



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

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 SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Alimentação da criança até aos dois anos de vida: Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Cátia Alexandra Guerreiro de Jesus

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

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



**POLITÉCNICO
SETÚBAL**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Alimentação da criança até aos dois anos de
vida: Contributos do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Cátia Alexandra Guerreiro de Jesus

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

**ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA ATÉ AOS DOIS ANOS DE VIDA: CONTRIBUTOS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Cátia Alexandra Guerreiro de Jesus

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo(a) Diretor(a) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente | Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal);

Vogais | Professora Mestre e Especialista Mónica Cristina Rodrigues Costa Monteiro (Instituto Politécnico de Setúbal) (Arguente); Professora Doutora Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora (Universidade de Évora) (Orientador).

Data: 23 de outubro de 2024

Cuidar de crianças e jovens é uma experiência única, que aclama a sensibilidade mais profunda do enfermeiro, porque nela diferencia o saber, exercita o amor e floresce a esperança.

Ana Luísa Portela Gonçalves Bastos

DEDICATÓRIA

Ao Miguel. Amo-te (daqui até à lua).

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho, por me lembrar diariamente a importância de abraçar a simplicidade de cada momento juntos, a apreciar a alegria e o amor em cada sorriso e olhar terno.

À minha irmã, pelo apoio incondicional ao longo de todo o percurso. Pelo seu exemplo de perseverança e empenho, pela escuta e por cada palavra que me fez continuar nos momentos mais desafiantes. Por estreitar a distância sempre que conseguiu para estar junto do sobrinho.

Aos meus pais, por sempre me incentivarem a maiores conquistas e ajudarem a lutar pelos meus objetivos. Por serem um pilar nas minhas ausências dos últimos meses.

Ao Tiago, pelo companheirismo e compreensão nos momentos de maior ansiedade, por «segurar o barco», assumindo o papel de contador de histórias sempre que eu não pude desempenhá-lo. Sem a tua maior presença não teria sido possível continuar esta minha jornada.

Aos impulsionadores deste desafio pessoal e profissional: Mário e Eunice, obrigada pelo incentivo e apoio.

A todos os colegas que, com uma palavra ou um abraço, me foram ajudando a manter a cabeça erguida e me deram força.

Aos meus amigos, de quem estive forçosamente mais ausente, pela compreensão e pela confiança transmitida.

À professora Antónia, pela orientação, suporte e disponibilidade ao longo de todo o Estágio Final.

Aos meus orientadores de Estágio: Emanuel, Graça e Sílvia, bem como aos demais profissionais das equipas com quem contactei, pelos conhecimentos transmitidos e pelas partilhas de vivências. Sentirmo-nos acolhidos não tem preço...obrigada a todos os que me fizeram sentir «em casa».

Às minhas colegas de Mestrado, por facilitarem o processo numa fase tão importante da minha vida pessoal.

A todas as crianças e famílias que, ao longo do meu percurso profissional me deram «tanto» e me conduziram a este caminho.

RESUMO

A alimentação nos primeiros dois anos de vida desempenha um importante papel na saúde, crescimento e desenvolvimento adequado da criança. Além disso, contribui ativamente para a adoção, modelação e consolidação de hábitos e estilos de vida saudáveis, por sua vez determinantes para a saúde em todo o ciclo vital e para a prevenção de doenças crónicas não transmissíveis como a obesidade, a diabetes mellitus, a hipertensão arterial ou o cancro.

O presente relatório visa, em retrospectiva, refletir sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e de Mestre, adquiridas e desenvolvidas ao longo do Estágio Final, resultantes do percurso nos diferentes contextos clínicos e da implementação do projeto de intervenção neste período. Com recurso à metodologia de trabalho de projeto, foram desenvolvidas atividades que procuram atender ao problema previamente identificado.

Pelas competências acrescidas e diferenciadas, bem como pela posição privilegiada junto da criança-família, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica desempenha um papel fundamental na promoção de uma alimentação saudável da criança desde o nascimento, visando a maximização do seu potencial de saúde na infância.

Palavras-chave: alimentação infantil; criança; enfermagem em saúde infantil e pediátrica.

ABSTRACT

Nutrition in the first two years of life plays an important role in a child's health, growth, and proper development. Additionally, it actively contributes to the adoption, shaping, and consolidation of healthy habits and lifestyles, which in turn are determinants for health throughout the life cycle and for the prevention of chronic non-communicable diseases such as obesity, diabetes mellitus, hypertension, and cancer.

The present report aims to retrospectively reflect on the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing, and of the Master's degree, acquired and developed throughout the Final Internship. This results from the journey through different clinical contexts and the implementation of the intervention project during this period. Using project work methodology, activities were developed to address the previously identified problem.

Due to their enhanced and differentiated competencies, as well as their privileged position with the child-family unit, the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing plays a fundamental role in promoting healthy nutrition for the child from birth, aiming to maximize their health potential during childhood.

Keywords: child nutrition; child; child and pediatric health nursing.

SIGLAS

AC – Alimentação Complementar

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

BLW – Baby-Led Weaning

COSI – Childhood Obesity Surveillance Initiative (Iniciativa Europeia de Vigilância da Obesidade Infantil)

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCNT – Doenças Crónicas Não Transmissíveis

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESPGHAN – European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica)

IG – Idade Gestacional

LA – Leite Artificial

LM – Leite Materno

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde (World Health Organization)

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ULS – Unidade Local de Saúde

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund. (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

WHO – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. A ALIMENTAÇÃO DOS 0 AOS 24 MESES	16
1.1.1 Aleitamento materno	17
1.1.2 Diversificação alimentar	18
1.2. MODELOS TEÓRICOS DO CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	21
1.2.1 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	21
1.2.2 A filosofia dos Cuidados Centrados na Família e o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey	25
1.3. COMPETÊNCIAS DO EEESIP NA PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	27
2. METODOLOGIA DE PROJETO	29
2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	29
2.1.1. Do aleitamento materno à diversificação alimentar nos primeiros dois anos de vida	29
2.1.2. De uma alimentação inadequada ao excesso de peso e a obesidade na infância e idade adulta	32
2.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	33
2.3. PLANEAMENTO	34
2.4. EXECUÇÃO	34
2.5. AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS	36
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO NOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	38
3.1. CONTEXTO CLÍNICO A – INTERNAMENTO DE PEDIATRIA	38
3.1.1. Contexto Clínico A: Caracterização do local de estágio	39
3.1.2. Contexto Clínico A: Análise reflexiva do percurso e dos contributos para a aquisição de competências	42
3.2. CONTEXTO CLÍNICO B – URGÊNCIA PEDIÁTRICA	45
3.2.1. Contexto Clínico B: Caracterização do local de estágio	45

3.2.2. Contexto Clínico B: Análise reflexiva do percurso e dos contributos para a aquisição de competências	47
3.3. CONTEXTO CLÍNICO C – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS	49
3.3.1. Contexto Clínico C: Caracterização do local de estágio	50
3.3.2. Contexto Clínico C: Análise reflexiva do percurso e dos contributos para a aquisição de competências	51
4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	56
4.1. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	56
4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	57
4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	58
4.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	59
4.2. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	60
4.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde	61
4.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade	62
4.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem	63
4.3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	64
5. CONCLUSÃO	66
BIBLIOGRAFIA	69
APÊNDICES	77
Apêndice I – Planeamento do Projeto	78
Apêndice II – Cronograma do Projeto	82
Apêndice III – A alimentação da criança dos 0 aos 2 anos de vida: Guia de orientação para profissionais de saúde	87
Apêndice IV – Diversificação alimentar: Guia de orientação para pais e cuidadores	98
Apêndice V – Cartaz: O aleitamento materno na Neonatologia	104
Apêndice VI – Folheto: O aleitamento materno na Neonatologia - Informação aos pais	106
Apêndice VII – O aleitamento materno precoce e a sua importância para o sucesso da amamentação: Informação aos profissionais de saúde	108
Apêndice VIII – Resumo do Artigo – «Scoping Review»: Aleitamento materno em unidade de cuidados intensivos neonatais: desafios e oportunidades para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica	112

Apêndice XIX – Calendário de vacinação PNV e Mapas dos locais de administração de vacinas	114
ANEXOS	116
Anexo I – «Webinar»: Excesso de peso e obesidade em idade pediátrica	119
Anexo II – Curso de Emergências Pediátricas	121
Anexo III – Curso de Suporte Básico de Vida Pediátrico	123
Anexo IV – Ação de formação em serviço: Colostroterapia	125

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh & Parsons. Traduzido de Health Promotion in Nursing Practice.....	23
Figura 2 – Diagrama do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Adaptado de Casey, 1993.....	26

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular [UC]: Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. Este representa o culminar do percurso formativo e pretende refletir os conhecimentos, aptidões e competências desenvolvidas, no enquadramento das competências comuns de Enfermeiro Especialista, competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] e competências de Mestre em Enfermagem. A elaboração deste documento, sob uma tónica de análise, crítica e reflexiva, tem como finalidade demonstrar as competências adquiridas e desenvolvidas, indo ao encontro dos resultados de aprendizagem esperados para esta etapa.

De acordo com a UC: Relatório, é esperado que o estudante:

- “Evidencie capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica;
- Fundamente as escolhas com base na teorização e na evidência científica;
- Descreva e avalie o desenho e a implementação de projeto de intervenção;
- Apresente um relatório para provas públicas” (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde, 2023a, p.1).

O relatório será conduzido a partir do trajeto efetuado nos diferentes contextos de prática clínica e pelo Projeto de Intervenção desenvolvido nos mesmos, ao longo do período de Estágio. Atendendo à creditação obtida no Estágio I, mediante o processo de validação de competências que teve por base a experiência profissional a nível de Cuidados de Saúde Primários [CSP] na área de cuidados à criança/jovem e família, o projeto foi implementado no âmbito do Estágio Final. Este último, compreendeu os seguintes contextos: Internamento de Pediatria, Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN].

Concetualmente, um Projeto de Intervenção visa estreitar a teoria da prática, tendo por base os fundamentos inerentes à metodologia de projeto. A metodologia de projeto tem enfoque “num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções para a sua resolução” (Ruivo et al., 2010, p.10). Constitui um processo dinâmico e flexível, estruturado em cinco etapas, aplicáveis aos cuidados de saúde, ao processo de Enfermagem, respeitando o conhecimento científico e promovendo uma prática baseada na evidência [PBE] (Ruivo et al., 2010).

Assegurar o acesso à saúde e a uma boa nutrição é uma missiva presente na Convenção sobre os Direitos da Criança (Comité Português para a UNICEF, 2019). Uma alimentação adequada é fundamental quer à sobrevivência, como ao crescimento e desenvolvimento saudável de qualquer criança (World Health Organization [WHO], 2023a).

Por outro lado, importa olhar para aquele que é o diagnóstico de saúde da população portuguesa, através dos dados epidemiológicos mais recentes, que referem que “a alimentação inadequada é uma das principais causas evitáveis das doenças crónicas não transmissíveis” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2024, p.13). A notar ainda no contexto epidemiológico as alarmantes estatísticas que apontam para um aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade na infância, a nível nacional (Rito et al., 2023). O próprio Plano Nacional de Saúde [PNS] 2030 encara com particular preocupação a necessidade de se reforçarem as estratégias de ação sobre as determinantes de doença que concorrem para este cenário, nomeadamente as determinantes biológicas e comportamentais, a destacar: a alimentação inadequada, o excesso de peso e a obesidade infantil (DGS, 2022a).

Os primeiros dois anos de vida são considerados um período crítico, determinante na adoção e consolidação de hábitos alimentares salutareis, por sua vez associados a uma redução do risco de morbilidade e mortalidade (DGS, 2019a; WHO, 2023a). Considerando este período sensível uma janela de oportunidade para a promoção de uma alimentação adequada junto da criança/família, nasce aquele que se tornou o tema central do projeto de intervenção - Alimentação da criança até aos dois anos de vida: Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Assim, o projeto integra-se na linha orientadora “Segurança e Qualidade de Vida”, ao emergir da necessidade de promover hábitos alimentares saudáveis desde o nascimento, no domínio da capacitação parental. Simultaneamente, pretende ainda atuar na sensibilização dos enfermeiros, nos diversos contextos de estágio, para a importância desta problemática e difusão das mais recentes orientações, evidências e boas práticas na área.

Deste modo, o projeto harmoniza-se com os objetivos e princípios do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ] e do Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, através da promoção do bom desenvolvimento infantil, o qual passa invariavelmente por promover uma alimentação saudável na primeira infância, através do aleitamento materno [AM] e de uma diversificação alimentar segura, variável e equilibrada (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010; DGS, 2013). Naturalmente, estas inserem-se no eixo de competências do EEESIP já que este “presta cuidados à criança (...) em parceria com a família, para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Saraiva & Sousa, 2022, p.1).

O presente relatório está organizado estruturalmente em cinco pontos. O primeiro ponto incide sobre o enquadramento teórico, onde são apresentados os fundamentos teóricos e conceituais subjacentes à temática, com base na literatura e evidência científica relevante. A temática é ainda abordada à luz do enquadramento de competências e boas práticas do EEESIP. Simultaneamente, é feita a abordagem ao tema de acordo com os principais modelos teóricos de Enfermagem selecionados: Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, filosofia dos Cuidados Centrados na Família e Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. No segundo ponto, é descrita a Metodologia de Projeto que serviu de base ao projeto e as respetivas etapas que o integram. Seguidamente, o terceiro ponto detalha o percurso subjacente ao Estágio Final, com a descrição dos diversos contextos clínicos de estágio, acompanhada pela análise reflexiva acerca dos contributos em cada um para o desenvolvimento de competências. São ainda abordadas as atividades desenvolvidas, nomeadamente as inerentes ao projeto. Subsequentemente, no quarto ponto, realizamos uma análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas, considerando as competências comuns de Enfermeiro Especialista, competências específicas de EEESIP e competências de Mestre. Por fim, a conclusão remata todo o percurso de aprendizagem, sintetizando as principais dificuldades sentidas, enquanto são enfatizados os ganhos alcançados para o crescimento pessoal e profissional.

Este documento foi elaborado de acordo com as normas gramaticais estabelecidas pelo acordo ortográfico da língua portuguesa vigente e as referências bibliográficas elaboradas segundo as diretrizes da 7ª edição da «American Psychological Association». Foram ainda consideradas as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos (2ª versão) do Instituto Politécnico de Portalegre para a construção do mesmo.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O artigo 24º da Convenção sobre os Direitos da Criança ressalva o direito da criança “a gozar do melhor estado de saúde possível” (Comité Português para a UNICEF, 2019, p.20), dando particular enfoque à educação para a saúde e prevenção da morbilidade e mortalidade infantil associadas à alimentação em idade precoce. Destaca-se a necessidade de

“combater a doença e a má nutrição (...) assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno” (Comité Português para a UNICEF, 2019, p.21).

A má nutrição, «in útero» e até aos dois anos de vida, está associada a défices nutricionais e a consequências imediatas como alterações no desenvolvimento e crescimento da criança, estando ainda associada a uma maior morbilidade e mortalidade (WHO, 2023a). O leite materno [LM] constitui uma importante fonte de energia e nutrientes para a criança, sobretudo no primeiro semestre de vida, sendo os seus benefícios alargados tanto quanto maior for a duração da amamentação (WHO, 2023a). A própria Organização Mundial de Saúde [OMS] defende que promover o AM é possibilitar à criança o melhor começo de vida possível (WHO, 2020). O AM constitui uma medida protetora para situações de doença, minimizando o risco de desnutrição, estando por outro lado associado também a uma redução do risco de excesso de peso e obesidade na infância e adolescência. Contrariamente, uma alimentação inadequada nos primeiros anos de vida pode impactar a saúde do indivíduo a longo prazo, aumentando o risco de doenças crónicas não transmissíveis [DCNT] (WHO, 2023b).

Além disso, as experiências alimentares da criança nos primeiros dois anos de vida, são cruciais na formação das preferências e hábitos alimentares, projetando-se depois nos comportamentos alimentares futuros (Hockenberry & Wilson, 2014; DGS, 2019a; WHO, 2023b).

1.1. A ALIMENTAÇÃO DOS 0 AOS 24 MESES

“A alimentação é um tema central na vida de quase todas as pessoas. Tem um papel fundamental na construção biológica dos seres vivos, promovendo a satisfação das necessidades básicas para o seu crescimento e desenvolvimento, e, nesse sentido, a vertente nutricional da alimentação é imprescindível para a vida. No entanto, comer é muito mais do que nutrir” (Rodrigues, 2023, p.111).

Neste ponto, exploraremos as recomendações gerais para a alimentação nos primeiros dois anos de vida. Não sendo viável particularizar, importa referir que, como em qualquer outra área, é essencial que essas diretrizes sejam adaptadas às especificidades e necessidades de cada criança/família, atendendo à sua individualidade e características.

1.1.1 Aleitamento materno

O termo lactente enfatiza, por si só, aquele que é o alimento predominante da criança no primeiro ano de vida (DGS, 2019a). De acordo com as orientações mais recentes das reconhecidas entidades OMS, Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition [ESPGHAN]) e DGS, o leite, idealmente materno, deverá constituir a dieta da criança até por volta dos seis meses de vida de forma exclusiva (Fewtrell et al., 2017; DGS, 2019a; WHO, 2023b). Após esta fase, ele continua a ter um importante papel, sendo inclusivamente recomendado durante todo o processo de diversificação alimentar (Fewtrell et al., 2017; DGS, 2019a) e até pelo menos aos dois anos de vida da criança (WHO, 2023b).

Amplamente reconhecido como o «gold standard» da alimentação após o nascimento, o LM possui um complexo conjunto de características ímpares, irreplicáveis em qualquer outro substituto. O LM está intimamente ligado ao ato de amamentar, pelo que traz consigo benefícios importantes para a díade, como a promoção do vínculo, vantagens para a saúde da mãe e faz deste método o mais económico, seguro e prático (DGS, 2019a). Os benefícios do LM ganham ainda particular relevo quando o reconhecemos como um alimento «vivo», isto é, dinâmico na quantidade produzida e na sua composição, variável em cada mamada e a cada fase do desenvolvimento da criança, diferindo de acordo com as suas necessidades no momento. A sua riqueza é de sobejá importância para a saúde da criança, na medida em que o LM é detentor de importantes elementos nutritivos e funcionais, nomeadamente propriedades imunomoduladoras e antimicrobianas (DGS, 2019a).

A evidência científica sugere também uma possível associação entre a amamentação e uma melhor aceitação de novos alimentos no processo de diversificação alimentar e, ainda, a efeitos positivos na modelação de comportamentos alimentares a longo prazo (Maier-Nöth et al., 2016).

De acordo com o preconizado pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations International Children's Emergency Fund. [UNICEF]), quando a amamentação não seja possível, a escolha para alimentar o bebé deverá recair preferencialmente pelas seguintes alternativas disponíveis, por ordem preferencial: leite da própria mãe, oferecido por

outro meio que não diretamente da mama; leite de dador humano, quando o da mãe não esteja disponível ou seja contraindicado, com recurso a bancos de LM, por exemplo; leite artificial [LA] (WHO & UNICEF, 2003, 2018, 2020).

Quando imperativa a necessidade de oferta de LA, sob a forma de suplemento ou em substituição do LM, deve ser recomendada uma fórmula «standard» para lactente, fase 1, (excetuando situações em que a condição clínica exija uma fórmula específica) (DGS, 2019a). Esta pode ser oferecida até ao início da diversificação alimentar, cerca dos seis meses de vida (DGS, 2019a), e mantida até aos doze meses, de acordo com as recentes recomendações da OMS (WHO, 2023b).

1.1.2 Diversificação alimentar

Aproximadamente aos seis meses de idade e atendendo às diferentes necessidades nutricionais, estadio de desenvolvimento e competências da criança, a alimentação láctea deverá ser complementada pelo início da introdução de outros alimentos (DGS, 2019a). De acordo com Fewtrell et al. (2017) este processo não deverá acontecer antes dos quatro meses, nem ser protelado para além dos seis meses. É fundamental entender a alimentação complementar [AC] para além do aspeto nutricional, dado que constitui uma fase marcada pela maturação gastrointestinal, endócrina, renal, neuromotora e sensorial, que a tornam determinante para “o treino de paladares, texturas e modulação comportamental” (DGS, 2019a, p.45).

O modo como decorre a introdução de novos alimentos é variável em todo o mundo, estando profundamente enraizado na cultura e tradições de cada país, região e família e em fatores de ordem individual e socioeconómicos. Por outro lado, é também impactado por novas modalidades e tendências, as quais se têm vindo a difundir nos últimos anos (Capra et al., 2024). Este facto direciona-nos, precisamente, para a inexistência de uma rigidez no processo de introdução de novos alimentos, quer no que concerne à ordem cronológica da sua introdução, quer para as diferentes abordagens para iniciar a AC, de entre as quais destacamos o método tradicional e o «baby-led weaning» [BLW] (DGS, 2019a).

De forma sumária, o método tradicional prevê que a introdução dos diferentes grupos alimentares acontece de forma faseada no decurso do processo de diversificação alimentar. A oferta alimentar é orientada pelo adulto, por colher. Nas refeições, ocorre progressivamente o aumento da textura dos alimentos - desde o puré, até a pequenos pedaços, ao longo do segundo semestre de vida. O lactente tem um papel mais passivo, enquanto o cuidador é quem controla o processo de alimentação, nomeadamente na gestão da quantidade e do ritmo a que oferece a refeição. Tradicionalmente, esta abordagem inicia-se com refeições ricas em ferro,

como a papa de cereais fortificada e o puré de legumes (ao qual é adicionado depois carne, peixe ou ovo) (Rapley & Murkett, 2017; Associação Portuguesa de Nutrição [APN], 2019; DGS, 2019a; Pereira, 2020).

O BLW, também designado autoalimentação, tem ganhado algum destaque nos últimos anos.

“O princípio do baby-led weaning baseia-se na forma como os bebés se desenvolvem e nas capacidades que surgem naturalmente durante o seu primeiro ano de vida. Se os pais derem ao bebé a oportunidade de manusear a comida no momento certo, ele irá, instintivamente, começar a alimentar-se de modo autónomo quando estiver pronto” (Rapley & Murkett, 2017, p.8).

De acordo com Pereira (2020), esta forma de introdução de novos alimentos “assenta em três grandes pilares: a autonomia, o respeito e a confiança, que irão contribuir para a auto-regulação (...) fundamental na percepção da saciedade (...) factor importante a ter em conta na prevenção da obesidade infantil e na idade adulta” (pp. 22-23).

De acordo com o BLW, são disponibilizados os alimentos à criança durante a refeição, tendo esta um papel ativo na medida que “escolhe o que come, a quantidade que come e a que velocidade come. Os alimentos não lhe são colocados na boca nem nas mãos” (Pereira, 2020, p.22). Os alimentos são inicialmente preparados sob a forma de «finger food» para que a criança consiga fazer a sua apreensão e possa conduzi-los até à boca e alimentar-se (Rapley & Murkett, 2017; APN, 2019; Pereira, 2020). Partindo do princípio da partilha de refeições em família, o BLW requer particular atenção para que os cuidadores proporcionem uma alimentação nutricionalmente adequada, equilibrada e saudável.

Com exceção do mel, açúcar, sal (e respetivos produtos alimentares que os contenham), todos os alimentos podem integrar a dieta dos lactentes (Fewtrell et al., 2017). É ainda desaconselhada a oferta de bebidas vegetais de arroz e chá de funcho (Fewtrell et al., 2017), de alimentos que contenham adoçantes, gorduras «trans» e deve ainda ser evitada a oferta de sumos, ainda que 100% fruta (WHO, 2023b). A prioridade dos pais ou cuidadores deverá passar por garantir uma oferta alimentar saudável, equilibrada e variada, na medida em que possibilite à criança o contacto com a maior diversidade de alimentos, sabores e texturas, neste período considerado sensível para a sua aceitação e estimulação (Fewtrell et al., 2017; DGS, 2019a). Neste sentido, a evidência científica sugere a existência de melhor aceitação de novos alimentos, nomeadamente de vegetais, em crianças que haviam sido expostas a este tipo de alimentos de forma regular no início da AC (Maier-Nöth et al., 2016).

Não existindo qualquer evidência que suporte que o adiamento de alimentos com glúten ou potencialmente alergizantes na dieta minimize o risco de alergia na criança, estes poderão ser introduzidos, de forma gradual, em qualquer momento desde o início da diversificação alimen-

tar (Fewtrell et al., 2017) aproveitando a denominada janela imunológica, situada entre os quatro e os oito meses de vida (Gonçalves, 2018).

Além disso, é importante não desvirtuar o facto de que o processo de introdução de novos alimentos no segundo semestre de vida da criança é sobretudo uma fase de estímulo aos seus sentidos e mastigação, dado que grande parte das necessidades calóricas da sua dieta são satisfeitas pelo leite (materno e/ou artificial) (Hockenberry & Wilson, 2014).

Independentemente do método eleito para a introdução alimentar, é unânime a importância de uma abordagem responsiva nos momentos de refeição. Esta abordagem apela à sensibilidade e perceção, por parte dos pais/cuidadores, dos sinais de fome e saciedade, permitindo-lhes responder adequadamente, respeitando e estimulando as suas necessidades e mecanismos de autorregulação (Fewtrell et al., 2017; WHO, 2023b). Um estilo parental responsivo parece estar associado a um comportamento alimentar saudável da criança (Fewtrell et al., 2017; DGS, 2019a), podendo assim estar ligado a um menor risco de excesso de peso e obesidade na infância (Fewtrell et al., 2017).

O segundo ano de vida é marcado pelo abrandar do ritmo de crescimento da criança, que se traduz na redução das necessidades nutricionais e pode ocasionar, consequentemente, desinteresse pelos alimentos e uma redução do apetite – anorexia fisiológica (Hockenberry & Wilson, 2014; DGS, 2019a).

Após os doze meses, prevê-se que a criança se integre (no caso de uma abordagem mais convencional) na rotina e dieta familiar. Neste sentido importa frisar que deverá ser mantida a aposta “na variedade da oferta alimentar (...) promovendo a familiarização com o máximo de sabores e texturas, e contrariando a neofobia alimentar” (DGS, 2019a, p.72). É fundamental que os cuidadores procurem ser referência nos hábitos alimentares, pois “o exemplo e as escolhas familiares (...) são determinantes na modelação do comportamento alimentar” (DGS, 2019a, p.74). Assim, a família deve procurar ter uma “alimentação saudável, equilibrada e variada e que prima pelo uso de alimentos frescos, locais e sazonais” (APN, 2019, p.34).

O ambiente durante as refeições deve ser tranquilo, livre de distrações e de pressão excessiva (que associem os alimentos a uma forma de recompensa e/ou punição) (APN 2019; DGS, 2019a; Ivnik et al., 2023). Este deve ser, por excelência, um momento positivo, na medida em que potencia o envolvimento e a partilha em família: de cultura, tradições e valores (APN, 2019). Além disso, o segundo ano de vida, sendo caracterizado pelo progressivo desejo de autonomia, deve ser orientado de modo a poder envolver a criança na preparação dos alimentos, conferindo-lhes simultaneamente a satisfação da participação no processo e fomentando, por outro lado, o contacto com os diferentes alimentos, desde a seleção até à mesa, atuando na prevenção da seletividade alimentar, potenciando uma boa relação com a comida e

a consolidação de comportamentos alimentares saudáveis para o futuro (DGS, 2019a; Ivnuik et al., 2023).

1.2. MODELOS TEÓRICOS DO CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

“Compreender a estrutura da disciplina de enfermagem (...) é vital para a integração de novo conhecimento e o desenvolvimento da própria disciplina” (Nunes, 2018, p. 36). Entender a Enfermagem e a sua evolução passa, pois, por olhar as amplas dimensões que a compõem e a forma como estas se interrelacionam: a Enfermagem enquanto profissão autorregulada, enquanto disciplina do conhecimento e o fluxo dinâmico entre estes dois conceitos que se alimentam mutuamente (Nunes, 2018). A prática em Enfermagem está assim ancorada no domínio científico e é alicerçada em estruturas teóricas, como sejam as teorias e os modelos conceituais em Enfermagem. Os modelos visam dar sentido à prática de cuidados e assentam num referencial teórico próprio, podendo ser definidos como “um conjunto de ideias ou conceitos (elementos abstratos) que se interrelacionam e simbolicamente representam um fenómeno, descrevendo as relações entre os conceitos que os compõem” (Taffner et al., 2022, p.2).

Face à temática conducente deste trabalho, considerou-se pertinente enquadrá-la numa base teórica, em modelos de enfermagem e referenciais teóricos adequados à mesma. Foram assim tidos como orientadores o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey e a filosofia dos Cuidados Centrados na Família.

1.2.1 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Historicamente, a Carta de Ottawa, lançada pela OMS em 1986 no âmbito da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, teve um papel determinante na difusão do conceito de promoção da saúde. De acordo com esse mesmo documento,

“a Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade das pessoas e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, a pessoa ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (OMS, 1986, p.1).

A Carta constituiu um ponto de partida para sensibilizar, mobilizar e envolver diversas entidades da área da saúde internacionais, dar destaque às questões da promoção da saúde, ampliando as noções em torno do conceito de saúde, salientando a importância das

determinantes de saúde, políticas de saúde e capacitação dos indivíduos no que concerne à adoção de comportamentos de promoção de saúde (Thompson et al., 2017).

Seguindo o contexto de promoção da saúde, um dos modelos de enfermagem mais utilizados para orientar e fundamentar os cuidados de Enfermagem é o desenvolvido por Nola Pender (Victor et al., 2005). Enfermeira e professora na Universidade de Michigan, Pender construiu na década de 80 o Modelo Teórico de Enfermagem de Promoção da Saúde (Victor et al., 2005). O modelo por si desenvolvido “surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis” (Victor et al., 2005, p.237) e aprofundar o processo biopsicossocial subjacente à motivação e adesão dos indivíduos aos comportamentos promotores de saúde (Victor et al., 2005). A “sua prerrogativa é de que a promoção da saúde é uma competência da enfermagem e que deve ser ofertada para todos” (Santi & Baldissera, 2023, p.993). Para a sua construção, Pender apoiou-se em duas teorias da área da psicologia: Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura e o Modelo de Avaliação de Expectativas da motivação humana de Feather (Victor et al., 2005; Hoyos et al., 2011).

