



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

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

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Marisa Martins Henriques

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

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

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Marisa Martins Henriques

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

JÚRI:

PRESIDENTE: Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues (Doutorada em Saúde Pública)
Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

ARGUENTE: Maria Margarida Lourenço Tomaz Cândido Boavida Malcata
(Especialista em Enfermagem, Decreto-Lei n.º 206 de 2009, de 31 agosto)
Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

ORIENTADOR: Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora (Doutorada em Enfermagem)
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.

“A infância é alimentada pela imaginação, a juventude pelo sonho e a velhice pela saudade...”

Osman Freitas



DEDICATÓRIA

À minha filha Matilde, meu grande amor, promotor de conhecimento e de coragem para perseguir esta longa viagem num mundo cheio de aventura.

AGRADECIMENTOS

O presente relatório de estágio profissional integra uma caminhada repleta de momentos desafiantes, mas acima de tudo de muita satisfação. E neste momento da minha vida, nada seria possível sem o apoio fundamental dos meus entes querido e dos meus amigos a qual eu tenho uma imensa gratidão onde estarão para sempre no meu coração.

Professora Doutora M^a Antónia Chora, apesar de todo este momento difícil nas nossas vidas nunca deixou de me apoiar, sempre disponível, sempre com um sorriso e também espírito crítico na sua orientação no desenrolar de todo o estágio;

A todas as Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica orientadores, pelo carinho, disponibilidade, mas acima de tudo de todos os momentos de reflexão e transmissão de conhecimentos;

Aos restantes enfermeiros das equipas dos vários contextos de estágio, pelo seu acolhimento;

A minha querida irmã Dora pela sua disponibilidade, pelas suas palavras de conforto, mas acima de tudo pelo apoio;

Aos meus pais pelo apoio familiar;

Aos meus sogros por me facilitarem o promoverem a minha segurança e por ficarem com a minha filha;

Ao Milton, pelo carinho incondicional, pela paciência, pelo incentivo e perseverança neste longo percurso, que se tornou ainda mais desafiante com o nascimento da nossa princesa.

Às minhas tias pelas doces palavras de coragem e de alento.

A todos vós, com todo o meu carinho obrigada!

RESUMO

Os dois primeiros anos de vida do ser humano são certamente os momentos mais desafiadores e conquistadores que podemos presenciar. Os seus desenvolvimentos físicos, cognitivos e sociais remetem-se muito para a sua conquista individual apoiada na promoção da saúde, os seus pais/cuidadores/pessoa significativa atribuem. E tudo isto é fundamental de forma a promover, desenvolver hábitos e estilos de vida saudáveis que futuramente rentabilizam para uma sociedade mais saudável. Existem inúmeras recomendações da Organização Mundial de Saúde e todas elas enaltecem a importância do aleitamento materno, a introdução e a diversificação alimentar, promovendo uma alimentação saudável e equilibrada. Assim, os dois primeiros anos de vida fundamentais no combate da obesidade e de outras patologias relacionadas com a alimentação.

O atual relatório, no âmbito do mestrado de enfermagem com a área de especialização de saúde infantil e pediátrica vem enaltecer o percurso formativo realizado ao longo do estágio final, onde apresentamos o projeto de intervenção e a sua implementação, nas suas várias etapas, segundo a metodologia de trabalho de projeto, sustentando no modelo de promoção de saúde de Nola Pender. Demonstramos também as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, de mestre em enfermagem, alicerçados nos modelos de parcerias de cuidados de Anne Casey.

Palavras-Chave: enfermagem de saúde infantil e pediátrica; promoção da saúde; diversificação alimentar.

ABSTRACT

The first two years in the life of a human being life are certainly the most challenging, while providing the greatest achievements that we can witness. The child's physical, cognitive and social development depends on individual achievements supported by the health promotion provided by their parents / caregivers. Therefore, it is essential to promote and develop healthy lifestyles that may foster healthier societies. There are several recommendations from the World Health Organization regarding healthy eating in children up to two years old and they all highlight the importance of breastfeeding, the introduction and diversification of food, promoting a healthy and balanced diet. The first two years of life are fundamental in preventing obesity and other food related pathologies.

This report, within the scope of the master's degree in nursing with the specialization in child and pediatric health, shows the training path carried out during the final project. It depicts a project development and implementation, in its different stages, according the work methodology, supported by Nola Pender's health promotion model. Common and specific skills of the nurse specialized in child and pediatric health are emphasized, based on Anne Casey's care partnership models.

