar na consulta de vigilância infantil dos dez dias de vida e de um mês de idade.

Após a contextualização da UCC, identificaram-se os projetos do curso de PNP e o Cantinho da Amamentação como os ideais para desenvolver o projeto anteriormente esboçado. Haveria, no entanto, necessidade de atualizar, em contexto de UCC, o diagnóstico de situação anteriormente definido como um problema real identificado para as famílias utilizadoras do curso de PNP e cantinho da amamentação, assim como as estratégias e atividades que melhor se identificassem. No entanto, estes projetos não estavam atribuídos à Enfermeira Supervisora Clínica. Os projetos que lhe estavam atribuídos eram os do GASMI, do NACJR/CPCJ e da saúde escolar. Os restantes projetos na área da promoção da saúde, como o curso de PNP e o cantinho da amamentação, eram da responsabilidade de outra colega EEESIP. Em entrevista informal, esta colega confirmou a temática da utilização da chupeta como um momento de crise na amamentação.

Após análise da planificação das intervenções da Enfermeira Supervisora nos projetos que lhe estavam distribuídos, verificou-se a impossibilidade de desenvolver as etapas de planeamento e execução das atividades pensadas para este contexto.

Apesar da impossibilidade da aplicação do projeto de intervenção neste contexto de prática clínica, e porque a revisão da literatura identificou a utilização da chupeta como um momento de crise na amamentação, considerou-se aprofundar esta temática na elaboração do artigo científico, a componente de avaliação exigida para a competência de investigação da UC estágio final.

No âmbito da intervenção da Enfermeira Supervisora Clínica, GASMI, NACJR/CPCJ e saúde escolar, ocorreu a possibilidade de participação ativa numa reunião multidisciplinar, para análise do absentismo escolar de uma aluna adolescente de 12 anos com PEA. Considerou-se aprofundar a pesquisa e investigação desta temática para a elaboração do estudo de caso, a componente de avaliação exigida para a UC estágio I. Desta forma, proporcionou-se a aquisição/atualização de conhecimentos e reflexão dos cuidados na área da proteção da criança e jovem.

2.2.3 - Enquadramento do projeto de intervenção no SUP

Para este contexto de SUP, considerou-se manter a temática amamentação e os possíveis momentos de crise. Da longa experiência profissional em cuidados intensivos neonatais e, recentemente, em puerpério, verificaram-se internamentos neonatais por desidratação associada à amamentação. A revisão da literatura identificou a desidratação hipernatrémica associada à amamentação, evidenciando os problemas da mama e a má adaptação do bebé à mama como a causa mais provável. Como o SUP é o local prioritário no atendimento ao bebé que manifesta problemas alimentares, identificou-se como diagnóstico de situação para este contexto de prática clínica, os problemas da mama como um momento de crise na amamentação.

A temática foi apresentada à Enfermeira Supervisora Clínica que achou pertinente o seu desenvolvimento. Apesar de não ser frequente, já tinha observado a ida de lactentes ao SUP por desidratação associada a problemas da mama durante a amamentação. Inclusive, necessidade de transferência e internamento no SMIPN, na sequência de desidratação hipernatrémica por aporte reduzido de LM, por dificuldades na amamentação. Referiu ainda que a temática iria proporcionar aquisição de conceitos e competências sobre a prática da amamentação aos colegas iniciados, assim como uma atualização de conhecimentos aos colegas peritos.

Definiram-se como objetivos específicos para a equipa de enfermagem: identificar problemas da mama; reconhecer dificuldades na amamentação; capacitar para a boa prática da amamentação.

Após entrevista informal com o enfermeiro responsável pela formação, identificou-se a realização de uma norma de atuação em SUP como a atividade mais adequada para o contexto. Não sendo muito frequente a ida ao SUP por dificuldades na amamentação, as intervenções de enfermagem neste foco perdiam um pouco a sua praticabilidade. Com a existência de uma norma de atuação, rapidamente a equipa faria uma consulta para recordar os procedimentos e intervenções necessárias para a sua resolução.

A elaboração da norma de atuação 'Quando um problema da mama interfere no amamentar' teve como objetivo geral restabelecer a amamentação/AM e como objetivos específicos: auxiliar a mulher lactante a ultrapassar as complicações da mama; capacitar a mulher lactante para tratar as complicações da mama; minimizar o risco de desidratação do lac-

tente; utilizar estratégias promotoras de esperança realista e transmitir orientações antecipatórias para a maximização do desenvolvimento infantil. Os procedimentos identificados foram descritos no documento da norma, disponível no apêndice II.

A norma foi entregue à Enfermeira Supervisora Clínica e seguiria para apreciação com o Enfermeiro Responsável da Formação, a Enfermeira Gestora e restante equipa de enfermagem. Devido ao período de tempo limitado do estágio, não foi possível proceder à sua implementação e avaliação.

2.2.4 - Enquadramento do projeto de intervenção no SIP

Manteve-se a temática amamentação neste contexto de SIP, continuando a considerar os possíveis momentos de crise como diagnóstico de situação. Para este contexto de prática clínica, a problemática da hospitalização foi considerada o momento de crise da amamentação. Na revisão da literatura, o desmame precoce foi identificado como uma manifestação decorrente da hospitalização de lactentes. Durante o período de estágio, observaram-se internamentos frequentes de bebés com infeção respiratória a VSR, com comprometimento do aporte de LM. Em alguns casos, as mães abandonaram a amamentação por se sentirem inseguras, referindo a incerteza da amamentação ser o método de alimentação ideal para os seus bebés em tratamento na doença respiratória aguda. Estes comportamentos consolidaram a problemática identificada.

Numa reunião informal com as Enfermeira Supervisora Clínica e Enfermeira Coordenadora, foi apresentada a problemática. Estas consideraram o seu desenvolvimento pertinente, contextualizado no número de internamentos de lactentes com infeções respiratórias. A sua abordagem seria também considerada uma mais valia para o serviço que, recentemente tinha integrado elementos iniciados.

Os objetivos específicos identificados para a equipa do SIP foram: identificar sinais de desmame precoce; realizar a boa prática da amamentação; proporcionar estratégias promotoras de aporte de LM; reforçar o desenvolvimento de competências na promoção do AM.

Após a contextualização do SIP, uma ação de formação em serviço foi a atividade escolhida que mais se adequava ao contexto e à equipa. Seria um momento oportuno para aquisição de conceitos e competências sobre a prática da amamentação para os elementos iniciados, bem como uma atualização de conhecimentos para os restantes elementos, inclusive, os peritos.

A ação de formação “Quando o lactente fica internado: a importância da Amamentação” teve como objetivo geral reconhecer a importância da amamentação/AM no lactente hospitalizado e como objetivos específicos: conhecer a fisiologia da lactação; conhecer a prática da amamentação; capacitar a mulher lactante a amamentar ou a fazer extração de LM; reconhecer os sinais de um desmame precoce; utilizar estratégias promotoras de esperança realista; transmitir orientações antecipatórias para a maximização do desenvolvimento infantil. Apresentam-se alguns diapositivos, disponíveis no apêndice III.

A Enfermeira Responsável pela Formação planeou a data possível e fez a divulgação por toda a equipa. Foi realizada no dia 14 de dezembro de 2022, data possível para a apresentação e já fora do contexto de prática clínica do SIP. Teve lugar na sala de reuniões do serviço. A modalidades presencial e on-line, através da plataforma TEAMS, foram as formas possíveis de participação, com recurso a um computador com ecrã transmissor de imagens.

A avaliação da ação de formação foi realizada logo após a apresentação, através de uma discussão oral entre os participantes. A Enfermeira Coordenadora referiu ter sido uma apresentação simples, clara e assertiva sobre a temática. A Enfermeira Responsável pela Formação referiu pertinência do tema em virtude dos frequentes internamentos realizados a crianças lactentes. Um enfermeiro perito, EEESIP, destacou a importância da atualização de conhecimentos e acrescentou que os estágios dos estudantes são sempre momentos oportunos de aprendizagem e reflexão sobre as práticas e cuidados de enfermagem.

Com a realização desta atividade verificou-se, na equipa do SIP, a oportunidade de reforçar o desenvolvimento de competências na promoção do AM, o método de alimentação ideal e prioritário no tratamento e recuperação de uma criança hospitalizada.

2.2.5 - Enquadramento do projeto de intervenção no SMIPN

De acordo com a temática amamentação é possível, só por si, considerar a prematuridade como um momento de crise. Esta foi considerada como uma problemática e diagnóstico de situação para o contexto do SMIPN. É vasta a literatura sobre a amamentação e a prematuridade, considerando-se a mesma um desafio para a iniciação e manutenção do AM, quer no âmbito da adaptação do bebé prematuro à mama, quer no âmbito da extração de LM.

Há já muito tempo que o SMIPN era um serviço promotor do AM. Assim que era possível, sempre que tinham disponível LM, os enfermeiros iniciavam o seu aporte ao bebé prematuro,

conscientes de todos os benefícios descritos anteriormente. No entanto, não foi possível precisar o timing exato do aporte inicial, pela individualidade e especificidade de cada díade mãe/bebé. Verificou-se que o início do AM nem sempre correspondia ao momento do início da alimentação entérica, por não se encontrar disponível e procurou-se compreender a sua razão.

É do conhecimento de todos os profissionais da área materno-infantil, que a exigência da pronta e célere disponibilidade de LM, preconiza a aceitação de uma intervenção baseada numa tomada de decisão informada e consciente pela mãe, a extração de LM. A sua realização está relacionada com a sua aceitação e consciencialização do seu bebé prematuro, bem como com o seu bem-estar, segurança e confiança no seu papel de mãe.

Em ambiente de reflexão com a Enfermeira Supervisora Clínica sobre esta situação, verificou-se que os profissionais do SMIPN eram os primeiros a ter contato com o bebé prematuro, mas os primeiros profissionais a ter contato com a mãe eram os do puerpério. Considerou-se, então, pertinente, explorar a parceria do cuidar entre os profissionais cuidadores da díade mãe/bebé.

Identificaram-se como objetivos específicos: promover a extração de LM; exercer boas práticas padronizadas de proteção ao AM; estreitar a parceria do cuidar entre os profissionais cuidadores da díade mãe/bebé.

Em reunião informal com a Enfermeira Supervisora Clínica, e porque não havia um documento orientador nesse sentido, sugeriu-se a elaboração de uma norma para extração de LM de forma a promover boas práticas padronizadas pelos profissionais que cuidam da díade mãe/bebé prematuro, estreitando a sua parceria no cuidar.

A elaboração da norma de atuação 'Promoção da Extração de Leite Materno e sua Conservação' teve como objetivo geral promover o início precoce do AM/amamentação e como objetivos específicos: promover a extração de leite materno o mais precocemente possível (idealmente 1-2 horas após o nascimento); ensinar as técnicas de extração de leite materno (expressão manual e extração com bomba manual ou bomba elétrica); promover a frequência de extração de leite materno para garantir a manutenção da lactação (idealmente a cada 4h); ensinar o mecanismo da lactação (quanto mais vezes fizer estimulação, maior quantidade vai produzir); ensinar o modo de acondicionamento, identificação e conservação do leite materno; utilizar estratégias promotoras de esperança realista e transmitir orientações antecipatórias para a maximização do desenvolvimento infantil. Os procedimentos identificados foram descritos no documento da norma, disponível no apêndice IV.

A norma foi entregue à Enfermeira Supervisora Clínica e seguiria para apreciação com a Enfermeira Gestora e restante equipa de enfermagem. Devido ao período de tempo limitado do estágio, não foi possível proceder à sua implementação e avaliação.

3 - O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A progressão da enfermagem no universo profissional e científico incutiu o desenvolvimento de competências para uma prática profissional diferenciada, especializada e exigente na prestação de cuidados. O desenvolvimento na investigação tem proporcionado uma área de conhecimento específica, que se projeta na individualização e autonomia da enfermagem na gestão da qualidade e da prestação dos cuidados de saúde (OE, 2019).

Em (2001) Benner afirmava que a experiência diária da prática clínica promove e consolida o desenvolvimento de competências, e que a reflexão da relação entre o conhecimento e a prática adquirida sustenta aprendizagens, produção de conhecimento e comportamento ético. Enquanto profissional, o enfermeiro progride numa caminhada de iniciado - em que é um executante supervisionado, a perito - um profissional que compreende o indivíduo holístico e concentra a sua experiente prestação de cuidados numa tomada de decisão responsável, baseada numa conduta ética e deontológica (Benner, 2001).