O Modelo de Promoção da Saúde enfatiza três importantes e amplos conceitos: saúde, ambiente, pessoa e enfermagem. Apesar destes não se encontrarem diretamente no diagrama do modelo abaixo apresentado (Figura 1), são conceitos-chave a reter para a compreensão e aplicação do mesmo:

- Saúde, nas esferas individual, familiar e comunitária, refletindo fatores como a idade, raça ou cultura. Sobressai também a conotação positiva associada ao termo, entendendo-o para além da ausência de doença, na perspetiva de procura pelo bem-estar e aprendizagem de habilidades.
- Ambiente, enquanto resultado das interações entre a pessoa e os recursos de saúde, sociais e económicos.
- Pessoa, enquanto agente ativo na adoção/mudança de comportamentos de saúde.
- Enfermagem, representada pelo enfermeiro e pelo seu papel nas intervenções conducentes à adesão aos comportamentos de promoção da saúde (Victor et al., 2005).

Segundo o trabalho de Pender, existem três componentes fundamentais que interagem entre si quando os indivíduos tentam alcançar o estado de saúde desejado: as características e experiências individuais; os sentimentos, crenças e conhecimentos sobre o comportamento desejado; e o resultado do comportamento (Victor et al., 2005; Hoyos et al., 2011; Santi & Baldissera, 2023). Para uma melhor compreensão do Modelo de Promoção da Saúde, faremos uma breve descrição destes componentes e das variáveis em que eles se subdividem.

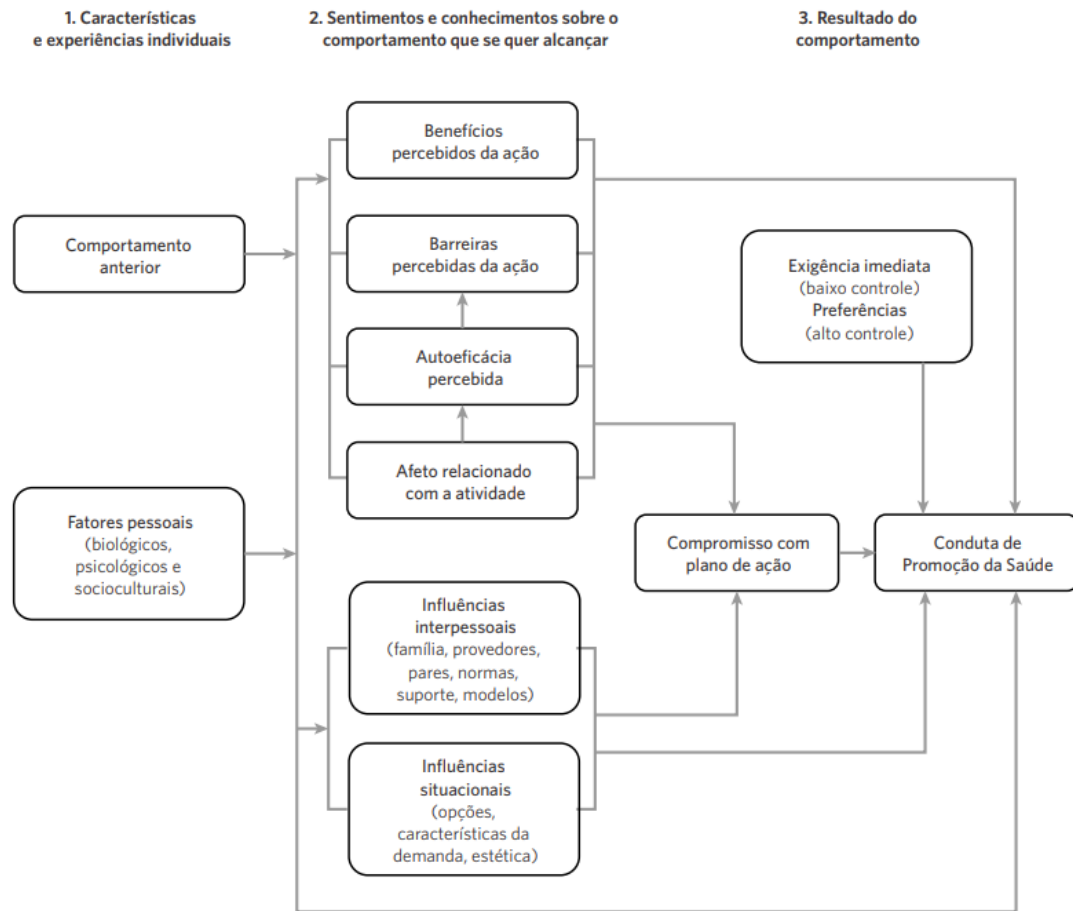


Figura 1 – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh & Parsons. Traduzido de Health Promotion in Nursing Practice
Fonte: Santi & Baldissera, 2023, p.994

- As características e experiências individuais representam os antecedentes e vivências da pessoa e inferem, de forma direta e/ou indireta, no comportamento. Por sua vez, estas compreendem as variáveis: comportamento anterior e fatores pessoais. A primeira diz respeito ao comportamento prévio, aos seus hábitos, sendo estes passíveis de afetar a forma como a pessoa encara a possibilidade de novos comportamentos de saúde. A segunda variável refere-se aos aspetos biológicos, psicológicos e socioculturais, como a idade, a motivação, o nível socioeconómico e a educação, exercendo estes uma grande influência sobre a percepção dos indivíduos sobre a sua saúde e capacidades (Victor et al., 2005; Hoyos et al., 2011; Santi & Baldissera, 2023).

- Os sentimentos, crenças e conhecimentos sobre o comportamento de saúde desejado assumem particular destaque para a Enfermagem, na medida em que incluem variáveis suscetíveis de alteração por meio de intervenções. Aqui, incluem-se: a percepção dos benefícios, barreiras e autoeficácia para a ação; os sentimentos relacionados com a atividade; as influências interpessoais e as influências situacionais. A percepção dos benefícios relaciona-se com os ganhos que o indivíduo espera alcançar com a mudança de comportamento. Por outro lado, a percepção dos obstáculos diz respeito às dificuldades e obstáculos que a pessoa antevê encontrar no seu percurso. A percepção de autoeficácia envolve a crença da pessoa relativamente às suas capacidades para desenvolver ações específicas. Os sentimentos relacionados com a atividade realçam a importância das associações, positivas e negativas a um determinado comportamento. Neste sentido, o reforço positivo durante as intervenções de promoção da saúde demonstra especial interesse. Para as influências interpessoais, contribui a influência de outras pessoas e normas sociais, enquanto as influências situacionais se referem à influência exercida pelo ambiente físico e social (Victor et al., 2005; Hoyos et al., 2011; Santi & Baldissera, 2023).
- O resultado do comportamento abrange as seguintes variáveis: compromisso com o plano de ação; exigências imediatas e preferências; comportamento de promoção da saúde. O compromisso com o plano de ação envolve as ações que permitem que a pessoa mantenha o comportamento de promoção de saúde desejado. Em relação às exigências imediatas, está associado um baixo controle, enquanto às preferências pessoais está associado um alto controle no que respeita às ações de mudança de comportamento. O comportamento de promoção da saúde diz respeito ao comportamento de promoção da saúde pretendido, enquanto resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (Victor et al., 2005; Hoyos et al., 2011; Santi & Baldissera, 2023).
- O Modelo de Promoção da Saúde oferece assim uma ampla abordagem multidimensional do indivíduo/ família, identificando diversas variáveis, as quais interagem entre si e influenciam o resultado, relativamente às decisões e comportamentos de saúde promotores de saúde.

1.2.2 A filosofia dos Cuidados Centrados na Família e o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey

A evolução da abordagem dos cuidados em pediatria até aos dias de hoje é o reflexo do progresso face a uma compreensão mais profunda e conhecedora do desenvolvimento infantil, bem como da crescente valorização e respeito pelas necessidades específicas da criança, em todas as suas dimensões (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020a). Nesta perspetiva, destacam-se dois conceitos fundamentais: cuidados centrados na família e parceria de cuidados, considerados como pilar central do cuidar em saúde infantil e pediatria, e referência para a excelência da prática de cuidados.

“A filosofia dos cuidados centrados na família reconhece a família como constante na vida da criança” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11). Assim, valoriza as necessidades de todos os elementos que a integram, encarando-os como foco dos cuidados de enfermagem (Apolinário, 2012; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020b; Hockenberry & Wilson, 2014). Os cuidados centrados na família atendem ao impacto da família na vida da criança, nas suas diversas dimensões e fases do desenvolvimento e crescimento, e por isso mesmo realçam a importância do seu papel no envolvimento e participação nos cuidados (Apolinário, 2012; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020b). Além disso, salientam a singularidade de cada família: na sua história, vivências e cultura; na sua estrutura e composição; nos seus objetivos e necessidades de apoio, tendo em vista os cuidados à criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

Existem dois conceitos-chave subjacentes aos cuidados centrados na família: capacitação e empoderamento:

“Os profissionais capacitam as famílias através da criação de oportunidades e meios para todos os membros da família revelarem as suas habilidades e competências atuais e adquirirem novas, para atender às necessidades da criança e família. O empoderamento descreve a interação dos profissionais com as famílias, de forma que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidades e ações” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11).

Assim, segundo Apolinário (2012), na abordagem segundo os cuidados centrados na família “as suas forças e capacidades são reconhecidas, enaltecidas e valorizadas no planeamento e prestação de cuidados, passando de espetadora passiva a coadjuvante e integrada no tratamento, recebendo orientação e sendo treinada para participar nele” (p.84).

A implementação da filosofia dos cuidados centrados na família na prática de cuidados representa ainda, contudo, um desafio para os profissionais e instituições de saúde. Urge uma mudança de paradigma que reconheça a família como beneficiária e parceira dos cuidados à criança, da atitude, crenças e aperfeiçoamento das competências dos profissionais de saúde

no sentido de trabalharem conjuntamente com as famílias, e nas próprias instituições e serviços de saúde, no que concerne à sua visão dos cuidados, organização e recursos (Apolinário, 2012; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020b).

A filosofia dos cuidados centrados na família está profundamente enraizada no modelo criado por Anne Casey – Modelo de Parceria de Cuidados, uma vez que este “reconhece e valoriza a importância da família para o bem-estar presente e futuro da criança” (Ferreira & Costa, 2016, p.57), considerando os pais como os melhores prestadores de cuidados à mesma. Neste sentido, “os enfermeiros devem olhar os pais como elementos ativos e participantes na equipa de saúde, beneficiando do seu conhecimento da criança (...) capacitando-os e empoderando-os” (Monteiro & Cerqueira, 2020, p.33).

O modelo de Anne Casey pauta-se por importantes valores e conceitos-chave, tais como a confiança, o respeito, a comunicação, o empoderamento, a negociação, a partilha e a flexibilidade nesta esfera de cuidados, onde os enfermeiros e a família se unem para a promoção do melhor desenvolvimento da criança e da satisfação das suas necessidades específicas (Ferreira & Costa, 2016, Monteiro & Cerqueira, 2020). Para uma melhor compreensão do modelo, é apresentado em seguida o diagrama representativo do mesmo (Figura 2).

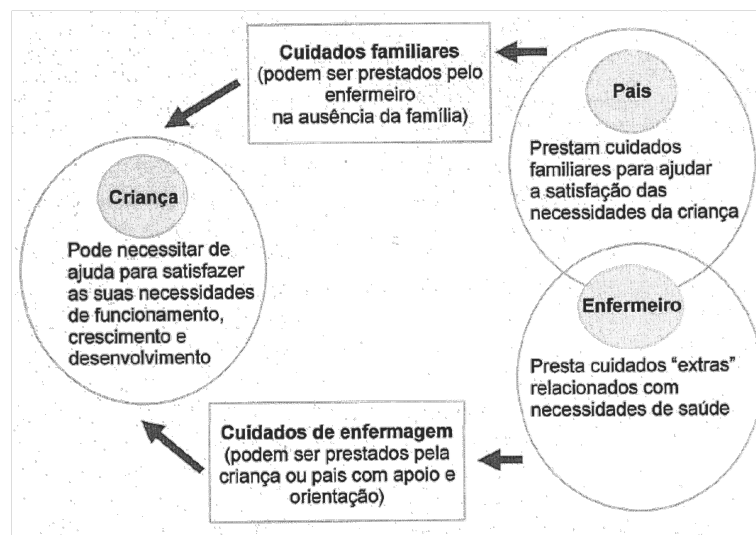


Figura 2 – Diagrama do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Adaptado de Casey, 1993
Fonte: Monteiro & Cerqueira, In Ramos & Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*, 2020, p.36

Conforme representado na figura 2, Casey propõe uma abordagem de cuidados onde identifica os conceitos de cuidados familiares e cuidados enfermagem. Os primeiros referem-se aos cuidados subjacentes às atividades de vida diárias, onde se incluem, entre outros, a

higiene e a alimentação, sendo habitualmente prestados pelos pais. Os segundos dizem respeito a cuidados especializados, que visam a satisfação de necessidades específicas da saúde da criança (Ferreira & Costa, 2016; Monteiro & Cerqueira, 2020). Não obstante, o Modelo de Parceria de Cuidados preconiza a inexistência de uma fronteira rígida entre os dois tipos de cuidados, isto é, poderão existir situações em que por necessidade da criança ou da família, o enfermeiro presta cuidados familiares, e outras em quem os pais, devidamente orientados e capacitados prestam cuidados de enfermagem à criança (Ferreira & Costa, 2016; Monteiro & Cerqueira, 2020).

Assim, a definição, negociação e avaliação da participação e dos papéis de cada um dos intervenientes, devem ser tidas em consideração no processo de Enfermagem e plano de cuidados à criança. Não sendo um processo estanque, implica a validação daquele que é o desejo e a(s) necessidade(s) da criança e da família, das suas limitações e dos recursos existentes (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Muito embora estes modelos sejam uma referência inquestionável no cuidar ao utente pediátrico, continua a existir um desfasamento relativamente às práticas vigentes (Mendes & Martins, 2012; Monteiro & Cerqueira, 2020). É importante que os enfermeiros, nomeadamente os EEESIP, na qualidade de especialistas, façam uso das suas competências diferenciadas, em conformidade com o Regulamento n.º 422/2018 da OE, pela defesa e implementação dos modelos concetuais dos cuidados centrados na criança e na família, trabalhando em parceria com estes em qualquer contexto em que a criança se insira, objetivando a satisfação das suas necessidades e maximização do seu bem-estar e saúde (Regulamento n.º 422/2018; Monteiro & Cerqueira, 2020).

1.3. COMPETÊNCIAS DO EEESIP NA PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Os desafios que se colocam atualmente, no que concerne ao aumento dos desequilíbrios nutricionais associados a hábitos alimentares inadequados, e ao seu impacto no desenvolvimento e saúde futura da criança, posicionam a alimentação como uma área de intervenção premente do EEESIP (OE, 2010, 2017). Esta problemática interliga-se, naturalmente, com o eixo de competências e atuação do EEESIP, presentes no Regulamento de Competências Específicas do EEESIP da OE, na medida em que este

“presta cuidados à criança saudável ou doente, em parceria com a família, para promover o mais elevado estado de saúde possível; proporciona educação para a saúde e suporte à família/ cuidadores; desenvolve a sua atividade em todos os contextos em que é requerida pelas crianças, pelos jovens e pelas suas famílias” (Saraiva & Sousa, 2022, p.1).

Alicerçado no enquadramento conceptual do EEESIP e na contextualização das principais preocupações para estes especialistas, os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica salientam, nas suas recomendações para a prática profissional, a promoção do desenvolvimento infantil, onde se insere a promoção e apoio na amamentação e no processo de diversificação alimentar (OE, 2010).

Também o PNSIJ, enquanto instrumento orientador da prática de cuidados do EEESIP, enfatiza um conjunto de intervenções dirigidas às determinantes em saúde, de forma a potenciar os ganhos presentes e futuros: “Estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados com: a nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados (...) Promover (...) O aleitamento materno” (DGS, 2013, p.9). Este documento norteia o enfermeiro, enquanto agente promotor da saúde, para as intervenções relacionadas com educação para a saúde e suporte para a manutenção do AM, idealmente exclusivo até aos seis meses de vida, e para uma adequada diversificação alimentar a partir desta fase (DGS, 2013).

Igualmente com o objetivo maximizar o potencial de saúde da criança, a OE (2017) realça a importância da

“avaliação de conhecimentos e comportamentos da criança/ jovem relativo à saúde; A criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; A promoção do potencial de saúde, através de uma intervenção nos programas de saúde escolar; O fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida à família, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil; A utilização de estratégias motivadoras da criança/jovem para o desempenho adequado dos seus papéis na saúde; A sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para as situações de risco, consequências e a sua prevenção (...) A identificação dos estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis” (pp. 6-7).

Enquanto detentor de um conjunto especializado de competências e, por isso também, de responsabilidades acrescidas, o EEESIP desempenha um papel crucial na promoção de uma alimentação saudável na criança. Neste sentido, o trabalho desenvolvido pelo EEESIP nos mais diversos contextos onde a criança se insere (desde a sua esfera familiar ao meio escolar) procura a capacitação da criança, família e/ou outros cuidadores, para uma alimentação saudável, tendo em vista o potenciar do desenvolvimento e saúde da criança, atendendo às suas implicações nos primeiros anos de vida e em todo o ciclo vital.

2. METODOLOGIA DE PROJETO

“A metodologia de projeto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (Ruivo et al., 2010, p.2). O presente projeto de intervenção assenta nos princípios-base desta metodologia e etapas que o constituem, abordando o problema/ necessidade identificada no diagnóstico de situação, planeamento, atividades e intervenções a desenvolver com vista à resolução/ satisfação dessas mesmas necessidades.

2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação representa o ponto de partida de qualquer projeto em saúde. Ele “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo et al., 2010, p.10). Nesta perspetiva, ele prevê a análise das necessidades da população, com o objetivo de “desenvolver estratégias e ações, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis (...) para que se criem respostas de qualidade”, integradas, multisectoriais e sustentáveis (Ruivo et al., 2010, p.10).

Compreender a trajetória do AM e da diversificação alimentar é fundamental para reconhecer as tendências, mas também os progressos e os desafios que lhes estão subjacentes. Este conhecimento é essencial para a correta identificação do problema e delinear de intervenções sensíveis ao mesmo.

2.1.1. Do aleitamento materno à diversificação alimentar nos primeiros dois anos de vida

Uma das metas preconizadas no «Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition», ratificado pelos Estados Membros em maio de 2012 inclui o aumento, até 2025, da taxa de aleitamento materno exclusivo [AME] aos seis meses de vida para pelo menos 50% (WHO, 2023a). Para o seu alcance a OMS defende a concretização de atividades, como as que integram «Global strategy for infant and young child feeding» no âmbito da proteção, promoção e apoio a uma adequada alimentação das crianças nos

primeiros anos de vida (WHO, 2003), na defesa pela amamentação e por uma introdução alimentar atempada, adequada, segura e responsiva (WHO, 2003).

A UNICEF e a OMS têm verificado o crescente aumento da taxa de AME nos primeiros seis meses de vida a nível mundial, registando-se um valor próximo dos 48% em 2023. O «Global Breastfeeding Scorecard 2023» reporta este aumento desde 2017 em inúmeros países, nomeadamente da Europa (UNICEF & WHO, 2023). Considera-se que esta tendência crescente tem na sua base uma maior educação dos pais relativamente às vantagens do AM e um maior suporte social em relação ao mesmo (Hockenberry & Wilson, 2014). Contudo, muito embora os números anteriores se aproximem da meta de referência, e “apesar de todas as vantagens (...) as taxas de AM em Portugal continuam aquém das recomendações mundiais” (Lopes & Chora, 2019, p.1799). Recuando aos dados daquele que foi o último relatório de Registo de Aleitamento Materno a nível nacional em 2013, 98,6% das crianças iniciou AM no hospital e 76,7% mantinham-no de forma exclusiva à data da alta. No entanto, esta tendência decrescente acentuava-se conforme o aumento da idade da criança, tendo-se constatando-se que aos 5 meses apenas 22,1% das crianças realizava AME (Orfão et al., 2014).

Embora não seja possível apresentar dados totais sobre a prevalência e duração do aleitamento materno atualmente (Despacho nº 13056/2023), o «Childhood Obesity Surveillance Initiative» [COSI] Portugal 2022 fornece-nos uma visão sobre o AM em território português: verificou-se que 90,1% das crianças recebeu LM; destas, 41,8% recebeu LM acima dos seis meses de vida; 21,8% realizou AME até aos seis meses ou mais (Rito et al., 2023). Especificamente na região do Alentejo, identifica-se uma menor taxa de AM, com 19,5% dos lactentes a realizarem AME até aos seis meses ou mais (Rito et al., 2023). Estes números encontram-se, por isso, ainda distantes da taxa de pelo menos 50% de AME até aos seis meses, estabelecida pela OMS para 2025 (WHO, 2023a) e pela DGS até 2030, no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030 (DGS, 2022b).

Relativamente ao processo de diversificação alimentar, Hockenberry & Wilson (2014) mencionam um estudo, o qual identifica que 40% dos lactentes havia já “consumido cereais infantis, fruta e vegetais aos 4 meses (...) 50% dos lactentes comia bolo, batatas fritas, doces e bolachas com 12 meses” (p.517). Hockenberry & Wilson (2014) acrescentam ainda um outro estudo, realizado nos Estados Unidos da América, dava conta que cerca de “70% da energia nas dietas dos lactentes e toddlers era fornecida por leite ou fórmula, sumos e bebidas com sabor a fruta (...) os itens alimentares mais consumidos por toddlers eram queijo, pães, bolachas, bananas, batatas brancas e carne processadas” (p.605) e destes, cerca de 25% “não consumia vegetais e (...) não consumia fruta durante o dia” (p.605). Invariavelmente, o quadro acima expõe as crianças a uma dieta inadequada: a um início precoce do processo de

diversificação alimentar; a um consumo excessivo de alimentos de menor valor nutricional, ricos em gorduras e açúcar e as priva de importantes micronutrientes como vitaminas e minerais, impactando a sua saúde: o seu crescimento e desenvolvimento, contribuindo para o excesso de peso, obesidade e desenvolvimento de doenças cardiovasculares na infância e na idade adulta (Hockenberry & Wilson, 2014).

Recentemente, Hutchinson et al. (2021) destacam o alto conteúdo de açúcar nos alimentos comercializados para bebés na Europa. Salientam também a inexistência de regulamentação para a quantidade de açúcar em produtos comercializados para crianças com idade inferior aos dois anos em alguns países, entre os quais se encontra Portugal.

O estudo de Antunes et al. (2021) refere igualmente o predomínio de alimentos ricos em açúcar na dieta das crianças, relatando um consumo diário, após os doze meses de vida, de cereais infantis açucarados, sobremesas/doces e bebidas açucaradas por cerca de metade das crianças, num município da região de Lisboa.

Para compreender estas tendências, é relevante aprofundar a própria exposição da população às dinâmicas de «marketing» que, quando associadas a uma menor literacia em saúde, poderão conduzir a menor prevalência de comportamentos promotores de saúde, conforme referido no “Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde” (DGS, 2019b).

Um estudo da DGS, publicado em Maio de 2024, “Exposição de mulheres grávidas e mães portuguesas ao marketing digital de substitutos de leite materno e produtos para alimentação complementar: estudo piloto da ferramenta CLICK da OMS Europa”, revelou a presença um elevado número de inconformidades no que concerne ao cumprimento do disposto no Código Internacional do Marketing dos Substitutos do Leite Materno e do modelo de lei da OMS para a regulação do «marketing» dos substitutos do LM e dos alimentos para a AC (Figueira et al., 2024). Nele, são mencionados os dados do último relatório da OMS, relativamente ao cumprimento do Código Internacional de Marketing dos Substitutos do Leite Materno - «Marketing of Breast-milk substitutes: National Implementation of the International Code – Status Report 2022», onde Portugal detém uma pontuação de 32 pontos, em 100 possíveis. Esta informação está concordante com os dados obtidos no estudo desenvolvido por Figueira et al. (2024), no qual se destaca a exposição, a mulheres grávidas e mães de crianças até aos vinte e quatro meses de idade, de forma reiterada, a publicidade «agressiva» a substitutos do LM e produtos para a AC, contrariando o preconizado no código acima mencionado. Neste sentido, cerca de 58% das participantes no estudo referiu ter sido exposta a «marketing» digital deste tipo de produtos. Além disso, o estudo identificou que cerca de 73% dos produtos para AC não obedecem ao estipulado no «Nutrient Profile and Promotion Model» da OMS, indicando

no rótulo uma faixa etária inferior aos seis meses em produtos cuja idade de consumo deveria ser superior a esta idade (Figueira et al., 2024). De entre os principais alimentos identificados, incluem-se purés de fruta, papas e snacks, por exemplo. Os factos descritos são particularmente significativos na medida em que este tipo de «marketing» tem sido associado à baixa prevalência de AME até aos seis meses e uma excessiva valorização da necessidade de integração destes produtos (não cumpridores dos requisitos de perfil nutricional recomendados pela OMS) na alimentação das crianças (Figueira et al., 2024).

As evidências científicas sugerem ainda uma possível relação entre os métodos de AC e uma parentalidade responsiva. Pais que utilizaram o método de BLW ou um método misto relataram um ambiente alimentar mais positivo (com menor pressão na refeição) e regulação das emoções negativas da criança. Uma alimentação responsiva tem um papel protetor, enquanto promotora de comportamentos alimentares saudáveis, minimizando por sua vez o risco de excesso de peso e obesidade desde a infância (Fernandes et al., 2023).

2.1.2. De uma alimentação inadequada ao excesso de peso e a obesidade na infância e idade adulta

A OMS enfatiza os primeiros dois anos de vida como uma etapa crucial para o estabelecimento dos padrões alimentares saudáveis para a vida (WHO, 2023b).

Embora a obesidade deva ser perspectivada como uma doença crónica complexa e de base multidimensional, é reconhecido que uma alimentação não saudável constitui um dos fatores que propicia um ambiente obesogénico (WHO, 2024).

O excesso de peso e obesidade são importantes fatores de risco para o aumento da morbilidade e mortalidade na idade adulta. Na infância, estão associados ao risco de desenvolvimento de DCNT e a complicações psicossociais diversas. Adicionalmente, também o seu impacto no aumento do risco de desenvolvimento de obesidade e DCNT em idade adulta é conhecido (WHO, 2024). Este facto remete-nos, inevitavelmente para as estatísticas de excesso de peso e obesidade mundial. Considerada uma epidemia, calcula-se que em 2022, em cada 8 pessoas, 1 encontrava-se em situação de obesidade; 37 milhões de crianças com idade inferior a cinco anos apresentavam excesso de peso; mais de 390 milhões de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os cinco e os dezanove anos apresentavam excesso de peso, e destes, 160 milhões em situação de obesidade (WHO, 2024).

“Na análise sumária do desempenho de Portugal relativamente aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (...) observou-se, em 2017, o pior desempenho em relação aos seguintes problemas e determinantes de saúde: (...) de peso e obesidade nas crianças” (DGS,

2022a, p.41). O PNS 2030 reforça a necessidade de se intervir em determinantes como a alimentação inadequada face ao seu papel significativo na elevada carga de doença (DGS, 2022a). O mesmo documento, enquanto modelo integrador das necessidades em saúde da população portuguesa, enfatiza aqueles que são os eixos prioritários de intervenção. Neste sentido, considera a promoção da saúde nas suas grandes linhas de orientação estratégicas, prevendo como estratégias para a alcançar, medidas como: “Promoção da literacia em saúde (...) Promoção da saúde em meio escolar (...) Promoção da saúde da população nos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde (...) Promoção do aleitamento materno; Promoção da saúde infantil e juvenil; Promoção da alimentação saudável” (DGS, 2022a, p.63).

Dados do COSI Portugal 2022, reiterados pelo relatório do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2023, identificam o aumento da prevalência de excesso de peso (de 29,7% para 31,9%) e de obesidade infantil (de 11,9% para 13,5%) (Rito, et al., 2023; DGS, 2024).

2.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Na metodologia de projeto os objetivos focam-se na ação, tendo em vista os resultados que queremos obter, ou seja a resolução do problema previamente identificado. Estes podem incluir objetivos de diferentes níveis, do geral aos específicos (Ruivo et al., 2010).

Para o desenvolvimento do projeto, delineámos como objetivo geral promover uma alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida da criança. Para tal, deu-se ênfase a uma necessidade sentida, que foi a de intervir juntos dos pais/ cuidadores, mas também das equipas de enfermagem, nos diferentes contextos clínicos. Deste modo, foram definidos como objetivos específicos:

- Identificar as principais necessidades e dificuldades sentidas pelos pais/cuidadores, percecionadas pelas equipas de enfermagem;
- Desenvolver competências na área do aleitamento materno e diversificação alimentar nos primeiros dois anos de vida;
- Sensibilizar as equipas de enfermagem para a promoção de uma alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida;
- Capacitar os pais/cuidadores para a promoção de uma alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida.

2.3. PLANEAMENTO

Para alcançar os objetivos mencionados, é crucial planear as atividades e definir as diversas estratégias a concretizar. A etapa de planeamento prevê a realização de “um plano detalhado do projeto cobrindo as várias vertentes da gestão” (Miguel, 2006, como citado em Ruivo et al., 2010, p.20), de entre as quais se situam a organização das atividades e a sua calendarização, as estratégias subjacentes à sua concretização, bem como os recursos necessários.

No que concerne às atividades, constituem uma etapa que acompanha todo o percurso do projeto. Estas devem pautar-se por uma oferta ampla e alicerçada na PBE, de modo a responder eficazmente à complexidade do problema identificado e, simultaneamente, acrescer contributos para a Enfermagem (Ruivo et al., 2010). Relativamente às estratégias, o seu foco assenta “na utilização dos recursos disponíveis, no método seleccionado para a execução do projecto e na articulação entre os diversos membros que integram o projecto” (Ruivo et al., 2010, p.21).