Keywords: child health and pediatric nursing; health promotion; food diversification.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AME- Aleitamento Materno Exclusivo

APA – American Psychological Association

BIS – Boletim Individual de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COSI – Childhood Obesity Surveillance Initiative

CPCJ – Comissão de Proteção de <crianças e jovens

DGS- Direção-Geral da Saúde

EEESIP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESPEGHAN- European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition

IMC-Índice de Massa Corporal

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável


PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV- Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

TP – Teste do Pezinho



Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF- United Nations Children´s Fund

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	10
1 - PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DESDE DO NASCIMENTO ATÉ AOS 2 ANOS DE VIDA: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	13
1.1 – Modelos Teóricos do cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica..	13
1.1.1 Promoção de Hábitos e estilos de vida saudáveis de Nola Pender.....	13
1.1.2 A Parceria de Cuidados de Anne Casey.....	15
1.2– A atuação do enfermeiro especialista no Aleitamento Materno.....	16
1.3– A atuação do enfermeiro especialista na diversificação alimentar nos primeiros dois anos	18
1.3.1 Vigilância de desenvolvimento e a diversificação alimentar aos 4 meses de vida.....	19
1.3.2 Vigilância de desenvolvimento e a diversificação alimentar aos 6 meses de vida.....	23
1.3.3 Vigilância de desenvolvimento e a diversificação alimentar aos 9 meses de vida.....	24
1.3.4 Vigilância de desenvolvimento e a diversificação alimentar aos 12 meses de vida.....	25
1.3.5 Vigilância de desenvolvimento e a diversificação alimentar aos 18 meses de vida.....	26
1.3.6 Vigilância de desenvolvimento e a diversificação alimentar aos 24 meses de vida.....	26
2 PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	28

2.1 Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Metodologia de projeto	28
2.2 Análise das atividades desenvolvidas em contexto clinico.....	31
2.2.1- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	32
2.2.2. Unidade de cuidados de Internamento de Pediatria.....	36
2.2.3 Unidade de Urgência Pediátrica	39
2.2.4 Unidade de cuidados de Consulta Externa.....	42
2.2.5 Unidade de Cuidados Especiais Neonatais.....	43
3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETENCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	49
3.1 Análise reflexiva das competências comuns do enfermeiro especialista.....	50
3.2 Análise reflexiva das competências específicas EEESIP.....	55
3.3 Análise reflexiva das competências adquiridas enquanto Mestre.....	60
4. CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
APÊNDICES.....	71
Apêndice I – Folheto “Papinhas saudáveis 4 meses”	72
Apêndice II – Folheto “Papinhas saudáveis 6 meses”	75
Apêndice III – Folheto “Papinhas saudáveis 9 meses”	78
Apêndice IV – Folheto “Papinhas saudáveis 12 meses”	81
Apêndice V – Tapete de rato “Recomendação da Alimentação do Lactente”	84
Apêndice VI – Poster informativo “Aleitamento Materno – A sua importância”	86

Apêndice VII – Cartão informativo “Conservar no domicílio o leite materno recém extraído”.....	88
Apêndice VIII – Apresentação da sessão de Educação para a saúde em unidade de cuidados “Aleitamento Materno”.....	90
Apêndice IX Poster informativo “Amamentar é uma forma de amar”.....	98
Apêndice X – Documento publicado no Blog de unidade de cuidados “Amamente o seu bebé prematuro”.....	100
Apêndice XI – Resumo do artigo de revisão científica.....	103
Apêndice XII – Proposta do plano de Estágio na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais.....	105
Apêndice XIII – Poster informativo “Amamente o se filho doente”.....	118
Apêndice XIV – Norma “Extração e conservação, armazenamento, manipulação e administração do leite materno em ambiente hospitalar”.....	120
Apêndice XV – Estudo Caso.....	125
Apêndice XVI – Resumo de Projeto de Estágio.....	168
ANEXOS.....	171
Anexo I – Certificado do Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico Europeu.....	172
Anexo II – Descodificador de Rótulos.....	174

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio final o presente relatório foi desenvolvido no terceiro curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, com o objetivo de apresentar o percurso realizado ao longo do curso e os seus contextos clínicos de estágio, dando resposta ao desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010^a) e competências de mestre (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de Setembro, 2016).

Com apoio nos objetivos delineados no Mestrado em Enfermagem em Associação, projetamos atividades de forma a desenvolver aquisição de competências que vai ao encontro do regulamento e funcionamento do Mestrado de Enfermagem demarcados inicialmente pela Universidade de Évora em 2016 pelo primeiro curso administrado:

“a. Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada especializada num domínio de enfermagem, evidências em níveis elevados de julgamento clínico e tomada decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;

b. Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referências éticos e deontológicos;

c. Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e projetos, nos diferentes contextos da prática de cuidados;

d. Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.”

Os cuidados alimentares devem iniciar-se, preferencialmente mesmo antes da gestação e preservar esses bons hábitos ao longo da gravidez. Sabemos que as papilas gustativas estão completamente desenvolvidas por volta da décima quinta semana, assim como na vigésima quinta já se encontra neurónios olfativos funcionais. Desta forma o feto de uma forma muito precoce já reconhece os sabores da dieta materna que são passíveis de ser transferidos ao líquido amniótico (Teixeira et al, 2015).