Reconhece-se, assim, ao enfermeiro especialista a “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados”. O desenvolvimento destas competências é o alicerce para o avanço e melhoria contínua da prática de enfermagem, na medida em que atua nos diferentes níveis de prevenção, identifica necessidades numa população específica e direciona a sua assistência especializada (Regulamento nº 140/2019, presente no DR nº 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019, p.4744).

O percurso formativo realizado na área da saúde infantil e pediátrica, com estágios de prática clínica em diferentes contextos de intervenção à criança/jovem e família, contribuiu para o desenvolvimento de conhecimento e de competências científicas, técnicas e humanas, fundamentais para uma prestação de cuidados especializados e personalizados.

3.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais efetiva-se no conjunto das competências especializadas que

“são as competências, 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” (Regulamento nº 140/2019, presente no DR nº 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019, p. 4745).

As competências comuns do enfermeiro especialista estão organizadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, presente no DR nº 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019).

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

São duas as competências identificadas neste domínio: “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/2019, presente no DR nº 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019, p.4746). Estas competências representam a essência da prática profissional. Através do cumprimento dos documentos orientadores da profissão, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, bem como do Código Deontológico dos Enfermeiros, e consciente dos direitos humanos, identificados na Convenção Europeia dos Direitos do Homem, o enfermeiro especialista fundamenta uma prestação de cuidados segura e responsável, que respeita os direitos e escolhas do cliente.

Na área da Saúde Infantil e Pediátrica o cliente está representado pelo binómio criança/jovem e família. A prestação de cuidados é orientada pela Convenção dos Direitos da Criança e pelos Direitos da Criança Hospitalizada, e suportada pelo modelo dos cuidados centrados à família, nomeadamente o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. A criança/jovem e família participam na elaboração do seu plano de cuidados, diferenciado e individualizado. O desafio para a concretização destas competências é uma tomada de decisão responsável, que garanta uma assistência de cuidados com qualidade e que considere o superior interesse da criança/jovem, ao longo dos estadios de desenvolvimento e autonomia.

Ao longo do percurso formativo, desenvolveram-se as competências deste domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Nas unidades curriculares providenciou-se documentação, que suportou a conduta na realização das diferentes atividades formativas do ciclo de estudos. Nos diferentes contextos de estágio manteve-se o respeito pela individualidade e privacidade da criança/jovem e família, foram explicados os procedimentos e cuidados de enfermagem a realizar e esclarecidas possíveis questões, tal como preconizada a assistência orientada pela Convenção dos Direitos da Criança e pelos Direitos da Criança Hospitalizada. As passagens de turno proporcionaram partilha e reflexão das tomadas de decisão e cuidados realizados, respeitando o sigilo profissional. A realização de um estudo de caso clínico garantiu a responsabilidade profissional na confidencialidade dos dados e no sigilo profissional.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A primeira competência deste domínio identifica o papel dinamizador do enfermeiro especialista no “desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento nº 140/2019, presente no DR nº 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019, p.4747). A sua participação ativa enquadra o desenho e a implementação de projetos na área da qualidade, conducentes à melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A segunda competência deste domínio identifica a importância do enfermeiro especialista no desenvolvimento de “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento nº 140/2019, presente no DR nº 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019, p.4747). Estas ações são justificadas pela relevância da avaliação e revisão das práticas, que projetam o planeamento, implementação e liderança de programas de melhoria contínua.

Foi possível aprofundar estas duas competências no percurso formativo. No âmbito dos estágios de prática clínica, identificaram-se o NACJR na UCC, o NIDCAP no SMIPN e a ‘Reabilitação em Neurodesenvolvimento’, na continuidade do acompanhamento do RN prematuro em ambulatório, como programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. O desenvolvimento do projeto de intervenção ‘Momentos de Crise na Amamentação: intervenção do EEESIP na prevenção, identificação e resolução’, transversal a todos os contextos de estágio da prática clínica, mostrou-se um dinamizador na melhoria contínua. Com a elaboração das normas de atuação: ‘Quando um problema da mama interfere no amamentar’ no SUP e ‘Promoção da Extração de Leite Materno e sua Conservação’ no SMIPN, bem como a ação de formação em serviço ‘Quando o lactente fica internado: a importância da Amamentação’ no SIP, aprofundaram-se conhecimentos na promoção do AM e capacitaram-se os intervenientes para a resolução de dificuldades existentes na amamentação.

A terceira competência do domínio da melhoria contínua da qualidade incute no enfermeiro especialista proporcionar um ambiente terapêutico e seguro. A consciencialização do binómio criança/jovem e família como um ser holístico, efetiva o respeito pela sua individualidade e assegura uma assistência terapêutica protetora, que previne acidentes e gere o risco associado à prestação dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, presente no DR nº 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019).

No âmbito da prática clínica, e nos diferentes contextos de intervenção, a prestação de cuidados centrados à família, abordados pelo modelo da parceria de cuidados, foram relevantes para a envolvimento de um ambiente seguro e terapêutico, promotor do bem-estar. A pesquisa e o estudo de novas abordagens farmacológicas para o alívio da dor, realizadas no SMIPN, permitiram a sua administração com segurança, evitando o erro terapêutico. A utilização do EPI, no âmbito da prestação dos cuidados associados às infeções respiratórias, ou na prevenção da transmissão das IACS, contribuiu para a gestão do risco inerente à profissão. Desta forma, realizou-se uma prática especializada segura para a criança/jovem, família e profissionais, promovendo a melhoria contínua da qualidade.

Domínio da Gestão dos Cuidados

Identificam-se duas competências neste domínio para o enfermeiro especialista: gerir “os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e adaptar a “liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, presente no DR nº 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019, p.4748). Esta responsabilidade potencializa as respostas da sua equipa, contextualizando o estilo da sua liderança, que adequa os recursos existentes às necessidades de uma prática clínica, promotora da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O percurso formativo proporcionou aquisição de conhecimento no âmbito deste domínio. A realização do trabalho científico com o tema ‘Liderança de Enfermagem numa Unidade Hospitalar’, objeto de avaliação e conclusão da unidade curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica, contribuiu para o desenvolvimento do conhecimento nesta área. Durante os estágios da prática clínica, foi possível identificar os estilos de liderança estudados. No âmbito da UCC, e apesar de haver um Enfermeiro Gestor, a organização dos cuidados da Enfermeira Supervisora Clínica e EEESIP, bem como a sua intervenção, eram da sua responsabilidade. Baseada numa liderança transformacional – que tem uma visão a longo prazo, comporta-se como um agente de mudança nos cuidados de saúde e é potencializadora de ganhos em saúde (Sanhudo, 2020), recorria a uma gestão organizada e antecipada, com

marcação em agenda, de forma a conseguir operacionalizar, com segurança, a sua assistência promotora da qualidade. No SUP a gestão dos cuidados estava dependente do método utilizado para o atendimento, a Triagem de Manchester. Em cada turno, a Enfermeira Gestora era responsável pela distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores de atendimento. A partir daí, a prestação de cuidados era da responsabilidade individual de cada enfermeiro por setor. A assistência à criança/jovem e família era harmonizada em cadeia, fomentando a qualidade dos cuidados numa prática segura. A participação nesta cadeia de cuidados proporcionou autonomia na gestão do atendimento em sala de tratamentos, para a realização de MCD, colocação de CVP, bem como na administração de terapêutica inalatória e respetivos ensinamentos para o correto manuseamento do equipamento inalatório em domicílio. A supervisão dessa gestão individual, ou mesmo reorganização da gestão, eram realizadas pelo Chefe de Equipa, também elemento ativo na prestação dos cuidados. Identificou-se um estilo de liderança comportamental democrática – cada elemento da equipa organiza a sua gestão dos cuidados, contributiva para um esforço conjunto, sob a supervisão de um líder participativo (Sanhudo, 2020). No SIP e no SMIPN identificou-se o mesmo estilo de liderança e gestão da prestação de cuidados. No entanto, essa gestão individual dos cuidados pelo enfermeiro era definida pelas necessidades identificadas nas crianças/jovens e família, mantendo-se a supervisão do enfermeiro chefe de equipa, elemento individual e participativo na prestação dos cuidados. No âmbito hospitalar verificou-se que, na ausência do Enfermeiro Gestor, a responsabilidade da gestão dos recursos era dos enfermeiros chefes de equipa de cada turno. Enquanto elementos prestadores de cuidados, acumulavam funções de gestão dos recursos, pessoal e material, para uma prática clínica segura e com qualidade.

A supervisão da prática clínica nos diferentes contextos de intervenção foi realizada por EEESIP, chefes de equipa, e mesmo enfermeira substituta da Enfermeira Coordenadora com a Função de Gestão no contexto do SIP, pelo que a contribuição do percurso formativo permitiu aquisições no âmbito deste domínio de competências do enfermeiro especialista.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Este domínio contempla duas competências para o enfermeiro especialista: “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019, presente no DR nº 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019, p.4749).

O percurso formativo demonstrou-se um potencializador no autoconhecimento. Inicialmente, através das relações interpessoais em contexto académico. A diversidade de experiências, vividas ou refletidas com colegas da turma, ou mesmo com professores, contribuiu na

gestão de sentimentos e emoções enquanto trabalhadora-estudante. A exigência da realização de trabalhos científicos, e de investigação, identificou a limitação e frustração existentes na utilização dos recursos atuais. No entanto, promoveu a construção sólida dessa aprendizagem, aplicável às restantes atividades do ciclo de estudos, demonstrando assertividade no percurso formativo. Posteriormente, em contexto de prática clínica, e com experiência profissional superior a duas décadas, o autoconhecimento pessoal e profissional foi facilitador no ambiente terapêutico da criança/jovem e família, bem como no ambiente multidisciplinar, contribuindo para a assertividade na prestação de cuidados que buscam a excelência.

A evidência científica, constatada pela investigação, é imprescindível para uma praxis clínica que busca a excelência no cuidar. O percurso formativo, que incidiu no universo da idade pediátrica, com a realização de estágios de prática clínica em diferentes contextos de intervenção, permitiu aproximar esta relação, em virtude de experiências novas, desconhecidas, específicas e especializadas. Desta forma, contribuiu para uma constante aquisição, atualização e aperfeiçoamento de conhecimentos e de prática clínica.

É da responsabilidade do enfermeiro especialista a transmissão desta evidência científica, que pode ser realizada de diferentes formas. São exemplos os diferentes trabalhos científicos realizados nas diferentes unidades curriculares, bem como os que já foram identificados anteriormente nesta reflexão das competências do enfermeiro especialista e as ações de formação em serviço, promovidas pelos serviços onde foi realizada a prática clínica: 'O que se passa na infância (particularmente vulnerável), não fica na infância, 'Desafios da Saúde Mental na Adolescência numa Sociedade em Mudança' na UCC; 'Queimaduras' no SUP e 'Apoio na Implementação à Hipotermia Induzida' no SMIPN.

Reflete-se que o curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica foi um excelente contributo no âmbito deste domínio.

3.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Competências específicas são as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento nº 140/2019, presente no DR nº 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019, p.4745). O campo de intervenção para a área da Saúde Infantil e Pediátrica está balizado desde o nascimento até aos dezoito anos, compreende o binómio

criança/jovem e família e requer uma adequação dos cuidados aos diferentes estádios de desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

O desempenho do EEESIP é caracterizado por uma prestação de cuidados de nível avançado, competente e segura, que se traduz na satisfação das crianças, jovens e suas famílias. São áreas da sua intervenção:

“avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e o encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde” (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018, p.19192).

Através de uma prestação de cuidados especializada centrada na família, a finalidade do EEESIP é “deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018, p.19192). Neste âmbito, e para promover o mais alto estado de saúde possível, o EEESIP respeita e assiste a criança/jovem e família no ambiente em que se encontra, desde a sua casa ou escola, ou qualquer instituição de saúde. Envolve a criança/jovem e família no plano de cuidados, trabalhando numa parceria em que cuida da criança/jovem saudável ou doente, contemplando a educação para a saúde, a prestação de cuidados e a mobilização de recursos de suporte à família (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Estão definidas as competências para o EEESIP: 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, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Considerando a experiência profissional de 'uma vida' na área da saúde infantil e pediátrica, o mestrado em enfermagem nesta área contribuiu para viver novas experiências, aprofundar conhecimento e técnica, e conhecer a prática e prestação de cuidados de um EEESIP, no universo da assistência à criança/jovem e família.