De forma a sistematizar esta informação, foi elaborada uma tabela com as diferentes etapas do projeto, presente em apêndice (Apêndice I – Planeamento do Projeto). Foi ainda construído um cronograma de atividades, com vista a organizar e facilitar a sua compreensão, numa linha temporal (Apêndice II – Cronograma do Projeto).

2.4. EXECUÇÃO

No contexto clínico A, na sequência da entrevista realizada com o Enfermeiro Responsável e Supervisor clínico, identificou-se uma necessidade sentida pelos enfermeiros. Foi salientado o desconhecimento relativamente a novas modalidades de diversificação alimentar e das orientações e recomendações mais recentes, emanadas por entidades como a OMS, ESPGHAN e DGS. Foram revistos os documentos orientadores para a prática clínica presentes no serviço, tendo-se identificado e analisado um manual elaborado há mais de 10 anos, sem nenhuma atualização posterior à data relativamente à temática em questão. Este facto motivou a realização de uma atividade direcionada para a equipa, com vista à sua sensibilização para a promoção de uma alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida. Tendo por base as linhas orientadoras das entidades da área da saúde e nutrição, internacionais e nacionais e o recurso a artigos em bases de dados científicas, foi elaborado um manual orientador para os enfermeiros: “A alimentação da criança dos 0 aos 2 anos de vida – Guia de orientação para profissionais de saúde” (Apêndice III). Nele, constam as recomendações para a alimentação,

desde o nascimento até aos dois anos de vida: desde o AM ao processo de diversificação alimentar da criança. É realizado um enquadramento das fases de desenvolvimento da criança e competências associadas à alimentação. São ainda abordados os principais métodos de introdução de novos alimentos e respetivas características, bem como a importância de uma abordagem responsiva por parte dos pais. Por outro lado, é reforçada a inexistência de uma rigidez obrigatória relativamente aos «timings» de introdução alimentar, sendo, no entanto, apresentado uma proposta-exemplo, tendo por base a tradição e cultura vigente, e os documentos da DGS (“Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores”) e APN (“Alimentação no primeiro ano de vida”).

No contexto clínico B, após reunião com o Supervisor clínico e Enfermeiro Responsável sobre a temática central do projeto, e na sequência dos momentos de discussão informal com alguns elementos da equipa, salientou-se a ausência de um suporte informativo sobre a AC, direcionado para os pais. Sendo que no decurso da passagem das crianças/famílias por aquele local são identificados erros alimentares, dúvidas, inseguranças e lacunas de conhecimento sobre a diversificação alimentar, a atividade a realizar foi conduzida neste sentido. Surgiu desta forma a ideia de criação de um pequeno livro, orientador da diversificação alimentar para os pais e/ou cuidadores: “Diversificação alimentar: Guia de orientação para pais e cuidadores” (Apêndice IV). Dos benefícios do AM, passando pela AC, na procura por ajudar a responder, de forma simplificada e acessível, ao quando e como se processa esta etapa. Neste guia é ainda incentivada a adoção de comportamentos alimentares salutareis por toda a família, na medida em que esta detém a responsabilidade de ser referência e modelo presente e futuro da criança.

Por sua vez, o contexto clínico C instigou a desafios distintos. Tratando-se de uma realidade muito específica, o foco das atividades direcionou-se para a promoção do AM. Sendo dotado de uma equipa particularmente sensível a esta temática e havendo inclusivamente um grupo responsável pelo desenvolvimento de um projeto na área a implementar no serviço, o levantamento das necessidades ocorreu em conjunto. Da reunião realizada, com o Supervisor Clínico, Enfermeiro Responsável e uma das Enfermeiras responsáveis pelo projeto (informante-chave), concluiu-se que seria vantajoso a realização de algumas atividades que pudessem contribuir para a construção desse mesmo projeto. Deste modo, optou-se pela realização de atividades dirigidas a diferentes públicos-alvo: pais e equipas de enfermagem, com vista a uma resposta mais abrangente e integrada às necessidades sentidas, considerando como objetivo promover o AM precoce. Neste sentido, foram elaborados um cartaz e um folheto para os pais, intitulados “O Aleitamento Materno na Neonatologia” e “O Aleitamento Materno em Neonatologia – Informação aos pais” (Apêndices V e VI). Neles, é

veiculada informação no sentido de reforçar os benefícios do AM nos recém-nascidos prematuros e/ou em situação de doença. Destacam ainda a importância do AM precoce, com a adoção de estratégias como o contacto pele-a-pele e a extração regular de LM, iniciada tão cedo quanto possível e mantida enquanto o bebé não consiga alimentar-se diretamente à mama. Foi ainda construído um documento para os profissionais de saúde (Apêndice VII), com o intuito de poder ser partilhado por outros serviços, (e.g. Serviço de Obstetrícia), de forma a consciencializar, sensibilizar e incentivar as equipas de enfermagem a uniformizar os procedimentos e linguagem, unindo esforços no sentido da promoção do AM precoce junto das mães/famílias, enquanto forte determinante do sucesso da amamentação. São enfatizados os “Dez passos para uma amamentação bem-sucedida” da UNICEF e OMS, é realizada uma fundamentação e enquadramento do tema, e fornecidas orientações e estratégias para o início precoce do AM. Com ele, pretende-se alertar para a importância da adoção destas medidas na prática de cuidados, face ao seu impacto em todo o processo de AM posterior. Estas medidas ganham ainda maior destaque, quando falamos da necessidade de separação mãe-bebé e/ou de um internamento de um recém-nascido [RN] em UCIN. Nesse sentido, são enunciadas medidas para a estimulação e manutenção da produção de LM, através da extração precoce e regular (inicialmente para a obtenção de colostro, viabilizando a colostroterapia a estes bebés), e mais tarde, a sua oferta com o objetivo nutricional, até à adaptação à mama e alimentação direta na mesma.

Adicionalmente, atendendo à pertinência do tema do AM na problemática subjacente ao projeto, mas também aos inúmeros desafios que o contexto clínico oferece, surgiu a necessidade de aprofundar mais a questão, pelo que esta conduziu ao artigo científico realizado. Assim, foi desenvolvida uma «scoping review»: “Aleitamento materno em unidade de cuidados intensivos neonatais: desafios e oportunidades para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica”, cujo resumo se encontra em apêndice (Apêndice VIII).

2.5. AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Após a descrição dos resultados supramencionados, é possível realizar a avaliação através da análise dos indicadores, conforme propostos na tabela de planeamento do projeto (Apêndice I).

Neste sentido, a quase totalidade das atividades delineadas para o cumprimento dos objetivos do projeto de intervenção foi concretizada com sucesso. Para o objetivo específico “Sensibilizar as equipas de enfermagem para a promoção de uma alimentação saudável nos primei-

ros dois anos de vida”, somente a atividade de divulgação a apresentação do manual orientador para profissionais de saúde sobre a alimentação nos primeiros dois anos de vida, à equipa de enfermagem no Contexto A não foi se proporcionou. Não tendo sido possível a sua apresentação em tempo útil de estágio no contexto clínico, foi apresentada disponibilidade para a realização deste momento (in)formativo «à posteriori», em data oportuna e a definir pela equipa de enfermagem. Seria objetivo integrar o plano formativo do serviço, o qual ainda não se encontrava estruturado no momento. Na impossibilidade da concretização deste momento em conjunto com a equipa até ao término do Estágio Final, aquando da sua entrega física no serviço, foi feita a apresentação informal do documento ao supervisor clínico.

Desta forma, realça-se que este trabalho “não é um processo estanque, (...) permite uma flexibilidade dos procedimentos que se desenvolvem ao longo do trabalho, sendo assim um processo dinâmico, adaptando-se e reorientando-se ao longo da intervenção sempre que for necessário” (Ruivo et al., 2010, p.4). Assim, atendendo à avaliação com uma etapa contínua, constante, perspetiva-se que o projeto possa beneficiar de reajustes ao longo do tempo, viabilizar atividades não concretizadas ou motivar outras de igual pertinência, e deste modo acrescentar-lhe contributos tendo em vista a promoção de uma alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida da criança.

Por fim, a metodologia de trabalho de projeto culmina na divulgação de resultados. Esta etapa “assegura o conhecimento externo do projecto e a possibilidade de discutir as estratégias adoptadas na resolução do problema” (Ruivo et al., 2010, p.31). A elaboração do presente relatório visa materializar e compilar todo o processo, possibilitando “sistematizar, organizar e interpretar (...) informação sob a forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento” (Ruivo et al., 2010, p.32). Consequentemente, é de salientar a sua importância, enquanto contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e enquanto disciplina e profissão, ancorada na prática de cuidados (Ruivo et al., 2010).

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO NOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Conforme referido anteriormente, face à validação da experiência profissional nos CSP, o Estágio I foi-nos creditado. Assim, este ponto incidirá sobre o percurso de Estágio Final.

Atendendo aos objetivos de aprendizagem delineados para a UC Estágio Final, alinhados com o desenvolvimento, mobilização e consolidação de conhecimentos, aptidões e competências técnicas, científicas e humanas na área de especialidade, este foi desenvolvido sob uma sequência de três módulos, em contextos distintos de prática clínica. Segundo a ficha da respetiva UC, os locais de estágio, previamente acordados com a equipa docente, foram escolhidos refletindo necessidades de aprendizagem individuais, visando ofertar um amplo leque de experiências, no âmbito do planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de particular complexidade (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde, 2023b).

Neste seguimento, o Estágio Final decorreu entre 27 de novembro de 2023 e 26 de abril de 2024, nos seguintes contextos clínicos: Internamento de Pediatria (Contexto clínico A), Urgência de Pediatria (Contexto clínico B) e UCIN (Contexto clínico C). Importa referir que esta etapa académica ocorreu de forma desfasada do calendário letivo 2023/2024, por motivos alheios a nós, devendo-se a um atraso relacionado com o processo de matrícula de reingresso junto dos serviços académicos. Este facto condicionou o atraso no início do Estágio Final e, por conseguinte, na calendarização de todo o restante percurso até à elaboração do presente relatório.

Abaixo, será feita uma descrição dos locais de estágio, explorando de forma breve a sua estrutura física, recursos humanos e materiais, bem como a sua dinâmica funcional. Conjuntamente, serão também apresentados os objetivos propostos para cada um dos percursos, bem como uma análise reflexiva das atividades realizadas e dos contributos que cada um deles trouxe.

3.1. CONTEXTO CLÍNICO A – INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

O percurso de estágio no Internamento de Pediatria decorreu entre 27 de novembro de 2023 e 12 de janeiro de 2024, com interrupção para pausa letiva do Natal.

Para esta etapa, foram delineados os seguintes objetivos:

- Conhecer a estrutura física, dinâmica funcional e organizacional do Serviço de Pediatria;
- Reconhecer as competências do EEESIP na prestação cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto de internamento;
- Desenvolver as competências inerentes aos cuidados especializados à criança/jovem e família em situações de particular complexidade;
- Promover a alimentação saudável nas crianças até aos dois anos de vida, através da implementação do projeto.

Para a concretização destes objetivos foram planeadas as seguintes atividades:

- Observar a prestação de cuidados do EEESIP no Serviço de Pediatria, nas suas diversas valências;
- Colaborar na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família;
- Desenvolver competências sobre a alimentação da criança até aos dois anos;
- Elaborar manual orientador para a equipa de enfermagem, sobre a alimentação da criança, do nascimento aos dois anos de vida (Apêndice III);
- Apresentar o manual orientador para a equipa de enfermagem, sobre a alimentação da criança, do nascimento aos dois anos de vida, em contexto de formação em serviço.

3.1.1. Contexto Clínico A: Caracterização do local de estágio

O Internamento de Pediatria integra o Serviço de Pediatria do Hospital [REDACTED], hospital de referência do Serviço Nacional de Saúde [SNS]. Está localizado no 5º piso do edifício do [REDACTED] e encontra-se inserido na recentemente criada Unidade Local de Saúde [ULS] do [REDACTED]. A sua área de influência é superior ao distrito onde se insere, servindo também os distritos contíguos da região. Concretamente, este dá resposta a cerca de 151.511 habitantes, da área do Alentejo Central e a 314.391 das regiões do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral (H[REDACTED], 2022).

A sua atividade orienta-se para prestação de cuidados à criança (desde os 28 dias de vida até aos 17 anos e 364 dias), com patologia da área médica e cirúrgica. A sua missão prende-se com promover o crescimento saudável das crianças e jovens; proporcionar mais e melhores cuidados; alicerçar-se na humanização dos cuidados; procurar a formação contínua dos seus profissionais; desempenhar um papel ativo, na instituição e na comunidade (ULS[REDACTED], 2021).

O espaço físico do serviço integra três valências distintas: Internamento de Pediatria Geral, Cirurgia de Ambulatório e Hospital de Dia, e o seu funcionamento depende diretamente de uma orgânica e recursos comuns. Possui uma lotação de quinze camas, dispostas da seguinte forma: seis enfermarias gerais, afetas ao internamento, sendo que um destes espaços funciona como quarto de isolamento; um quarto afeto ao Hospital de Dia (com três unidades de doente); um quarto afeto à Cirurgia de Ambulatório (também com três unidades de doente). Os quartos encontram-se numerados e identificado por temas/nomes.

Relativamente à ocupação das unidades afetas ao Internamento de Pediatria, esta é feita atendendo à afluência de crianças no serviço e, preferencialmente, de acordo com o diagnóstico e/ou motivo de internamento e as patologias de base da criança.

Estruturalmente, existem medidas específicas de segurança, que se pautam pela forma como se faz o acesso ao próprio serviço. Este encontra-se fechado com porta eletrónica, sendo o acesso permitido apenas por um código de segurança pelos profissionais que lá exercem funções, ou a sua abertura, pelo interior, também feita pelos mesmos. Ainda relativamente aos recursos físicos, destacamos a existência de uma sala de trabalho de enfermagem, na qual é feita a preparação da medicação prescrita e, concomitantemente, onde também são realizados alguns procedimentos de enfermagem. Neste seguimento, salienta-se que apesar de constituir um ambiente teoricamente mais «frio», se encontra caracterizado de modo a minimizar o impacto das intervenções à criança e família, como por exemplo através da pintura decorativa que se encontra no teto. Existe também uma sala de atividades, que funciona das 09h00 às 16h30 nos dias úteis, e dispõe de diversos materiais e equipamentos lúdico-didáticos, possibilitando ainda a realização de diversas atividades, mediadas pela Educadora de Infância. Este espaço permite assim devolver algum sentido de normalidade durante uma hospitalização e diminuir o impacto dos seus efeitos negativos sobre a criança e/família, através do brincar.

A nível de recursos materiais, cada unidade da criança possui uma cama articulada elétrica ou berço, mesa de cabeceira, tomada elétrica, rampa de oxigénio, aspirador de secreções, material e equipamento de uso clínico, colocado de acordo com as necessidades específicas para a situação clínica. Todos os quartos apresentam mesa de refeições, cadeiras e cadeirões. Dispõem ainda de ar-condicionado, «Liquid Crystal Display» e WiFi.

No que concerne aos recursos humanos, o serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar, que inclui: 15 enfermeiros, todos EEESIP (entre os quais se inclui a Enfermeira Responsável); médicos pediatras (entre os quais se inclui o Diretor de Serviço) e cirurgião pediátrico; assistentes operacionais; assistente técnica; educadora de infância; psicólogo. O serviço articula-se intimamente com outros serviços, como a UCIN e as Consultas Externas, e

conta ainda com o apoio de outros departamentos e/ou profissionais sempre que necessário, tal como o serviço social, a nutrição e a fisioterapia.

A metodologia de trabalho adotada pela equipa de Enfermagem é o método de trabalho individual, sendo de destacar, no entanto, a entreajuda e cooperação entre os elementos, de forma a potenciar a resposta de cuidados à criança/família e, de igual forma, o funcionamento da equipa e serviço.

No momento da admissão, o enfermeiro realiza o acolhimento no serviço, explicando o funcionamento do mesmo, realiza a sua avaliação inicial, onde elabora uma colheita de dados que lhe permita conhecer a criança/família, numa perspetiva de unir esforços para que, conjuntamente se potenciem e individualizem os cuidados a prestar. Desta forma, favorece-se a relação de parceria nos cuidados, com um objetivo comum: minimizar o impacto negativo inerente ao internamento e a rápida recuperação da criança.

A valência de Hospital de Dia possibilita a realização de cuidados a crianças/ jovens em regime de ambulatório, com uma adequada vigilância e acompanhamento em situações que não exijam forçosamente um internamento. Com maior frequência, é utilizada para: administração de vacinas do Programa Nacional de Vacinação [PNV], (e.g. Vacina contra o sarampo, parotidite e rubéola); apoio à Pneumologia e UCIN (e.g. administração de Palivizumab); apoio à Oncologia (e.g. administração de citostáticos), atuando em estreita colaboração e sob orientação do Instituto Português de Oncologia de Lisboa; administração de hemoderivados e fármacos imunomoduladores. Este espaço constitui uma mais-valia para a humanização do serviço e dos cuidados prestados à criança/jovem e famílias, permitindo reduzir internamentos, deslocações a outros serviços/hospitais geograficamente mais distantes. Denota-se assim a importância da articulação entre as diversas especialidades, serviços e instituições para benefício daqueles que são os alvos dos cuidados.

A Cirurgia Pediátrica constitui uma referência para a região, respondendo a necessidades das áreas de especialidade de Cirurgia, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Oftalmologia. Funciona em regime de ambulatório (quando a necessidade de permanência no serviço é inferior a 24 horas) ou de internamento (H██████, n.d.).

De notar que o Serviço de Pediatria recebeu certificação de nível Bom, a 15/05/2023 pela Andalusian Agency for Healthcare Quality. Esta classificação representa o reconhecimento do cumprimento, pelo serviço de saúde, dos padrões de qualidade e segurança dos cuidados, estabelecidos pela referida agência.

3.1.2. Contexto Clínico A: Análise reflexiva do percurso e dos contributos para a aquisição de competências

No decurso do Estágio Final no Contexto clínico A, houve oportunidade de desenvolver as atividades com vista à implementação projeto de intervenção, conforme exposto no ponto anterior. Simultaneamente, (e sempre que oportuno) os momentos de contacto com as famílias foram orientados para promover uma alimentação saudável da criança, nomeadamente através do incentivo ao AM, e do esclarecimento de dúvidas sobre o processo de AC, contribuindo assim também para a capacitação parental na área.

De forma complementar, houve ainda oportunidade de trazer mais contributos para este serviço. Após perceber que a valência de Hospital de Dia dá resposta a atividades do PNV, identificámos a necessidade de atualização de algumas informações existentes para consulta rápida, tais como o calendário de vacinação de acordo com o PNV 2020 e os locais de administração de vacinas, afixados na sala de trabalho. Estando na minha prática profissional diária muito ligada à área da vacinação, aliei as minhas competências prévias, procurando acrescer contributos para a equipa de Enfermagem, de modo a potenciar a qualidade da informação sobre a vacinação e, consequentemente, facilitar e melhorar a prática de cuidados de Enfermagem. Neste sentido, foram elaborados novos documentos para substituir os anteriores: Calendário de vacinação PNV e Mapas dos locais de administração de vacinas (Apêndice XIX)

Para além das atividades já descritas, houve oportunidade de observar e colaborar na prestação de cuidados à criança/jovem e família nas diversas valências do serviço.

Ao longo da passagem pelo serviço, tivemos oportunidade de prestar cuidados na cirurgia de ambulatório e de perceber como o papel do enfermeiro é determinante na qualidade da experiência da criança/jovem e família. Neste sentido, o acolhimento, a preparação pré-operatória e os cuidados pós-operatórios são delineados e trabalhados de forma a diminuir os efeitos negativos associados a este internamento de curta duração, aos procedimentos envolvidos e a otimizar a recuperação da criança. Como refere Carmo et al. (2020), “A hospitalização e a cirurgia são potenciadores de ansiedade e exacerbadores de medos e de ideias preconcebidas, quer da criança/jovem quer da sua família, podendo resultar numa experiência traumática, com efeitos psicológicos persistentes” (p.218). A ansiedade, pelo desconhecido e pelos procedimentos dolorosos inerentes é comum (Fernandes, 2020), devendo por isso o enfermeiro procurar, de forma atempada e constante, identificar possíveis medos e mitos geradores de «stress» para a criança e família. A preparação operatória é essencial na desconstrução destes receios. Esta assenta em alguns princípios, que vão desde

o próprio acolhimento ao serviço, dar a conhecer a sua estrutura, equipa e dinâmicas, potenciando a sensação de segurança e confiança; à transmissão clara e adequada de informação (adaptada à idade e desenvolvimento da criança, e atendendo à singularidade de cada família); à promoção da permanência dos pais, procurando a sua colaboração enquanto parceiros de cuidados; ao envolvimento da criança e cuidadores em todas as etapas (Carmo et al., 2020). Os princípios acima mencionados, alinhados com os modelos de cuidados em pediatria – Cuidados Centrados na Família e Modelo de Parceria de Cuidados, são uma realidade na prática de cuidados. A eles, alia-se o conceito de Cuidados Atraumáticos, enquanto instrumento, no «cenário» onde todos os cuidados se desenrolam. Este conceito, também pilar dos cuidados em pediatria, “baseia-se no pressuposto de que as experiências como a doença, a dor e a hospitalização podem ser traumáticas, devendo ser alvo de políticas e estratégias de organizações e serviços, e das intervenções dos profissionais para minimizar o trauma” (Fernandes, 2020, p.20) e “minimizar ou eliminar o desconforto (físico e psicológico) da criança e família” (Tavares, 2020, p.98). De entre um vasto leque de estratégias, realça-se o brincar terapêutico, enquanto ferramenta favorecedora da distração, minimizador do «stress» e ansiedade e enquanto promotor da colaboração da criança e família em todo o processo (Tavares, 2020). Das experiências vivenciadas, destacam-se os diálogos para perceber os gostos, interesses e preferências da criança, o promover a presença física dos pais junto da criança em todas as etapas do internamento, nomeadamente trajeto até ao Bloco Operatório. A utilização dos carros elétricos infantis de que o serviço dispõe, tornavam todo o percurso até à cirurgia menos angustiante e gerador de «stress». Estas e todas as intervenções cumprem eficazmente a minimização do impacto da experiência da hospitalização e da cirurgia, a curto e longo prazo. Os cuidados pós-operatórios envolvem também uma complexidade de conhecimentos e habilidades, que vão desde a avaliação do estado hemodinâmico da criança, à avaliação e identificação de sinais de alarme e à realização de educação para a saúde, por forma a capacitar os pais para os sinais/sintomas expectáveis e os possíveis sinais de alerta.

Houve oportunidade de colaborar na prestação de cuidados no Hospital de Dia, para a administração de hemoderivados, imunomoduladores e antibióticos. Esta possibilidade contempla, uma vez mais, a aproximação da filosofia dos cuidados atraumáticos, ao possibilitar a estas crianças e famílias a realização de procedimentos médicos na sua área geográfica, evitando uma hospitalização. Denota-se que apesar de serem contactos predominantemente curtos, nas situações que requerem uma maior frequência de tratamentos, os utentes/ famílias têm com a equipa uma relação de confiança. Este estreitamento favorece a relação terapêutica, o que faz do enfermeiro um elo de referência. Isto deve-se não só aos seus conhecimentos e aptidões, mas também por ser um agente facilitador na medida em que, pela

forma como «desenha» as suas ações, contraria o impacto negativo que envolve a situação de doença.

O Internamento de Pediatria Geral possibilitou, por sua vez, o contacto com um maior leque de patologias, tendo sido as mais frequentes as situações agudas do foro respiratório. Contudo, permitiu ainda o contacto com a doença crónica, evidenciando o importante papel do EEESIP nestes contextos. A doença crónica “é entendida como um distúrbio de saúde de evolução prolongada que pode ser progressiva e fatal, ou não progressiva, mas que interfere com o funcionamento do quotidiano” (Saraiva & Sousa, 2022, p.55). representa uma ameaça que obriga a uma transformação na esfera familiar, na sua dinâmica, funcionamento e nos papéis que cada elemento desempenha (Saraiva & Sousa, 2022). Nestas situações é bastante evidente a ausência de uma fronteira fixa entre aqueles que são os cuidados de enfermagem e os cuidados familiares, conforme o modelo perspetivado por Casey. Os enfermeiros são elementos de suporte, cuja atuação é permeável a uma verdadeira prestação de cuidados em parceria com a família. O papel do EEESIP pauta-se por conseguir identificar na família, as suas necessidades e recursos, otimizando-os, com vista a empoderar e capacitar as famílias para a prestação de cuidados da criança e a dar-lhe “um maior controlo das suas próprias vidas” (Saraiva & Sousa, 2022, p.61).

A observação e colaboração na prestação de cuidados à criança/família nas diversas valências que integram o serviço possibilitaram, assim, um amplo leque de oportunidades de aprendizagem, nomeadamente nas doenças mais comuns e em situações de especial complexidade. A partilha constante com os diferentes elementos que compõem a equipa de Enfermagem ampliou este processo, permitindo perceber o papel e competências do EEESIP nestes contextos e contribuindo, direta e indiretamente, para o desenvolvimento das competências especializadas.

Adicionalmente, houve ainda oportunidade de observar algumas atividades não assistenciais, as quais remetem para o conjunto de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, como a realização de auditorias à implementação de uma norma em serviço, bem como as atividades na área de gestão e governação clínica, a cargo da Enfermeira Responsável, como colaborar na verificação e reposição de material (clínico e não clínico) e organização de «stocks».

Durante este período, foi ainda possível participar num «Webinar», intitulado “Excesso de peso e obesidade em idade pediátrica” (Anexo I), que relembrou alguns conceitos e acresceu alguns conhecimentos pertinentes para a consolidação do diagnóstico de situação subjacente ao projeto desenvolvido.

3.2. CONTEXTO CLÍNICO B – URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O segundo contexto clínico do Estágio Final decorreu na Urgência Pediátrica do Hospital [REDACTED], hospital do SNS integrado na ULS do [REDACTED], no período compreendido entre 15 de janeiro de 2024 e 19 de fevereiro de 2024.

Como objetivos para este local de estágio, projetou-se:

- Conhecer a estrutura física, dinâmica funcional e organizacional da Urgência Pediátrica;
- Reconhecer as competências do EEESIP na prestação cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto de Urgência Pediátrica;
- Desenvolver as competências inerentes aos cuidados especializados à criança/jovem e família em situação de doença aguda e/ou agudização de doença crónica;
- Promover a alimentação saudável nas crianças até aos dois anos de vida, através da implementação do projeto.

Tendo em vista a sua concretização, foram planeadas as seguintes atividades:

- Observar a prestação de cuidados do EEESIP na Urgência Pediátrica;
- Colaborar na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família em situação de doença;
- Frequentar ações formativas de interesse na área de urgência e emergência pediátrica;
- Desenvolver competências sobre a alimentação da criança até aos dois anos;
- Elaborar guia orientador para pais e cuidadores, sobre a diversificação alimentar (Apêndice IV).

3.2.1. Contexto Clínico B: Caracterização do local de estágio

De acordo com o “Perfil de Saúde 2022: [REDACTED]”, e tendo por base os dados definitivos dos Censos 2021, a área de influência da referida ULS contempla 114.863 habitantes nos seus 8.542,7Km², dispersos pelos treze concelhos que a compõem (ULS [REDACTED], 2023).

A Urgência de Pediatria integra o Departamento de Urgência, Emergência e Anestesiologia da ULS do [REDACTED] e o seu objetivo passa por assegurar a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos, de caráter urgente e emergente, às crianças e jovens até aos dezoito

anos de idade da área de influência em questão. Este serviço funciona continuamente, 24 horas por dia nos 7 dias da semana (ULS ■■■, n.d.).

No que concerne à sua estrutura física, este foi construído de forma contígua ao Serviço de Urgência Geral, embora o acesso se faça por entrada própria. O serviço contempla uma sala de espera com casa de banho, um gabinete de triagem, uma área de inaloterapia, uma área de trabalho e preparação de terapêutica, uma área de emergência, dois gabinetes médicos, uma sala de observação com duas vagas (uma em cama e uma em berço), assim como cadeirão para os pais, e uma casa de banho. Estes espaços são orientados de acordo com a afluência, características da criança/família e pelas patologias em questão.

Em relação aos recursos materiais, esta unidade dispõe dos equipamentos e materiais de uso clínico necessários à prestação de cuidados.

Relativamente à Equipa de Enfermagem, esta é constituída por 20 enfermeiros, dos quais 7 são residentes e destes, 5 são EEESIP. Aqui, exercem atividade alguns enfermeiros do Internamento de Pediatria/Neonatologia e do Serviço de Urgência Geral. No que concerne à sua distribuição, são escalados dois enfermeiros por turno (Manhã, Tarde, Noite) e um elemento adicional de apoio a cobrir o período de maior atividade assistencial, das 12h00 às 20h00. Estes são alocados nas diferentes áreas: triagem e prestação de cuidados. Contudo, a fluidez na articulação entre os enfermeiros nos diferentes postos, a entreajuda e cooperação existente entre os mesmos facilita a continuidade de cuidados.

A restante equipa multidisciplinar é constituída por pediatras e outros clínicos, assistentes operacionais e assistentes técnicos (partilhados com o Serviço de Urgência Geral). Quando a situação clínica o exige, é requerida a avaliação por médicos de outras especialidades (e.g. cirurgia, ortopedia, obstetrícia), idealmente «in locu». Excecionalmente, quando tal não é possível, é realizado o encaminhamento da criança e família.

O serviço de Urgência Pediátrica utiliza o sistema de Triagem de Manchester, de forma a atribuir uma prioridade no atendimento de acordo com a gravidade das situações subjacentes (ULS ■■■, n.d.).