Após o nascimento, e durante os primeiros seis meses de vida do bebé, alimentação adequada é o leite materno exclusivo, pois este alimento vivo ajuda na imunidade e garante todos os nutrientes necessários ao lactente (Rêgo et al, 2019).

Desta forma é necessário diversificar alimentação a partir dos quatro/seis meses, de forma a dar resposta as necessidades nutricionais e de desenvolvimento do lactente, sendo que a introdução de alimentos não deve ser rígida e tendo sempre em consideração os fatores de ordem social, cultural e hábitos familiares (Guerra et al, 2012).

O estágio concerne reflexão e posteriormente melhoria e obtenção dos ganhos adquiridos em saúde, que enquanto enfermeiro especialista seja capaz de relatar com consideração as atividades e experiências desenvolvidas ao longo dos diversos campos de estágio (Alligood & Tomey, 2004).

Realizado os períodos de estágios torna-se fundamental efetuarmos uma análise reflexiva sobre todo o percurso realizado, e neste aspeto que aspetos positivos proporcionaram e enriqueceram o crescimento profissional e também pessoal de forma a preencher a linha de investigação previamente selecionada de “Segurança e Qualidade de Vida”, e com a temática escolhida de “O enfermeiro especialista enquanto promotor de uma alimentação saudável desde o nascimento até aos 2 anos”.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros a promoção da qualidade de vida, nomeadamente de crianças, adolescentes e as respetivas famílias /cuidadores, é um dever do enfermeiro dar respostas as suas necessidades. O artigo 103º realça os direitos à qualidade de vida, através do respeito à “integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa” valorizando a vida e a qualidade de vida recusando qualquer forma de tratamento maléfico, desumano e mesmo degradante, defendendo a vida humana em todas as circunstâncias (Lei nº156/2015 de 16 de setembro, 2015).

O Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) “Trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Diário da Republica, 2011b, p 8653). Tendo em conta todo este contexto o estágio decorreu na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de cuidados de Internamento de Pediatria, unidade de cuidados de Consulta Externa e com o maior contexto em Unidade de cuidados de Urgência Pediátrica.

Com todo este tempo de diversas práticas clínicas, foi possível adquirir e desenvolver diferentes conhecimentos e competências que o presente relatório tem como principal objetivo descrever a interiorização e reflexão de todas as atividades desenvolvidas e as devidas aquisições de conhecimentos da prestação de cuidados à criança e família/pessoa significativa.

O atual relatório de estágio tem como objetivos:

- Descrever a implementação do projeto de intervenção;
- Fundamentar as escolhas de acordo com a evidência científica;
- Evidenciar capacidade de reflexão sobre a prática clínica desenvolvida.

A estrutura do relatório encontra-se estruturada em 5 partes: iniciando com o enquadramento conceptual, o projeto de intervenção delineado, a descrição e reflexão das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, a descrição das competências desenvolvidas quem enquanto enfermeiro especialista quer enquanto mestre em enfermagem no contexto de estágio e por fim a conclusão.

A norma de referência bibliográfica aplicada neste trabalho foi a Norma APA (American Psychological Association) 6ª edição.

1. PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DESDE DO NASCIMENTO ATÉ AOS 2 ANOS DE VIDA: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Este item tem como objetivo apresentarmos as temáticas que suportaram toda a linha de investigação de “Segurança e Qualidade de Vida” com o grande tema de alimentação saudável desde o nascimento até aos 2 anos de vida com a referida importância da introdução de alimentos.

Toda a pesquisa que realizámos assentou no pressuposto de consolidar os conhecimentos, orientado o caminho a percorrer nos diferentes campos de estágio.

1.1 Modelos Teóricos do cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediátrica

Os modelos teóricos fundamentam e enaltecem as práticas de enfermagem permitindo descrever, explicar e antecipar diversos fenómenos, desta mesma forma, permite orientar o pensamento crítico e a tomada de decisão, contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados a serem prestados (Alligood & Tomey, 2004).

Desta forma é fundamental interligar modelos teóricos como o modelo da parceria de cuidados de Anne Casey; defende os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos. Tal como o modelo teórico de Nola Pender que enaltece a promoção da saúde sustentando pelas boas experiências profissionais que maximizam a excelência da prestação de cuidados assim como a partilha de conhecimentos com a família/pessoa significativa.

1.1.1 Promoção de Hábitos e estilos de vida saudáveis de Nola Pender.

A Carta de Ottawa resultou da primeira conferência internacional sobre a promoção da saúde que ocorreu em 1986. Apresentou-se a promoção da saúde como um

“processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”. Desta forma é necessário criar ambientes favoráveis, promotores de conhecimento, de forma a reorientar os serviços de saúde, desenvolver competências pessoais e garantir o acesso à informação e a estilos de vida saudáveis (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, 1986).