O desenvolvimento de competências na UCC

Reflete-se o acolhimento realizado aos pais, no âmbito do GASMI. A realização da entrevista estruturada, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação, permitiu avaliar a estrutura, o contexto familiar e o desenvolvimento da parentalidade, avaliar conhecimentos e comportamentos relativos à saúde, bem como identificar comportamentos de risco da criança. A preocupação dos pais e a comunicação com os mesmos, permitiu negociar a sua participação no processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar do seu filho. A parentalidade positiva foi uma estratégia sugerida para os pais iniciarem o plano de cuidados. A inclusão do seu filho em programa de GASMI foi considerada uma oportunidade para a criança e a família adotarem comportamentos seguros e potenciadores de saúde (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Analisa-se as sessões de educação para a saúde no âmbito da saúde escolar, realizadas a turmas do segundo ano do primeiro ciclo e a turmas do sétimo e oitavo anos do segundo ciclo. A comunicação com as crianças e jovens esteve adequada às idades e aos estádios de desenvolvimento facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde. A participação das crianças e jovens permitiu avaliar conhecimentos e comportamentos relativos à saúde. A sessão "A Parentalidade e Violência" direcionada aos jovens permitiu sensibilizar também os professores o risco de violência, consequências e prevenção. As sessões de educação para a saúde em sala de aula verificaram-se uma oportunidade para trabalhar com as crianças e jovens a adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Estas duas experiências permitiram aprofundar as unidades de competência de implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem e diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, relativas à competência - assiste a criança/jovem com a família.

Reflete-se a reunião multidisciplinar realizada na escola, no âmbito do NACJR, para analisar o absentismo escolar de uma adolescente de 12 anos, com perturbação do espectro do autismo, e não cumpridora do plano terapêutico e de vigilância de saúde em contexto de pandemia COVID-19. A reunião identificou-se como o trabalho em parceria entre a escola e os

serviços de saúde (agentes da comunidade) para melhorar a acessibilidade da jovem aos cuidados de saúde. Utilizou-se a informação existente para diagnosticar necessidades especiais e incapacidades da jovem, bem como avaliar a estrutura e o contexto do sistema familiar. Os profissionais presentes na reunião refletiram estratégias para manter a inclusão da jovem na escola, apesar das suas necessidades de saúde e educativas especiais, bem como o suporte familiar e comunitário adequado. Sugeriu-se a articulação direta com a equipa de enfermagem do centro de desenvolvimento hospitalar para referenciar a jovem a cuidados hospitalares especializados (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Nesta experiência aprofundou-se a unidade de competência de implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, relativa à competência - assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, bem como a unidade de competência de promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade, relativa à competência - cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Relembra-se a sessão sobre cuidados ao RN integrada no curso PNP. Mostrou-se uma estratégia motivadora para promover na família o seu papel na saúde do RN. Transmitiram-se orientações antecipatórias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil, bem como demonstraram-se conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo e amamentação (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Recorda-se a passagem pelo cantinho da amamentação. Verificou-se ser um espaço próprio para fazer a promoção da amamentação, mas que também proporciona avaliar o crescimento e desenvolvimento do RN, bem como o desenvolvimento da parentalidade. Promove o comportamento interativo entre o RN e os pais, transmitindo orientações antecipatórias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

Nestas duas experiências aprofundaram-se as competências de promover o crescimento e o desenvolvimento infantil e de promover a vinculação de forma sistemática, relativas à competência - presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

No âmbito da ELI reflete-se o acolhimento multidisciplinar realizado pela EEESIP e psicóloga da equipa, a uma mãe e filha de três anos, referenciada pela avó, por suspeita de atraso da linguagem. A entrevista estruturada conduzida pela EEESIP e direcionada à mãe, demons-

trando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação, permitiu avaliar a estrutura e o contexto do sistema familiar, bem como o desenvolvimento da parentalidade. A aplicação da escala de Growing Skills II pela psicóloga à criança, comunicando e utilizando técnicas apropriadas às etapas de desenvolvimento da sua idade, permitiu avaliar o seu desenvolvimento. Esta intervenção multidisciplinar permitiu diagnosticar necessidades especiais e incapacidades na criança e gerir o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Nesta experiência desenvolveram-se as unidades de competência: implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, relativa à competência - assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade, relativa à competência - cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, relativa à competência - presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Reflete-se a participação nas consultas de vigilância infantil e do adolescente. As consultas foram momentos que proporcionaram a avaliação do crescimento e do desenvolvimento de crianças e adolescentes, bem como o desenvolvimento da parentalidade, facilitando a comunicação expressiva de emoções. Demonstrando conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento, transmitiram-se orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil. O relacionamento com as crianças, adolescentes e seus acompanhantes em ambiente de consulta, respeitou as suas crenças e culturas. Em particular, nas consultas do adolescente, avaliaram-se conhecimentos e comportamentos relativos à saúde, reforçou-se a tomada de decisão responsável e negociou-se um contrato de saúde, com necessidade de encaminhamento para cuidados especializados hospitalares em uma das situações (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

A participação nas consultas aperfeiçoou a intervenção nas unidades de competência: promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadió de desenvolvimento e à cultura e promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, relativas à competência - presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem; 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, relativa à competência - assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

As competências adquiridas neste contexto de UCC enquadram e evidenciam a importância da intervenção do EEESIP na promoção da saúde à criança/jovem e família. Através de inúmeras áreas de intervenção desde a comunicação, a partilha de conhecimento, à responsabilização por adoção de comportamentos promotores à saúde, transmite orientações antecipatórias favorecedoras do desenvolvimento infantojuvenil e da parentalidade. Alerta às especificidades de cada criança/jovem e família, diligencia o encaminhamento necessário e especializado, mostrando-se um elemento essencial na articulação e partilha de cuidados com outros agentes da comunidade, que contribuem para o bem-estar incluso e para o crescimento e desenvolvimento saudáveis cada um (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

O desenvolvimento de competências no SUP

Ao EEESIP que trabalha num SUP está inerente a mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória, bem como conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. É desta forma que reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados, uma das unidades de competência relativa à competência - cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018). No entanto, a sua intervenção pretende ir mais além, pretende uma prestação assídua de cuidados especializados, competentes e seguros, que permitam a satisfação das crianças/jovens e suas famílias quando recorrem a um SUP (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Reflete-se a experiência na sala de Triagem. A utilização do sistema de Triagem de Manchester, versão canadiana 2016, com discriminadores para a idade pediátrica, permitia identificar precocemente a necessidade de atendimento urgente. A triagem era realizada apenas por enfermeiros certificados pelo curso especializado em Triagem de Manchester, os enfermeiros, competentes, proficientes ou peritos. Demonstrando conhecimento sobre as doenças comuns às várias idades, e respeitando as idades e os estádios de desenvolvimento, realizaram-se questões às crianças/jovens e acompanhante, que responderam aos discriminadores sugeridos pelas queixas apresentadas. De forma objetiva e sistematizada, seguia-se o fluxograma identificado pela queixa, que classificava o nível de prioridade e critérios de gravidade,

conduzindo a respostas e intervenções apropriadas. Neste espaço também foi possível identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, ou mesmo situações de risco, como os maus tratos e os comportamentos de risco (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

A intervenção de enfermagem na triagem desenvolveu as unidades de competência de comunicar com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estadio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis e de diagnosticar precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança, relativas à competência - assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

A reflexão na sala de Tratamentos considera uma diversidade de experiências descritas anteriormente. Denotou-se o cuidado demonstrado para uma comunicação direcionada às idades e estadios de desenvolvimento e favorecedora no relacionamento com a criança/jovem e acompanhante, em todas as intervenções de enfermagem necessárias. A presença contínua do acompanhante, na maior parte das vezes um familiar, identificou o modelo de cuidados centrados na família, favorecedor de uma parceria de cuidados, com negociação e participação na sua prestação, conduzindo à recuperação e bem-estar. Demonstrando conhecimento sobre doenças comuns às várias idades, qualquer intervenção garantiu uma resposta de enfermagem adequada e individualizada, muitas vezes perspicaz e rápida, quando reconhecida a instabilidade das funções vitais. Qualquer procedimento de recolha de espécimen para estudo analítico, bem como a administração medicamentosa, eram realizados com recurso à estratégia mais adequada para o alívio da dor. Aplicaram-se conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o seu alívio, mas também se procedeu à gestão de medidas farmacológicas, salientando-se o Kalinox para os procedimentos mais dolorosos, como é exemplo a pequena cirurgia. Às crianças que recorreram ao SUP por transtorno respiratório, para além do tratamento da sintomatologia aguda, realizaram-se ensinamentos especializados e individualizados, bem como aos acompanhantes, como facilitadores para o desenvolvimento de competências para a gestão do processo específico de doença. Nas situações de recorrência, consolidaram-se o conhecimento e as aprendizagens das habilidades especializadas, para a resolução da sintomatologia junto da criança e acompanhante (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

A prestação de cuidados na sala de Tratamentos aperfeiçoou intervenções relativas às unidades de competência: 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 e

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, relativas à competência - assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados, faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas, relativas à competência - cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, relativa à competência - presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR n.º 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Na UICD reflete-se a intervenção do EEESIP num internamento de curta duração, que objetiva a estabilização da criança e jovem. Mobilizaram-se respostas rápidas e eficientes nas situações de instabilidade das funções vitais, bem como na elaboração de um plano de enfermagem especializado e individualizado, com estratégias de coping e de adaptação, nas situações de crise aguda nas crianças com doença crónica. Mantiveram-se os cuidados centrados na família, com a presença permanente de um acompanhante, habitualmente um familiar. Mais uma vez, demonstraram-se habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança e do jovem, favorecendo o relacionamento com a criança/jovem e acompanhante, em todas as intervenções de enfermagem necessárias. Aplicaram-se conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem, com recurso a estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, bem como à gestão das prescrições medicamentosas (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR n.º 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Na participação dos cuidados na UICD aprofundaram-se as unidades de competência: reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados, faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas, promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade, relativas à competência - cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, relativa à competência - presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR n.º 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Apesar de não terem ocorrido situações de emergência, e com risco de morte, as competências adquiridas neste contexto de SUP contribuíram para o desenvolvimento de uma prática clínica especializada, com prestação de cuidados específicos, individualizados e seguros, à criança/jovem e família, em situações de especial complexidade. Verificou-se que, mesmo em situação de emergência, é possível uma prestação de cuidados no universo holístico da criança/jovem e família, conduzindo à excelência na prestação de cuidados na área infantil e pediátrica.

Desenvolvimento de competências no SIP

O SIP caracterizou-se por ser um ambiente diversificado, no que se refere às idades dos pacientes internados, bem como rico, pela variedade de patologias que se podem encontrar num internamento de média ou longa duração. Respeitaram-se os cuidados humanizados, centrados na família, favorecendo uma parceria de cuidados constante, essencial no tratamento e recuperação da criança e jovem. A presença constante do seu cuidador, num ambiente de doença, conferia à criança e ao jovem, alguma segurança, comodidade e conforto durante todo o internamento, promovendo a independência e bem-estar. A prestação de cuidados foi especializada, individualizada e específica às condições de cada criança e jovem (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

A comunicação esteve adaptada ao desenvolvimento da criança/jovem, permitindo uma relação terapêutica favorecedora da expressividade de emoções, bem como da negociação do plano de cuidados, elaborado com uma tomada de decisão responsável e condutora na adoção de comportamentos saudáveis e autonomizadores (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018). Recorda-se, neste sentido, o desafio de um adolescente submetido a uma osteossíntese, com placa e parafusos, e osteotaxia, com fixador externo, na conquista gradual do cumprimento do posicionamento alinhado, bem como nas medidas de higiene e conforto, capacitando-o para a adoção de estratégias de coping e de adaptação à sua condição atual.