3.2.2. Contexto Clínico B: Análise reflexiva do percurso e dos contributos para a aquisição de competências

Exercendo eu a minha atividade profissional em CSP, ter a oportunidade de realizar estágio neste contexto instigou inúmeras questões com que me deparo no dia-a-dia. Não obstante da recorrência ao serviço de situações de doença urgente e/ou emergente, a grande maioria dos episódios representam situações de carácter não urgente, o que nos faz repensar em todo o paradigma de comportamento de procura de saúde, refletido pela oferta de recursos e funcionamento do nosso SNS, nomeadamente a escassez de algumas especialidades e o tempo de resposta. Por outro lado, a comunidade vê neste serviço e na equipa que lá exerce funções, a resposta para as suas necessidades imediatas, sejam elas de validação e/ou realização de diagnósticos, encaminhamento e ou tratamentos, por profissionais cujos conhecimentos, aptidões e habilidades são reconhecidas.

Vaz & Trigo (2020) corroboram esta ideia:

“Os SUP são uma janela de oportunidade no sistema de saúde que garante, de forma célere, o atendimento e tratamento quando uma situação clínica se instala subitamente. Apesar de se destinarem à assistência de crianças com doenças que necessitam de cuidados não acessíveis nos CSP, como já referido, verifica-se que se transformaram em verdadeiros serviços clínicos acedidos de uma forma direta e generalizada pelos utentes (...) É crescente o número de utentes que utiliza as urgências hospitalares em situações não agudas ou que deveriam ser tratadas no âmbito dos CSP” (p.295).

Para além da urgência em repensar numa estratégia de mudança no eixo assistencial que estrutura o nosso SNS, localmente sobressai também a necessidade e a utilidade que teria uma melhoria na articulação e dos canais de comunicação entre os diferentes serviços ou unidades de cuidados da ULS, nomeadamente entre a Urgência Pediátrica e as diferentes unidades da rede de CSP. Esta discussão surgiu em diferentes momentos do estágio, com o Supervisor Clínico e outros colegas da equipa, sendo identificada como sugestão de melhoria a possibilidade de referenciação através do sistema de informação utilizado – SClinico® para os colegas dos CSP, à semelhança daquilo que cada um dos serviços, hospitalares e centros de saúde, conseguem fazer internamente (pedido para área de psicologia e serviço social, por exemplo) ou até mesmo através da criação de um elo de referência em cada unidade dos CSP.

À luz do comportamento de procura de saúde, mais ou menos adequado ao contexto, a triagem assume um importante papel. Tal como referem Vaz & Trigo (2020), a elevada afluência intensifica a necessidade uma correta avaliação e priorização de acordo com a gravidade, através do sistema de triagem, tornando mais eficiente a resposta do sistema às necessidades da criança/jovem e família, concordantes com a sua condição clínica. Ao longo da jornada na Urgência Pediátrica, houve oportunidade de observar e colaborar na triagem,

permitindo perceber o seu funcionamento e, igualmente, quão pertinente é a qualificação do enfermeiro triador, quer em relação ao sistema de triagem, como enquanto detentor de competências que lhe permitem ter a sensibilidade, habilidades de comunicação e os conhecimentos necessários para formular a avaliação tanto mais correta e atempada quanto possível. Neste sentido, o enfermeiro triador deve ser detentor de

“um conjunto de competências para que o seu desempenho seja eficaz num contexto muitas vezes caótico (...) conhecimentos teórico-práticos que lhe possibilitem uma avaliação rápida e eficaz (...) capacidade de organização para tomar decisões rápidas com base na colheita de dados realizada através da entrevista e da sua observação, possuir destreza, dinamismo, agilidade mental, liderança e experiência, de modo a detetar sinais subtis que podem ser indício de um problema grave” (Vaz & Trigo, 2020, p.299).

Uma das principais preocupações, quer na triagem, quer em toda a permanência da criança e família na Urgência Pediátrica, nomeadamente durante a realização de procedimentos invasivos, foi em relação à avaliação, valorização e controlo da dor. Assim, foram desenvolvidas intervenções no sentido de maximizar o bem-estar da criança e da família, através da gestão diferenciada da dor e mediante a implementação de estratégias não farmacológicas e farmacológicas.

Durante o estágio, houve oportunidade de contactar com algumas das situações mais comuns que motivam a ida ao serviço de Urgência Pediátrica. Destas, destacamos: febre; vômitos e/ou diarreia; tosse; dificuldade respiratória; odinofagia e/ou otalgia; dor abdominal; quedas; acidentes escolares; lesões traumáticas; intoxicações; perturbações do comportamento; icterícia neonatal; dificuldades de alimentação e/ou perda ponderal no RN; agudização de doenças crónicas. Este amplo leque de situações possibilitou a mobilização e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades técnicas e científicas. Indissociavelmente, as ações desenvolvidas pautaram-se também pela atenção a todo o binómio criança-família, atendendo às características de cada criança e seu estadio de desenvolvimento; cultura, tradições e preferências da criança e família; envolvimento dos pais e/ou cuidadores nos cuidados. Assim, foi possível, identificar e integrar os valores e qualidades pelos quais a equipa se rege na prestação de cuidados, seja pela sua experiência e «bagagem» técnico-científica, como também na procura por se manter fiel aos pilares base dos cuidados em pediatria, como sejam os cuidados centrados na família, a parceria de cuidados e os cuidados atraumáticos. Não deve ser descurado este último ponto, na medida em que “uma recorrência ao SUP (mesmo que se verifique um atendimento breve) é sempre acompanhada de uma elevada carga emocional” (Vaz & Trigo, 2020, p.294). Deste modo, cabe à unidade de saúde e aos profissionais, nomeadamente aos enfermeiros, tornar o ambiente menos impessoal e assustador, e minimizar na experiência a angústia e o sofrimento gerado. O EEESIP deve conduzir-se por um cuidar humanizado: acolher a criança e família, escutar e facilitar a

expressão dos seus sentimentos; procurar reduzir a ansiedade e medos, envolvendo-os na prestação de cuidados e dando-lhes uma maior sensação de controlo e segurança (Fernandes, 2020; Vaz & Trigo, 2020).

De forma a colmatar uma necessidade sentida, de relembrar e aprofundar conhecimentos e habilidades na área de cuidados urgentes e emergentes em pediatria, foram frequentadas as seguintes formações: Curso de Emergências Pediátricas (Anexo II) e Curso de Suporte Básico de Vida Pediátrico (Anexo III). A sua realização acresceu uma maior segurança e confiança na prestação de cuidados à criança doente e família, fundamentais para o estágio e, de forma mais ampla, para o desenvolvimento das competências reconhecidas ao EEESIP.

Em relação ao projeto e conforme já abordado no ponto anterior, após identificação da necessidade em serviço, foi elaborado um pequeno livro sobre a diversificação alimentar (Apêndice IV). Pretendeu-se que este fosse contruído de modo a ser um suporte físico para os pais, objetivando o esclarecimento de dúvidas no processo e promovendo a sua condução a partir de hábitos saudáveis. Adicionalmente, houve diversos momentos em que foi oportuno promover a capacitação parental nesta área, através da educação para a saúde sobre o AM, AC e alimentos desaconselhados e a evitar, tendo em consideração o melhor desenvolvimento, saúde e segurança da criança.

Em síntese, este contexto clínico promoveu diversas oportunidades de aprendizagem, quer no âmbito das situações de doença que mais frequentemente motivam a ida à unidade de cuidados em questão, quer pelas competências técnico-científicas, articulação, cooperação e humanismo pela qual a equipa de profissionais se norteia. A partilha e reflexão constante foram marcos importantes para o desenvolvimento das competências preconizadas.

3.3. CONTEXTO CLÍNICO C – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Por fim, o Estágio Final culminou na UCIN do Hospital [REDACTED], da ULS do [REDACTED]. O percurso neste contexto clínico decorreu de 14 de março de 2024 a 26 de abril de 2024.

Foram delineados como objetivos:

- Conhecer a estrutura física, dinâmica funcional e organizacional da UCIN;
- Reconhecer as competências do EEESIP na prestação cuidados de enfermagem especializados ao RN e família em neonatologia;
- Desenvolver competências inerentes aos cuidados especializados ao RN e família em neonatologia;
- Desenvolver competências na área do AM em neonatologia;

- Capacitar os pais para o AM em contexto de UCIN;
- Promover o AM em contexto de UCIN;

De forma a atingir os objetivos definidos, foram planeadas as seguintes atividades:

- Observar a prestação de cuidados do EEESIP na UCIN;
- Colaborar na prestação de cuidados especializados ao RN na UCIN;
- Desenvolver competências sobre o AM em neonatologia, atendendo às particularidades do RN prematuro e/ou doente;
- Elaborar um suporte informativo físico para os pais sobre a importância e prática do AM precoce: cartaz e folheto (Apêndice V e VI);
- Elaborar um suporte informativo para os profissionais de saúde com os fundamentos subjacentes ao AM precoce (Apêndice VII).

3.3.1. Contexto Clínico C: Caracterização do local de estágio

A UCIN integra o Serviço de Pediatria do Hospital [REDACTED], situando-se no 3º piso do edifício.

Desde 2001 que assegura Cuidados Intensivos aos RN, independentemente da sua idade gestacional [IG], constituindo um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado e a unidade de referência de todo o Alentejo. Recebe RN de toda a região e de distritos de outras regiões, quando os hospitais da respetiva área geográfica não possuam vaga (H[REDACTED], n.d.; ULS[REDACTED], 2024a).

Possui uma lotação de dez camas, distribuídas por três salas:

- Sala A, reservada à prestação de cuidados intensivos, com três vagas;
- Sala B, destinada à prestação de cuidados intermédios, estando dotada de cinco incubadoras;
- Sala C, também denominada “Pré-saída”, destinada à prestação de cuidados mínimos, com capacidade para dois berços (ULS[REDACTED], 2024a).

Durante a pandemia COVID-19, a sala C foi utilizada como isolamento, onde eram integrados os RN com suspeita ou confirmação de diagnóstico de SARS-CoV-2. De acordo com a afluência do serviço e tendo em atenção a condição clínica do RN, ela é ainda utilizada como opção para situações que requerem isolamento de contacto. Estruturalmente, a Unidade dispõe ainda de outros espaços, como área/sala de extração de LM; copa de leite; sala de preparação de terapêutica; gabinete médico; e sala de enfermagem, dotada de monitores que permitem visualizar os dados dos monitores multiparamétricos das unidades de cada bebé, e

por sua vez possibilitam o acompanhamento contínuo dos sinais vitais. O serviço está dotado de todo o equipamento e material necessário às exigências de cuidados inerentes a uma UCIN.

Com vista à humanização do serviço, foi criado em 2004, dois quartos anexos à UCIN, com capacidade de alojamento de 3 mães (H████, n.d; ULS████, 2024a).

Em relação à equipa de Enfermagem, esta é constituída por 20 elementos, incluindo a Enfermeira Responsável. Destes, 19 são EEESIP, o que torna esta equipa altamente qualificada para a prestação de cuidados especializados e em situação de particular complexidade ao RN e família. A equipa da UCIN é ainda composta por pediatras neonatologistas, assistentes operacionais e assistente técnica. Conta ainda com a estreita colaboração de outros profissionais, como por exemplo: assistente social, terapeuta da fala, fisioterapeuta, oftalmologista e psicólogo.

Relativamente ao método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem, assenta no método individual de trabalho. Contudo, apesar da distribuição e atribuição dos utentes pelos enfermeiros escalados para o turno, sobressai a cooperação constante entre os elementos da equipa, em particular em situações de instabilidade e/ou maior complexidade e exigência.

Diferente da realidade dos contextos clínicos anteriores, nos quais o Sclinico® constitui o sistema de informação utilizado para os registos, a UCIN utiliza ainda um suporte em papel para as notas de enfermagem dos RN, sendo o referido aplicativo informático utilizado no contexto de elaboração de notas de transferência e/ou alta clínica. No serviço são também utilizados mapas em suporte papel para a passagem de turno, com vista à transmissão da informação essencial à continuidade de cuidados. A tabela utilizada emprega a técnica ISBAR, com preenchimento da informação correspondente à mnemónica: I (Identificação), S (Situação atual), B («Background» /Antecedentes), A (Avaliação), R (Recomendações) e assegurando, deste modo, a eficácia na comunicação na transição de cuidados, conforme preconizado na Norma nº 001/2017 da DGS (DGS, 2017).

3.3.2. Contexto Clínico C: Análise reflexiva do percurso e dos contributos para a aquisição de competências

Neste espaço, os internamentos mais comuns são motivados por situações de prematuridade. Contudo, o espaço recebe ainda RN de termo com patologias associadas ou decorrentes de alguma complicação perinatal.

Ao longo do percurso na UCIN, houve oportunidade de contactar com situações de maior complexidade, como RN pré-termo extremo e RN portadores de outras condições clínicas que exigiam internamento naquela unidade de cuidados, como por exemplo: patologia cardíaca,

icterícia neonatal com necessidade de fototerapia e dificuldades de alimentação associadas a má progressão ponderal. Independentemente do motivo de internamento, é unanime considerar que todas as situações poderão, potencialmente, ser dificultadoras do processo de transição para a parentalidade.

“O culminar das expectativas criadas ao longo da gestação é o sonho de todas as mães e todos os pais que, ao sabor do inconsciente, concebem 2 filhos por gravidez: o real e o imaginário. Antes de a criança nascer, constroem-na, idealizam-na, dão-lhe vida e, como em qualquer outro sonho, nele vão aparecer as suas aspirações, os seus medos, as suas fantasias e desejos. Aproxima-se o momento mágico do nascimento, em que o bebé imaginário se irá concretizar no bebé real, correspondendo ou não à ideia que os seus progenitores fizeram dele. Inicia-se o processo de parentalidade que nem sempre é fácil e linear, sendo particularmente especial no caso da prematuridade” (Ramos et al., 2020, p.118).

Daqui, pode-se inferir sobre quão determinante é o papel do EEESIP junto das famílias, na promoção do processo de vinculação, face aos fatores de risco que o acometem, bem como na capacitação parental para o desempenho dos seus novos papéis. De acordo com Gomes-Pedro (2017),

“Quando a nossa Intervenção é atempada e, portanto, precocemente dirigida ao Bem-estar da Família, principalmente no fornecimento de oportunidades de adequação e de contingência aquando da sua génese, estaremos a favorecer o desenvolvimento de cada um e o envolvimento de cada um no sistema social que o envolve” (p.192).

Além disso, dotado de conhecimentos e habilidades especializadas, o EEESIP age “como guia, proporcionando aos pais essa viagem de um modo mais partilhado e mais competente” (Gomes-Pedro, 2017, p.293). Neste sentido, atendendo à importância das primeiras vinculações, quer para a sobrevivência, quer para o bom desenvolvimento da criança (Reis, 2003), o EEESIP deve orientar-se para uma prestação de cuidados que promova a permanência dos pais junto ao RN, a sua adaptação ao novo papel, bem como a aquisição de competências parentais, com vista ao adequado envolvimento no processo de cuidados e estabelecimento do vínculo afetivo.

Este contexto clínico representou um grande desafio: o contacto com situações de grande complexidade - quer pela condição clínica de maior instabilidade dos RN, quer pelo papel na gestão das emoções juntos dos pais. Estar rodeada de colegas com uma grande experiência e domínio de competências técnicas, científicas e humanas na área foi determinante. Além das partilhas de conhecimento e reflexões de carácter construtivo, houve possibilidade de observar e colaborar em inúmeras funções, como sejam a preparação das unidades da área de cuidados intensivos, receber o RN no bloco operatório, a transferência para o serviço, e perceber toda a logística, preparação e avaliação subjacente. Tive ainda oportunidade de me envolver no acolhimento aos pais no serviço, constituindo este um momento impactante, ao requerer o domínio sobre o funcionamento do serviço, bem como a preparação dos pais para o

ambiente de cuidados da UCIN. Este momento é de uma enorme «carga» emocional, exigindo do enfermeiro sensibilidade para cuidar dos pais num momento de fragilidade, emotivo, num ambiente muitas vezes «assustador», no qual rodeado de uma panóplia de equipamentos, sons de alarmes e luzes encontram o seu filho(a). O desenvolvimento das habilidades do EEESIP, relacionadas com o autoconhecimento, gestão das emoções e comunicação evidenciam aqui um importante papel. No decurso do estágio, o receio foi dando lugar ao progressivo acréscimo de conhecimentos, confiança e segurança, possibilitando a colaboração e prestação de cuidados aos RN nos diferentes níveis de complexidade. Além disso, procurámos nas atividades desenvolvidas otimizar a permanência dos pais, com vista à promoção do vínculo afetivo e aprendizagem de habilidades relativas aos cuidados ao RN.

Houve ainda possibilidade de acrescer contributos a esta unidade de cuidados, através da vacinação das crianças elegíveis para a vacina «Bacille Calmette-Guérin» - BCG. Habitualmente, as crianças internadas na UCIN que se inserem nos grupos de risco e cumprem os requisitos para a vacina contra a tuberculose de acordo com a Norma nº 006/2016 de 29/06/2016, atualizada a 24/03/2023 (DGS, 2023), são vacinadas no serviço por um enfermeiro do serviço de obstetria. Sendo um procedimento que requer, por parte do enfermeiro que o executa, treino na técnica da administração de injeção intradérmica (Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2016) e detendo competências nessa área, houve oportunidade de as aplicar, partilhando com a equipa de enfermagem informações relativamente à atualização dos critérios de elegibilidade, preparação, técnica associada ao procedimento, possíveis reações adversas, precauções e contraindicações. A experiência em uma realidade de cuidados diferente revelou-se uma mais-valia possibilitando esta partilha de saberes.

No contexto do projeto de intervenção, aliou-se o «background» profissional relativamente a uma área de preferência: o AM. Contudo, embora o acompanhamento no processo de amamentação seja uma constante no dia-a-dia nos CSP, (nas vigilâncias de grávidas de baixo risco, como após o nascimento nas vigilâncias de saúde infantil), olhar a amamentação à luz das condicionantes de uma UCIN trouxe-nos outros desafios e com eles oportunidades de aprendizagem. Foi tendo como mote esta possibilidade que foi construída a «Scoping Review», intitulada “Aleitamento materno em unidade de cuidados intensivos neonatais: desafios e oportunidades para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica” (Apêndice VIII).

Ter uma equipa de colegas que partilha uma «linguagem» e «camisola» comuns na promoção do AM foi significativo, possibilitando a envolvimento e intervenção junto das mães/pais, orientando-os e elucidando-os sobre o AM, dando-lhes suporte prático efetivo, quer

aquando da adaptação à mama, quer nas estratégias a adotar para a prevenção de complicações e para a promoção do seu sucesso.

Acresceu ainda a oportunidade de conhecer um projeto de melhoria contínua do serviço na área do AM.

Os benefícios do LM e do colostro são amplamente reconhecidos pela comunidade científica e entidades da saúde. A colostroterapia, ou administração orofaríngea de reduzidas quantidades de colostro, tem sido recentemente promovida enquanto terapêutica, pela sua função imunológica e imunomoduladora nos RN prematuros e/ou doentes (WHO & UNICEF, 2020).

Assim, em abril de 2024 iniciou-se a implementação de um protocolo de atuação que contempla a prática da colostroterapia aos RN do serviço. Esta utilização não nutricional de LM destina-se a RN com IG igual ou inferior às 32 semanas ou peso ao nascer inferior às 1500gr. Deve ser iniciada o mais precocemente possível após o nascimento (idealmente nas primeiras 24 a 96 horas de vida) e mantido até ao 5º a 7º dia de vida (ULS, 2024b). Para a sua consecução é imprescindível uma adequada articulação entre os serviços, tais como o serviço de obstetrícia ou até mesmo as consultas externas, aquando do seguimento das mães/casais durante o período gestacional. É necessário que exista uma harmonização das práticas clínicas das equipas e dos ensinamentos que são prestados às famílias. Neste sentido, ressalva-se a importância de envolver primeiramente as equipas de saúde, nomeadamente os enfermeiros, com vista a desenvolver competências para a prática de colostroterapia, para que o mais breve possível após o nascimento as mães possam ser incentivadas à recolha de colostro para administração ao bebé e, em simultâneo, iniciem estímulo e manutenção da produção de LM até o AM ser possível. Nesta sequência, surgiu a oportunidade de frequentar uma ação formativa em contexto de serviço, desenvolvida pelas EEESIP responsáveis pelo projeto (Anexo IV – Ação de formação em serviço: Colostroterapia), representando este um momento de partilha e aprendizagem sobre a temática e o projeto.

Tendo tomado conhecimento desta iniciativa no início da passagem pela UCIN, procurámos saber em que medida poderia contribuir para a sua construção. Relembrando o exposto anteriormente, na sequência da discussão para identificação de uma necessidade do serviço, foi referido que seria pertinente a colaboração, através da realização de suporte informativo para os pais, com vista a elucidar e a incentivar o AM precoce e as medidas para manutenção da produção enquanto esta não pode ser realizada devido à imaturidade ou condição clínica do RN. Neste sentido, foi elaborado um Cartaz para ser afixado junto ao espaço de Extração de LM e folhetos para os pais (Apêndices V e VI). Adicionalmente, foi lançado o desafio para a elaboração de uma nota informativa que pudesse ser partilhada entre

os serviços, de modo a sensibilizar as equipas de enfermagem para as questões anteriormente descritas. Assim, foi elaborado um documento informativo, devidamente alicerçado em documentos da UNICEF e OMS, assim como na literatura e evidência científica, com vista à melhoria da prática de cuidados (Apêndice VII).

Em suma, este último contexto de estágio constituiu uma mais-valia na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências numa área de maior especificidade e complexidade como são os cuidados intensivos neonatais. Exigiu aprendizagens no domínio técnico-científico, mas também humano, no âmbito relacional e na gestão de emoções em relação às situações vivenciadas, acrescendo com isso a visão sobre os cuidados em pediatria e uma intensa bagagem promotora de crescimento pessoal e profissional.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Chegado a esta fase, torna-se importante analisar, em retrospectiva, todo o percurso do Curso de Mestrado em Enfermagem. Este remete a todo o aporte teórico dos dois primeiros semestres e do terceiro semestre, através da realização do Estágio Final, nomeadamente das atividades desenvolvidas de cada um dos contextos clínicos, da elaboração do projeto de intervenção e da execução deste relatório. Todas as fases, subjacentes a este caminho, foram orientadas de modo a facilitar a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro especialista, em particular na área de especialidade, e enquanto mestre.

Assim, neste ponto, é preconizado uma análise das competências acima referidas, à luz do respetivo enquadramento legal e regulamentos da OE, fazendo simultaneamente a «ponte» com as experiências e aprendizagens ao longo da jornada do curso que contribuíram para as mesmas.

4.1. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o preconizado no Regulamento n.º 140/2019, a valorização e o reconhecimento da “importância e exigência técnica e científica” (p.4744) associada aos cuidados de Enfermagem conduziu à necessidade de modificações no Estatuto da OE e ao atual Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. A “diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade” (p.4744), moveu a OE no sentido de acompanhar desta evolução, possibilitando a atribuição de título de especialista, em seis especialidades distintas.

Neste sentido, a OE define enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p.4744). Paralelamente às competências de cada um dos ramos da especialidade, prevê-se que os enfermeiros especialistas estejam dotados de

“um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que (...) envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita

avancar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem" (Regulamento n.º 140/2019, p.4744).

Deste modo, e de acordo com o disposto no Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências comuns do enfermeiro especialista são definidas como

"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" (p.4745).

Por sua vez, estas competências estruturam-se nos seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Conforme anteriormente mencionado, todo o percurso formativo foi desenhado e construído, tendo por base este referencial regulador da profissão e os domínios nele explicitados.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista:

"a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);

b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2)" (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Ao longo do Estágio Final, adotou-se uma postura, atitudes e prática de cuidados alicerçadas no corpo normativo, enquadramento legal, ético e deontológico regulador da profissão de Enfermagem. Nos mais diversos contextos clínicos, o agir teve por base a consolidação dos conhecimentos adquiridos, procurando integrar novos conhecimentos à luz das melhores práticas. Participámos nos processos de decisão em equipa, esclarecendo dúvidas com os restantes elementos de forma responsável, atempada e adequada. Em todos os momentos, norteámos-nos pela proteção dos direitos humanos e da criança, tendo uma postura de respeito - pelos valores, crenças, preferências e decisões de cada beneficiário dos cuidados, atendendo à sua singularidade. Existiu sempre a preocupação em assegurar a segurança e a privacidade ao longo da prática de cuidados.

4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista:

- “a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3)” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

No decurso do Estágio Final existiu uma procura constante pelo desenvolvimento das competências inerentes ao domínio da melhoria contínua da qualidade. Através do projeto de intervenção, foi possível identificar oportunidades de melhoria nos serviços, promover a incorporação de novos conhecimentos com recurso à evidência científica, contribuindo ainda para a construção e disseminação de projetos institucionais na área da qualidade, com vista à melhoria da prática de cuidados à criança e família. Neste sentido, no contexto A, após revisão dos documentos existentes sobre a alimentação nos primeiros dois anos de vida, reconheceu-se a necessidade de atualização da informação lá contida, procedendo-se à elaboração de um manual orientador para os enfermeiros. Ainda neste contexto clínico, conforme referido anteriormente, houve oportunidade de observar a realização de auditorias internas, o que acresceu uma melhor compreensão da responsabilidade do enfermeiro especialista neste âmbito. No contexto B, detetou-se a existência de uma lacuna pela ausência de um suporte informativo físico que pudesse ser fornecido aos pais, perante as dúvidas sobre o processo de AC e algumas práticas menos adequadas com que se confrontam os enfermeiros, o que motivou à realização do pequeno livro dirigido aos pais. Por fim, no contexto C, indo a temática do AM ao encontro de um projeto de melhoria contínua em construção no serviço, foi possível desenvolver contributos para o mesmo. Procedeu-se a elaboração de suporte escrito informativo, com vista à sensibilização para a importância do AM precoce e, na impossibilidade imediata da amamentação direta à mama, da extração precoce e regular de LM, para pais e enfermeiros. Ainda neste contexto, relembramos que o tema nos conduziu à realização da «scoping review», sobre os desafios e oportunidades para o EEESIP que o AM em UCIN oferece. Nesta medida, todas as atividades elaboradas potenciaram a aquisição e disseminação de conhecimento, e invariavelmente, o desenvolver destas competências.

Acresce ainda todo o contributo das pesquisas e formações que foram sendo realizadas nos diferentes contextos clínicos, não necessariamente ligadas ao projeto, mas de forma a colmatar necessidades de conhecimentos, assegurando uma prática fundamentada e mais segura.

A prestação de cuidados possibilitou o contacto com famílias de diferentes nacionalidades, culturas e crenças. Consideramos ter promovido um ambiente terapêutico e seguro, respeitador da individualidade de cada criança e família. na manutenção de um ambiente seguro, adotei as medidas de segurança previstas, nomeadamente no contexto de: adequação de recursos, organização de trabalho e comunicação entre os elementos das equipas; preparação e administração de terapêutica; segurança de dados e registos; implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção.

4.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista:

- “a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2)” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

No âmbito da gestão de cuidados, procurámos colaborar ativamente nas decisões em saúde e processos de cuidar. Em articulação com os enfermeiros das equipas, orientámos a prática no sentido de otimizar os cuidados prestados. Além disso, em todas as situações que careciam de encaminhamento e/ou envolvência de profissionais de outras áreas, otimizou-se esse processo. Recordamos a necessidade individualizada de colaboração com serviço de nutrição e fisioterapia em situações vivenciadas no Contexto A; das múltiplas ocasiões de articulação com outros profissionais, como sejam os colegas das equipas de saúde dos CSP, do serviço social ou da identificação da necessidade de orientação para a equipa de pedopsiquiatria, no Contexto B; da estreita comunicação e articulação com outros profissionais e técnicos, como o terapeuta da fala e o assistente social, no Contexto C.

Nos diversos contextos clínicos procurou-se também a otimização dos recursos e da resposta da equipa, delegando tarefas, previamente esclarecidas, a outros profissionais (e.g. assistentes operacionais). Ainda em relação à gestão dos recursos, no Contexto A houve oportunidade de observar e colaborar ativamente com a Enfermeira Responsável na gestão de stocks, pedidos e reposição de material clínico e não clínico, percebendo toda a dinâmica e organização subjacente e o papel do especialista (em funções de chefia e/ou gestão) nesta área.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista

- “a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2)” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Todo o percurso de Estágio Final incrementou o desenvolvimento profissional e, indissociavelmente, o desenvolvimento pessoal, na ótica do autoconhecimento e do reconhecimento do impacto deste na prestação de cuidados e na relação com os beneficiários dos nossos cuidados e equipas.

A prática de cuidados nos diferentes contextos clínicos suscitou necessidades e oportunidades de aquisição e consolidação de conhecimentos, pelo que a investigação esteve sempre presente, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades teórico-práticas enquanto profissional.

4.2. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

De acordo com o Regulamento n.º 422/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o EEESIP tem o seu foco de ação numa “fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade” (p.19192). Ao integrar a importância e o papel da família para a criança, no seu crescimento e desenvolvimento, em todo o processo de saúde/doença, o EEESIP tem como beneficiários dos seus cuidados a criança e a família, atuando em parceria com a mesma, nos mais diversos contextos em que a criança se insere, no sentido de “promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Regulamento n.º 422/2018, p.19192).

De entre as suas áreas de atuação, destacam-se

“a 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 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, p.19192).

Em conformidade com este complexo e multidimensional espectro de intervenção do EEESIP, a OE define como competências específicas desta área de especialidade: assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento n.º 422/2018).

Tendo em linha de conta os descritivos, unidades de competência e critérios de avaliação que caracterizam cada uma das competências, passamos a analisá-las em maior detalhe, articulando as aprendizagens que contribuíram para a sua consecução.

4.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

No que concerne à competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, o EEESIP “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” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193).