A modelo teórica, Nola Pender desenvolveu o modelo de promoção da saúde apoiado na teoria de aprendizagem de Albert Bandura que reivindica a importância dos processos cognitivos para que haja alteração do comportamento. O seu modelo foi revisado e foi aperfeiçoado após a análise de trabalhos de investigação (Sakraida, 2004).

Sendo que este modelo pressupõe que as pessoas interagem com o ambiente e através da sua análise reflexiva, regularizam o seu comportamento no sentido positivo com o intuito de exprimir o potencial de saúde (Sakraida, 2004).

O modelo de Pender aponta 3 fatores principais, nomeadamente:

- As características e as experiências individuais;
- As cognições e afetação do comportamento;
- Resultado comportamental individual.

As características e as experiências individuais subdividem-se em fatores pessoais, como em aspetos biológicos, psicológicos e socioculturais. E o comportamento anterior encontra-se relacionado com a existência de processos vividos iguais ou semelhantes que influenciam na adoção de comportamentos de promoção da saúde (Sakraida, 2004).

Segundo Sakraida (2004) o principal determinante do comportamento de saúde são os fatores cognitivos e preceivos, que são suscetíveis a mudança mediante as intervenções de enfermagem, nomeadamente; os benefícios da ação percebidos, isto é, as potenciais vantagens que decorrem de adoção de comportamento de saúde. Caso esses benefícios sejam potencialmente valorizados as suas ações serão superiores; Barreiras percebidas à ação remete para as dificuldades sentidas e os sacrifícios pessoais podem inibir o comportamento de promoção da saúde; Autoeficácia percebida, interliga com a análise da capacidade individual para desenvolver comportamento de promoção de saúde. Desta forma maior autoeficácia significa menos dificuldades per-

cebidas e maior o compromisso com o desenvolvimento da ação; Sentimentos vivenciados, ou seja, sentimentos positivos potencializam a autossuficiência percebida assim como aumenta a probabilidade de adoção de comportamentos de promoção de saúde; Influências (quer positivas quer negativas) interpessoais de família, pares ou profissionais de saúde; Influências situacionais, ou seja, a influência negativa ou positiva gerada pelo conhecimento de determinada situação ou contexto (Sakraida, 2004).

Todos estes fatores podem determinar o aumento ou até mesmo da diminuição do compromisso com o plano de ação, ou seja, com as estratégias previamente delineadas para uma determinada implementação de um comportamento de saúde (Sakraida, 2004).

1.1.2 A Parceria de Cuidados de Anne Casey.

Os cuidados de excelência a serem prestados a uma criança prevê fundamentarmos em alguns modelos teóricos, como o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

A definição de criança para a Ordem dos enfermeiros é apresentada como todo o indivíduo que tenha menos de 18 anos de idade, e que no caso de doença crônica, incapacitantes ou deficiência vai até aos 21 anos sendo possível prolongar até aos 25 até que a transição seja adequada para a vida adulta seja conseguida com sucesso (OE, 2017).

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey apoia-se na filosofia de que são os pais os melhores prestadores de cuidados aquela determinada criança, por apresentarem diversos estímulos de amor e de proteção e sempre com o intuito de poderem oferecer o melhor desenvolvimento e crescimento (Casey, 1993). Sendo fulcral que toda a família esteja envolvida, e a implementação do modelo requer uma fase de negociação, fundamentada pelo respeito dos desejos da criança e família como também as suas necessidades.

Neste modelo os pais são incentivados a prestar todos os cuidados familiares, sendo que nas crianças com maiores necessidades e em determinadas circunstâncias, realizar por vezes atividades de enfermagem, após o ensino e a supervisão do enfermeiro (Casey, 1993).

Na sabedoria dos cuidados centrados na família, a família é considerada como um núcleo coeso da criança, sendo que cabe aos profissionais de saúde “apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e a competência da família através do desenvolvimento de parcerias com os pais”. (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11); o objetivo é oferecer ferramentas/conhecimentos à família de modo a capacitar e a promover o seu desenvolvimento de competências com o intuito de obter um controlo positivo sobre as suas vidas (Hockenberry & Barrera, 2014),

Relativamente aos cuidados não traumáticos, os cuidados remetem-se para as intervenções que possam reduzir ou até mesmo eliminar o desconforto psicológico, tal como o medo, a ansiedade, como também pelo desconforto físico vivenciado pela criança, tendo como máxima premissa de não causar dano/sofrimento. De forma atingir esse mesmo objetivo é fundamental minimizar a separação da criança e famílias/pessoa significativa assim como a dor e a lesão corporal, o que influenciara a sensação de controlo (Hockenberry & Barreira, 2014).

O próximo capítulo remete-se para alimentação saudável e equilibrada iniciando pelo aleitamento materno e posteriormente para a diversificação alimentar nas idades chave do desenvolvimento da criança.