O brincar e o entretenimento terapêutico (este último através de dispositivos audiovisuais), essencialmente para a população adolescente, revelou-se uma terapia não farmacológica para o alívio da dor, potenciadora da gestão farmacológica existente e específica a cada criança/jovem, especialmente nos internamentos prolongados (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

O conhecimento sobre doenças comuns às várias idades, ou das possíveis complicações que podem existir após um ato médico, conduz a respostas de enfermagem apropriadas (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018). Destacou-se a importância dada à anúria existente após uma correção de hipospádias, sugerindo uma

obstrução da sonda vesical. De imediato foi contactada a cirurgiã pediátrica que prontamente veio substituir a sonda.

Durante a hospitalização, é fundamental a demonstração de conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança na prestação de cuidados especializados e específicos a cada criança/jovem e família com necessidades especiais e incapacidades. O desenvolvimento de uma relação terapêutica dinâmica promove uma adaptação adequada e progressiva à doença, bem como capacita a adoção de estratégias de coping e adaptação. A adequação do suporte familiar e comunitário está relacionada com a referenciação destas crianças e jovens com incapacidade para cuidados de especialidade e para instituições de suporte (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018). Enquadra-se o internamento de duas bebés gémeas, com hipotonia severa e com diagnóstico provável de miopatia. Conseguiram ultrapassar a necessidade de suporte ventilatório mas não ficaram autónomas na alimentação, por ausência de reflexos de sucção e de deglutição. Durante o internamento, a parceria de cuidados proporcionou a adaptação da mãe na realização dos cuidados de higiene e conforto, de alimentação por declive em sonda nasogástrica, bem como a administração de medicação por esta via. Enquanto que uma das bebés foi transferida para um hospital especializado em doenças neuromusculares, a outra bebé teve alta para o domicílio a aguardar vaga de internamento. Foi referenciada ao serviço social e à equipa de enfermagem do centro de saúde da área de residência.

No SIP verificaram-se alguns internamentos em crianças com idade inferior a um ano, por patologia respiratória. A parceria de cuidados mostrou-se essencial no envolvimento da mãe na prestação de cuidados, tornando a relação terapêutica confiante, segura, dinâmica e promotora de uma recuperação célere. O internamento proporcionou ainda uma avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como da parentalidade. O suporte à amamentação revelou-se um vetor para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Esta experiência no SIP permitiu aprofundar as unidades de competência de: implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem e de diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, relativas à competência - assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; de fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas e de promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade, relativas à competência - cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; de promover

o crescimento e o desenvolvimento infantil, de promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais, de comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura e de promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, relativas à competência - presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR n.º 133, Série II de 12 de julho de 2018).

O SIP foi um contexto de prática clínica que, ao proporcionar diferenciadas experiências no âmbito dos cuidados na área infantil e pediátrica, concretizou a aquisição das competências identificadas para um EEESIP. Permitiu aprofundar conhecimentos e técnicas essenciais a uma prestação de cuidados especializada, exímia e específica, que respeita a criança/jovem e família holísticos e que, em parceria, desenvolve um plano de cuidados potencializador da recuperação, da adaptação e da autonomização.

Desenvolvimento de competências no SMIPN

Passados praticamente doze anos, o retorno a este serviço contextualizou a evolução da medicina e da enfermagem na assistência ao RN prematuro ou doente. Mantém-se a exigência numa prestação de cuidados específica e com perícia na técnica, que potencializa a sobrevivência de prematuros de 24-25S de IG, minimizando a gravidade das suas sequelas. A visão da assistência ao RN/família assenta na parceria de cuidados, promotora do desenvolvimento do vínculo afetivo e da parentalidade, bem como do potencial de crescimento e desenvolvimento do RN (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR n.º 133, Série II de 12 de julho de 2018).

A prestação de cuidados ao RN prematuro e doente seguia o NIDCAP - Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Neonato. Realizaram-se leituras detalhadas dos sinais comportamentais individuais de cada bebé, reconhecendo as suas competências promotoras de um comportamento interativo. A partilha destes sinais de interação com os pais, mostrou-se uma estratégia de esperança realista e favorecedora do contato físico entre ambos, bem como negociadora do seu envolvimento na prestação dos cuidados. Esta parceria de cuidados permitiu a transmissão de orientações antecipatórias para a prestação dos cuidados diários de higiene, conforto e alimentação, e mostrou-se fortalecedora do vínculo afetivo e da parentalidade, bem como a promoção do AM. O LM era considerado a oferta prioritária na alimentação, quer para os RN prematuros como para os RN internados por doença. A partilha dos benefícios do LM, o incentivo à amamentação e as orientações antecipatórias para a extração de LM, revelaram-se essenciais na parceria de um

plano de cuidados promotor da recuperação e condutor à maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

O RN prematuro é um RN com necessidades especiais evidenciando-se a proteção à sua função cerebral. Neste sentido, todos os cuidados específicos e individualizados foram previstos, planeados e realizados de forma minuciosa e neuroprotetora. A gestão da dor foi fundamental na prevenção da neurotoxicidade provocada pelos procedimentos inesperados, invasivos e dolorosos. A sucção não nutritiva na chupeta associada ao LM ou à sacarose, bem como a contenção, foram estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, bem como para a sua auto-regulação (Altimier & Phillips, 2016). Verificou-se uma evolução da proteção aos cuidados ao RN na gestão farmacológica de combate à dor. Não só se verificou a sua utilização para os procedimentos mais invasivos, como a colocação de cateteres centrais, mas também para a estabilidade e progressão da função respiratória, assistida por equipamentos de ventilação.

A instabilidade respiratória está associada não só à prematuridade, mas também a infeções respiratórias em RN de termo. A utilização de equipamentos ventilatórios colmatou a necessidade de manter a estabilidade da respiração, bem como da oxigenação. Na situação específica de um RN com COVID-19, gravemente doente, mobilizaram-se conhecimentos e habilidades para uma rápida identificação da sua instabilidade, bem como uma resposta pronta antecipatória e segura, com aspiração frequente de secreções em circuito fechado, utilizando o EPI (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Para este contexto de estágio consolidaram-se as unidades de competência: 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, relativa à competência - assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados e faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas, relativas à competência - cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais, relativas à competência - presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento n.º 422/2018, presente no DR nº 133, Série II de 12 de julho de 2018).

Durante o estágio realizado neste contexto não houve situações de grande instabilidade, com necessidade de recurso a manobras de suporte avançado de vida. No entanto, as experiências vivenciadas aprofundaram o conhecimento e a prática especializada, enquanto EEESIP, na prestação de cuidados específicos e individualizados a RN com necessidades especiais.

3.3 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O percurso formativo de um Mestrado em Enfermagem é alicerçado na investigação e evidência científica existente e recente da prática clínica. Proporciona atividades que fomentam a formação e a investigação profissional, conducentes a uma especialização (Decreto-Lei n.º 65/2018, presente no DR n.º 157, Série I de 16 de agosto de 2018).

A conclusão gradual das unidades curriculares teóricas, os estágios realizados em diferentes contextos de intervenção, bem como a realização de trabalhos científicos e de investigação, como o presente relatório, representaram um percurso formativo que permitiu a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP, com o objetivo de alcançar o Grau de Mestre.

O grau de Mestre na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica explora um percurso formativo que pretende: o desenvolvimento de conhecimentos e competências científicas, técnicas, éticas e culturais; a melhoria da conceção e da prestação da qualidade dos cuidados de enfermagem, através de investigação científica, da prática baseada na evidência e nos referenciais ético-deontológicos; a capacitação para a gestão e supervisão dos cuidados, bem como para a liderança das equipas, e promoção da enfermagem como uma disciplina especializada (Regulamento n.º 705/2021, presente no DR n.º 144, Série II, de 27 de julho de 2021).

Para o desenvolvimento das competências de Mestre, a frequência das unidades curriculares teóricas e a elaboração de trabalhos científicos para a sua conclusão, permitiram “possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde” (Decreto-Lei n.º 65/2018, presente no DR n.º 157, Série I de 16 de agosto de 2018, p.4162).

Os estágios de prática clínica realizados em diferentes contextos de intervenção, conduziram à oportunidade de presenciar e participar em diferenciadas experiências novas e não

familiares, promotoras da aplicação dos conhecimentos adquiridos e da resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares (Decreto-Lei n.º 65/2018, presente no DR nº 157, Série I de 16 de agosto de 2018).

A construção e a aplicação do projeto de intervenção com o tema ‘Momentos de Crise na Amamentação: intervenção do EEESIP na prevenção, identificação e resolução’, bem como a elaboração de uma revisão sistemática da literatura que aprofundou o tema ‘Qual o efeito da sucção não nutritiva na chupeta no desenvolvimento do lactente: uma revisão sistemática’, contribuíram para “possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (Decreto-Lei n.º 65/2018, presente no DR nº 157, Série I de 16 de agosto de 2018, p.4162).

Através da elaboração do estudo de caso clínico, que explorou a temática dos maus tratos por negligência à criança, foi possível adquirir a “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (...)” (Decreto-Lei n.º 65/2018, presente no DR nº 157, Série I de 16 de agosto de 2018, p.4162).

Ao longo de todo o percurso formativo houve a preocupação com a integridade ética e deontológica, associada ao exercício profissional no âmbito da saúde infantil e pediátrica. Desta forma, estiveram sempre presentes “(...) reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Decreto-Lei n.º 65/2018, presente no DR nº 157, Série I de 16 de agosto de 2018, p.4162).

O curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica contribuiu para o enriquecimento de conhecimento científico e de metodologias de investigação, bem como para a aquisição e desenvolvimento de competências, que suportam uma prática clínica especializada, baseada na evidência científica atual e, que sustenta a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e excelência. Concluindo, contribuiu para adquirir competências que permitirão “uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 65/2018, presente no DR nº 157, Série I de 16 de agosto de 2018, p.4162).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estimulada pela opção de escolha, a aprendizagem é uma das competências mais valiosas que o indivíduo tem. E é da sua responsabilidade decidir o que faz com as suas aprendizagens, com o desenvolvimento holístico da sua multidimensionalidade, inclusive na dimensão saúde. A escolha informada e responsável por comportamentos favoráveis à sua saúde, bem como os esforços e atividades que realiza para o seu alcance, são considerados elementos construtores da promoção da sua saúde.

Na área da saúde infantil e pediátrica, até à independência e autonomia da criança/jovem, é a família a responsável pelo seu crescimento e desenvolvimento, proporcionando aquisição de conhecimento e novas competências, bem como satisfazendo as necessidades nas diferentes etapas. Esta interdependência personifica o binómio criança/jovem e família. A promoção da saúde contempla as especificidades relativas às idades e aos estádios de desenvolvimento da criança/jovem, e tem como objetivo conduzir a comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Na etapa de RN e lactente a promoção da saúde é concretizada através da capacitação dos pais e cuidadores. É da competência do EEESIP, enquanto vetor e responsável pela promoção da saúde nesta área, efetivar a valorização dos cuidados antecipatórios na maximização da saúde da criança e jovem, com a família. Para tal, a sua abordagem de cuidar holisticamente a criança/jovem e família é baseada nos cuidados centrados na família, e enriquecida na parceria de cuidados.

O LM, reconhecido pelas suas propriedades e benefícios, maximiza o crescimento e o desenvolvimento da criança/jovem. A escolha informada da amamentação como plano alimentar, representa a adoção de um comportamento saudável e promotor da saúde. A intervenção do EEESIP na sua assistência, com foco de intervenção na díade mãe/lactente, é suportada pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, bem como pela Parceria de Cuidados de Anne Casey.

Respeitando-se cada bebé e mãe com as suas individualidades e singularidades, verificou-se que a amamentação é um processo de aprendizagem contínua de ambas as partes,

mas por vezes complexo e atribulado. Existem diferenciados momentos de dificuldades, com diferentes dificuldades manifestadas pelas mães que amamentam e que, se não forem ultrapassadas, induzem ao desmame precoce, ou seja, ao abandono da amamentação. O desconhecimento da prática da amamentação pelas mães, bem como a falta de apoio dos profissionais durante a amamentação, são exemplos identificados num processo de revisão da literatura.

É da competência do EEESIP assistir a criança/jovem e a família na maximização da sua saúde, bem como prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem. Na promoção da amamentação, é determinante a sua intervenção na prevenção, identificação e resolução das dificuldades que existam, contribuindo para uma oferta plena de LM ao lactente, bem como capacitando a mãe para a sua autonomia e concretização do seu plano de saúde. Concomitantemente, e enquanto mestre em enfermagem, esta intervenção do EEESIP contribui para a divulgação das boas práticas da amamentação, induzindo à perceção da necessidade de mudanças de comportamentos pelos enfermeiros, no âmbito da promoção do AM.