Sendo os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados indissociáveis do cuidar em pediatria, ao longo dos diversos contextos clínicos procurou alicerçar-se a realidade da prática de cuidados a estes pilares conceituais, incentivando a presença contínua e participação ativa dos pais/cuidadores nas decisões e processo de cuidados. A adequação da comunicação foi constante, atendendo à idade e estadió de desenvolvimento de cada criança/jovem; respeitando as características da família, como por exemplo a sua cultura, crenças, etnia. A ressaltar a importância da adequação da comunicação, uma vez que conduz ao estreitamento da relação entre o enfermeiro e as famílias, dando espaço ao potencial terapêutico que a partir daí se desenvolve. Conforme já explicitado anteriormente e previamente documentado, qualquer permanência num hospital se traduz em impacto mais ou menos adverso para a criança. Cabe ao EEESIP, munido das suas competências de comunicação e albergando a filosofia dos cuidados atraumáticos, amenizá-la através da forma como acolhe, fala e age com a criança e família, no sentido de minimizar a sua ansiedade, desconforto, dor e mal-estar.

Foram aproveitadas as oportunidades para promover a otimização da saúde a criança/jovem, envolvendo os pais/cuidadores no sentido da capacitação para a gestão do processo saúde/doença, nomeadamente da adoção de comportamentos promotores de saúde. Este ponto remete-nos para o projeto de intervenção, e para as atividades levadas a cabo no sentido de promover hábitos alimentares saudáveis desde o nascimento, na procura pela maximização do potencial de saúde.

Adicionalmente, foram desenvolvidas competências em relação às doenças mais comuns da infância e, em articulação com os elementos da equipa, procurando identificar situações de risco e/ou carecedoras de sinalização e encaminhamento para outros profissionais. Neste sentido, todos os momentos de partilha, discussão e reflexão com os supervisores clínicos e

colegas dos serviços, evidenciaram-se como um importante contributo, na medida em que a sua maior experiência potencia esta maior atenção aos detalhes desde o momento de uma primeira avaliação inicial.

4.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Relativamente à competência “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, o EEESIP “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”, “Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados”, “Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” e “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193).

Considerando o percurso profissional individual, associado aos CSP, o contexto do cuidado à criança/jovem e família em situações de especial complexidade representou um desafio, pessoal e profissional. O aporte teórico dos primeiros dois semestres do Curso de Mestrado foram fundamentais para relembrar, adquirir e consolidar conhecimentos, mobilizados em contexto de Estágio Final. Não obstante, todo o percurso nos diferentes contextos clínicos requereu uma permanente pesquisa da literatura, de forma a conduzir a uma prática informada, segura e com base na evidência. Os conhecimentos e habilidades conseguidas, a partir das formações realizadas: Curso de Básico de Vida Pediátrico e Curso de Emergências Pediátricas, favoreceram de igual modo o desenvolvimento destas competências.

Para além das situações de instabilidade clínica, também a abordagem nas doenças raras, doenças crónicas e oncológicas, com que nos confrontámos ao longo do Estágio Final, exigiu uma maior preparação e investimento no saber-saber, saber-fazer, saber-ser e saber-estar. O papel dos supervisores clínicos foi imprescindível, numa perfeita articulação entre o cuidar e simultaneamente, o facilitar e potenciar o meu processo de aprendizagem, com toda a partilha de saberes e incentivo à participação nos cuidados prestados. As situações vivenciadas, de doenças raras, crónicas e oncológicas, incitaram também a aprendizagem de diversa ordem: compreensão das doenças, dos processos de transição e adaptação das famílias, e de toda a dinâmica e genuína essência do cuidar em parceria.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem é uma preocupação do EEESIP, tendo sido possível verificar que existe de facto a sensibilidade e procura por otimizar

as respostas, de âmbito não farmacológico e farmacológico para garantir o seu alívio. Neste sentido, foi também possível desenvolver competências relativamente à gestão da dor, com base na idade e estadio de desenvolvimento da criança, experiência de dor e (quando aplicável) do procedimento/intervenção a realizar.

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

Por fim, em relação à competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, o EEESIP “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”, “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais”, “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” e “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193).

Ao longo da prestação de cuidados nos diferentes contextos clínicos do Estágio Final, foram demonstrados conhecimentos e capacidade de avaliação em relação ao crescimento e desenvolvimento infantil. Neste trajeto, houve oportunidade de contactar com todo o espectro de idade pediátrica o que nos possibilitou adequar a linguagem e os cuidados antecipatórios a realizar à criança/jovem e família, tendo como objetivo promover o seu melhor desenvolvimento. Aqui, incluem-se as diversas áreas preconizadas no PNSIJ, como a amamentação, a alimentação, a atividade física, os hábitos de sono, os acidentes e segurança, a vacinação, a escola ou as perturbações do comportamento. Também o projeto foi pensado no sentido de atender a esta linha orientadora da prática do EEESIP, quer através da introdução das recentes orientações, recomendações e evidências para os profissionais de saúde, como para os pais e cuidadores, objetivando um maior conhecimento e determinação para uma alimentação saudável, desde o nascimento.

Na UCIN, o EEESIP assume um papel preponderante na promoção da vinculação. Sendo detentor de uma posição privilegiada, pelas suas competências acrescidas e proximidade dos beneficiários dos cuidados, o EEESIP possui os conhecimentos e habilidades para avaliar a transição para a parentalidade e intervir, promovendo um comportamento interativo com o RN. Assim que possível, o EEESIP desencadeia também intervenções, no sentido de promover o contacto físico entre os pais e o RN (através da implementação do método canguru, por exemplo), o progressivo envolvimento e participação dos pais nos cuidados e a amamentação.

Como já referido anteriormente, os diferentes contextos de estágio possibilitaram o desenvolvimento de competências de comunicação, adequados a cada binómio criança/jovem e família, e suas particularidades.

Os contextos clínicos A e B ofereceram algumas oportunidades de prestação de cuidados a adolescentes, as quais possibilitaram o incentivo à expressão de emoções, tendo sido fomentado junto dos mesmos a sua autoestima e papel colaborativo nas decisões sobre a sua saúde e comportamentos promotores da mesma.

4.3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o Artigo 15º do Decreto-lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, o grau de mestre é atribuído a todos aqueles que ao frequentarem o ciclo de estudos para o efeito, demonstrem aprovação nas UC incluídas no plano de estudos. Subjacente a este processo está a comprovação das seguintes competências:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-lei n.º 63/2016, p.3174).

Ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem houve oportunidade para desenvolver conhecimentos e habilidades na área de investigação. Este treino iniciou-se nas UC subjacentes à componente teórica do curso, através dos diversos trabalhos elaborados. Aquando do Estágio Final, foi dada continuidade a este processo de aquisição de competências, através da constante procura por validação ou novo aporte de conhecimentos, na literatura e bases de dados científicas, tendo em vista uma PBE e a qualidade dos cuidados prestados na área de especialidade nos diferentes contextos clínicos. O projeto de intervenção, através da metodologia de projeto, solicitou a uso dessas mesmas competências, através da formulação de um

problema, integrando conhecimentos e desenvolvendo ações com vista à sua resolução. A elaboração do artigo científico possibilitou, de igual modo, a aplicação dos fundamentos de investigação e de pesquisa, desde a identificação e definição da questão de investigação, à pesquisa, compreensão e sistematização dos resultados e respetivas conclusões. Com a elaboração do presente Relatório Final, pretende-se que esta se constitua prova desse processo de integração de conhecimentos, através da comunicação do percurso desenvolvido, de forma detalhada e sistematizada, até à análise e reflexão das aprendizagens alcançadas.

Face ao exposto cremos que todas as atividades contribuíram para a aquisição de importantes ferramentas para o desenvolvimento profissional e prática futura.

5. CONCLUSÃO

A elaboração do Relatório de Estágio Final representa o aproximar do final de uma importante etapa académica e profissional. Inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, este documento vem colmatar todo o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas que as diferentes UC, teóricas e práticas, incitaram. Desta forma, pode também ser encarado como um instrumento, na medida em que possibilitou a reflexão e análise das vivências e aprendizagens ao longo dos diferentes contextos de prática clínica e, simultaneamente, do projeto de intervenção implementado.

O projeto desenvolvido centrou-se nos contributos do EEESIP na área da alimentação da criança nos primeiros dois anos de vida, tendo como linha condutora a “Segurança e Qualidade de Vida”. Nesta perspetiva, ele foi desenhado a partir de todo um enquadramento, baseado na literatura e evidências sobre o tema.

O AM e uma diversificação alimentar adequada estão associados a padrões alimentares mais saudáveis na infância e idade adulta, sendo por isso protetores e promotores do desenvolvimento, crescimento e saúde da criança a curto, médio e longo prazo. Por outro lado, dizem-nos as evidências que apesar da (generalizada) facilidade de acesso à informação, se verifica falta de regulamentação que proteja as crianças e as famílias, em relação à promoção de leites de substituição, vulgo LA, e de produtos de alimentação para crianças. Associados a esta lacuna também a indústria de «marketing» induz ao consumo, muitas vezes erróneo, de alimentos não adequados na primeira infância. As taxas de AM, em particular de AME até aos seis meses continuam ainda bastante aquém do que seria desejável. Verifica-se um excesso de consumo de alimentos ricos em açúcar desde uma fase precoce da vida e estatisticamente, o excesso de peso e a obesidade infantil alertam-nos para a necessidade urgente de contrariar esta tendência.

Neste sentido, o EEESIP detém um papel fundamental. Tendo por base as suas competências, enquanto especialista, nomeadamente na área de especialidade, está apto a intervir de forma diferenciada junto do binómio criança-família, nos mais diversos contextos, no sentido de promover hábitos alimentares saudáveis desde o nascimento. No seu espectro de ação, há espaço para a importante disseminação do conhecimento baseado na evidência, procurando ser um elemento de referência e conduzir à integração das melhores práticas nos contextos

profissionais. Por outro lado, está habilitado a trabalhar com as famílias no sentido de as empoderar e capacitar para escolhas e práticas mais salutaras, dando o suporte necessário, continuado e integrado para o efeito.

Na sequência do exposto anteriormente, foram delineadas algumas estratégias e implementadas intervenções com vista a uma resposta, de acordo com necessidades identificadas nos contextos clínicos, e que pudessem contribuir para uma melhoria da prática de cuidados e facilitar a intervenção do EEESIP neste campo. De forma transversal, foram implementadas atividades com vista à sensibilização e esclarecimento sobre a alimentação nos primeiros dois anos de vida, integrando orientações sobre a AC, dirigida aos pais/cuidadores e aos enfermeiros, nos contextos de Internamento de Pediatria e Urgência Pediátrica. Na UCIN, foram desenvolvidas atividades com vista à sensibilização e promoção do AM precoce, junto dos pais e das equipas de Enfermagem. Por outro lado, este último contexto, pelas potenciais barreiras à amamentação alinhadas com a complexidade inerente a uma UCIN, conduziu ao desenvolvimento de um artigo científico que incrementasse o conhecimento sobre os desafios e oportunidades ao AM.

Porém, nenhum percurso isento de limitações e/ou obstáculos. Neste sentido, uma das atividades planeadas, a apresentação do manual “A alimentação da criança dos 0 aos 2 anos de vida: Guia de orientação para profissionais de saúde”, prevista no âmbito do planeamento do projeto de intervenção não conseguiu ser concretizada, conforme exposto anteriormente. A própria escassez de tempo foi sentida como uma limitação ao planeamento e concretização de mais atividades, face ao número de horas de contacto de cada contexto clínico e a manutenção, em simultâneo, das restantes responsabilidades profissionais e pessoais. Ainda assim, realizado o balanço geral do projeto, todo o processo envolveu importantes etapas de aprendizagem com as atividades levadas a cabo, nomeadamente em relação às competências de investigação e pesquisa, incitando a compreensão do fenómeno teoria-prática e de que forma estes conceitos se alimentam mutuamente. Este facto orientou-nos para a importância do investimento contínuo na investigação enquanto caminho para uma prestação de cuidados de qualidade.

Por sua vez, a prestação de cuidados nos diferentes contextos clínicos permitiu de igual modo uma articulação, mobilização e integração de novos conhecimentos na área de especialização, enriquecendo todo o processo de desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas, exigidas ao EEESIP.

Assim, cremos que o objetivo inicialmente proposto foi alcançado, contribuindo todas as atividades desenvolvidas de forma ativa para o desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e

competências necessárias para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista, EEESIP e Mestre.

O trajeto no Curso de Mestrado de Enfermagem não foi linear, tendo havido necessidade de interrupção na fase pandémica e, por questões de ordem pessoal, apenas conseguiu ser retomado em 2023. Requereu, por isso, um esforço acrescido pela necessidade de reavivar os conhecimentos adquiridos no primeiro ano do curso. O período de realização do Estágio Final exigiu uma multiplicidade de papéis, nem sempre fáceis de compatibilizar. Não obstante, foi um caminho de crescimento, pessoal e profissional, marcado pela superação dos desafios propostos.

BIBLIOGRAFIA

- Antunes, J. J., Almeida, S., Leite, R. B., Moita, C., & Martins, S. (2021). Feeding and growth patterns in the first years of life: Assessment of children from two family health units of the municipality of Cascais. *Lusíadas Scientific Journal*, 2(4), 132-141. <https://doi.org/10.48687/ljsj.v2i4.78>
- Apolinário, M. I. C. G. (2012). Cuidados centrados na família: Impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 83-92. <https://scielo.pt/pdf/ref/vserlIn7/serlIn7a09.pdf>
- Associação Portuguesa de Nutrição [APN]. (2019). *Alimentação no primeiro ano de vida*. https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf
- Capra, M. E., Decarolis, N. M., Monopoli, D., Laudisio, S. R., Giudice, A., Stanyevic, B., Esposito, S., & Biasucci, G. (2024). Complementary feeding: Tradition, innovation and pitfalls. *Nutrients*, 16(5), 737. <https://doi.org/10.3390/nu16050737>
- Carmo, M., Rocha, E., Bentes, M., & Soares, C. (2020). A Criança e o Jovem Submetidos a Procedimento Cirúrgico. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 218-230). Lidel
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020a). Modelos de cuidados em saúde infantil e pediatria. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 26-27). Lidel.
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020b). Cuidados centrados na família. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 28-32). Lidel.
- Comité Português para a UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos* (Edição revista). https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- Decreto-lei n.º 63/2016, de 13 de setembro. *Diário da República, Série I*(176). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/63-2016-75319452>

- Despacho nº 13056/2023, de 20 de dezembro. *Diário da República, Série II(244)*.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13056-2023-808130290>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (Norma nº 010/2013 de 31 de maio). <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma n.º 001/2017 de 02 de agosto). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019a). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de orientação para profissionais e educadores*.
<https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019b). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022a). *Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2022b). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030*. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2023/03/DGS_PNPAS_202230_02_03_23.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2023). *Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG* (Norma nº 006/2016 de 29 de junho, atualizada a 24 de março de 2023).
<https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030231.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2024). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2023*. <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2024/05/Relatorio-PNPAS-2023.pdf>
- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 40-55). Lidel.
- Fernandes, C., Martins, F., Santos, A. F., Fernandes, M., & Veríssimo, M. (2023). Complementary feeding methods: Associations with feeding and emotional responsiveness. *Children*, 10(3), 464. <https://doi.org/10.3390/children10030464>

- Ferreira, M. M. C., & Costa, M. G. F. A. (2016). Cuidar em parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (30), 51–58. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8434/6020>
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Fidler Mis, N., Hojsak, I., Hulst, J. M., Indrio, F., Lapillonne, A., & Molgaard, C. (2017). Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(1), 119-132. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
- Figueira, M., Cruz, A. R., Castela, I., Bica, M., & Gregório, M. J. (2024). *Exposição de mulheres grávidas e mães portuguesas ao marketing digital de substitutos de leite materno e produtos para alimentação complementar: Estudo piloto da ferramenta CLICK da OMS Europa*. Direção-Geral da Saúde. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2024/05/DGS_PNPAS_MKT_Digital24_Relatorio.pdf
- Gomes-Pedro, J. (2017). *Pensar a criança: Sentir o bebé*. Zero a Oito.
- Gonçalves, G. (2018). BLW ou autoalimentação a partir dos 6 meses. In C. L. Pincho (Ed.), *Amamentar – A escolha natural para o seu bebé* (pp. 262-266). Livros Horizonte.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *WONG – Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.) Lusociência.
- Hospital do [REDACTED], E.P.E. [H[REDACTED]] (2022). *Plano de Atividades & Orçamento 2023/2025*. [https://www.\[REDACTED\].min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2023/01/Plano-de-Atividade-e-Or%C3%A7amento_2023.2025.pdf](https://www.[REDACTED].min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2023/01/Plano-de-Atividade-e-Or%C3%A7amento_2023.2025.pdf)
- Hospital do [REDACTED], E.P.E. [H[REDACTED]] (n.d.). *Pediatria: Guia de Acolhimento*. [https://www.\[REDACTED\].min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2021/08/guia-pediatria-18.09.2015_compressed.pdf](https://www.[REDACTED].min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2021/08/guia-pediatria-18.09.2015_compressed.pdf)
- Hospital do [REDACTED], E.P.E. [H[REDACTED]]. (n.d.). *Unidade de Neonatologia: Guia de Acolhimento*. [https://www.\[REDACTED\].min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2021/08/guia-pediatria-18.09.2015_compressed.pdf](https://www.[REDACTED].min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2021/08/guia-pediatria-18.09.2015_compressed.pdf)
- Hoyos, G. P. A., Borjas, D. M. B., Ramos, A. S., & Meléndez, R. M. O. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16-23. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>

- Hutchinson, J., Rippin, H., Threapleton, D., Jewell, J., Kanamäe, H., Salupuu, K., Caroli, M., Anti-gnani, A., Pace, L., Vassallo, C., Lande, B., Hildonen, C., Rito, A. I., Santos, M., Gabrije-Icic Blenkus, M., Sarkadi-Nagy, E., Erdei, G., Cade, J. E., & Breda, J. (2021). High sugar content of European commercial baby foods and proposed updates to existing recommendations. *Maternal & Child Nutrition*, 17(e13020). <https://doi.org/10.1111/mcn.13020>
- Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde. (2023a). *Ficha de unidade: Relatório*. <https://pae.ipportalegre.pt/repositoryStream/532105>
- Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde. (2023b). *Ficha de unidade: Estágio Final*. <https://pae.ipportalegre.pt/repositoryStream/532109?null>
- Ivnuk, L. P., Ferreira, M. C., Farias, O. F., Bello, S. R. D. B., Pazello, C. T., Rodrigues, S. G. S., & Silva, R. W. (2023). Seletividade alimentar infantil: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(12), 1–10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i12.44099>
- Lopes, J. M. L., & Chora, M. A. F. C. (2019). Aleitamento materno: Fatores que contribuem para o abandono precoce. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(2), 1797-1809. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2019.5\(2\).1797](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2019.5(2).1797)
- Maier-Nöth, A., Schaal, B., Leathwood, P., & Issanchou, S. (2016). The lasting influences of early food-related variety experience: A longitudinal study of vegetable acceptance from 5 months to 6 years in two populations. *PLoS ONE*, 11(3), e0151356. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151356>
- Mendes, M. G. S. R., & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: Do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Referência*, 6, 113-121. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19941/3/Parceria%2520nos%2520cuidados%2520de%2520enfermagem%2520em%2520pediatria.pdf>
- Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2016). *Parecer nº 04/2016: Administração da prova de tuberculina e da vacina da BCG por enfermeiros especialistas*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_04_2016_AdministracaoVacinaBCGProvaTuberculinaEEC.pdf

- Monteiro, A. J., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 33-38). Lidel.
- Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem* (2ª ed.). Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume I*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Orfão, A., Santos, Á., Gouveia, C., & Santos, C. (2014). *Registo de Aleitamento Materno: Relatório janeiro a dezembro 2013*. Direção-Geral da Saúde.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013.aspx>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*.
https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf
- Pereira, M. (2020). *O bebé sabe comer*. Chá das Cinco.
- Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 118-134). Lidel.
- Rapley, G., & Murkett, T. (2017). *Os bebés sabem comer sozinhos*. Matéria-Prima.
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República, Série II*(26).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. *Diário da República, Série II*(133).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Reis, N. (2003). De Feto a Bebê. In E. Sá (Ed.), *Psicologia do feto e do bebé* (3ª ed., pp. 15-32). Fim de Século.
- Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M. do C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T. S., Dinis, A., & Rascôa, C. L. (2023). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/8630>

- Rodrigues, H. (2023). *Porque é que o meu filho se comporta assim*. Contraponto.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. ISSN 1646-5067.
- Santi, D. B., & Baldissera, V. D. A. (2023). Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. *Saúde Debate*, 47(139), 993-996. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313919>
- Saraiva, H., & Sousa, A. (2022). *Cuidados diferenciados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lidel.
- Taffner, V. B. M., Pimentel, R. R. S., Almeida, D. B., Freitas, G. F., & Santos, M. J. (2022). Teorias e Modelos de Enfermagem como referenciais teóricos de teses e dissertações brasileiras: estudo bibliométrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0201>
- Tavares, P. P. (2020). Apreciação em Enfermagem da Criança e do Jovem: No Contexto do Internamento. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 95-103). Lidel.
- Thompson, S. R., Watson, M. C., & Tilford, S. (2017). The Ottawa Charter 30 years on: still an important standard for health promotion. *International Journal of Health Promotion and Education*, 56(2), 73–84. <https://doi.org/10.1080/14635240.2017.1415765>
- Unidade Local de Saúde do [REDACTED] [ULS [REDACTED]]. (2021). *Pediatria*. [https://www.\[REDACTED\].min-saude.pt/2020/01/08/pediatria/](https://www.[REDACTED].min-saude.pt/2020/01/08/pediatria/)
- Unidade Local de Saúde do [REDACTED] [ULS [REDACTED]]. (2024a, 7 de março). *Neonatologia - Informações Úteis*. [https://www.\[REDACTED\].min-saude.pt/2024/03/07/neonatologia-informacoes-uteis/](https://www.[REDACTED].min-saude.pt/2024/03/07/neonatologia-informacoes-uteis/)
- Unidade Local de Saúde do [REDACTED] [ULS [REDACTED]]. (2024b, 22 de maio). *FAQ Colostroterapia*. [https://www.\[REDACTED\].min-saude.pt/2024/05/22/faq-colostroterapia/](https://www.[REDACTED].min-saude.pt/2024/05/22/faq-colostroterapia/)
- Unidade Local de Saúde do [REDACTED] [ULS [REDACTED]]. (2023). *Perfil de saúde 2022: [REDACTED]*. [https://www.\[REDACTED\].min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2023/11/Perfil-de-Sa%C3%BAdade-do-\[REDACTED\]-2023.pdf](https://www.[REDACTED].min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2023/11/Perfil-de-Sa%C3%BAdade-do-[REDACTED]-2023.pdf)
- Unidade Local de Saúde do [REDACTED] [ULS [REDACTED]]. (n.d.). *Serviço de Urgência Médico Cirúrgica – Hospital de [REDACTED]*. [https://www.\[REDACTED\].min-saude.pt/category/servicos/servicos-clinicos/](https://www.[REDACTED].min-saude.pt/category/servicos/servicos-clinicos/)

- United Nations Children's Fund. [UNICEF], & World Health Organization [WHO]. (2023). *Global breastfeeding scorecard 2023 rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support*. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/150586/file/Global%20breastfeeding%20scorecard%2023.pdf>
- Vaz, F. & Trigo, R. (2020). Cuidar da Criança, Jovem e Família em Situações Especiais: A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 293-309). Lidel.
- Victor, J. F., Lopes, M. V. O., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235-240. <https://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>
- World Health Organization [WHO], & United Nations Children's Fund. [UNICEF]. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf?sequence=1>
- World Health Organization [WHO], & United Nations Children's Fund. [UNICEF]. (2018). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: Implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?sequence=19>
- World Health Organization [WHO], & United Nations Children's Fund. [UNICEF]. (2020). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333686/9789240005648-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization [WHO]. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf?sequence=1>
- World Health Organization [WHO]. (2020). *The best start in life: Breastfeeding for the prevention of noncommunicable diseases and the achievement of the Sustainable Development Goals in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe. https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/country-sites/the-best-start-in-life-eng.pdf?sfvrsn=7d15ae1a_1&download=true
- World Health Organization [WHO]. (2023a, 20 de dezembro). *Infant and young child feeding*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

World Health Organization [WHO]. (2023b). *WHO guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373358/9789240081864-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization [WHO]. (2024, 1 de março). *Obesity and overweight*. WHO.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

APÊNDICES

Apêndice I – Planeamento do Projeto

Objetivo geral: Promover uma alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida da criança;				
Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Recursos a utilizar		Indicadores de avaliação
		Materiais	Humanos	
Identificar as principais necessidades e dificuldades sentidas pelos pais/cuidadores, percebidas pelas equipas de enfermagem;	Entrevista exploratória e aberta com o Supervisor Clínico, Enfermeiro Responsável/ em funções de chefia e (quando aplicável) com outros elementos-chave, nos diferentes contextos clínicos;	Sala de reunião/gabinete de enfermagem;	Supervisores clínicos; Enfermeiros Responsáveis/ em funções de chefia; Outros informantes-chave das equipas de enfermagem;	Que 100% das entrevistas sejam realizadas nos diferentes contextos clínicos;
Desenvolver competências na área do AM e diversificação alimentar nos primeiros dois anos de vida	Pesquisa bibliográfica; Aplicar os conhecimentos adquiridos/desenvolvidos, no âmbito da prestação de cuidados; Desenvolver um artigo científico na área do AM em UCIIN; Frequentar ações formativas na área;	Computador; Bases de dados científicas; Fontes bibliográficas;	Docente orientador; Supervisores Clínicos; Enfermeiros Responsáveis/ em funções de chefia; Pais/famílias, inseridos nos diferentes contextos clínicos;	Que o artigo científico seja elaborado;
Sensibilizar as equipas de enfermagem para a promoção de uma alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida;	Elaboração do manual “A alimentação da criança dos 0 aos 2 anos de vida: Guia de orientação para profissionais de saúde”;	Sala de reunião/gabinete de enfermagem; Computador;	Docente orientador; Supervisores clínicos; Enfermeiros Responsáveis/	Que 100% dos informantes-chave das equipas de enfermagem dos contextos clínicos de Estágio Final tenham conhecimento do

	Apresentação do manual “A alimentação da criança dos 0 aos 2 anos de vida: Guia de orientação para profissionais de saúde”; Elaboração de documento informativo “O aleitamento materno precoce e a sua importância para o sucesso da amamentação: Informação aos profissionais de saúde”;	<i>Software: Word;</i> Bases de dados científicas; Fontes bibliográficas; Impressora; Papel: A4.	em funções de chefia; Outros informantes-chave das equipas de enfermagem; Equipas de Enfermagem;	projeto de intervenção; Que o manual “A alimentação da criança dos 0 aos 2 anos de vida: Guia de orientação para profissionais de saúde” seja elaborado; Que o manual “A alimentação da criança dos 0 aos 2 anos de vida: Guia de orientação para profissionais de saúde” seja apresentado em contexto de formação em serviço; Que o documento informativo “O aleitamento materno precoce e a sua importância para o sucesso da amamentação: Informação aos profissionais de saúde” seja elaborado;
Capacitar os pais/cuidadores para a promoção de uma alimentação saudável nos primeiros dois anos de vida.	Elaboração de livreto “Diversificação alimentar dos 0 aos 12 meses de vida: Guia de orientação para pais e cuidadores”; Elaboração do cartaz “O aleitamento materno na Neonatologia”; Elaboração do folheto	Computador; Software: Word, Publisher, Canva; Bases de dados científicas; Fontes bibliográficas; Impressora;	Docente orientador; Supervisores Clínicos; Enfermeiros Responsáveis/em funções de chefia; Pais/famílias, inseridos nos diferentes contextos clínicos	Que o livreto “Diversificação alimentar dos 0 aos 12 meses de vida: Guia de orientação para pais e cuidadores” seja elaborado; Que o cartaz “O aleitamento materno na Neonatologia” seja elaborado; Que o folheto informativo “O

	informativo “O aleitamento materno na Neonatologia: Informação aos pais”;	Papel: A3, A4, A5;		aleitamento materno na Neonatologia: Informação aos pais” seja elaborado.
--	---	--------------------	--	---

Apêndice II – **Cronograma do Projeto**

Datas/ Estágio Final	Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março				Abril				Maio				Junho				Julho				Agosto			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
Atividades					Contexto A				Contexto A				Contexto B				Contexto C																							
					Contexto A				Contexto A				Contexto B				Contexto C																							
					Contexto A				Contexto A				Contexto B				Contexto C																							
					Contexto A				Contexto A				Contexto B				Contexto C																							
Pesquisa bibliográfica																																								
Entrevista exploratória informal com o enfermeiro responsável/em funções de chefia e supervisor clínico (e informante-chave adicional, quando aplicável)																																								
Apresentação do tema do projeto em reunião informal																																								
Elaboração do manual “A alimentação da criança																																								

[illegible]

[illegible]

Apêndice III – A alimentação da criança dos 0 aos 2 anos de vida: Guia de orientação para profissionais de saúde



A Alimentação da Criança dos 0 aos 2 Anos de Vida

Guia de orientação para profissionais de saúde

Elaborado por: Cátia Jesus
(Aluna do Mestrado de Enfermagem em Associação - Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria Antónia Chora

JANEIRO
2024

OS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIDA COMO UMA IMPORTANTE 'JANELA DE OPORTUNIDADE'

À luz das mais recentes evidências, pode afirmar-se que o intervalo de tempo que decorre desde a concepção até aos dois anos de vida representa "uma janela de oportunidade ímpar na otimização do crescimento e desenvolvimento, bem como na modelação da saúde futura, nomeadamente na prevenção de doenças crónicas não transmissíveis" (Associação Portuguesa de Nutrição (APN), 2019a, p. 6).

A alimentação durante os primeiros dois anos de vida tem um papel determinante no processo de saúde/doença em todo o ciclo vital. Uma alimentação inadequada pode impactar o desenvolvimento cognitivo e potenciar o aparecimento de doenças crónicas como a obesidade, a diabetes, a hipertensão, o cancro, entre outros (APN, 2019a).