1.2 A atuação do enfermeiro especialista no Aleitamento Materno

O tema aleitamento materno é um assunto contemporâneo através dos diversos estudos assim como todas as suas potencialidades, por isso mesmo a OMS recomenda-o em exclusividade até aos seis meses de vida (180 dias), pois garante o aporte de todas as suas necessidades nutricionais e energéticas. Após esse período de desenvolvimento do lactente este não consegue suprimir todas as necessidades tornando necessário iniciar a diversificação alimentar. Porém tendo em conta a elevada qualidade dos nutrientes do leite humano assim como os fatores de proteção recomenda-se até o aleitamento deve se manter pelo menos, até aos dois anos de vida (WHO, 2009).

Sabemos que a lactação é um processo fisiológico complexo que remete para algumas particularidades atualmente ainda desconhecidas, que dependem do prévio desenvolvimento da glândula mamária, da regulamentação hormonal da lactante e de fatores locais (Truchet & Honvo – Houéto, 2017).

A glândula mamária apresenta um processo de desenvolvimento lento e gradual, que atinge a sua diferenciação completa quando a mulher consegue ter uma gravidez de sucesso (Truchet & Honvo- Houéto, 2017).

A anatomia e fisiologia da mama segundo a WHO é um órgão exócrino e dinâmico, relacionado com os processos reprodutivos, de ciclos de crescimento e de diferenciação funcional. No interior da mama encontram-se os alvéolos, que são estruturas organizadas por diversas células epiteliais produtoras de leite que em conjunto se agrupam formando ductos e por sua vez conectado ao ducto interlobular formando ductos maiores designados seios lactíferos e terminam no mamilo. O leite é produzido e armazenado nos ductos e nos alvéolos. Sendo que esta estruturas se encontram rodeadas de células musculares responsáveis pela contração e naturalmente iniciam o fluxo de leite (WHO, 2009). O mamilo está inserido numa região pigmentada da mama, aréola onde se localizam as glândulas de Montgomery, responsáveis pela secreção de um fluido oleoso, de forma a proteger a mama durante amamentação como também de produzir um aroma atraindo o RN à mama (WHO, 2009).

Com o decorrer da gestação ocorre a proliferação dos ductos, dos alvéolos como também a diminuição do tecido adiposo. Os alvéolos, principalmente no terceiro trimestre aumentam o seu tamanho, sendo que o aporte sanguíneo duplica em volume que vai permanecendo assim até que haja um desmame (Truchet & Honvo-Houéto, 2017)

A formação da secreção láctea conhecida por lactogénese inicia-se aproximadamente na segunda metade da gravidez, é dividida em duas fases: A lactogénese I e a lactogénese II. Na lactogénese ocorre a diferenciação das células epiteliais dos alvéolos que desenvolvem a produção do “primeiro leite” denominado de colostro. Lactogénese II inicia-se imediatamente após o parto, devido a diminuição abrupta da hormona progesterona, estrogénio e lactogénios placentários (Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

Fisiologicamente o estabelecimento da lactação ocorre nas primeiras semanas após o parto, as hormonas prolactina e ocitocina são responsáveis pela produção de leite. Para além do plexo hormonal é necessário que o RN mame de forma a estimular os impulsos sensoriais que atravessam o mamilo e chegam ao cérebro e a hipófise, tendo como resposta fisiológica a segregação no lobo anterior prolactina e no lobo posterior de ocitocina (WHO, 2009; Levy & Bértolo, 2012).

O leite materno é um alimento altamente rico em nutrientes, sendo pelas suas próprias características de alimento vivo com a capacidade de ir modificando consoante

o desenvolvimento e necessidades nutricionais da criança. E por todas estas características apresenta diversas vantagens quer para a criança quer para a mãe (WHO, 2009).

O colostro é considerado o primeiro leite, é rico em leucócitos e imunoglobulinas, sendo que na sua constituição apresenta também um fator de crescimento epidérmico que melhora o revestimento do intestino, preparando-o e fortificando para a sua digestão dos outros nutrientes do leite. Apresenta também um efeito de laxante promovendo a excreção do mecónio e que beneficia na diminuição dos níveis de bilirrubina (WHO, 2009 & Mannel, Martens & Walker, 2011).

Através de diversos estudos realizados sobre todos constituintes do leite humano, também com o intuito de relacionar este hábito com diversas patologias. Observa-se que as crianças amamentadas apresentam menor risco de obesidade, problemas gastroenterite, infeções respiratórias, otites, asma, dermatite atópica, eczema, doença celíaca, leucemia, doença inflamatória do intestino, diabetes *mellitus* tipo II, hipertensão arterial, enterocolite necrosantes, síndrome de morte súbita, linfoma, infeções urinárias, meningite por *Haemophilus influenzae*, e dislipidemia (WHO, 2009 & Eidelmam & Schanlar, 2012).

Para além do teor de proteção contra diversas doenças, a OMS demonstra que as crianças alimentadas com leite humano apresentam melhor desenvolvimento cognitivo (WHO, 2009).