As mudanças de comportamentos, suportadas pela aquisição ou atualização do conhecimento e evidência científica, conduzem à resolução de problemas, bem como potenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem. É assim identificada a metodologia de projeto, um instrumento de trabalho que visa a qualidade da prestação de cuidados. Nesta perspetiva, o desenvolvimento do projeto de intervenção proporcionou uma revisão científica sobre a temática amamentação. Especificaram-se algumas dificuldades responsáveis pelo seu abandono, bem como se identificaram intervenções facilitadoras e diferenciadas à sua promoção e sucesso, para cada contexto de estágio. As atividades planeadas pretenderam mudanças de comportamentos para a promoção do AM, com uma prestação de cuidados especializada, específica e individualizada, condutora à satisfação da mãe e do bebé.

A construção do projeto de intervenção orientou-se pela linha de investigação e desenvolvimento correspondente às 'Necessidades em Cuidados de Enfermagem em Populações Específicas' - a díade mãe/lactente. O tema 'Os Momentos de Crise na Amamentação: a intervenção do EEESIP na prevenção, identificação e resolução', representa a assistência do EEESIP, em diferentes momentos, perante dificuldades que interferem com a amamentação. A revisão da literatura identificou os problemas da mama e a falta de apoio dos profissionais durante a amamentação, como condutores do desmame precoce. Na reflexão da aplicabilidade do projeto, considera-se pertinente o seu desenvolvimento num contexto de estágio que não estava incluído no plano de estudos, o puerpério. Neste ambiente, também considerado

um 'momento de crise na amamentação' (uma reflexão a considerar), a intervenção do EEESIP seria exímia pela sua competência de promotor da amamentação, bem como transmissor de orientações antecipatórias, com a partilha das práticas da amamentação, condutoras da capacitação e autonomia no amamentar. Contribuiria ainda para a divulgação das boas práticas da amamentação, induzindo à perceção da necessidade de mudanças de comportamentos pelos pares, no âmbito da promoção do AM.

Nos diferentes contextos de estágio os cuidados prestados à criança/jovem e família foram centrados na família, enfatizando a comunicação utilizada que, adequada às idades das crianças e jovens, mostrou-se ser facilitadora na negociação e participação, para uma parceria de cuidados, especialmente nas situações de especial complexidade, conduzindo a uma intervenção individualizada, específica, especializada e segura.

As aprendizagens adquiridas ao longo do curso contribuíram para uma evolução profissional enquanto enfermeira, que reflete ter adquirido competências para se tornar uma EEESIP e Mestre. Foi possível enriquecer o conhecimento científico, conhecer metodologias de investigação na enfermagem, bem como adquirir e desenvolver competências que suportam uma prática clínica especializada, baseada na evidência científica atual e que sustenta a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e excelência na área infantil e pediátrica.

Conclui-se que a elaboração deste relatório concretizou os objetivos traçados. Refletiu-se o percurso formativo nos diferentes contextos de estágio, bem como a aquisição e a consolidação das competências comuns e específicas do EEESIP e das competências de Mestre, e descreveu-se o desenho e a implementação do projeto de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Als, H. (2017). Cuidados de desenvolvimento individualizados para bebês prematuros. Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância. <https://www.encyclopedia-crianca.com/pdf/expert/prematuridade/segundo-especialistas/cuidados-de-desenvolvimento-individualizados-para-bebes>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The neonatal integrative developmental care model: advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn and infant nursing reviews*, 16(4), 230-244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Alvarenga, S. C., Castro, D. S. D., Leite, F. M. C., Brandão, M. A. G., Zandonade, E., & Primo, C. C. (2017). Fatores que influenciam o desmame precoce. *Aquichan*, 17(1), 93-103. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.9>
- Apolinário, M.I.C. (2012). Cuidados centrados na família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência nº7*, 83-92. <https://doi.org/10.1197/r7.2012.01.008>
- Assis, I. M.; Barbosa, O. L. C. & Barbosa, C. C. N. (2018). Razão pela qual pais e/ou responsáveis utilizam a chupeta no recém-nascido. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 23 (2), 46-50. <https://doi.org/10.1590/s1807-02952018000200008>
- Balest, A. L. (2021). *Suporte respiratório em neonatos e lactentes*. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/problemas-respirat%C3%B3rios-em-neonatos/suporte-respirat%C3%B3rio-em-neonatos-e-lactentes>
- Baseggio, D. B., Dias, M. P. S., Brusque, S. R., Donelli, T. M. S., & Mendes, P. (2017). Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. *Temas em Psicologia*, 25 (1), 153-167. DOI: 10.9788/TP2017.1-10. [.10. Denice Bortolin Baseggio. OK.indd \(bvsalud.org\)](https://doi.org/10.9788/TP2017.1-10)

- Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (1996). *SGS II - Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil* (2ª Edição). [manual da escala growing skill ii | pdf | brinquedos | desenho \(scribd.com\)](#)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora. [de iniciado a perito | pdf \(scribd.com\)](#)
- BIQ Health Solutions. <https://biqhs.com/apps/ekanban/>
- Borsa, J. C. (2007). Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 02. www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php
- Carreiro, J. D. A., Francisco, A. A., Abrão, A. C. F. D. V., Marcacine, K. O., Abuchaim, E. D. S. V., & Coca, K. P. (2018). Breastfeeding difficulties: analysis of a service specialized in breastfeeding. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31, 430-438. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800060>
- Cavalcante, B. H., Lara, T. M., Gonçalves, A. M., Bhering, C. A., & de Oliveira Azevedo, C. T. (2021). Hipernatremia grave em recém-nascido resultante de falha no aleitamento materno: relato de caso. *Revista de Saúde*, 12(3), 75-79. <https://doi.org/10.21727/rs.v12i3.2799>
- Comité Português para a UNICEF (2019). *Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos*. [unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf](#)
- Christoffel, M. M., Castral, T. C., Daré, M. F., Montanholi, L. L., Gomes, A. L. M., & Scochi, C. G. S. (2017). Atitudes dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. *Escola Anna Nery*, 21. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170018>
- De Paula, J. R. (2019). *O Efeito das orientações parentais no desenvolvimento motor de bebê*. [Trabalho para Título de Bacharel em Fisioterapia, Universidade Federal do Pampa]. [JULIANA DA ROSA.pdf \(unipampa.edu.br\)](#)
- Direção Geral da Saúde (2019). *Plano de acção para a literacia em saúde 2019-2021*. www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030040.pdf
- Direção Geral da Saúde (2018). Norma nº 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. <https://www.bing.com/search?q=https%3A%2F%2Fnormas.dgs.min-saude.pt%2F2018%2F01%2F09%2Fsistemas-de-triagem-dos...%0A&form=IPRV10#>

- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Norma nº 01/2013 de 31 de maio. [programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx \(dgs.pt\)](http://www.dgs.pt/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx)
- Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (2021). Regulamento nº 705/2021 de 27 de julho. *Diário da República, Série II, 144*, 122-129. [0012200129.pdf \(diario-darepublica.pt\)](https://dre.pt/publicacao/0012200129.pdf)
- Feio, A., Oliveira, C.C. (2015). Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. *Saúde Soc.*, 24(2), 703-715. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200024>
- Feldman, R., Aildman, A. I. (2003). Direct and indirect effects of breast milk on the neurobehavioral and cognitive development of premature infant. *Online librarywiley*. <https://doi.org/10.1002/dev.10126>
- Fernandes, C. F. D. C. (2020). *O Mecanismo de sucção no recém-nascido e o caso particular das suas alterações na anquiloglossia*. [Trabalho final de mestrado integrado em Medicina, Clínica Universitária de Otorrinolaringologia, Faculdade de Medicina de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/46679?locale=en>
- Fisher&Paykel HealhtCare. <https://www.fphcare.com/pt-br/hospital/infant-respiratory/resuscitation/infant-resuscitator/>
- Gonçalves, A. S. (2018). *A Amamentação vivenciada por pais: representações sociais e experiências*. [Dissertação para obtenção do título de mestre, Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do estado do Rio de Janeiro]. <https://www.btdt.uerj.br:8443/handle/1/15432>
- Instituto de Apoio à Criança (1988). *Carta da criança hospitalizada*. [IAC Brochura \(wordpress.com\)](http://iac-brochura.wordpress.com)
- [KALINOX | Portal do Cliente ALM \(airliquidehealthcare.pt\)](http://www.kalinox.pt)
- Lawrence, R. A. & Lawrence, R. M. (2005). *Breastfeeding – a guide for the medical profession* (6ª edição). Elsevier Mosby.
- Hatae, C. Y. M., Vale, C. R. N. (2013). Desidratação hipernatrémica x aleitamento materno. *Perspectivas em Psicologia*, 17, (1), 36-44. [desidratação hipernatrémica x aleitamento materno | semantic scholar](https://doi.org/10.11606/1981-2737/p17013644)

- Levy, L., Bértolo, H. (2012). *Manual do aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional. Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-mat>
- Lima, I. F., Rodrigues, R. B. & Silva, Y. P. (2011). Dexmedetomidina: aplicações em pediatria e potencial efeito neuroprotetor em neonatos. *Revista Med Minas Gerais*, 21 (4), 27-37. <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/813>
- Mannel, R.; Martens, P. J. & Walker, M. (2011). *Manual prático para consultores da lactação* (2ª edição). Lusociência.
- Marçal. M., Prior. A.R. (2018). Alto fluxo por cânulas nasais. *Pedipedia*. <https://pedipedia.org/artigo-profissional/alto-fluxo-por-canulas-nasais>
- Ministério da Saúde (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Alto Comissariado da Saúde, 1ª edição. https://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/cnsca_2004-2008.pdf
- Ministério da Saúde (2009). Decreto-Lei nº 281/2009 de 06 de outubro. *Diário da República, Série I*, 193, 7298-7301. [0729807301.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://www.diariodarepublica.pt/0729807301.pdf)
- Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado da Saúde (2009). Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril. *Diário da República, Série II*, 74, 15438-15440. [1543815440.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://www.diariodarepublica.pt/1543815440.pdf)
- Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra (2008). Despacho nº 31292/2008 de 05 de dezembro. *Diário da República, Série II*, 236, 49207-49231. [4920749231.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://www.diariodarepublica.pt/4920749231.pdf)
- Monteiro, M. C. (2003). *Um coração para dois: a relação mãe-bebé cardiopata*. [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia]. PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0115546/CA
- Moraes, I. C., Sena, N. L., Oliveira, H. K., Albuquerque, F. H., Rolim, K. M., Fernandes, H. I., & Silva, N. C. (2020). Perceção sobre a importância do aleitamento materno pelas mães e dificuldades enfrentadas no processo de amamentação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e19065. <https://doi.org/10.12707/RIV19065>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2019). *Saúde um direito humano: relatório de primavera*. [Relatorio-Primavera-2019.pdf \(opssaude.pt\)](https://www.opssaude.pt/Relatorio-Primavera-2019.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro - Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, Série II*, 26, 4744-4750. [0474404750.pdf \(diariodarepublica.pt\)](https://www.diariodarepublica.pt/0474404750.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018 de 12 julho - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário da República, Série II*, 133, 19192-19194. [1919219194.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros, (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Sessão extraordinária da Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. [ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Parecer n.º 161/2009 - Inserção de cateter epicutâneo. *Conselho de Enfermagem, 09 de julho de 2009*. [Microsoft Word - Parecer 161_09.07.2009_inserção de cateter epicutaneo ceesip \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Organização Mundial de Saúde (2022). [Declaração conjunta da diretora executiva do UNICEF, Catherine Russell, e do diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, por ocasião da Semana Mundial de Aleitamento Materno](#)
- Organização Mundial de Saúde (2018). *Declaração de astana sobre atenção primária à saúde: de alma-ata rumo à cobertura universal de saúde e os objetivos de desenvolvimento sustentável*. [gcphc-declaration.pdf \(who.int\)](#) / [Microsoft Word - AA40-PR Draft Declaracion Astana FINAL-Leles-12jul2018 \(1\).docx \(apsredes.org\)](#)
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Declaração de adelaide sobre a saúde em todas as políticas: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar*. [declaracao_adelaide.pdf \(saude.gov.br\)](#)
- Organização Mundial de Saúde (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health* [9789241500852_eng.pdf \(who.int\)](#)
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de ottawa para a promoção da saúde 1ª conferência internacional sobre promoção da saúde*. [a promoção da saúde \(dgs.pt\)](#)
- Organização Mundial de Saúde (1978). *Declaração de alma ata sobre cuidados primários*. [Microsoft Word - Documento1 \(saude.gov.br\)](#)
- Pontes, G. A. R, Cantillino, A. (2014). A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebé. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 290-298. DOI: 10.1590/0047-2085000000037. [scielo.br/j/jbpsiq/a/FJ3RV3xd5W6Ymb8dfPShRPt/?format=pdf](#)
- Presidência do Conselho de Ministros (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Capítulo III – grau de mestre. *Diário da República, Série I*, 157, 4162-4165. [0414704182.pdf \(diariodarepublica.pt\)](#)