Este período cronológico envolve, naturalmente, diferentes necessidades nutricionais e energéticas, coincidentes com as várias etapas do crescimento, desenvolvimento motor, sensorial, cognitivo e maturação dos diferentes aparelhos, sistemas e órgãos da criança (Direcção-Geral de Saúde (DGS), 2019).



ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA DOS 0 AOS 2 ANOS DE VIDA

Guia de orientação para profissionais de saúde

Nota introdutória

Este guia de orientação está integrado no 'Manual Orientador Para Enfermeiros e Pais – 0 os 18', que se encontra no Serviço de Pediatria do Hospital do [redacted] Local de Saúde do [redacted] EPE) e é dirigido aos enfermeiros desta unidade de cuidados. Pretende ser um instrumento de apoio ao exercício profissional do enfermeiro e do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, bem como ao desenvolvimento das suas competências sobre a alimentação na primeira infância, em particular sobre o processo de diversificação alimentar e introdução à dieta familiar até aos dois anos de vida.

Nele constam orientações das principais comissões científicas da área de pediatria e nutrição nacionais e internacionais. A partir destas, os profissionais deverão basear a sua prática, de forma a promover e capacitar as famílias para uma alimentação saudável assim como a maximizar o desenvolvimento e potencial de saúde das crianças desde o mais precocemente possível.



PRIMEIRO ANO DE VIDA

Alimentação láctea exclusiva

Após o nascimento, o leite materno é incontestavelmente o alimento de eleição, apto a suprir as necessidades nutricionais do lactente nos primeiros seis meses de vida (DGS, 2019).

Além da sua adequação nutricional e papel protetor, para lactente e lactante, o aleitamento materno (AM) promove na criança importantes ferramentas futuras, como a sua capacidade de autorregulação e mecanismos de apetite e saciedade (APN, 2019a).

Nesta fase inicial, a alimentação da criança começa por ser exclusivamente láctea, idealmente com leite materno, devendo depois manter-se a amamentação até aos 24 meses ou mais, a par do processo de diversificação alimentar e introdução da dieta familiar que acontece previsivelmente por volta dos 6 meses (DGS, 2019; World Health Organization (WHO), 2017).

Nas situações em que o AM não seja possível ou caso seja insuficiente, deve seguir-se o mesmo princípio de alimentação exclusivamente láctea, com recurso (em complementaridade ou de forma alternativa) ao leite artificial. É importante referir ainda que, não existindo contraindicação à amamentação, esta deve pelos seus amplos benefícios ser promovida, mesmo que ocorra em regime misto ou por um período inferior ao recomendado (DGS, 2019).

PRIMEIRO ANO DE VIDA Diversificação Alimentar

Entende-se por diversificação alimentar o **processo de introdução de novos alimentos que não o leite**, numa fase em que este, por si só, não é mais suficiente para cobrir as necessidades nutricionais e desenvolvimentais do lactente. Esta transição deverá ocorrer de forma progressiva até à introdução da dieta familiar, paralelamente à diminuição da ingestão de leite (materno e/ou artificial).

Esta etapa reveste-se de particular importância, pelo seu poder em moldar as preferências e hábitos alimentares para o futuro.

(DGS, 2019)

◊ que dizem as entidades de referência na área da pediatria e nutrição sobre quando iniciar a Alimentação Complementar (AC)?

Organização Mundial da Saúde

- O AM deve manter-se até aos 2 anos ou mais;
- A AC deve acontecer **aos 6 meses**, em complementaridade com a amamentação;
- A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece, contudo, que em situações particulares pode haver benefício de uma introdução alimentar mais precoce.

(WHO, 2023)

Academia Americana de Pediatria

- A amamentação deve ser continuada, em conjunto com a AC, durante pelo menos 2 anos ou mais, conforme desejado pela mãe e pelo bebé;
- A introdução de sólidos deve acontecer **por volta dos 6 meses** de vida.

(American Academy of Pediatrics, 2012, 2023)

Associação Portuguesa de Nutrição/ Direção-Geral da Saúde

- Para a maioria dos lactentes saudáveis, o AM exclusivo tem espaço nos primeiros 6 meses de vida, devendo depois acompanhar o processo de AC, e manter-se até aos 2 anos;
- O início da AC deve acontecer **entre os 4 e os 6 meses**, não antes desta data e o **mais próximo possível do 6º mês**;
- Esta transição implica uma correta apreciação da maturidade do bebé, relacionando-se também com a sua evolução ponderal.

(APN, 2019a; DGS, 2019)

Sumariamente, as entidades acima referenciadas defendem que a alimentação da criança na primeira infância contempla importantes fases. De uma forma unânime, todas têm como referencial de excelência para a primeira fase da vida o aleitamento materno exclusivo, seguida posteriormente pela fase de introdução de sólidos que poderá acontecer num intervalo variável entre os 4 e os 6 meses de vida, atendo a fatores como a segurança, necessidades e maturidade do lactente.

Os benefícios do aleitamento materno são sobreponíveis ao primeiro semestre de vida, pelo que este deverá manter-se enquanto o processo de introdução de novos alimentos acontece, de modo progressivo no primeiro ano e até pelo menos aos 2 anos de vida da criança.

Assim, as principais comissões científicas na área da nutrição descrevem estas etapas em linha temporal como a que se encontra esquematizada na figura abaixo (Figura 1. Início da diversificação alimentar).

Figure 1. Início da diversificação alimentar



Autoridade Europeia para a Segurança Alimentar

- Não existe uma idade exata para a AC. Esta depende, sobretudo, das características e do desenvolvimento individual de cada lactente;
- A maioria das crianças **não necessita de iniciar a AC antes dos 6 meses**, dado que o AM exclusivo fornece todos os nutrientes de que necessita. Os lactentes em risco de depleção de ferro podem beneficiar de iniciar a diversificação alimentar antes dessa idade;
- A EFSA refere que as primeiras habilidades de desenvolvimento, necessárias para a alimentação por colher, em puré, surgem habitualmente **entre os 3 e os 4 meses de idade**, enquanto as necessárias para a autoalimentação são comumente observadas **entre os 5 e os 7 meses de idade**.

(European Food Safety Authority, 2019)

Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica

- O AM exclusivo deve ser promovido pelo menos até 4 meses e desejavelmente exclusivo ou predominante até aos 6 meses;
- É recomendado o AM a par do processo de AC;
- A diversificação alimentar **não deve ocorrer antes dos 4 meses**, contudo **também não deve ser adiada para lá dos 6 meses**.

(Fevtrell et al., 2017)

Sociedade Portuguesa de Pediatria

- Depois dos 6 meses de vida torna-se mais difícil para os lactentes verem as suas necessidades nutricionais satisfeitas apenas com o AM exclusivo, pelo que deverá ser iniciada pelo menos desde então a AC, até à dieta familiar, que ocorre a partir dos 12 meses;
- A AC deve acontecer **idealmente cerca dos 6 meses**, e **nunca antes dos 4 meses**.

(Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2012)

Idéias-chave

Não existe uma idade cronológica rígida para o início da diversificação alimentar!

De uma forma consensual, a diversificação alimentar deverá ter início próximo dos 6 meses de vida: não antes dos 4 meses, e sem protelar além dos 6 meses:

- Até cerca dos 6 meses o AM exclusivo garante o aporte nutricional necessário à maioria dos lactentes saudáveis, podendo haver exceções, que devem ser avaliadas caso a caso;
- Por volta dos 4 meses a maturidade gastrointestinal e renal do lactente de termo está suficientemente desenvolvida para possibilitar o início da AC;
- Entre os 4 e os 6 meses, o lactente atinge também desenvolvimento neuromotor adequado para, em segurança, poder ser alimentado.

(Fevtrell et al., 2017)

A decisão sobre quando iniciar a AC deve ser **individualizada**, ressaltando-se, contudo, que **não deverá ser ultrapassada a 'janela de oportunidade' para introdução de sólidos**, uma vez que após este período crítico poderão potenciar-se os riscos de dificuldades no processo de alimentação, de **alergia alimentar** e **riscos nutricionais**.

A introdução de novos alimentos está assim intimamente ligada a **fatores de ordem social, cultural, familiar e do próprio lactente**. Deve por isso ser **flexível** e atender às variáveis envolvidas.

(APN, 2019a; Comissão de Nutrição de SPP, 2012; DGS, 2019)

Desenvolvimento do bebé e sinais de prontidão

Na sequência do ponto anterior é reconhecido que além das necessidades nutricionais e energéticas crescentes, o segundo semestre de vida constitui um período ótimo para a diversificação alimentar pelas características inerentes ao desenvolvimento do lactente. A desaceleração da velocidade de crescimento, o desenvolvimento da atividade motora (espontânea e exploratória) obrigam a uma **modificação no perfil da oferta alimentar** do mesmo. Paralelamente, conjuga-se uma série de características que torna esta fase um **período sensível, favorável à programação de um comportamento alimentar adequado e promotor de um crescimento e desenvolvimento saudáveis** (DGS, 2019)

Esta 'janela de oportunidade' é influenciada por alguns determinantes, de entre os quais podem destacar-se o/a:

- Desenvolvimento das habilidades e aquisição das **metas neuromotoras**;
- Desenvolvimento do **paladar** e das **preferências** pessoais;
- Maturação da **função renal** e **gastrointestinal**.

(APN, 2019; DGS, 2019)

As tabelas que se seguem sistematizam estas etapas, a idade média da sua aquisição e a sua interpretação para o sucesso e segurança da AC. As aquisições a nível motor relacionadas com o período de introdução e evolução da introdução de novos alimentos encontram-se presentes na Tabela 1 - Habilidades motoras para o sucesso e a segurança da diversificação alimentar.

Tabela 1. Habilidades motoras para o sucesso e a segurança da diversificação alimentar

Habilidades motoras/idade	Interpretação para a AC
Perda do reflexo de extrusão da língua	> 43 - 58 mês Segurança na alimentação por colher. Reflexo de defesa, sendo a sua presença indicadora de insegurança física de engasgamento por descoordenação motora da deglutição.
Controlo axial do tronco	58 - 68 mês Segurança na alimentação por colher e na oferta de alimentos não líquidos (pastosos e progressivamente menos triturados).
Vedamento labial	58 - 68 mês Recusa em aceitar o alimento e capacidade de fechar a boca e engolir sem exteriorizar o alimento.
Coordenação mão-olho	78 - 88 mês Capacidade que permite olhar, pegar no alimento e conduzi-lo até à boca.
Movimentos rítmicos da boca (magem, vai-vém da mandíbula e maxila)	> 78 - 88 mês Capacidade para moer alimentos cada vez menos uniformes, sendo um movimento essencial à mastigação e independente da dentição.
Pinça fina	78-88 mês Capacidade para pegar/segurar o alimento, revelando uma crescente autonomia.

(DGS, 2019, p.60)

No que concerne ao desenvolvimento sensorial, é possível identificar intervalos ótimos para a introdução de diferentes sabores e texturas, e a sua relação com o sucesso e segurança da AC. Podem ser observados com maior detalhe na Tabela 2 - 'Janela de oportunidade sensorial' para o sucesso e a segurança da diversificação alimentar.

Tabela 2. 'Janela de oportunidade sensorial' para o sucesso e a segurança da diversificação alimentar

Desenvolvimento sensorial/idade	Interpretação para a AC
Treino dos sabores	> 48 mês O sabor doce é inato. Os sabores: salgado, amargo, umami, etc., são aprendidos e treinados. O AM facilita a aceitação de alimentos com outro sabor que não tenha sido o 48 mês. Quando o controlo neuromotor e o desenvolvimento fisiológico e metabólico permitem, com segurança, aumentar gradualmente as texturas.
Treino das texturas	> 68 mês

(DGS, 2019, p.60)

Já os fatores indicadores da maturidade fisiológica e metabólica para a AC encontram-se em seguida na Tabela 3.

Tabela 3. Fatores de ordem fisiológica e metabólica para o sucesso e a segurança da diversificação alimentar

Maturação fisiológica e metabólica	Interpretação para a AC
Aumento progressivo do volume e da motilidade gástrica	Volume gástrico no recém-nascido: 20 - 30ml; Volume gástrico no lactente com idade > 6 meses: 200 ml.
Aumento da acidez gástrica	> 48 mês Lactente aos 3 meses: 0,01 - 0,1 mEq/lgh HCl; Lactente aos 6 meses: 0,34 mEq/lgh HCl. O aumento da acidez facilita a digestão da proteína.
Aumento da produção de saliva	> 58 mês Auxilia nos processos de mastigação, deglutição e digestão de alimentos mais texturizados.
Maturação de mensageiros e retores hormonais	Aumentam a motilidade gástrica, a contração da vesícula biliar (e por sua vez libertação de enzimas pancreáticas), facilitando a digestão de proteína e das gorduras.
Maturação enzimática	> 68 mês Aumento da produção de enzimas pancreáticas e de ácidos biliares.
Maturação imunológica	> 68 mês Aumento gradual da produção de IgA secretora.

(DGS, 2019)

As determinantes neuromotoras refletem os denominados **sinais de prontidão** da criança, podendo **orientar os pais/cuidadores para o momento mais favorável ao início da AC e para a sua progressão** até que a criança seja capaz de se alimentar de forma autónoma e completa. São eles:

- Mostrar interesse pela comida;
- Manter controlo postural na posição sentada, sem apoio ou mínimo de apoio;
- Possuir controlo da cabeça;
- Apresentar coordenação olhos-mão-boca;
- Ausência do reflexo de extrusão da língua;
- Realizar movimentos rítmicos com a mandíbula (mastigação).

(Pereira, 2020; Rapley & Murkett, 2017)

Métodos de diversificação alimentar

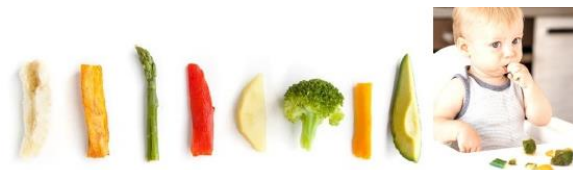
Seguidamente, apresentam-se alguns dos métodos de diversificação alimentar mais conhecidos e as respetivas características.

Método tradicional

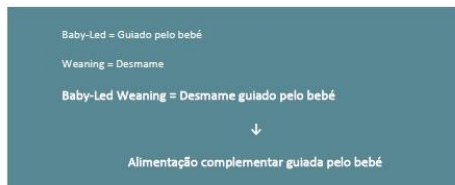
- O método tradicional prevê a oferta alimentar **através da colher, sendo o adulto quem controla este processo**;
- A apresentação dos alimentos e refeições é feita mediante o **aumento gradual da textura** no decurso da diversificação alimentar:
 - o Inicialmente são apresentados sob a consistência de puré, evoluindo para uma textura pastosa, até pequenos pedaços de alimentos.
- Convencionalmente, as refeições que integram este método são opções que contêm alimentos ricos em ferro, tais como os **purés de legumes com carne/peixe/ovos** e **papas infantis fortificadas**;
- Uma vez que a **quantidade ingerida é guiada pelos pais/cuidadores**, é essencial que estes avaliem o comportamento da criança durante a refeição, interpretando os sinais de saciedade e fome;
- A **criança tem um papel mais passivo**, enquanto o adulto intervém ativamente na refeição, determinando a escolha de alimento, a quantidade que oferece e a velocidade a que o faz;
- Existe uma maior sensação de **controlo do risco de engasgamento** por parte dos pais/cuidadores.

(APN, 2019a; Pereira, 2020)





"Baby-Led Weaning" (BLW)



- Este método parte da premissa de que o bebé mostra sinais de quando está preparado para a introdução de novos alimentos além do leite. Contrariamente ao que a tradução integral pode erradamente induzir, não se foca no desmame do lactente, até porque o entende como o principal alimento no primeiro ano de vida. Por esse motivo, a tradução mais correta do método poderia ser a de **alimentação complementar guiada pelo bebé** (Pereira, 2020).
- Também designada por **autoalimentação**, consiste num método de alimentação complementar alternativo à introdução alimentar tradicional, em particular sob a forma como o alimento é oferecido ao bebé. Ao contrário deste último, em que a refeição é oferecida pelo cuidador, com a colher, no BLW a criança alimenta-se sozinha, com as mãos (DGS, 2019).

- Existem, contudo, algumas **precauções e/ou desvantagens** a considerar:
 - Este não é um método adequado a lactentes com idade inferior aos 6 meses de idade, prematuros, ou sem as aquisições motoras e orais exigidas;
 - É obrigatório o acompanhamento e supervisão atenta das refeições pelo adulto;
 - Exige das famílias bons hábitos alimentares – dieta saudável, variada e equilibrada. Caso contrário, existe o risco de um aporte alimentar de pobre qualidade nutricional;
 - A refeição deve conter oferta de alimentos ricos em ferro;
 - Levanta alguma prudência relativamente à segurança e risco associado ao engasgamento;
 - Não é um método adequado caso os pais/cuidadores se sintam receosos e inseguros sobre a sua prática.

(APN, 2019a; DGS, 2019; Pereira, 2020)



- A par dos sinais que o bebé mostra de que está pronto para se autoalimentar, o papel dos pais/cuidadores é oferecer **refeições saudáveis e equilibradas, alimentos preparados e confeccionados de acordo com a sua etapa de desenvolvimento** (Pereira, 2020);
- Pressupõe a **partilha, em família, do espaço, tempo e refeição** propriamente dita (Pereira, 2020);
- O **controlo está na criança**: é colocada à sua disposição a refeição, sendo que é ela que **"escolhe o que come, a quantidade que come e a que velocidade come"** (Pereira, 2020, p.22);
- O alimento não é colocado nas mãos nem diretamente na boca do bebé (Pereira, 2020);
- O método prevê que os pastosos, como o puré de legumes ou cereais, têm lugar quando a própria criança já tem capacidade de manusear a colher e de se alimentar com ela (Pereira, 2020);
- Os alimentos oferecidos são iguais aos que compõem a refeição da família, devendo ser **preparados de acordo com as habilidades motoras da criança para que esta possa pegar-lhes com as mãos e colocá-los na boca** (numa fase inicial sob a forma de "finger foods") (Pereira, 2020);
- Uma das principais vantagens deste método é que tendo o bebé um papel ativo no processo de alimentação, a sua **capacidade de autorregulação** está a ser estimulada, daí advindo uma melhor relação com os alimentos e percepção dos sinais de saciedade (Pereira, 2020);
- Promove a **mastigação**, tão importante no desenvolvimento motor, desenvolvimento da fala e da dentição, etc. (Pereira, 2020);
- Permite à criança a descoberta individual de cada alimento e das respetivas propriedades organoléticas, promovendo o **desenvolvimento sensorial** (Pereira, 2020);
- Baseia-se por isso nos princípios da **autonomia e respeito** pela criança e **confiança** nas suas habilidades para se alimentar (Pereira, 2020).

"Baby-Led Introduction to Solids" (BLISS)

A abordagem BLISS consiste numa **versão modificada do método BLW**. A sua origem está num protocolo de intervenção baseado no modelo BLW, cujas principais preocupações levantadas foram:

- Risco de engasgamento e asfixia;
- Risco de anemia por défice de ferro;
- Risco de compromisso de desenvolvimento por baixo aporte energético.

(Pereira, 2020)

A partir daqui nasceu um modelo de BLW adaptado, de onde se destacam as seguintes particularidades:

- Oferta de alimentos que as crianças consigam apreender e levar à boca;
- Oferta, em cada refeição, de um **alimento rico em ferro**;
- Oferta, em cada refeição, de um **alimento de elevado valor energético**;
- Oferta de **alimentos preparados e confeccionados de forma adequada à idade e desenvolvimento do lactente e evicção de alimentos de alto risco de engasgamento**.

(Pereira, 2020, p.37)

Tendo por base os descritivos anteriores, é possível sintetizar algumas recomendações inerentes a esta abordagem:

- Oferecer alimentos ricos em ferro, de origem animal e/ou vegetal;
- Aliar alimentos de origem vegetal ricos em ferro a alimentos ricos em vitamina C (e.g.: citrinos), de forma a potenciar a sua absorção;
- Providenciar refeições saudáveis, nutricionalmente variadas e equilibradas;
- Providenciar refeições que combinem alimentos com elevada densidade energética;
- Atender ao estado de desenvolvimento da criança, preparando o alimento de modo que esta consiga manipulá-lo e alimentar-se;

Alimentação da criança até aos dois anos de vida: Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

- Promover um ambiente calmo e sem distrações, aproveitando os timings e maior disponibilidade do bebé para as refeições;
- Garantir a textura e corte adequado dos alimentos a oferecer ao lactente;
- Evitar alimentos de alto risco de engasgamento (ex.: frutos secos inteiros e sementes)

(DGS, 2019; Fewtrell et al., 2017; Pereira, 2020)



Em suma....

Não é possível inferir sobre um método de alimentação complementar ideal para todos os lactentes!

Salvarda-se, no entanto, que o mais importante é não desvirtuar da importância da interação da criança com os pais/cuidadores e a forma como estes apresentam os alimentos e se apresentam a si como modelos, pelo seu provável impacto nas preferências alimentares e regulação dos sinais de fome e saciedade a longo prazo (DGS, 2019; Fewtrell et al., 2017).

Seja através do adulto por colher ou pela autoalimentação, os pais devem ser incentivados e adotar um **estilo parental responsivo**, de forma que consigam entender e reconhecer sinais de fome e saciedade (Fewtrell et al., 2017).

Uma alimentação responsiva **estimula a autonomia da criança**, não perdendo o foco sobre o seu **desenvolvimento e necessidades individuais** durante todo o processo. Deste modo, pode ser incentivada a autorregulação, bem como as habilidades e **competências da criança**, sejam elas motoras, cognitivas, emocionais e sociais (WHO, 2023).

Do **profissional de saúde**, espera-se que seja capaz de orientar e capacitar os pais/cuidadores para uma **alimentação responsiva**, fornecendo as informações inerentes ao tema e esclarecendo as suas dúvidas (WHO, 2023).

Proposta de diversificação alimentar

Antes de mais, importa referir que a "cronologia da introdução dos diferentes alimentos não pode ser rígida e deve ter em consideração uma série de fatores de ordem social e cultural, tais como costumes de cada região, questões socioeconómicas, temperamento da criança, disponibilidade do agregado familiar e ainda particularidades do lactente (ex: atopia, alergias alimentares, patologia específica, etc.)" (Comissão de Nutrição da SPP, 2012: pp. 20-21).

Aliado aos fatores atrás descritos, há ainda a considerar o método com o qual a família se identifica para diversificação alimentar e que assim poderá implicar na abordagem determinadas especificidades.



Considerando, no entanto, que para muitas famílias, esta fase é geradora de alguma preocupação e insegurança, poderá ser útil a apresentação de um exemplo de diversificação alimentar.

Os esquemas apresentados em seguida têm por base as **propostas-exemplo** da Direção-Geral da Saúde no documento "Alimentação Saudável dos 0 aos 6 Anos: Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores" e da Associação Portuguesa de Nutrição em "Alimentação nos primeiros 1000 dias: Um presente para o futuro!", nas quais

predomina a **influência cultural e uma abordagem mais tradicional ligada à realidade portuguesa**, embora estas não assentem necessariamente em recomendações científicas concretas (DGS, 2019). Pretendem por isso ser apenas um exemplo prático para os pais/cuidadores de como podem planificar e orientar o processo de AC de forma faseada. Salvaguardando as regras de segurança nutricional, este processo pode (e deve) ser entendido num plano aberto, flexível e adaptável às características culturais, familiares e individuais da criança (DGS, 2019, p.66).

A figura 2 representa, sumariamente, uma proposta de AC, onde se pode visualizar, numa escala temporal, a introdução dos diferentes grupos de alimentos. A tabela 4 apresenta, também em linha cronológica e em maior detalhe como pode este processo ser planeado ao longo do segundo semestre de vida do lactente.

Figura 2. Proposta de diversificação alimentar para um lactente saudável

Idade/meses	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	(...)
Leite Materno														
Dieta familiar														
Creme de legumes														
Fruta fresca														
Papa de cereais (com glúten)														
Carne														
Peixe														
Apagado, farinha de pau														
Amêijoas, massa														
Alimentos não triturados "Finger-foods"														
Ovo														
Leguminosas														
iogurte														

(DGS, 2019, p. 66)



(ASN 2019 08 32-33)

- Por volta dos 10 meses pode ser oferecido ao almoço e ao jantar o 1º e o 2º prato, devendo nesta situação retirar-se a carne, peixe ou ovo da sopa, caso o 2º prato já contenha estes elementos proteicos (DGS, 2019).
- Nesta fase pode ser incentivada a **oferta de água por um copo**, que a criança conduz à boca com as duas mãos (Festrel et al., 2017).

Alimentos a evitar

- É desaconselhado o consumo de **sal e açúcar**, assim como de alimentos processados que os possam conter (ex.: sumos, bolos e bolachas).
- Pelas possíveis implicações na consolidação de hábitos alimentares saudáveis da criança, deverá ser evitada a exposição ao açúcar nas suas variadas formas:
 - Sumos (naturais ou não);
 - O mel, que também pela questão de segurança alimentar (possibilidade de presença de esporos de *Clostridium botulinum*) não deve ser introduzido até aos 12 meses de idade;
 - Frutos secos (ex.: uva passa, tâmara).
- O consumo de adoçantes está contraindicado;
- Não devem ser oferecidos alimentos ricos em **gordura trans**, isto é, gordura totalmente ou parcialmente hidrogenada (ex.: batatas fritas, bolos, bolachas);
- Não devem ser oferecidas **bebidas vegetais de arroz** a lactentes e crianças, de forma a reduzir a exposição ao arsénio inorgânico;
- Está desaconselhada a oferta de **chá**s, nomeadamente chá de funcho (até aos 4 anos), uma vez que contém estragol (potencial carcinogénico e genotóxico).

(APN, 2019; DGS, 2019; WHO, 2023)

Estilo parental e método

- Deve ser **desencorajada a alimentação para conforto, recompensa ou punição** assim como a utilização de recursos para distração da criança durante a refeição (ex.: jogos, vídeos, etc.);
- Os pais/cuidadores devem garantir as condições de higiene e segurança da refeição e do ambiente em que esta acontece;
- É importante 'ler' a criança, **percecionando os seus sinais de fome e saciedade**, respeitando-os e agindo em conformidade com os mesmos.

(APN, 2019a)

É desejável que o momento da refeição ocorra num ambiente tranquilo. A refeição em família deve ser encarada como uma oportunidade para partilha de cultura, valores, tradições, de relação e (re)criação de memórias.

SEGUNDO ANO DE VIDA

Crescimento e desenvolvimento dos 12 aos 24 meses

O **crescimento e desenvolvimento da criança no segundo ano de vida**, à semelhança do primeiro ano, ocorre de forma **dinâmica e complexa**. Sendo um processo multidimensional, é afetado por diversos fatores como o ambiente social, cultural e económico da família e da comunidade onde a criança se encontra inserida (DGS, 2019).

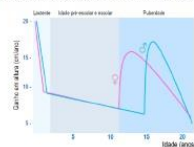
A nível antropométrico, após os 12 meses de vida, regista-se uma **desaceleração da velocidade de crescimento** que depois se mantém relativamente estável até à fase da adolescência, conforme representado abaixo na Tabela 5 e Figura 3.

Tabela 5. Características do crescimento no 1º e 2º ano de vida

Parâmetros	Idade	1º ano de vida	2º ano de vida
Antropométricos			
Peso		7 kg/ano	2,3 kg/ano
Estatura		25 cm/ano	12 cm/ano
Perímetro cefálico		1 cm/mês	2 cm/ano

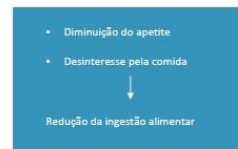
(DGS, 2019, p.23)

Figura 3. Curvas de velocidade de crescimento em função da idade



(DGS, 2019, p.23)

Este padrão de crescimento, em resultado da diminuição das necessidades nutricionais, reflete-se na designada **'anorexia fisiológica do 2º ano de vida'** (DGS, 2019).



O crescimento nesta fase pode ocorrer a uma velocidade não uniforme, isto é, podendo haver alternância de períodos de crescimento considerável com períodos de maior estagnação (crescimento 'em degraus'), devido à flutuação natural do apetite e ingestão alimentar (DGS, 2019).

Sendo um comportamento fisiológico e expectável, deve ser compreendido e respeitado o apetite da criança, devendo a **preocupação dos pais/cuidadores recair sobre continuar a privilegiar uma oferta diversificada e de qualidade, em detrimento da quantidade** (DGS, 2019).

"A par do crescimento físico, nesta faixa etária continua a decorrer a maturação fisiológica dos órgãos e dos sentidos, bem como o crescente desejo de afirmação e a estruturação da personalidade" da criança (DGS, 2019, p.24). Estas, devem ser olhadas como uma oportunidade para os pais/cuidadores continuarem a promover a autonomia e envolvimento da criança no processo de alimentação (DGS, 2019).

Depois de uma introdução gradual dos alimentos, esta é uma fase em que, consensualmente, a **criança se integra na dieta familiar**. Nesse sentido, a alimentação da família deverá continuar a ser sustentada por hábitos saudáveis, de modo a cultivá-los em todo o seu seio. É importante manter uma oferta variada, "promovendo a familiarização com o máximo de sabores e texturas, e contrariando a neofobia" e seletividade alimentar (DGS, 2019, p.72).

Comportamentos de desinteresse/evicção pela comida

As causas frequentemente associadas à seletividade alimentar compreendem “fatores genéticos, predisposições sensoriais e preferências inatas por determinados sabores e texturas (...) fatores ambientais, como a exposição limitada a diferentes alimentos (...) e a influência do ambiente familiar” (Ilnuk et al., 2023, p.4), bem como a “introdução tardia de alimentos mastigáveis durante o processo de introdução alimentar” (Ilnuk et al., 2023, p.4).

Neofobia alimentar

- Resistência da criança em experimentar alimentos novos e desconhecidos;
- Mais comum entre os 18 e os 24 meses de vida;
- Quando o comportamento é exagerado e/ou continuado no tempo, pode levar a uma desadequação da dieta, risco nutricional e assumir um enquadramento patológico.