O aleitamento materno é um facilitador para melhor adaptação e aceitação dos alimentos na introdução da diversificação alimentar. Isto devido ao saber que o leite varia consoante os diferentes alimentos e especiarias que a mãe consumir, desta forma promove a familiarização e aceitação da criança aos mais diversos sabores, mesmo que sejam intensos (Levy & Bértolo, 2012 & Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2012).

1.3 A atuação do enfermeiro especialista na diversificação alimentar nos primeiros dois anos

Os hábitos alimentares, os seus costumes e também o simbolismo estão muito interligados com a alimentação são uma componente significativamente importante em

diversos grupos culturais, religiosos e étnicos. Até mesmo dentro do mesmo país existem em determinadas áreas geográficas que prevalecem um tipo de alimentação do que outra, que de certo modo pode beneficiar ou prejudicar o desenvolvimento da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

Existem diversos fenómenos biológicos básicos que influenciam o crescimento e o desenvolvimento que se caracterizam na idade pediátrica. Sendo fundamental manter uma vigilância do crescimento muito próxima e regular, como é definida pela Direção Geral da Saúde e que consta no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ). Nestas consultas é avaliado diversos parâmetros como o comprimento, o perímetro cefálico, o peso sendo tudo registado e estudado nas curvas de percentis sobre o desenvolvimento da criança. Ainda nesta consulta é incentivado desde a primeira consulta hábitos e estilos de vida saudáveis, nomeadamente a alimentação saudável (Rêgo et al, 2019).

O primeiro ano de vida, mais concretamente é definido por um rápido crescimento e desenvolvimento, a maior que ocorre em toda a vida do ser humano. As características de crescimento no primeiro ano de vida são: regista um aumento de peso entre 15 a 30gramas por dia principalmente no primeiro trimestre, o peso ao nascer duplica nos seus primeiros 4 meses e triplica cerca dos 12 meses, sabe-se ainda que os primeiros meses de vida a curva de peso pode expressa o tipo de aleitamento. A nível do comprimento aumenta aproximadamente 25 cm no primeiro ano de vida e o perímetro cefálico dentro do mesmo período aumenta cerca de 1 centímetro por mês (Rêgo, et al, 2019)

Como já foi referido o leite humano exclusivo é a ideal nos primeiros seis meses de vida, sabe-se que por diversas condicionantes é rapidamente substituído por leite adaptado sendo aconselhado aos 4 meses realizar a introdução da diversificação alimentar (DGS,2013).

1.3.1 Vigilância de desenvolvimento e a diversificação alimentar aos 4 meses de vida.

É ao 4º mês, na consulta de vigilância que o enfermeiro tem um olhar mais cuidado sobre o desenvolvimento motor e das novas aquisições/aptidões adquiridas utilizando a escala de avaliação de Mary Sheridan modificada. Nesta faixa etária observa-se se o lactente consegue elevar a cabeça e o tronco na posição ventral, se agarra os

objetos e se ri para as pessoas. É esperado que o bebe balbucia, ri e tenta imitar os sons (DGS, 2013).

Até aqui a lactante tem um papel fundamental sobre a introdução de novos alimentos, se está a realizar leite materno exclusivo, se a criança realiza aleitamento misto, leite humano com o complemento de leite por fórmulas infantis (Rêgo et al, 2019 & Guerra et al, 2012).

Nas crianças que não se encontram alimentar-se por leite materno exclusivo, está indicado iniciarem a diversificação alimentar. A introdução dos diferentes grupos de alimentos tem com o intuito permito o treino progressivo de texturas e paladares, como permite avaliação de possíveis intolerâncias alimentares (Rêgo et al, 2019).

Sabemos que o primeiro grupo de alimentos que poderá ser introduzido será o grupo dos hortofrutícolas ou o dos cereais. Seja que as suas apresentações sejam em creme de legumes ou em papa ou ainda a fruta. Encontra-se padronizado respeitar-se um intervalo de 2 a 3 dias entre cada grupo de alimentos (Rêgo et al, 2019).

Quando se inicia introdução de novos alimentos, na eventualidade de indicar pelo creme de legumes, é importante reconhecer o treino de um alimento não doce e não lácteo, assim como o seu índice de valor baixo calórico juntamente com o facto de fornecer vitaminas, minerais e ainda fibra (Rêgo et al, 2019).

Não se deve de incluir mais de quatro legumes no creme de legumes, sendo preferencialmente distribuídos pela seguinte forma; um do grupo dos legume base, como é o caso da batata branca ou doce, do curgete, a beringela, o chuchu ou a couve-flor; um do grupo dos fornecedores de betacarotenos nomeadamente a cenoura ou a abobora; um do grupo antioxidantes a cebola, o alho ou alho-francês e por fim um de folhas mais concretamente a alface, o brócolo, couve coração e feijão-verde. Depois de cozidos dos ingredientes cozidos, os legumes devem de ser triturados e no momento da oferecer a sopa deve ser adicionado entre 5 a 7,5ml de azeite por dose no prato. É contraindicado adicional o sal ou o açúcar, pelo menos até ao primeiro ano de vida (Guerra et al,2012).