- Ribeiro, K. G., Aguiar, J. B. & Andrade, L. O. M. (2018). Determinantes sociais da saúde: o instituído constitucional no sistema único de saúde. *Rev. Bras. Promoç. Saúde* 31(4), 1-10. ID: biblio-996909
- Rigo, F. L., Reis, F. F. T. & Leite, E. I. A (2021). Sentimentos e vivências maternas acerca do processo da amamentação em uma unidade pediátrica. *RHAIS*, 18 (4) <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i4.7209>
- Sanhudo, N. (2020). *Liderança em enfermagem*. [As Teorias da Administração e Estilos de Liderança \(ufjf.br\)](https://www.ufjf.br/teorias-da-administracao-e-estilos-de-lideranca/)
- Santos, J. T. dos. (2018). A prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças de 0 a 6 meses internadas em um hospital pediátrico de Curitiba. *Tempus - Actas De Saúde Coletiva*, 11(2), 145-158. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i2.2197>
- Schore, J. R., Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment. *Clin Soc Work J*, 36, 9-20. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0111-7>
- Scochi, C. G. S, Kokuday, M. L. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M., & Leite, A. M. (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de ribeirão preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 539-543. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400018>
- Sousa, B. G. (2018). *Aleitamento materno: vantagens para a mãe e para o bebê e os porquês do desmame precoce* [Trabalho de conclusão de curso, Curso de Ensino Superior de Medicina, Faculdade de Ciências Gerencias de Manhuaçu]. [Vista do ALEITAMENTO MATERNO: VANTAGENS PARA A MÃE E PARA O BEBÊ E OS PORQUÊS DO DESMAME PRECOCE \(unifacig.edu.br\)](https://www.unifacig.edu.br/vista-do-aleitamento-materno-vantagens-para-a-mae-e-para-o-bebe-e-os-porques-do-desmame-precoce/)
- Terapia CPAP. <https://www.terapiacpap.pt/diferenca-entre-cpap-e-bipap/>
- Tomey. A. M., Alligood. M.R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5ª edição). Lusociência. [Teoricas de Enfermagem e A Sua Obra D | PDF \(scribd.com\)](https://www.scribd.com/document/111111111/Teoricas-de-Enfermagem-e-A-Sua-Obra-D)
- Vilaça, M. B. S. (2017). *Hábitos em odontopediatria: o uso de chupeta*. [Dissertação para obtenção de grau de mestre em Medicina Dentária, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. [Hábitos em Odontopediatria final.pdf \(ucp.pt\)](https://www.ucp.pt/odontopediatria-final.pdf)

World Health Organization [WHO] and the UNICEF (2018). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018*. Geneva. [9789241513807-eng.pdf \(who.int\)](#)

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma

Momentos de Crise na Amamentação: a intervenção do EEESIP na sua prevenção, identificação e resolução

CRONOGRAMA												
Data (mês/ano)	05/2022	06/2022	07/2022 Férias	08/2022 Férias	09/2022	10/2022	11/2022	12/2022	01/2023	02/2023	05/2023	10/2023
Atividades Gerais												
Revisão da Literatura / Consulta bases dados EBSCOhost e PubMed												
Diagnóstico de Situação	validação na UCC Os Momentos de Crise na Amamentação: a utilização da chupeta				validação no SUP Os Momentos de Crise na Amamentação: problemas da mama		validação no SIP Os Momentos de Crise na Amamentação: a hospitalização	validação no SMIPN Os Momentos de Crise na Amamentação: prematuridade				
Definição de Objetivos	UCC Promover o sucesso da amamentação				SUP Promover o sucesso da amamentação		SIP Promover o sucesso da amamentação	SMIPN Promover o sucesso da amamentação				
Objetivo geral												
Objetivos específicos comuns	Aprofundar conhecimentos na promoção do AM; Capacitar os intervenientes para resolução de dificuldades existentes na amamentação				Aprofundar conhecimentos na promoção do AM; Capacitar os intervenientes para resolução de dificuldades existentes na amamentação		Aprofundar conhecimentos na promoção do AM; Capacitar os intervenientes para resolução de dificuldades existentes na amamentação	Aprofundar conhecimentos na promoção do AM; Capacitar os intervenientes para resolução de dificuldades existentes na amamentação				
Objetivos específicos do contexto	Uniformizar procedimentos para a utilização da chupeta como um pacificador; Promover o AM; Capacitar a diáde mãe/lactente para a autonomia; Motivar a parentalidade com autonomia nas tomadas de decisão informada				Identificar problemas da mama; Reconhecer dificuldades na amamentação; capacitar para a boa prática da amamentação		Identificar sinais de desmame precoce; Realizar a boa prática da amamentação Proporcionar estratégias promotoras de aporte de LM; Reforçar o desenvolvimento de competências na promoção do AM	Promover a extração de LM, exercer boas práticas padronizadas de proteção ao AM; Estreitar a parceria do cuidar entre os profissionais de saúde cuidadores da diáde mãe/bebé				
Atividades Científicas	Um Estudo de Caso na UCC				Revisão Sistemática: Qual o efeito da sucção não nutritiva na chupeta no desenvolvimento do lactente: uma revisão sistemática							
Definição de Estratégias e Planeamento de Atividades	UCC Não se concretizou				SUP Observação direta Norma de atuação		SIP Ação de formação em serviço	SMIPN Observação direta Norma de atuação				
Execução e Avaliação das Atividades						SUP Aguarda apreciação		SIP Discussão oral entre os participantes	SMIPN Aguarda apreciação			

Elaboração do Relatório de Estágio													
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APÊNDICE II - Norma de Atuação do SUP: Quando um problema da mama interfere no amamentar

<p>MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO</p>		<p>N.º: / /CHU</p> <p>DATA: / /2022</p>	<p>Folha 1/3</p> <p>Versão 1</p>
<p>Norma Atuação no Serviço de Urgência de Pediatria -</p>			
<p>Assunto:</p> <p>Quando um problema da mama interfere no amamentar</p>		<p>ELABORADO POR:</p> <p>Enf.ª</p> <p>Enf.ª Adelaide Aparício</p>	
		<p>VALIDADO POR:</p>	
<p>DIVULGAÇÃO:</p> <p>MANUAL HOSPITALAR</p> <p>QUADRO REFERÊNCIA – NORMAS HOSPITALARES</p>		<p>APROVADA PELO CA:</p>	
<p>ENTRADA EM VIGOR:</p>		<p>Em: /2022</p>	
<p>SUBSTITUI:</p>		<p>A REVER:</p>	
<p>PALAVRAS-CHAVE: amamentação; complicações da mama</p>			

I. Política e Definição


A Organização Mundial de Saúde [OMS] defende o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade do bebé e complementado até aos dois anos ou mais (Levy & Bértolo, 2012). No entanto, em relatório recente, divulgou que durante os primeiros seis meses de vida, apenas 44% das crianças são amamentadas exclusivamente (OMS, 2022).

Publicados pela OMS e UNICEF em 1989, os 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno são uma resolução de políticas e procedimentos que os hospitais têm vindo a adotar desde 1990, com a Declaração de Innocenti, para proteger, promover e apoiar o AM.

Revisados em 2018, os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno integram a Iniciativa Hospital Amigo do Bebê, um programa internacional, que tem o potencial para influenciar de forma significativa o sucesso do Aleitamento Materno com impacto para aumentar as taxas de adesão (OMS, 2018).

Os passos 4 (cuidados pós-natais imediatos), 5 (apoio ao aleitamento materno) e 10 (cuidados à alta) são passos fundamentais para a instituição e consolidação da amamentação, assim como para a prevenção de complicações que possam surgir e que comprometam a amamentação.

As possíveis complicações da mama, quando instaladas e não tratadas, são um fator major e decisor para o abandono da amamentação e desmame precoce do RN/Lactente. São elas as fissuras dos mamilos, o ingurgitamento mamário, obstrução dos ductos e conseqüente mastite.

	Norma Atuação no Serviço de Urgência de Pediatria – Quando um problema da mama interfere no amamentar	N.º: / /CHU DATA: / /2022	Folha 2/3 Versão 1
---	--	--	-------------------------------------

O ingurgitamento mamário e as fissuras dos mamilos são das complicações mais frequentes. Estão associados à fisiologia da lactação – da mama que recentemente começou a produzir leite (“subida de leite”), mas que não está a ser eficazmente drenada - habitualmente por pega incorreta do bebé (Levy & Bértolo, 2012). O ingurgitamento mamário poderá ser um momento experienciado pela mãe após a alta hospitalar e responsável pela necessidade em recorrer ao Serviço de Urgência de Pediatria porque não consegue amamentar o seu bebé.

É da competência do Enfermeiro e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, detentor de conhecimento técnico-científico, que possui formação crítica-reflexiva e capaz de intervir nos problemas associados, prestar cuidados específicos em resposta às necessidades apresentadas (OE, 2018).

II – Objetivo Geral

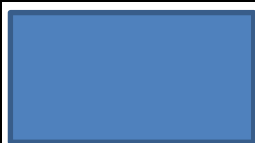
- ✓ Restabelecer a amamentação / aleitamento materno

III – Objetivos Específicos

- ✓ Auxiliar a mulher lactante a ultrapassar as complicações da mama
- ✓ Capacitar a mulher lactante para tratar as complicações da mama
- ✓ Minimizar risco de desidratação do RN/lactente
- ✓ Utilizar estratégias promotoras de esperança realista
- ✓ Transmitir orientações antecipatórias para a maximização do desenvolvimento infantil
- ✓ Promover a amamentação / aleitamento materno

IV – Destinatários

Enfermeiros do Serviço de Urgência de Pediatria CHU 

	Norma Atuação no Serviço de Urgência de Pediatria – Quando um problema da mama interfere no amamentar	N.º: / /CHU DATA: / /2022	Folha 3/3 Versão 1
---	--	--	-------------------------------------

V – Procedimento

- ✓ Identificar o problema
- ✓ Observar uma mamada
- ✓ Corrigir posicionamento e pega, se necessário
- ✓ Tratar a mama:
 - Aquecimento da mama com toalha quente, molhada e espremida para ativar a circulação
 - Verificar com a puérpera a técnica de massagem da mama
 - Verificar com a puérpera a técnica de expressão manual de leite
 - Incentivar a puérpera a realizar a massagem da mama e a expressão manual de leite, com mama totalmente livre de soutien
 - Observar a eficácia da expressão manual de leite e da drenagem da mama
 - Recolher de forma asséptica o leite materno extraído para oferecer ao bebé
 - Utilizar bomba elétrica para extração de leite materno apenas para “amaciar” área de pega na mama, se a drenagem manual estiver comprometida
 - Recolher de forma asséptica o leite materno extraído para oferecer ao bebé
- ✓ Permitir a presença da puérpera e do seu bebé para nova avaliação de mamada
- ✓ Validar com a puérpera o posicionamento, pega e técnicas de massagem e extração de leite materno (manual e mecânica)
- ✓ Encaminhar para o Cantinho de Amamentação (Ext.)