“Picky eating”

- Desinteresse pela comida e ingestão de uma estreita variedade de alimentos (novos ou não);
- Pode acarretar alguma monotonia da dieta e desequilíbrio nutricional.

(DGS, 2019)



Figura 4. Roda da Alimentação Mediterrânica



Fonte: (DGS, 2020)

Este modelo alimentar assenta em princípios-chave, de entre os quais se destacam:

- Frugalidade e cozinha simples (ex.: sopas, cozidos, ensopados e caldeiradas);
- Elevado consumo de alimentos de origem vegetal (ex.: hortofrutícolas, pão de qualidade e cereais pouco refinados, leguminosas e frutos oleaginosos), em detrimento dos de origem animal;
- Consumo de alimentos frescos, sazonais e de produção local;
- Azeite como principal fonte de gordura;
- Consumo moderado de laticínios;
- Uso de ervas aromáticas, em detrimento do uso de sal;
- Consumo frequente de peixe e baixo em carnes vermelhas;
- Água como bebida de eleição ao longo do dia;
- Partilha e convívio familiar em torno da mesa.

(DGS, 2016, pp.28-29)

Diariamente, e de acordo com as recomendações da Nova Roda da Alimentação Mediterrânica, devem ser consumidos alimentos dos 7 grupos da Roda, nas porções recomendadas para cada faixa etária designada. Neste caso, a alimentação das crianças dos 12 aos 24 meses deve orientar-se pelos limites inferiores da mesma (APN, 2019b).

A educação para a saúde, com vista à prevenção de um limiar de risco para a seletividade alimentar faz-se através da promoção do AM, de uma AC que privilegie a exposição precoce (‘janela de oportunidade’) e repetida a uma oferta alimentar equilibrada e variada (DGS, 2019).

Embora este comportamento seja maioritariamente transitório, existem quadros de seletividade alimentar que subsistem no tempo, com consequente impacto nutricional, no desenvolvimento e crescimento da criança, no favorecimento da ocorrência de distúrbios alimentares e dificuldades psicossociais futuras (Taylor & Emmett, 2019).

Assim, a persistência de qualquer um destes comportamentos deverá ser avaliada cautelosamente, sob possibilidade de merecer uma avaliação multidisciplinar especializada (DGS, 2019).

Integração na dieta familiar

A partir dos 12 meses a alimentação da criança deverá seguir os seguintes pressupostos: ser “saúdável, equilibrada e variada”, privilegiando a oferta de “alimentos frescos, locais e sazonais” (APN, 2019a, p.34). Tal como no primeiro ano de vida e pelo menos até aos dois anos deve restringir-se o uso do sal e do açúcar (APN, 2019b).

Os pressupostos acima mencionados são os que estão na base da nova Roda dos Alimentos Mediterrânica (representada em seguida na Figura 4), pelo que este instrumento pode orientar os pais/cuidadores nas escolhas alimentares mais adequadas para a criança e para toda a família.

A relembrar que, no segundo ano de vida se mantém a recomendação para a manutenção do AM. No caso das crianças com idade superior a 12 meses não alimentadas com leite materno, não existe recomendação para leite de fórmula de acompanhamento, devendo ser oferecido leite animal (WHO, 2023).

A necessidade de oferta de suplementos nutricionais ou produtos fortificados (ex.: papas fortificadas) deve ser avaliada caso a caso, quando as crianças não consigam a obtenção destes nutrientes/ micronutrientes através de alimentos não fortificados (WHO, 2023).

Deve manter-se particular atenção em minimizar a oferta de:

- Sumos e refrigerantes (pelo risco de cárie dentária e de doença hepática, e pelo seu poder anorexizante);
- Chás e tisanas (por serem bebidas sem interesse nutricional, com potencial para deseducar o paladar e interferir com a absorção de alguns minerais, como o ferro);
- Alimentos processados (ex.: bolachas, bolos, cereais de pequeno-almoço açucarados) ou doces (xaropes, mel).

(DGS, 2019)

De notar a importância de uma prática parental responsiva, alicerçada em hábitos alimentares saudáveis:

- O momento de refeição deve acontecer num ambiente familiar positivo, sem pressão excessiva nem oferta de alimentos como forma de recompensa e/ou castigo (Ilnuk et al., 2023);
- Deve procurar-se o envolvimento da criança, adequado às suas competências e idade, quer no processo de seleção como de preparação das refeições (Ilnuk et al., 2023).

- É importante que o ambiente onde decorre a refeição seja calmo e **livre de distrações** que possam comprometer a capacidade de a criança reconhecer os seus sinais de fome/saciedade (APN, 2019a).
- Devem ser promovidas práticas alimentares que promovam a **autonomia** da criança na alimentação, respeitando e estimulando o seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social (WHO, 2023).
- Sendo os pais/cuidadores os principais modelos da criança, e atendendo a que a primeira infância é crucial para a aquisição de hábitos alimentares adequados, promover um **ambiente alimentar familiar saudável** é um fator decisivo para o desenvolvimento global da criança, para a consolidação das suas preferências e escolhas alimentares e resultante impacto no processo de saúde/doença ao longo da vida (DGS, 2019).



momento de refeição, assim como os seus mecanismos de autorregulação de fome e saciedade.

O papel do profissional de saúde passa por avaliar a criança/família, aferir as suas expectativas, desejos e dúvidas, e capacitá-las para o processo de alimentação da criança, tendo como fio condutor a maximização do seu potencial de saúde e prevenção de doença futura.

Conclusão

A alimentação nos primeiros anos de vida detém particular importância sobre a saúde futura do indivíduo ao longo da sua vida. Urge por isso **sensibilizar, informar e acompanhar** os pais, cuidadores e famílias neste caminho, 'plantado' por dúvidas, inseguranças e informações ocasionalmente desatualizadas ou infundadas.

O início de vida da criança deve, idealmente, ser acompanhado pela **amamentação**, exclusiva durante o primeiro semestre, e após este período e pelo menos até aos dois anos de vida, em complementaridade com a introdução de novos alimentos e integração na dieta familiar.

Existem hoje diferentes métodos para o processo de diversificação alimentar, tais como o método tradicional, o BLW ou o BLISS. Contudo, mais do que a abordagem em si, as evidências científicas são unânimes em realçar a importância de se respeitar o desenvolvimento e individualidade da criança, as suas competências e aquisições neuromotoras, os seus sinais de prontidão, assim como outras características particulares da mesma, da família, da sua cultura e tradições. Este processo não pressupõe rigidez no seu início, na sequência de introdução dos alimentos ou no timing para ser realizado. A **ênfase deve ser colocada na qualidade da oferta alimentar, em detrimento da quantidade, aproveitando a janela de oportunidade** para a introdução de sabores, texturas e de alimentos com potencial alergénico.

Na alimentação, como em outras áreas, os pais são **os modelos por excelência, pelo que deverão apresentar e partilhar com a criança uma alimentação saudável, variada e equilibrada**. A dieta mediterrânica representa tradição e é sustentada pelos valores anteriormente referidos. De uma forma global, na alimentação da criança até aos 24 meses deve evitar-se a oferta de sal, açúcar e gorduras de má qualidade.

É importante a promoção da autonomia e envolvimento ativo da criança no processo de alimentação, de forma a favorecer uma boa relação da criança com os alimentos e o

Bibliografia

- American Academy of Pediatrics (2022). *Newborn and Infant Breastfeeding*. American Academy of Pediatrics. <https://www.aap.org/en/patient-care/newborn-and-infant-nutrition/newborn-and-infant-breastfeeding/>
- American Academy of Pediatrics (2023). *Infant Food and Feeding*. American Academy of Pediatrics. <https://www.aap.org/en/patient-care/healthy-active-living-for-families/infant-food-and-feeding/>
- Associação Portuguesa de Nutrição [APN] (2019a). *Alimentação no primeiro ano de vida*. Associação Portuguesa de Nutrição. https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf
- Associação Portuguesa de Nutrição [APN] (2019b). *Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro. (E-book nº 53)*. Associação Portuguesa de Nutrição. https://www.apn.org.pt/documentos/marcadores_e_folhetos/LIVRETO_DIVERSIFICACAO_ALIMENTAR.pdf
- Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP] (2012). Alimentação e nutrição do lactente Comissão de Nutrição. *Revista de Medicina Da Criança e Do Adolescente*, 49(2), 17-40.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2016). *Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor De Saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Padr%C3%A3o-Alimentar-Mediterr%C3%A2nico-Promotor-de-Sa%C3%BAde-1.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2016). *Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor De Saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Padr%C3%A3o-Alimentar-Mediterr%C3%A2nico-Promotor-de-Sa%C3%BAde-1.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de*

- Orientação para Profissionais e Educadores. Direção-Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>
- European Food Safety Authority (2019). *Age to start complementary feeding of infants*. European Food Safety Authority. https://www.efsa.europa.eu/sites/default/files/Complementary_Feeding_PL5_PDF.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2020). *Roda Da Alimentação Mediterrânica - Cultura, Tradição e Equilíbrio*. Direção-Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Mís, N. F., ... Molgaard, C. (2017). Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(1), 119–132. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
- Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Direção-Geral da Alimentação e Veterinária, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, & Instituto Português do Mar e da Atmosfera (2023). *Recomendações para o consumo de pescado O pescado é um alimento saudável*. Nutrimiento. <https://nutrimiento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2023/05/Consumo-Pescado.pdf>
- Ivnuk, L. P., Ferreira, M. C., Farias, O. F., Bello, S. R. D. B., Pazello, C. T., Rodrigues, S. G. S., & Silva, R. W. (2023). Seletividade alimentar infantil: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 12(12), 1–10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i12.44099>
- Maier-Nöth, A., Schaal, B., Leathwood, P., & Issanchou, S. (2016). The Lasting Influences of Early Food-Related Variety Experience: A Longitudinal Study of Vegetable Acceptance from 5 Months to 6 Years in Two Populations. *PLoS ONE*, 11(3), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151356>
- Pereira, M. (2020). O Bebê Sabe Comer. Chá das Cinco.
- Rapley, G., & Murllett, T. (2017). Os bebés sabem comer sozinhos. *Matéria-Prima*.
- Taylor, C. M., & Emmett, P. M. (2019). Picky eating in children: Causes and consequences. *Proceedings of the Nutrition Society*, 78(2), 161–169. <https://doi.org/10.1017/S0029665118001586>
- World Health Organization [WHO] (2017). *Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization [WHO] (2023). *WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/973358/9789240081864-eng.pdf?sequence=1>

Apêndice IV – **Diversificação alimentar: Guia de orientação para pais e cuidadores**



ÍNDICE

	F
Primeiro semestre de vida	1
Alimentação complementar - Quando?	2
Alimentação complementar - Como?	3
Diversificar: Da teoria à prática	6
Alimentação após os 12 meses	8



PRIMEIRO SEMESTRE DE VIDA



Recomendações

Após o nascimento, o leite materno é o alimento de eleição para o bebé, apto a suprir as suas necessidades nutricionais nos primeiros seis meses de vida (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2009).

Depois desta fase, o aleitamento materno deve ser acompanhado pela introdução de novos alimentos e mantido até, pelo menos, aos 2 anos de vida (Associação Portuguesa de Nutrição (APN), 2009; DGS, 2009; World Health Organization (WHO), 2009).

Nas situações em que o aleitamento materno não seja possível, caso seja insuficiente, ou por opção informada dos pais, a alimentação do bebé deve manter-se exclusivamente láctea, com recurso ao leite artificial (em complementaridade ou de forma alternativa) durante o primeiro semestre de vida (DGS, 2009).

Nem sempre a amamentação decorre de forma linear!

Caso se depreenda com alguma dificuldade na amamentação procure um profissional na sua Unidade de Saúde de referência (ex.: Centro de Saúde) para vos acompanhar e ajudar neste processo.

Benefícios para o bebé

- O leite materno é um alimento dinâmico e completo, cuja composição e quantidade se vai adaptando às diferentes necessidades do bebé;
- Efeito protetor contra o desenvolvimento de infeções gastrointestinais, respiratórias, urinárias e alergias;
- Promove uma melhor adaptação a novos sabores durante a diversificação alimentar;
- A longo prazo, reduz o risco de obesidade e diabetes.

Benefícios para a mãe

- Promove uma involução uterina mais precoce;
- Está associado a um menor risco de cancro da mama, entre outros.

Além destes, ...

- Favorece a proximidade e a vinculação mãe-bebé;
- É o método mais económico e seguro de alimentar o bebé.

(APN, 2009; DGS, 2009; Levy & Bézubo, 2002)

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR QUANDO?



Não existe uma idade cronológica rígida para o início da diversificação alimentar!

A decisão de introduzir novos alimentos (para além do leite do bebé) deve atender a diversos fatores diretamente relacionados com o bebé. Destes, assume particular enfoque a maturidade (fisiológica e metabólica, sensorial e neuromotora) e necessidades (nutricionais e energéticas) da criança (APN, 2009; DGS, 2009).

De uma forma prática, existem alguns 'sinais' que podem ajudar a perceber o momento mais favorável ao início da alimentação complementar. Estes são denominados de sinais de prontidão e estão interligados com os marcos de desenvolvimento neuromotor da criança (DGS, 2009; Pereira, 2008).

Sinais de prontidão

- Interesse pela comida;
- Controlo do tronco e da cabeça;
- Ausência do reflexo de extrusão da língua (movimento de empurrar a língua para fora, quando é tocada por algum alimento);
- Coordenação olhos-mão-boca;
- Realizar movimentos rítmicos com a boca (mastigação).

(Pereira, 2008; Kapley & Markovs, 2007)

De uma forma geral, a introdução alimentar deverá ter início próximo dos 6 meses de vida - nunca antes dos 4 meses, e sem adiar para além dos 6 meses, de forma a garantir a segurança e assegurar também as necessidades nutricionais do bebé (Ferreira et al., 2007).

Este período constitui uma importante 'janela de oportunidade' para a introdução dos sólidos. Uma introdução alimentar tardia pode aumentar o risco de dificuldades no processo de alimentação, risco nutricional, e ainda potenciar o desenvolvimento de alergias alimentares (APN, 2009; Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), 2009; Ferreira et al., 2007; Pereira, 2008).

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR COMO?



Método tradicional

- Prevê a oferta alimentar por colher, pelo adulto;
- A introdução ocorre inicialmente sob a forma de purés, com aumento gradual da textura até aos 12 meses.



(APN, 2009; Pereira, 2000)

Independentemente do método escolhido - tradicional, BLW, BLISS ou misto, importa ter em conta o ambiente durante a refeição, a forma como os cuidadores interagem com a criança, como apresentam os alimentos e se mostram a si como modelos tem um importante impacto nas preferências alimentares da criança e na sua capacidade de autorregulação a longo prazo (DCI, 2009; Fewell et al., 2017).

'Baby-Led Weaning' (BLW)/ 'Baby-Led Introduction to Solids' (BLISS)

- Métodos baseados na autoalimentação, isto é, que permitem que a criança se alimente autonomamente, com as mãos;
- São disponibilizados vários alimentos ao bebé, sendo que ele decide o quê e quanto ingerir.

Notas:

- Estes abordagens requerem vigilância atenta por parte do adulto durante a refeição, de forma a garantir a segurança do bebé e a perceção dos sinais de saciedade/fome do mesmo;
- Deve haver uma preparação cuidadosa dos alimentos oferecidos - corte e textura adequados à segurança e habilidades orais e motoras, e uma conjugação alimentar que garanta um aporte energético e nutricional adequado às necessidades do bebé.



(APN, 2009; DCI, 2009; Pereira, 2000)

3

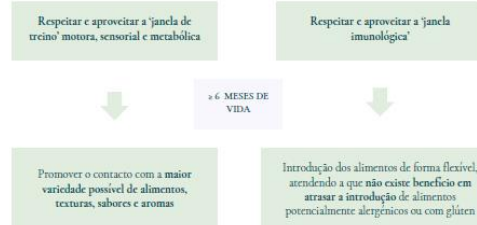
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR COMO?



Tal como o 'timing' para o início da alimentação complementar, também a cronologia para a introdução dos diferentes alimentos deve ser flexível e ter em consideração uma série de fatores, tal como a cultura, as tradições, as características familiares e as particularidades da criança (Comissão de Nutrição da SPN, 2002; DCI, 2009).

Não existe, portanto, um calendário, ordem ou intervalos obrigatórios para a introdução dos diferentes grupos de alimentos, mas orientações genéricas para a introdução alimentar no segundo semestre de vida do bebé, baseadas na segurança, maturidade e necessidades do mesmo (DCI, 2009).

Idéias chave:



(APN, 2009; DCI, 2009; Fewell et al., 2017)

4

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR COMO?



Alimentos desaconselhados

- Sal e alimentos salgados (ex.: batatas fritas, pastéis de bacalhau, bolachas);
- Açúcar e alimentos açucarados (ex.: sumos, bolos e bolachas);
- Mel;
- Frutos secos (ex.: uva passa, tâmaras, etc.);
- Adoçantes e alimentos que os contêm (ex.: sumos, iogurtes, bolachas, etc.);
- Alimentos ricos em gordura 'trans', isto é, gordura total ou parcialmente hidrogenada (ex.: batatas fritas, bolos, bolachas);
- Bebidas vegetais de arroz;
- Chá, nomeadamente chá de funcho (até aos 4 anos).



(APN, 2009, 2010; Fewell et al., 2017)

A título de exemplo, segue-se uma 'check-list' de alimentos e uma proposta de calendário de introdução alimentar, de forma faseada e progressiva. Salvaguarda-se que estes instrumentos são meramente orientadores, podendo (de forma adaptável e individualizada) ajudar os pais e cuidadores a providenciar a uma dieta variada e adequada às necessidades nutricionais da criança de acordo com a idade.

5

DIVERSIFICAR: DA TEORIA À PRÁTICA



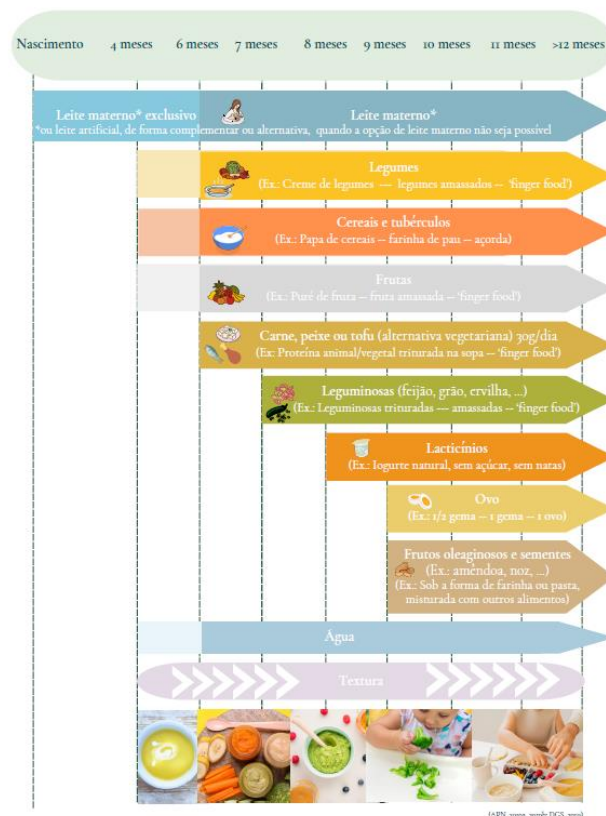
HORTÍCOLAS	FRUTAS	PESCADO	CARNE, OVOS E OUTROS SUBSTITUTOS	CEREAIS, DERIVADOS E TUBÉRCULOS	LEGUMINOSAS
• Abóbora • Agrião • Alface • Alho • Alho francês • Beringe • Brécolos • Cebola • Cenoura • Chuchu • Couve-coração • Couve-lombarda • Cogumelo • Couve portuguesa • Couve-de-bruxelas • Couve-flor • Curgete • Espargos • Espinafres • Feijão-verde • Grão • Nabo • Pimento • Quiabo • Rúcula • Tomate	• Abacate • Abacaxi • Amêixa • Ananás • Banana • Cereja • Clementina • Coco • Damasco • Dipsídio • Douro • Framboesa • Kiwi • Laranja • Limão • Maçã • Mamão • Manga • Maracujá • Melancia • Melão • Melão • Mirtilo • Morango • Nectarina • Nêpera • Papaya • Pera • Pêssego • Tangerina • Toranja • Uva	• Alóofa • Aném fresco* • Bacalhau fresco • Caju* • Camarão • Camarão • Carapau • Cavala • Chicharro • Choco • Cloro • Corvina • Dourada • Espadarte* • Fanele • Garoupa • Linguado • Lula • Maruca* • Fango • Peixe do Nilo • Peixe-espada* • Peixe-galo • Pescada • Pata tosta* • Pintado • Polvo • Pota • Fregalo • Rã • Red fish • Robalo • Rodalva • Saffo • Salmão • Sarda • Sardinha • Sargo • Solha • Tainha • Tamboril • Timuniera* • Truta	• Borrego • Cabrito • Codorniz • Coelho • Frango • Ovo de galinha • Pato • Peru • Porco • Serrano • Soja • Tofu • Vaca • Vitela	• Arroz • Aveia • Batata • Batata-doce • Brócol • Castanha • Centeio • Cuscuz • Espelta • Farinha de alfarroba • Inhame • Mandioca • Massa • Milho • Millet • Pão • Quinoa • Trigo • Trigo sarraceno	• Ervilhas • Fava • Feijão anão • Feijão branco • Feijão frito • Feijão manjericão • Feijão preto • Feijão vermelho • Grão-de-bico • Lentilhas
					• Amêndoa • Amendoim • Avelã • Caju • Castanha do Pará • Noz • Pinhão • Pistachio • Sementes de abóbora • Sementes de girassol • Sementes de linhaça
					FRUTOS OLEAGINOSOS E SEMENTES
					LACTICÍNIOS
					• Leite de vaca (> 12 meses) • Iogurte • Queijo
					NOTAS

Alergias alimentares mais comuns a introdução de novos alimentos, individualmente, e em pequenas quantidades. Podem ser oferecidos a partir dos seis meses, aproveitando a 'janela imunológica' do bebé.

(APN, 2009, 2010; Fewell et al., 2017)

*Elevado teor de mercúrio - evitar o consumo (Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto et al., 2017)

6



7

ALIMENTAÇÃO APÓS OS 12 MESES



A partir dos 12 meses a criança pode integrar-se na dieta familiar. A alimentação da família deverá por isso ser cuidada, sustentada por hábitos saudáveis, de modo a cultivá-los em todo o seu seio (AAP, 2009b; DCS, 2003).

A alimentação da criança deverá ser completa, equilibrada e variada, privilegiando a oferta de alimentos frescos, locais e sazonais (AAP, 2009b).

A Dieta Mediterrânica constitui um padrão alimentar salutar, a partir do qual poderá guiar a alimentação da criança e de toda a família.

Princípios-base da Dieta Mediterrânica

- **Frugalidade e cozinha simples** (ex.: sopas, cozidos, ensopados e caldeiradas);
- Elevado consumo de **alimentos de origem vegetal** (ex.: hortofrutícolas, pão de qualidade e cereais pouco refinados, leguminosas e frutos oleaginosos), em detrimento dos de origem animal;
- Consumo de alimentos frescos, sazonais e de produção local;
- Azeite como principal fonte de gordura;
- Consumo moderado de laticínios;
- Uso de ervas aromáticas, em detrimento do sal;
- Consumo frequente de peixe e baixo em carnes vermelhas;
- Água como bebida de eleição ao longo do dia;
- Partilha e convívio familiar em torno da mesa.

(DCS, 2006, pp. 18-19)

8

ALIMENTAÇÃO APÓS OS 12 MESES

Atente ainda que é recomendado que o aleitamento materno se mantenha durante o segundo ano de vida. Caso o bebé seja alimentado com leite artificial, a partir deste período pode ser feita a transição para leite animal (WHO, 2003).

Deve-se ainda manter a restrição de sal e açúcar, alimentos neles ricos, bem como de outros alimentos processados até aos 2 anos de idade (WHO, 2003).

É ainda importante manter uma oferta alimentar variada, de modo a promover o contacto e familiarização com uma ampla variedade de sabores e texturas (DCS, 2003).

No segundo ano de vida pode verificar-se uma redução da ingestão alimentar, em consequência de uma redução do apetite e desinteresse pela comida (DCS, 2003).

Este comportamento é fisiológico e deve-se à desaceleração do desenvolvimento da criança, refletindo-se na alteração das necessidades nutricionais da mesma (DCS, 2003).

Esta seletividade alimentar é habitualmente transitória, e pode caracterizar-se por uma resistência em experimentar alimentos novos ou por um desinteresse pela comida e ingestão de uma reduzida variedade de alimentos (DCS, 2003).

Se notar um comportamento de evicção pela comida, exagerado e/ou continuado no tempo, procure a sua equipa de saúde para avaliar, encaminhar ou intervir (se necessário), por forma a evitar carências nutricionais, garantir um desenvolvimento e crescimento saudável, tanto a nível físico como psicossocial.



9

ALIMENTAÇÃO APÓS OS 12 MESES

A promoção de um ambiente alimentar familiar saudável é um fator decisivo para o desenvolvimento global da criança, para a consolidação das suas preferências e escolhas alimentares e para a promoção da sua saúde ao longo da vida (DCS, 2003).

Para além da adoção de uma dieta saudável, é importante:

- Garantir um **ambiente familiar positivo no momento da refeição**, sem pressão excessiva nem oferta de alimentos como forma de recompensa e/ou castigo;
- O ambiente deve ser **calmo e livre de distrações** para não comprometer a capacidade de a criança reconhecer os seus sinais de fome/saciedade;
- **Envolver a criança**, por exemplo, na escolha e/ou preparação das refeições;
- **Promover a autonomia** da criança na alimentação.

(AAP, 2009a; DCS, 2003; WHO, 2003; Berg et al., 2003)



NOTAS E DÚVIDAS

10

Referências bibliográficas

- Associação Portuguesa de Nutrição [APN] (2019a). *Alimentação no primeiro ano de vida*. Associação Portuguesa de Nutrição. https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf
- Associação Portuguesa de Nutrição [APN] (2019b). *Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro*. (E-book nº 33). Associação Portuguesa de Nutrição. https://www.apn.org.pt/documentos/marcadores_e_folhetos/LIVRETO_DIVERSIFICACAO_ALIMENTAR.pdf
- Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPPP] (2012). Alimentação e nutrição do lactente. Comissão de Nutrição. *Revista de Medicina Da Criança e Da Adolescência*, 49(2), 17-40.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2016). *Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor De Saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/2016/wp-content/uploads/2016/04/Padr%C3%A3o-Alimentar-Mediterr%C3%A2nico-Promotor-de-Sa%C3%BAde-1.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. Direção-Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Demellón, M., Embleton, N., Mis, N. F., ... Molgaard, C. (2017). Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(1), 119–132. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001454>
- Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Direção-Geral da Alimentação e Veterinária, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, & Instituto Português do Mar e da Atmosfera (2013). *Recomendações para o consumo de peixe: O peixe é um alimento saudável*. Nutrimónio. <https://nutrimonio.pt/activeapp/wp-content/uploads/2013/03/Consumo-Peixe.pdf>
- Ismail, I. P., Ferreira, M. C., Farias, O. F., Bello, S. R. D. B., Pazello, C. T., Rodrigues, S. G. S., & Silva, R. W. (2013). Seletividade alimentar infantil: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(12), 1–10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.44099>
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF - Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Pereira, M. (2010). *O Bebê Sabe Comer*. Chi das Cinco.
- Rappley, G., & Marketti, T. (2017). *O bebê sabe comer sozinho*. Matéria-Prima.
- World Health Organization [WHO] (2013). *WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age*. World Health Organization. <http://iris.who.int/bitstream/handle/10665/113338/1178924008664-eng.pdf?sequence=1>

Fonte de imagens e elementos gráficos

- Banco de imagens Freepik
- Canva

MESTRADO EM ENFERMAGEM



Elaborado por: Cátia Jesus

(Aluna do Mestrado de Enfermagem em Associação - Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria Antónia Chora



DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR DOS 0 AOS 12 MESES DE VIDA

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA PAIS E CUIDADORES

Fevereiro, 2024



Elaborado por: Cátia Jesus
(Aluna do Mestrado de Enfermagem em Associação - Área de
Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria
Antónia Chora

Apêndice V – **Cartaz: O aleitamento materno na Neonatologia**

UNIDADE DE NEONATOLOGIA

O Aleitamento Materno na Neonatologia

“O leite materno é um alimento natural, completo, dinâmico com inúmeros benefícios nutricionais, imunológicos e afetivos.” (Lopes & Chora, 2019, p.1797)

Quais as medidas que podem ajudar a mãe na manutenção do aleitamento materno?

Durante um internamento ou nas situações clínicas em que a estabilidade e/ou maturidade do bebé não o permita adaptar diretamente à mama para se alimentar, é importante que a mãe adote algumas estratégias para que possa garantir o início e a manutenção da produção de leite materno.



Estas medidas possibilitam a prevenção e gestão de algumas das complicações mais comuns após o parto (ex.: ingurgitamento mamário, mastite, baixa produção de leite materno por défice de estimulação), contribuindo para o sucesso da amamentação (Pereira-Da-silva et al, 2023; UNICEF & WHO, 2020).