O creme de legumes depois de confeccionados pode ser colocado no frigorífico por um período inferior a quarente e oito horas, no caso de poder permanecer mais tempo deve de permanecer no congelador (Rêgo et al, 2019).

A conhecida “papa” é outro alimento frequentemente considerado na realização da diversificação alimentar é uma fonte rica em hidratos de carbono, proteína vegetal e muito rica em vitaminas e minerais, como o ferro. Existem dois tipos de papas, as lácteas, quem tem leite incorporado e devem de ser preparadas com água; e as papas não lácteas, estas devem de ser preparadas com leite materno ou da fórmula infantil, qualquer uma delas podem ser isentas ou conter glúten. Existe ainda as papas de frutas, de sabor mais doce e não contém glúten, enquanto algumas papas de cereais como é o caso do trigo, aveia e cevada apresentam esta proteína (Rêgo et al, 2019& Guerra et al, 2012).

É ainda importante referir que as papas de origem biológica, não industrializadas, não são enriquecidas em vitaminas ou minerais e as papas caseiras, feitas com mistura livre, não conseguem quantificar a sua riqueza nutricional, e por isso não demonstram segurança na nutrição, ao não quantificar os micro e os macronutrientes. Enquanto as papas industrializadas, existentes no mercado português, já não contém açúcar adicionado, sendo mesmo resultado dos tratamentos enzimáticos dos cereais (Rêgo et al, 2019).

Tendo em consideração os estudos realizados pela ESPGHAN, é recomendada que o glúten seja inserido a partir dos quatros meses e antes dos sete meses. Deste modo, a papa da diversificação alimentar, pode e deve desde dos quatro meses de vida ter glúten (Rêgo et al, 2019).

É de salientar que a fruta não deve constituir uma refeição, mas ser uma opção saudável de sobremesa das refeições principais. No início deve ser oferecida moídas, preferencialmente cruas, alternando como as primeiras frutas a maçã, a pera e a banana (Guerra et al, 2012).

1.3.2 Vigilância de desenvolvimento e a diversificação alimentar aos 6 meses de vida.

Dado todo o crescimento e desenvolvimento do lactente, em que os primeiros meses de vida ele passa progressivamente de um estado quase inativa para um estilo de elevada atividade motora, sensorial e social, com o impacto das necessidades do crescimento somático e a aceleração e maturação registada a nível do sistema nervoso central. Enquanto no primeiro trimestre de vida o leite humano suprime as necessidades fisiológicas da criança, sendo rico em gordura. Esta conseqüente procura de exploração

do mundo que a rodeia, obrigam a uma mudança do perfil das necessidades alimentares, traduzida pela menor necessidade em energia e gordura, e recorrente nesta etapa do desenvolvimento a sua fonte de eleição para o trabalho muscular aos hidratos de carbono (Rêgo et al, 2019).

É nesta etapa do desenvolvimento, que se verifica progressivamente o aumento do volume gástrico, que facilita uma maior aceitação de maiores quantidades de alimentos. Aqui também se amadurecendo as enzimas digestivas, que permitem que o organismo aceite outros alimentos para além do leite humano (Rêgo et al, 2019).

Os tempos de aceitação e maturação das capacidades motoras, as neurocognitivas e as metabólicas são consideradas as “janelas de treino”, promovendo um comportamento alimentar adequado garantindo o crescimento e o desenvolvimento saudáveis (Rêgo et al, 2019)

E nesta etapa do desenvolvimento que o lactente quando se avalia a postura, em decúbito ventral apoia-se nas duas mãos, em decúbito dorsal consegue levantar a cabeça e membros inferiores na vertical com os dedos fletidos, na tração pelas mãos faz força para se sentar e mantendo-se sentado sem apoio (DGS, 2013)

Sobre a avaliação e motricidade fina, já tem preensão palmar, consegue levar os objetos a boca e transfere. Quando a audição e linguagem, segue os sons a 45cm do ouvido, verbaliza monossílabas e já dá gargalhadas. O seu comportamento social torna-se muito ativo e curioso sobre o que o rodeia (DGS, 2013).

É preconizado pela OMS que a criança seja amamentada pelo leite materno exclusivo até aos seis meses de idade, e sempre que inicia a sua diversificação alimentar deve iniciar pelas características já apresentadas anteriormente na etapa dos quatro meses (Guerra et al, 2012 e Rêgo et al, 2019).

Para além dos primeiros alimentos a serem oferecidos moído de forma homogénea. A partir dos 7 a 8 meses será importante aumentar a oferta de hortifruticulturas menos moídos sejam elas crus ou cozinhados, com o intuito de estimular o treino das texturas.