APÊNDICE III - Ação de Formação em Serviço no SIP: Quando o lactente fica internado: a importância da amamentação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



6º Mestrado em Enfermagem- 2º ano
Área de Especialização: Saúde Infantil e Pediátrica
Estágio Final

Momentos de Crise na Amamentação: a intervenção do EEESIP na sua prevenção, identificação e resolução



Professora Orientadora:

Marta Catarino

Enfermeira Orientadora:

Inês Domingos

Discente:

Adelaide Aparício

210531013

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



6º Mestrado em Enfermagem- 2º ano
Área de Especialização: Saúde Infantil e Pediátrica
Estágio Final



Quando o lactente fica internado: a importância da Amamentação

Professora Orientadora:

Marta Catarino

Enfermeira Orientadora:

Inês Domingos

Discente:

Adelaide Aparício

210531013

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



6º Mestrado em Enfermagem- 2º ano
Área de Especialização: Saúde Infantil e Pediátrica
Estágio Final

Objetivos

- ✓ Identificar o momento de crise
- ✓ Ultrapassar o momento de crise
- ✓ **Restabelecer a amamentação**
- ✓ **Prevenir o desmame precoce**



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



6º Mestrado em Enfermagem- 2º ano
Área de Especialização: Saúde Infantil e Pediátrica
Estágio Final

Conteúdos

- ✓ Importância do Aleitamento Materno
- ✓ Fisiologia da Lactação
- ✓ Apoio na extração e conservação do Leite Materno
- ✓ IHAB: Iniciativa Hospital Amigo do Bebê

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



6º Mestrado em Enfermagem- 2º ano
Área de Especialização: Saúde Infantil e Pediátrica
Estágio Final

Importância do Aleitamento Materno quando o lactente fica internado

- ✓ A amamentação é um processo de interação entre a mãe e o bebé
- ✓ Promove e fortalece o vínculo mãe-bebé/lactente
- ✓ Minimiza o desconforto do internamento
- ✓ Minimiza a dor nos momentos de intervenções dolorosas
- ✓ Faz do Leite Materno um alimento essencial e prioritário mesmo para aqueles lactentes que já iniciaram a diversificação alimentar

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



6º Mestrado em Enfermagem- 2º ano
Área de Especialização: Saúde Infantil e Pediátrica
Estágio Final

Fortalecer a Amamentação: Educando e **APOIANDO**

Depende de todos **NÓS...**

Porque "a persistência é o caminho do êxito"

(Charles Chaplin)



BIBLIOGRAFIA

Levy, L., Bértolo, H. (2012). *Manual do aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional. Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-mat>


Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018 de 12 Julho - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário da República, Série II, 133*, 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

OMS (2022). *How the marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240044609>

OMS (2018). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative - Implementation guidance*

Moraes, I. C., Sena, N. L., Oliveira, H. K., Albuquerque, F. H., Rolim, K. M., Fernandes, H. I., & Silva, N. C. (2020). Perceção sobre a importância do aleitamento materno pelas mães e dificuldades enfrentadas no processo de amamentação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e19065. <https://doi.org/10.12707/RIV19065>

APÊNDICE IV - Norma de Atuação do SMIPN Promoção de extração de leite materno e sua conservação

		N.º: / /CHU DATA: / /2022	Folha 1/5 Versão 1
Norma Atuação no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal			
Assunto: Promoção da Extração de Leite Materno e sua Conservação		ELABORADO POR: Enf.ª Enf.ª Adelaide Aparício	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR QUADRO REFERÊNCIA – NORMAS HOSPITALARES		VALIDADO POR: APROVADA PELO CA:	
ENTRADA EM VIGOR:		Em: /2023	
SUBSTITUI:		A REVER:	
PALAVRAS-CHAVE: leite materno; extração de leite; prematuridade; RN doente			

II. Política e Definição




Apesar do aumento da sobrevivência do RN prematuro com os avanços das tecnologias, o internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN] desperta nos pais sentimentos de medo, angústia e impotência perante o risco de morte do seu bebé (Pontes & Cantillino, 2014). A permanência livre junto do seu bebé, o toque, a comunicação, o método canguru com contacto pele-a-pele, são estratégias que devem ser realizadas sempre que a condição do bebé permita pois promovem a reciprocidade da relação mãe-bebé (Scochi et al., 2003). A participação da mãe nos cuidados básicos como o banho, a mudança da fralda, ou a **alimentação – com o incentivo à extração de leite**, capacidade única de sua pertença, promovem na mãe sentimentos de auto-confiança com capacitação e competência para cuidar do seu filho (Scochi et al., 2003).

A Organização Mundial de Saúde [OMS] defende o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de idade do bebé e complementado até aos dois anos ou mais (Levy & Bértolo, 2012). Dados estatísticos recentes, divulgados em relatório, mostram que apenas 44% das crianças são amamentadas exclusivamente durante os primeiros seis meses de vida (OMS, 2022).

Os 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, publicados pela OMS e UNICEF em 1989, são uma resolução de políticas e procedimentos que os hospitais têm vindo a adotar desde 1990, com a Declaração de Innocenti, para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno [AM].

A Iniciativa Hospital Amigo do Bebé, um programa internacional, que tem o potencial para influenciar de forma significativa o sucesso do AM, com impacto para aumentar as taxas de adesão, integra os 10 passos para o sucesso do AM, que foram revistos em 2018 (OMS, 2018).

O passo 5 (apoio ao aleitamento materno) é um passo fundamental para a instituição e consolidação da amamentação, mesmo para os bebés que nascem prematuros ou bebés doentes que estão internados numa UCIN. Este passo preconiza uma assistência na **extração de leite materno 1-2 horas após o nascimento**, assim como certifica que as mães podem demonstrar ou descrever corretamente como extrair o leite materno – quer manualmente ou de forma mecânica (OMS, 2018).

	Norma Atuação no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal –  Promoção da Extração de Leite Materno e sua Conservação	N.º: / /CHU  DATA: / /2023	Folha 2/5 Versão 1
---	--	--	-------------------------------------

O leite materno extraído será utilizado para alimentar o bebé (se já tiver iniciado alimentação entérica), ou poderá ser utilizado, e associado à sucção não nutritiva na chupeta, para estimular o reflexo de sucção ou mesmo como alívio da dor nos diversos procedimentos a que o bebé está sujeito (Lubbe & Ham-Baloyi, 2017).

É da competência do Enfermeiro e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, detentor de conhecimento técnico-científico, que possui formação crítica-reflexiva e capaz de intervir nos problemas associados, prestar cuidados específicos em resposta às necessidades apresentadas (OE, 2018).

II – Objetivo Geral

- ✓ Iniciar a amamentação / aleitamento materno

III – Objetivos Específicos

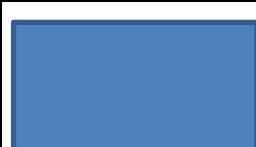
- ✓ Promover a extração de leite materno o mais precocemente possível (idealmente 1-2 horas após o nascimento)
- ✓ Ensinar as técnicas de extração de leite materno (expressão manual, extração com bomba manual ou bomba elétrica)
- ✓ Ensinar o modo de acondicionamento, identificação e conservação do leite materno
- ✓ Promover a frequência de extração de leite materno para garantir a manutenção da lactação (idealmente a cada 4h)
- ✓ Ensinar o mecanismo da lactação (quanto mais vezes fizer estimulação, maior quantidade vai produzir)
- ✓ Utilizar estratégias promotoras de esperança realista
- ✓ Transmitir orientações antecipatórias para a maximização do desenvolvimento infantil

IV – Destinatários

Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal – 

V – Procedimento

- ✓ Fazer o acolhimento à mãe e saber qual o plano de alimentação que escolheu para o seu bebé (se necessário, pedir colaboração ao serviço de puerpério)
- ✓ Garantir que a mãe está emocionalmente e fisicamente disponível e confortável para iniciar a estimulação/extração de leite materno
- ✓ Identificar os métodos de extração de leite materno – expressão manual, bomba manual e bomba elétrica
- ✓ Garantir que a mãe está emocionalmente e fisicamente disponível e confortável para iniciar a estimulação/extração de leite materno
- ✓

	Norma Atuação no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal – Promoção da Extração de Leite Materno e sua Conservação	N.º: / /CHU DATA: / /2023	Folha 3/5 Versão 1
---	---	--------------------------------------	-------------------------------

- ✓ Identificar os métodos de extração de leite materno – expressão manual, bomba manual e bomba elétrica
- ✓ Ensinar que a estimulação/extração de leite deve ser gradual, tanto na expressão manual como nas bombas
- ✓ Iniciar com uma estimulação de 1 minuto em cada mama
- ✓ Na vez seguinte, cerca de 3-4 horas depois, passar para uma estimulação de 3 minutos em cada mama
- ✓ Na vez seguinte, aumentar para 5 minutos em cada mama; depois para 7 minutos em cada mama e depois 10 minutos em cada mama. Manter este tempo de extração até garantir quantidades de leite materno que satisfaçam as necessidades alimentares do bebé
- ✓ O tempo de extração pode ser aumentado até aos 20 minutos em cada mama, se assim houver necessidade de quantidades maiores de leite materno
- ✓ Ensinar o modo de acondicionamento e conservação do leite materno (entregar o folheto da DGS de Extração e Conservação do Leite Materno)
- ✓ Ensinar a técnica de expressão manual de leite:
 - Lavagem higiénica das mãos
 - Colocar o polegar no limite da aréola superior e o indicador no limite da aréola inferior (ou seja, na zona de abocanhar do bebé, se este fosse à mama)
 - Pressionar a mama contra o tórax e apertar por baixo do mamilo
 - Repetir o movimento de forma ritmada, como se o bebé fosse à mama
 - Recolher as gotas de colostro/leite com uma seringa ou para um copo
- ✓ Verificar com a mãe a técnica de expressão manual de leite
- ✓ Identificar o leite recolhido com o nome da mãe e do bebé, data e hora da recolha e armazenar no frigorífico específico para acondicionamento de leite materno (idealmente entregar o leite recolhido a um profissional para uma exata identificação com uma etiqueta de processo clínico)
- ✓ Ensinar a técnica de extração de leite com bomba elétrica (ou com bomba manual, se for o caso):
 - Lavagem higiénica das mãos
 - Mostrar os constituintes do kit de extração de leite e como fazer a sua montagem
 - Mostrar o funcionamento da bomba elétrica
 - Adaptar o kit à mama, com o mamilo centrado no cone do kit
 - Ligar a bomba e escolher a velocidade e força de sucção, de forma a garantir conforto na mama
 - Acondicionar o leite recolhido num biberão ou num copo
- ✓ Verificar com a mãe a técnica de extração de leite com bomba elétrica (ou com bomba manual, se for o caso):

	Norma Atuação no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal – Promoção da Extração de Leite Materno e sua Conservação	N.º: / /CHU DATA: / /2023	Folha 4/5 Versão 1
--	---	--	-------------------------------------

- ✓ Identificar o leite recolhido com o nome da mãe e do bebé, data e hora da recolha e armazenar no frigorífico específico para acondicionamento de leite materno (idealmente entregar o leite recolhido a um profissional para uma exata identificação com uma etiqueta de processo clínico)

BIBLIOGRAFIA

Levy, L., Bértolo, H. (2012). *Manual do aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional. Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-mat>

Lubbe, W., & ten Ham-Baloyi, W. (2017). When is the use of pacifiers justifiable in the baby-friendly hospital initiative context? A clinician's guide. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 1-10.

Ministério da Saúde (2009). Folheto Extração e Conservação de Leite Materno. [Mi-crosoft Word - VERSÃO FINAL folheto extração.03.02 2009.doc \(min-saude.pt\)](https://www.min-saude.pt/Mi-crosoft%20Word%20-%20VERS%C3%83O%20FINAL%20folheto%20extra%C3%A7%C3%A3o.03.02%202009.doc)

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018 de 12 Julho - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário da República, Série II*, 133, 19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

OMS (2022). *How the marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240044609>

OMS (2018). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative - Implementation guidance*

Pontes, G. A. R, Cantillino, A. (2014). A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebé. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 290-298. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000037>

Scochi, C. G. S, Kokuday, M. L. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M., & Leite, A. M. (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de ribeirão preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 539-543 <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400018>

CONTACTOS ÚTEIS

Centro Saúde: _____
 Telefone: _____
 Enf.ª _____
 Cantinho Amamentação _____

Esta destacável pode ser colocado:
 ☐ No Boletim de Saúde do seu filho
 ☐ Afixado no frigorífico
 ☐ No Infantiário do seu bebé
 ☐ Em casa da ama que cuida do seu bebé

Links úteis de apoio às mães:
www.saudeeproduçãodops.pt
www.amamantar.net
www.mamamater.org
www.sosamamentacao.org

PARA FACILITAR A EXTRAÇÃO DO LEITE

- Escolha um local e momento adequados, procure relaxar, beba uma bebida morna, oiça música, olhe para o seu bebé (ou para uma foto dele).
- Pode massajar suavemente a mama com os nós dos dedos, ou tocar levemente com as pontas dos dedos, em movimentos circulares e também em volta da aréola na direcção do mamilo.