- **Contacto pele-a-pele**
 - Promove a regulação dos diversos sistemas do recém-nascido, a vinculação, a confiança materna e favorece a produção das hormonas responsáveis pela produção e excreção do leite (Pereira-Da-silva et al, 2023; UNICEF & WHO, 2020).
- **Estimulação/ extração precoce e regular de leite materno:**
 - Iniciar nas primeiras 3 a 6 horas após o parto, ou o mais precocemente possível. O primeiro leite - colostro, tem uma riqueza ímpar, nutricional e imunológica, pelo que poderá ser utilizado como estimulador imunológico (Pereira-Da-silva et al, 2023; UNICEF & WHO, 2020). Para o efeito, pode optar pela extração de colostro através da expressão manual, para um copo ou seringa, por exemplo.
 - Manter uma frequência de extração regular – entre 8 a 12 vezes por cada 24 horas, incluindo pelo menos 1 extração noturna (Pereira-Da-silva et al, 2023; UNICEF & WHO, 2020).
 - Utilizar uma bomba elétrica para uma maior eficiência da extração.
 - Aliar estímulos positivos ao momento da extração (tais como o toque, ouvir, ver ou pensar no bebé) de forma a facilitar e potenciar a saída de leite (UNICEF & WHO, 2020).
 - Registar as extrações realizadas (horas/frequência e volume de leite extraído) permite que a equipa que vos acompanha possa avaliar o processo de produção, manutenção de leite materno e possibilita eventuais oportunidades de melhoria quando necessário (UNICEF & WHO, 2020).
- **Adaptação direta à mama** e amamentação em horário livre, assim que estado clínico do bebé (e/ou da mãe) o permita.

É importante que saiba que a equipa da Unidade de Neonatologia está disponível e capacitada para informar, esclarecer e apoiar os pais no processo de aleitamento materno. O serviço dispõe de um espaço, equipado com uma bomba extratora de uso hospitalar, que poderá utilizar para a extração de leite materno. Este será depois acondicionado de forma segura até ser oferecido ao seu bebé.

Março, 2024



Elaborado por: Cátia Jesus (Aluna do Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria Antónia Chora
Supervisora Clínica: Enfermeira Maria Gago Salas

Referências Bibliográficas

Lopes, J. M. L. & Chora, M. A. F. C. (2019). Aleitamento materno: fatores que contribuem para o abandono precoce. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(2), 1797-1809. [http://dx.doi.org/10.24802/riaee.2019.5\(2\).1797](http://dx.doi.org/10.24802/riaee.2019.5(2).1797)

Pereira-Da-silva, L., Pissarra, S., Gomes, A., Barros, R., Fernandes, C., Virella, D., Macedo, I., Santos, E., Teles, A., & Cardoso, M. (2023). Guidelines for enteral nutrition in infants born preterm: 2023 update by the Portuguese Neonatal Society. Part I. Nutrient requirements and enteral feeding approach during the hospital stay. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 54(4), 253-263. <https://doi.org/10.24875/PJP.23000004>

United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO) (2020). Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns. UNICEF & WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/133686/9789240005648-eng.pdf?sequence=1>

Fonte da Imagem:
Banco de Imagens Freepik

Apêndice VI – **Folheto: O aleitamento materno na Neonatologia - Informação aos pais**

Alimentação da criança até aos dois anos de vida: Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

É importante que saiba que a equipa da Unidade de Neonatologia está disponível e capacitada para informar, esclarecer e apoiar os pais no processo de aleitamento materno. O serviço dispõe de um espaço, equipado com uma bomba extratora de uso hospitalar, que poderá utilizar para a extração de leite materno. Este será depois acondicionado de forma segura até ser oferecido ao seu bebé.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, D. M. B., Ildefonso, H. A. S., Domingos, R. F. F. & Zangão, M. O. B. (2022). Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos com necessidades adaptativas especiais: uma revisão integrativa. In Zangão, M. O. B. *Aleitamento materno no contexto social*. (pp. 31-44). Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.183223105>
- Pereira-Da-silva, L., Pissarra, S., Gomes, A., Barroso, R., Fernandes, C., Virella, D., Macedo, I., Santos, E., Teles, A., & Cardoso, M. (2023). Guidelines for enteral nutrition in infants born preterm: 2023 update by the Portuguese Neonatal Society. Part I. Nutrient requirements and enteral feeding approach during the hospital stay. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 54(4), 253–263. <https://doi.org/10.24875/PJP.23000004>
- United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO) (2020). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns*. UNICEF & WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333686/9789240005648-eng.pdf?sequence=1>

FONTE DE IMAGENS

Banco de imagens Freepik

Unidade de Neonatologia

UNIDADE DE NEONATOLOGIA

O Aleitamento Materno na Neonatologia

- Informação aos pais -



Março, 2024



Elaborado por: Cátia Jesus (Aluna de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Supervisora Clínica: Enfermeira Maria Graça Saial

A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno constitui um importante agente de proteção para a saúde da mãe e do bebé. Entre os benefícios amplamente reconhecidos está a promoção do vínculo entre a mãe e o bebé, bem como o facto de o leite materno, pelas suas características ser o alimento ideal para um recém-nascido, seja ele de termo ou prematuro (Alves et al., 2022).

No caso dos bebés prematuros, pela sua imaturidade e maior suscetibilidade a situações de doença, o leite materno destaca-se por ser o mais interessante, quer pelo seu valor nutricional, adequado às necessidades individuais, quer pelo aporte de importantes fatores imunológicos (anticorpos), nomeadamente no colostro (Alves et al., 2022).

Na ausência de contraindicações à amamentação, o leite materno é por excelência o alimento mais bem tolerado pelo bebé, sendo também aquele que melhor potencia a sua maturação e desenvolvimento saudável (Alves et al., 2022).



QUAIS AS MEDIDAS QUE PODEM AJUDAR NA MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO?

Durante um internamento e nas situações clínicas em que a estabilidade e/ou maturidade do bebé não o permita ainda adaptar diretamente à mama para se alimentar é importante que a mãe adote algumas estratégias para que possa garantir o início e a manutenção da produção de leite materno.

Simultaneamente, estas medidas possibilitam também a prevenção e gestão de algumas das complicações mais comuns após o parto, como o ingurgitamento mamário, a mastite, ou uma baixa produção de leite materno por insuficiente estimulação (Pereira-Da-silva et al, 2023; UNICEF & WHO, 2020).

- **O contacto pele-a-pele.** Este ajuda na regulação dos diversos sistemas do recém-nascido, promove a vinculação, a segurança e confiança materna e favorece a produção das hormonas responsáveis pela síntese e excreção do leite (Pereira-Da-silva et al, 2023; UNICEF & WHO, 2020).
- **A extração precoce e regular de leite materno.** Quando não seja possível o bebé alimentar-se diretamente à mama ou nas situações em que não esteja assegurada uma adequada estimulação, produção e/ou transferência de leite após o parto:
 - Iniciar extração de leite materno o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 3 a 6 horas após o parto (UNICEF & WHO, 2020);
 - Utilizar a expressão manual para a obtenção de colostro, para um copo ou seringa;
 - Extrair leite ≥ 8 vezes a cada 24 horas, incluindo ≥ 1 extração noturna, nos primeiros 14 dias de vida do

bebé (Pereira-Da-silva et al, 2023; UNICEF & WHO, 2020);

- Preferir uma bomba de extração elétrica para obtenção de maiores volumes a longo prazo (Pereira-Da-silva et al, 2023; UNICEF & WHO, 2020);
- Aliar estímulos positivos ao momento da extração (tais como o toque, ouvir, ver ou pensar no bebé) de forma a potenciar a produção e saída de leite (UNICEF & WHO, 2020).
- Realizar o registo das extrações realizadas (horas/frequência e volume de leite extraído), de forma a permitir que a equipa que vos acompanha avalie o processo de produção, manutenção de leite materno e aproveite eventuais oportunidades de melhoria quando necessário (UNICEF & WHO, 2020).

- **Iniciar a adaptação à mama e progredir para a alimentação diretamente na mesma em horário livre,** assim que estado clínico do bebé (e/ou da mãe) o possibilita (UNICEF & WHO, 2020).



Apêndice VII – O aleitamento materno precoce e a sua importância para o sucesso da amamentação: Informação aos profissionais de saúde

UNIDADE DE NEONATOLOGIA

O ALEITAMENTO MATERNO PRECOCE E A SUA IMPORTÂNCIA PARA O
SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO
- Informação aos profissionais de saúde -

"O desejo de proporcionar ao bebé o melhor começo de vida é universal. As primeiras horas e dias após o nascimento constituem um dos períodos mais arriscados da vida de uma criança - mas o início precoce da amamentação oferece uma poderosa linha de defesa." (UNICEF & WHO, 2018a, p.7)

DEZ PASSOS PARA UMA AMAMENTAÇÃO BEM-SUCEDIDA

1. Cumprir o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (LM).
 - a. Deve existir uma política escrita de alimentação infantil, que seja divulgada periodicamente aos funcionários e aos pais.
 - b. Implementar sistemas de monitorização e gestão de informação.
2. Assegurar que a equipa detém conhecimento, competência e as habilidades necessárias para apoiar a amamentação.
3. Discutir a importância e a prática do aleitamento materno (AM) com as mulheres grávidas e as suas famílias.
4. Após o nascimento, promover o contacto pele-a-pele imediato e ininterrupto e apoiar as mães a iniciar a amamentação o mais precocemente possível.
5. Apoiar as mães a iniciar e manter a amamentação, bem como a gerir as dificuldades mais comuns.
6. Não fornecer a recém-nascidos (RN) amamentados qualquer alimento ou líquido além do LM, salvo quando clinicamente indicado.
7. Permitir que as mães e os seus bebés permaneçam juntos e pratiquem alojamento conjunto 24 horas/dia.
8. Apoiar as mães a reconhecer e responder aos sinais de prontidão dos seus bebés.
9. Alertar as mães sobre os riscos associados ao uso de biberões, tetinas e chupetas.
10. Coordenar a alta para que os pais e os seus bebés tenham acesso oportuno a apoio na amamentação e à continuação dos cuidados.

(UNICEF & WHO, 2018b, p. 8)

1

FUNDAMENTAÇÃO

O presente documento foi elaborado com o objetivo de reunir contributos na área do AM, para os projetos em construção na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital do Espírito Santo - Unidade Local de Saúde Alentejo Central. Pretende-se que este possa ajudar a difundir nos serviços algumas boas práticas reconhecidas internacionalmente, subjacentes aos 'Dez passos para uma amamentação bem-sucedida' da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Aliados aos protocolos e projetos a ser elaborados, esta nota informativa pode constituir um ponto de partida para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo em vista a otimização das práticas de cuidados na amamentação e consequente aumento das taxas de AM.

Para além desta sensibilização, urge a criação e estreitamento de canais de comunicação entre os diversos serviços da Unidade Local de Saúde Alentejo Central, nomeadamente na Área da Mulher e da Criança (tais como o Serviço de Obstetrícia, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica) e destes com os Cuidados de Saúde Primários (CSP). É determinante que os profissionais de saúde sejam detentores de conhecimentos baseados nas evidências científicas mais recentes, falem a mesma linguagem e estejam aptos para apoiar e capacitar as famílias para o AM de forma adequada, ajudando a evitar ou resolvendo as complicações mais frequentes tendo em vista o seu sucesso.

2

ENQUADRAMENTO ESTATÍSTICO

Nos últimos anos registou-se um aumento das taxas de AM exclusivo nos primeiros seis meses de vida - cerca de 48% em 2023 em todo o mundo. Este valor tende a aproximar-se da meta estabelecida pela Assembleia Mundial da Saúde, de 50% até 2025 (UNICEF & WHO, 2023). De acordo com o 'Global Breastfeeding Scorecard 2023', o aumento desde 2017 foi reportado em diversos países, nomeadamente da Europa (UNICEF & WHO, 2023).

A partir do estudo 'Childhood Obesity Surveillance Initiative' Portugal 2021/2022 foi possível chegar a alguns dados recentes sobre o AM em território nacional. Em relação à população abrangida pelo estudo, contactou-se que 90,1% das crianças tinham sido amamentadas, sendo que a região do Alentejo apresentou um valor inferior à média nacional, com 87,8% de crianças amamentadas (Rito et al., 2023). Das crianças amamentadas, 41,8% foram amamentadas para além dos 6 meses de vida, registando-se no Alentejo uma taxa inferior, de 38,6%. Em relação à amamentação exclusiva até aos 6 meses ou mais, 21,8% das crianças foram amamentadas exclusivamente até esta etapa, registando-se novamente um menor valor na região do Alentejo - 19,5%. Paralelamente, se verificarmos as taxas de alimentação com leite artificial, o Alentejo registou 31,2% de crianças alimentadas com leite artificial desde o nascimento e 19,3% de crianças alimentadas com leite artificial no primeiro mês, sendo este o valor mais elevado quando comparado com as restantes regiões de Portugal (Rito et al., 2023).

Pode por isso afirmar-se que "apesar de todas as vantagens inerentes ao aleitamento materno (...) as taxas de aleitamento materno em Portugal continuam aquém das recomendações mundiais", nomeadamente o aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida (Lopes & Chora, 2019, p.1799).

O cenário descrito deve gerar reflexão, constituir uma oportunidade de adequação das políticas em saúde e de estratégias promotoras da amamentação e, localmente, da melhoria dos cuidados prestados. É fundamental aumentar as competências dos profissionais para que estes, de forma informada e articulada, desenvolvam no seu campo de ação intervenções facilitadoras do AM, do seu sucesso e continuidade, evitando um desmame precoce (Alves et al., 2022).

3

DA TEORIA À PRÁTICA: A IMPORTÂNCIA DO AM PRECOCE E A SUA MANUTENÇÃO
EM SITUAÇÕES DE SAÚDE VS. SITUAÇÕES ESPECIAIS

MEDIDAS PARA UM INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO

De forma sumária as recomendações da Sociedade Portuguesa de Neonatologia indicam que perante uma situação em que a diade mãe-bebé se encontra estável e saudável após o nascimento, deve ser promovido o AM através de:

- "Contacto pele-a-pele e aleitamento na primeira hora de vida.
- Alojamento conjunto do RN com a mãe.
- Amamentação em livre demanda (...) entre 8-12 vezes em 24 horas.
- Apoio às mães (...) com visualização da mamada e avaliação dos sinais de transferência de leite.
- Promoção do correto posicionamento do RN e da pega adequada.
- Ensino às mães sobre como fazer extração de colostro/leite (extração manual ou com máquina) no caso dos RN que não conseguem fazer uma extração de leite eficaz."

(SPN, 2023, pp. 4-5)

'Golden hour' - termo adotado para designar a primeira hora após o parto, na qual deve ser promovido o contacto pele-a-pele e o início da amamentação.

Estas práticas facilitam a transição do RN ao meio extrauterino, ajudando na sua organização e dos seus sistemas. Além disso, favorecem o reconhecimento por parte da mãe relativamente aos sinais de prontidão para a alimentação, promovendo a amamentação precoce (SPN, 2023). Por sua vez, esta é basililar para um correto estímulo e manutenção da produção de leite, determinantes para o sucesso da amamentação (SPN, 2023; UNICEF & WHO, 2018b). Deste modo, é possível afirmar que cada minuto conta para o estabelecimento da amamentação, isto é, um atraso do contacto pele-a-pele e do momento da primeira mamada pode implicar de forma negativa todo o processo posterior.

4

A não esquecer que apesar de constituir a forma natural de alimentar o RN, a amamentação nem sempre se inicia de forma fácil e intuitiva para todas as mães/diades. Importa por isso assegurar a disponibilidade, apoio e orientação prática dos profissionais sobre os primeiros sinais de fome, posicionamento e pega correta para uma adequada transferência de leite (UNICEF & WHO, 2018b).

ALEITAMENTO MATERNO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

A OMS defende que perante a ausência de contraindicações ao AM, todos os bebés (sejam eles saudáveis, em situação de doença, de termo, pré-termo ou baixo peso), devem ser alimentados com LM durante o primeiro semestre de vida (UNICEF & WHO, 2020):

- Quando estáveis, deverão ter acesso à mama, imediato e sem restrições (UNICEF & WHO, 2020).
- Um quadro de instabilidade da mãe e/ou do RN após o nascimento pode requerer o atraso do início da amamentação e do alojamento conjunto, contudo esta medida deve ser implementada tão breve quanto possível (UNICEF & WHO, 2020).

No caso de prematuridade ou doença no RN e do seu impedimento temporário em alimentar-se diretamente à mama, é importante que os profissionais de saúde sensibilizem, informem e capacitem as mães para a prevenção e gestão das complicações mais comuns que poderão surgir, decorrentes da lactogénese II (Pereira-da-Silva et al., 2023; UNICEF & WHO, 2020).

Adicionalmente, perante a ausência de estímulo do bebé através da mamada, é fundamental que a mãe entenda a importância do AM e da ativação deste processo, através da estimulação e manutenção da lactação, mediante a extração precoce e regular de LM (Pereira-da-Silva et al., 2023; UNICEF & WHO, 2020).

5

- A extração de LM por bomba extratora elétrica (nomeadamente com tecnologia bifásica), apresenta uma eficácia superior à da bomba extratora manual e à expressão manual, pela obtenção de maiores volumes de leite (Pereira-da-Silva et al., 2023; UNICEF & WHO, 2020). Se falamos de uma bomba extratora elétrica de uso hospitalar, nomeadamente com possibilidade de extração dupla simultânea as suas vantagens são ainda sobreponíveis.
 - o Quando este recurso esteja disponível nos serviços, deve incentivar-se e instruir a mãe sobre a sua utilização;
- Sugerir à mãe a monitorização da frequência e volumes extraídos. Este registo fornece dados importantes aos profissionais de saúde, permitindo acompanhar a evolução do processo e dando oportunidades de reforço e adequação dos ensinamentos a realizar (UNICEF & WHO, 2020).
- Assim que a maturidade e estabilidade do RN o permita, apoiar a diade na adaptação à mama, conforme já acima descrito (UNICEF & WHO, 2020).

Antecipando a alta e perante um compromisso do processo de amamentação, preocupação parental ou do profissional de saúde, é fundamental a referência para os CSP (equipa de saúde e/ou Cantinho de Amamentação, caso o Centro de Saúde disponha deste espaço) para assegurar a continuidade dos cuidados ao bebé/família e um adequado apoio na amamentação.

Importa ainda reter que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, "têm um papel fundamental para contribuir para o sucesso do aleitamento materno" sendo as intervenções de enfermagem determinantes para evitar e solucionar as complicações mais frequentes (Lopes & Chora, 2019, p.1807).

7

INÍCIO PRECOCE DA ESTIMULAÇÃO E EXTRAÇÃO DE LM

O colostro, também designado 'ouro' líquido, é cientificamente reconhecido pela sua adequação nutritiva ímpar, contendo importantes anticorpos e propriedades imunoativas/imunomoduladoras (UNICEF & WHO, 2018b). Nos últimos anos, o seu enquadramento enquanto terapia (colostroterapia ou terapia nutricional oral) tem ganho terreno. De acordo com a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, os RN que não reúnam condições para o estabelecimento da amamentação após o nascimento, podem beneficiar do LM e dos seus amplos benefícios desde logo. Entre as várias terapias possíveis de serem desenvolvidas numa Unidade de Cuidados Neonatal, a terapia com LM sobressai pelas vantagens, ao ser um recurso seguro, eficaz, disponível e com uma relação custo-benefício favorável (UNICEF & WHO, 2020).

Neste contexto, é importante a criação de protocolos que figurem esta prática, para que os profissionais de saúde a reconheçam e adotem. As mães devem ser sensibilizadas para a importância do colostro, incentivadas a realizar expressão manual, para que este depois possa administrado por via oral ou orofaríngea ao RN (UNICEF & WHO, 2020).

MEDIDAS PARA A MANUTENÇÃO DA PRODUÇÃO DE LM

A evolução positiva do quadro clínico e/ou da maturidade do RN deve ser acompanhada pelo progressivo aumento de volume de LM oferecido: de alimentação entérica mínima (alimentação trófica) a alimentação nutritiva (Pereira-da-Silva et al., 2014). Para isso, a mãe deverá adotar estratégias que possibilitem a manutenção da produção de LM – extração com início precoce e realizada com regularidade de forma continuada, até que o bebé se alimente diretamente à mama.

De forma breve podem ser descritas como medidas importantes:

- A primeira extração de leite nas primeiras 3 a 6 horas após o parto, ou idealmente mais cedo (Pereira-da-Silva et al., 2023; UNICEF & WHO, 2020);
- Manter uma frequência de estimulação e extração frequente: entre 8 a 12 vezes a cada 24 horas nos primeiros 14 dias de vida do RN, incluindo pelo menos 1 extração no período noturno (Pereira-da-Silva et al., 2023; UNICEF & WHO, 2020);

6

MARÇO, 2024



Elaborado por: Cátia Jesus (Aluna de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)
Docente Orientadora: Professora Doutora Maria Antónia Chora
Supervisora Clínica: Enfermeira Maria Graça Saial

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, D. M. B., Ildefonso, H. A. S., Domingos, R. F. & Zangão, M. O. B. (2022). Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos com necessidades adaptativas especiais: uma revisão integrativa. In Zangão, M. O. B. *Aleitamento materno no contexto social*. (pp. 31-44). Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.183223105>
- Lopes, J. M. L. & Chora, M. A. F. C. (2019). Aleitamento materno: Fatores que contribuem para o abandono precoce. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(2), 1797-1809. [http://dx.doi.org/10.24902/r.iase.2019.5\(2\).1797](http://dx.doi.org/10.24902/r.iase.2019.5(2).1797)
- Pereira-da-Silva, L., Gomes, A., Macedo, I., Alexandrino, A. M., Pissarra, S. & Cardoso, M. (2014). Nutrição Entérica Na Criança Nascida Pré-Termo: Revisão Do Consenso Nacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 326-339. <https://www.sneonatalogia.pt/wp-content/uploads/2020/12/Soc-Port-Neonatal-Nutn%C3%A7%C3%A3o-ent%C3%A9rica-no-pr%C3%A9-termo-Acta-Pediatr-Port-2014.pdf>
- Pereira-Da-silva, L., Pissarra, S., Gomes, A., Barroso, R., Fernandes, C., Virella, D., Macedo, I., Santos, E., Teles, A., & Cardoso, M. (2023). Guidelines for enteral nutrition in infants born preterm: 2023 update by the Portuguese Neonatal Society. Part I. Nutrient requirements and enteral feeding approach during the hospital stay. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 54(4), 253-263. <https://doi.org/10.24875/PJP.23000004>

8

Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M. do C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T. S., Dinis, A., & Rascão, C. L. (2023). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/8630>

<https://www.unicef.org/media/150586/file/Global%20breastfeeding%20scorecard%202023.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) (2023). *Recomendação/ Consenso: "Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável"*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. <https://www.spneonatalogia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>

United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO) (2018a). *Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn*. UNICEF. <https://www.unicef.org/eca/media/4256/file/Capture-the-moment-EIBF-report.pdf>

United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO) (2018b). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative* 2018. UNICEF & WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?sequence=19>

United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO) (2020). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns*. UNICEF & WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333686/9789240005648-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (WHO) (2023). *Infant and young child feeding*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.

United Nations Children's Fund (UNICEF), & World Health Organization (WHO) (2023). *Global breastfeeding scorecard 2023 rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support*. UNICEF.

Apêndice VIII – Resumo do Artigo – «Scoping Review»: Aleitamento materno em unidade de cuidados intensivos neonatais: desafios e oportunidades para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica

Aleitamento Materno em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: Desafios e Oportunidades para o
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RESUMO

O leite materno (LM) é considerado o 'gold standard' na alimentação do recém-nascido (RN). Porém, o início e manutenção do aleitamento materno (AM) nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) apresenta inúmeros desafios. **Objetivo:** Mapear os fatores que influenciam o AM em contexto de UCIN. **Metodologia:** Pesquisa nas bases de dados 'CINAHL® Plus', 'Nursing & Allied Health Collection', 'Cochrane Plus Collection', 'MedicLatina' e 'MEDLINE®' através da 'EBSCOhost'. Delimitou-se os resultados às publicações entre 2019 e 2024. Aplicados os delimitadores de pesquisas, critérios de inclusão e exclusão, foram considerados 10 artigos. **Resultados:** O AM em UCIN é influenciado por: características do RN (ex.: idade gestacional, peso ao nascer), da mãe (ex.: paridade, inteligência emocional, stress) e do ambiente de cuidados (ex.: formação especializada dos profissionais; filosofia e práticas de cuidados, estrutura e regras do serviço, políticas e normas institucionais, disponibilidade de espaço e equipamento de extração de LM, protocolos de LM). **Conclusão:** A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem um papel decisivo na identificação do risco para o não AM, na educação e apoio às famílias, e em assegurar um ambiente e intervenções promotores da amamentação em UCIN.

Descritores: aleitamento materno; unidade de cuidados intensivos neonatais; recém-nascido; neonato.

ABSTRACT

Breast milk (BML) is considered the gold standard for feeding newborn babies (NB). However, initiating and maintaining breastfeeding (BF) in Neonatal Intensive Care Units (NICUs) presents numerous challenges. **Objective:** To map the factors that influence breastfeeding in the NICU context. **Methodology:** Search in the 'CINAHL® Plus', 'Nursing & Allied Health Collection', 'Cochrane Plus Collection', 'MedicLatina' and 'MEDLINE®' databases via 'EBSCOhost'. The results were limited to publications between 2019 and 2024. Once the research delimiters, inclusion and exclusion criteria were applied, 10 articles were considered. **Results:** BF in the NICU is influenced by: characteristics of the NB (e.g. gestational age, birth weight), the mother (e.g. parity, emotional intelligence, stress) and the care environment (e.g. specialised training of professionals; philosophy and practices of care, structure and rules of the service, institutional policies and norms, availability of space and equipment for BML).

Aleitamento Materno em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: Desafios e Oportunidades para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

extraction, BML protocols). **Conclusion:** The paediatric and child health nursing has a decisive role to play in identifying the risk of non-breastfeeding, educating and supporting families, and ensuring an environment and interventions that promote breastfeeding in NICUs.

Keywords: 'breastfeeding'; 'neonatal intensive care unit'; 'newborn'; 'neonate'.

RESUMEN

La leche materna (LM) se considera el patrón de oro para la alimentación de los recién nacidos (RN). Sin embargo, iniciar y mantener la lactancia materna (LM) en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) presenta numerosos retos. **Objetivo:** Mapear los factores que influyen en la LM en el contexto de las UCIN. **Metodología:** Búsqueda en las bases de datos 'CINAHL® Plus', 'Nursing & Allied Health Collection', 'Cochrane Plus Collection', 'MedicLatina' y 'MEDLINE®' a través de 'EBSCOhost'. Los resultados se limitaron a publicaciones entre 2019 y 2024. Una vez aplicados los delimitadores de la investigación y los criterios de inclusión y exclusión, se consideraron 10 artículos. **Resultados:** La LM en la UCIN está influenciada por: características del RN (ej.: edad gestacional, peso al nacer), de la madre (ej.: paridad, inteligencia emocional, estrés) y del entorno asistencial (ej.: formación especializada de los profesionales; filosofía y prácticas asistenciales, estructura y reglas del servicio, políticas y normas institucionales, disponibilidad de espacio y equipamiento para la extracción de LM, protocolos de LM). **Conclusión:** La enfermería de salud infantil y pediátrica tiene un papel decisivo a la hora de identificar el riesgo de no LM, educar y apoyar a las familias, y garantizar un entorno e intervenciones que promuevan la LM en las UCIN.

Palabras clave: 'lactancia materna'; 'unidad de cuidados intensivos neonatales'; 'recién nacido'; 'neonato'.

Apêndice XIX – Calendário de vacinação PNV e Mapas dos locais de administração de vacinas



Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
 Estudante de Mestrado: Enfª Cátia Jesus
 Docente Orientadora: Profª Dra. Maria Antónia Chora
 Supervisora Clínica: Enfª Sílvia Antunes



Esquema geral recomendado

Vacina	Nascimento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	(...)
VHB	X	X		X					
Hib		X	X	X		X			
DTPa		X	X	X		X	X		
VIP		X	X	X		X	X		
Pn13		X	X		X				
MenB		X	X		X				
MenC					X				
VASPR					X				
HPV								X (0, 6 meses)	
Td								X	

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>



Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Estudante de Mestrado: Enft Cátia Jesus
Docente Orientadora: Profª Dra. Maria Antónia Chora
Supervisora Clínica: Enft Silva Antunes

PNV 2020

Locais de administração das vacinas < 12 meses

Braço esquerdo

BCG



Coxa esquerda

DTPaHibVIPVHB

DTPaHibVIP

MenB

Coxa direita

VHB

Pn13

Hib

VIP



Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Estudante de Mestrado: Enft Cátia Jesus
Docente Orientadora: Profª Dra. Maria Antónia Chora
Supervisora Clínica: Enft Silva Antunes

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182/2020-de-27092020-pdf.aspx>

PNV 2020

Locais de administração das vacinas ≥ 12 meses

Braço esquerdo

BCG

DTPaHibVIP

DTPaVIP

MenB

MenC/MenACWY

Td/Tdpa

Braço direito

Pn13/Pn23

VASPR

VHB

VIP

Hib

HPV



Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182/2020-de-27092020-pdf.aspx>

ANEXOS

Anexo I – «Webinar»: Excesso de peso e obesidade em idade pediátrica



CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Cátia Jesus

participou no Webinar “**Excesso de peso e obesidade em idade pediátrica**” realizado no dia **1 de fevereiro de 2024**, com a duração de 1 hora.

Certificado emitido automaticamente.

Anexo II – **Curso de Emergências Pediátricas**



Anexo III – Curso de Suporte Básico de Vida Pediátrico



Anexo IV – Ação de formação em serviço: Colostroterapia



Saúde



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALENTEJO CENTRAL

Declaração

Para os devidos efeitos, declara-se que **Cátia Alexandra Guerreiro de Jesus**, Aluna de Mestrado em Enfermagem na área de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, participou na Ação de Formação em Serviço, realizada no âmbito da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, subordinada ao seguinte tema: -----

- **"Colostroterapia"**, com a duração de 1 hora, realizada em 20 de março de 2024.

Por ser verdade, emite-se a presente declaração, que damos por firme e valiosa. -----

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, EPE, em 12 de agosto de 2024. -----

A Responsável do Gabinete de Formação,


Paula Grilo

/ 11

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL E.P.E. – ULSAC E.P.E.
geral@ulsac.min-saude.pt | www.ulsac.min-saude.pt | Telefone: 266 740 100
Entidade Pública Empresarial Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Évora
sob o n.º 508 085 888 NIPC/NIF: 508 085 888 | Capital Estatutário: 44.994.919 Euros
Largo Senhor da Pobreza, s/n - 7000-811 ÉVORA