UNICEF UK Baby Friendly Initiative

ALTERNATIVAS PARA EXTRAIR LEITE MATERNO

- Cada mãe deve escolher o material que melhor se adapta a si.
- As máquinas e os cones quando adaptados à mama, deverão permitir a maior eficácia, com um mínimo de desconforto.
- No mercado existem muitos modelos disponíveis.



Se o seu bebé nasceu doente ou prematuro, confirme com os profissionais de saúde os prazos de conservação praticados e os procedimentos do Serviço

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

•Ruth A. Lawrence, Robert M. Lawrence *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. Harlow: 2005
 •Henda A. Safe storage of expressed breast milk in the home. *MCHQJ*. Midwifery Digest, vol 13, sep 2003, p 376-380
 •Mortbacher N, Stuck J 2003. *The Breastfeeding Answer Book* (2ª Ed.) La Leche League International
 •The Breastfeeding Network
 •The Academy of Breastfeeding Medicine, Protocol #6: Human milk storage information for home use for healthy full-term infants
 •Williams-Arnold D. Human Milk Storage for Healthy Infants and Children. Sandwich, MA, Health Education Associates Inc., 2002.



EXTRAÇÃO E CONSERVAÇÃO DE LEITE MATERNO

Quando necessário é possível recolher e conservar o leite materno em casa!

CONTACTOS ÚTEIS

Centro Saúde: _____
 Telefone: _____
 Enf.ª _____
 Cantinho Amamentação _____

Esta destacável pode ser colocado:
 ☐ No Boletim de Saúde do seu filho
 ☐ Afixado no frigorífico
 ☐ No Infantiário do seu bebé
 ☐ Em casa da ama que cuida do seu bebé

Links úteis de apoio às mães:
www.saudeeproduçãodops.pt
www.amamantar.net
www.mamamater.org
www.sosamamentacao.org

LAVAGEM/ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

- Os materiais utilizados na extração e no armazenamento podem ser lavados na máquina da loiça, ou sob água corrente e sabão (não utilize detergentes concentrados);
- Devem ser bem enxaguados com água corrente e em seguida fervidos ou esterilizados.

E fundamental que lave as mãos, antes de extrair o leite, e sempre que manusear os materiais.

ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO

Pode conservar leite materno no frigorífico ou no congelador, em recipientes próprios para alimentos:

- Sacos de congelação, para curtos períodos de tempo (72h).
- Recipientes de plástico rígido ou vidro, com tampa, para períodos de tempo alargados.

Quando não dispuser de frigorífico, ou precisar de transportar o seu leite:

- Utilize um saco térmico;
- Renove o gelo a cada 24h;
- Proteja o leite do contacto directo.

Com muitas aberturas da porta a temperatura do frigorífico torna-se menos estável

Pode ir extraindo leite, mas:

- Conserva as pequenas porções, no frio em diferentes recipientes;
- O seu leite é precioso, logo que obtenha a quantidade desejada, congele-o;

- Pode ser congelado mesmo se permaneceu 48h no frigorífico;
- Nunca junte leite recém extraído ainda morno ao leite já frio ou congelado;

- Identifique os recipientes e registre a data de cada congelação;
- Mantenha todos os outros alimentos em caixas fechadas, para não contaminarem o seu leite.

RECOMENDAÇÕES PARA DESCONGELAÇÃO

Quando pretender descongelar leite:

- Consuma em 1º lugar, o guardado há mais tempo;
- Prefira uma descongelação lenta dentro do frigorífico;
- Leite materno descongelado:
 - consuma nas 24h seguintes;
 - não recongele;

- O microondas continua a não estar indicado para descongelar ou amornar o leite humano;
- Se for imperioso, acelerar a descongelação pode colocar o recipiente sob água corrente, primeiro "fria" depois morna, mas esse leite será válido apenas para consumo imediato;

- Inutilize:
 - leite amornado, não consumido
 - leite com mau odor

PARA A ALIMENTAÇÃO DO BEBÉ/LACTENTE

- O leite materno pode ficar com um aspecto cremoso e espesso no cimo, e aquoso em baixo, pelo que antes de ser consumido deve ser suavemente homogeneizado até que as duas partes se misturem;
- O leite materno pode ser oferecido, à temperatura ambiente, ou ligeiramente amornado;
- Pode ser oferecido por copinho, pequena colher ou biberão.

EXTRAÇÃO MANUAL DO LEITE MATERNO

Para recolher o seu leite apenas precisará de uma taça esterilizada ou escaldada.

Instale-se confortavelmente e siga estes passos:

- Faça um "C" com a sua mão colocando o polegar acima da aréola e o indicador abaixo;



The Breastfeeding Network

- Mantenha a mama pressionada contra as suas costelas;
- Pressione, com o polegar e o indicador ao mesmo tempo;
- Em seguida alivie a pressão...
- Pressione novamente e...

- Volte a aliviar, repetindo estes passos num movimento rítmico.

Informações úteis:

- Evite que os seus dedos deslizem sobre a pele e saiam do lugar inicial;
- Quando o leite gotejar em menor quantidade experimente rodar gentilmente a posição da mão e extrair leite de outra área da mama;

- Ir alternando uma e outra mama pode facilitar a saída do leite;
- Com a prática a extração será mais fácil e mais eficaz;

- Alternar a hora do dia também pode ajudar;
- Extrair leite durante a noite contribui para aumentar a produção de leite.

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA

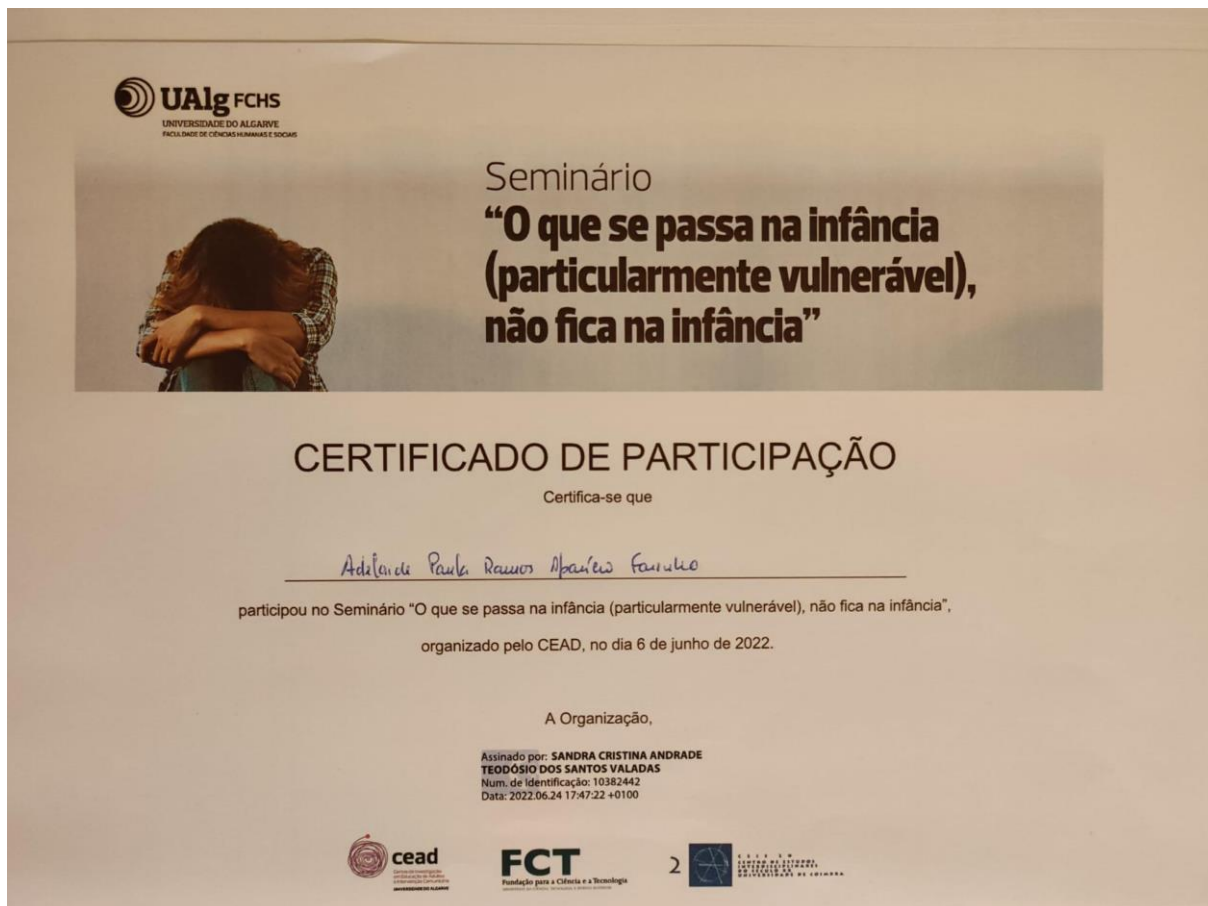
LEITE RECÉM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máximo
A temperatura ambiente (se <25°C)	6/8 horas
LEITE REFRIGERADO	Tempo máximo
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (0/4°C)	8 dias
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (4/10°C)	3/5 dias*
*Se temp.>6°C depois 3ª dia, consumir 6 h seguintes	
LEITE CONGELADO	Tempo máximo
No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador (separado-Tipo Combi)	3/6 meses
Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	+ 6 meses
DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo máximo
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	Imediato

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA


LEITE RECÉM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máximo
A temperatura ambiente (se <25°C)	6/8 horas
LEITE REFRIGERADO	Tempo máximo
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (0/4°C)	8 dias
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (4/10°C)	3/5 dias*
*Se temp.>6°C depois 3ª dia, consumir 6 h seguintes	
LEITE CONGELADO	Tempo máximo
No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador (separado-Tipo Combi)	3/6 meses
Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	+ 6 meses
DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo máximo
Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
Descongelado fora do frigorífico	Imediato

ANEXOS

**Anexo I – Seminário: O que se passa na infância (particularmente vulnerável), fica na
infância**



Anexo II – Apoio à Implementação da Hipotermia Induzida



Declaração de Frequência

Para os devidos efeitos declara-se que **Adelaide Paula Ramos Aparício Farinho**, enfermeira no CHUA-Faro, actualmente a realizar Ensino Clínico no SMIPN no âmbito do **6º Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica**, da **Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal**, assistiu à Formação Apoio na Implementação à Hipotermia Induzida no dia 13 de Janeiro de 2023, com a carga horária total de 4h.

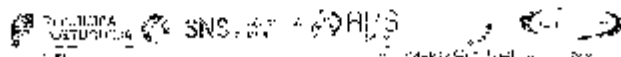
Faro, 26 de Janeiro de 2023

ENFERMEIRO GESTOR
Maria Jose Rodrigues

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELA FORMAÇÃO EM SERVIÇO
Elsa Poetra José

Centro Hospitalar Universitário do Algarve
Serviço de Medicina Intensiva
Pediátrica Neonatal

Anexo III – Formação em Serviço: Desafio da Saúde Mental na Adolescência numa Sociedade em Mudança



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA

Formação em Serviço

Formando

Declara-se que a Enfermeira **ADELAIDE PAULA RAMOS APARÍCIO FARINHO**, titular do nº de identificação **10478010**, válido até **07/08/2029**.

Frequentou a seguinte atividade de Formação em Serviço:

2/06/2022 – Desafios da Saúde Mental na Adolescência numa Sociedade em Mudança duração 1 hora.

Olhão, 31 de dezembro, 2022

<p>Coordenador da JCC Olhar +</p> <p>Fátima Amanda Martins Coordenadora da JCC Olhar + Ass. de Apoio Técnico ARS Olhão, L.P.</p> <p>Assinatura</p>	<p>Responsável pela Formação em Serviço</p> <p>ARS Olhão, L.P. - CEN. Apoio Técnico JCC Olhar + V. OLHA Paula Ramos 0700-240 Olhão</p> <p>Assinatura</p>
---	---