Relativamente às frutas, sendo as primeiras a serem oferecidas a pera, a banana e a maçã, progressivamente todas devem de ser facultadas, depende de haver

uma reserva durante o primeiro ano de vida (DGS, 2019). Especificamente ao kiwi, morango, e maracujá, como contém grânulos libertadores de histamina são alimentos que facilmente podem ser associados a reação alérgica (Guerra et al, 2012).

A proteína animal não láctea, deve ser introduzida ao sexto mês de vida, é um alimento importante nas reservas de ferro. Deste modo, é nesta altura que devem ser oferecidas ao lactente 30g/dia (alimento cru e limpo de gordura) de carne ou peixe, de forma a diversificar quatro vezes por semana a carne e três vezes por semana o peixe com exceção do bacalhau pela textura e se for seco pelo alto teor de sal sendo apenas recomendado aso doze meses. Tipicamente, a introdução inicia-se com as carnes de aves, nomeadamente do frango, peru e avestruz, ou de coelho, são menos ricas em ferro que as carnes de bovino, como também com menor teor de gordura saturada (Rêgo et al, 2019).

A proteína animal deve inicialmente ser adicionadas ao creme de legumes, à açorda ou à farinha de pau. Posteriormente por volta dos sete meses deve conter arroz, massa ou sêmola de milho (Rêgo et al, 2019). Importa desde sempre apresentar ementas coloridas e diversificadas, tornando o hábito de estar presente os legumes no prato principal, de cores e texturas diferentes, como por exemplo da cenoura, da beterraba, do brócolo e alho francês (Guerra et al, 2012 & Rêgo et al, 2019). Nesta faixa etária, o risco de ferropénia com ou sem anemia é elevado comprometendo a saúde, lembrando que os alimentos que contem mais ferro são a carne e o peixe, e alguns vegetais como os legumes de folha verde escura, endívias, couve-galega, espinafres (Rêgo et al, 2019).

Para dar resposta as necessidades fisiológicas dos lactentes e tendo em consideração a diversificação alimentar, devera ocorrer uma redução progressiva de volume de lácteos, mais concretamente do leite. No segundo semestre de vida o somatório de todos os lácteos ingeridos, como é o caso do leite, do iogurte e do queijo não devem de exceder de 500 a 700 ml/dia. É de salientar que o leite é responsável pelo aporte superior a 40% nas necessidades proteicas diárias (Rêgo et al, 2019).

A introdução e a diversificação de alimentos numa dieta omnívora, pretende-se com a introdução gradual dos diferentes grupos de alimentos, prende-se com a necessidade prática de planificar e orientar, facilitando também a perceção de possíveis intolerâncias ou alergias (Guerra et al, 2012 & Rêgo et al, 2019).

1.3.3 Vigilância de desenvolvimento e a diversificação alimentar aos 9 meses de vida.

Segundo a escala de avaliação Mary Sheridan Modificada é esperado que ao nono mês de vida ao nível da postura e motricidade global a criança consiga sentar-se sozinha, já colocar-se de pé com apoio; relativamente à visão e motricidade fina já apresenta apreensão e manipulação de objetos, conseguindo levar tudo à boca, aponta com o indicador, realiza o movimento de pinça, atira e procura o objeto no chão; mais concretamente a audição e linguagem tem uma atenção imediata para os sons perto e distantes, já começa a repetir as sílabas ou sons que o adulto faz e a seu comportamento social, consegue distinguir os familiares de estranhos (DGS, 2013).

Com um olhar mais cuidado sobre a continuação da diversificação alimentar o grupo das leguminosas, como é o caso do feijão, grão-de-bico, lentilha e ervilha, devem de ser introduzidos na criança, de acordo com a dieta omnívora, sendo que a sua dieta seja predominantemente vegetariana a sua introdução deve de ser mais precoce. Este alimento deve ser oferecido inicialmente sem casca, devem ser previamente demolhados, oferecidas em pequenas quantidades, pois são uma excelente fonte de proteína vegetal, de fibra, de ferro, de vitaminas e de minerais. É de enaltecer a sua riqueza em vitaminas (Rêgo et al, 2019).

O iogurte consiste uma boa alternativa para um lanche, em que pode ser introduzido nesta idade e deve ser natural, isento de aromas e de açúcares. Quando a sua origem é leite de vaca deve ser servido em pequenas quantidades, e desde que a oferta láctea seja maioritariamente leite materno ou fórmula infantil, não resulta de qualquer risco para a saúde (Rêgo et al, 2019).

Relativamente aos frutos gordos, nomeadamente a noz, a amêndoa, o coco, o caju, o pinhão e o pistacho, e as sementes de abóbora, de girassol, de linhaça e chia, poderão ser oferecidos aos lactentes de nove meses, mesmo havendo história de risco de alergia por história familiar para atopia (ESPGHAN, 2017). A sua apresentação deve ser natural, sem sal ou fritos, e devem de ser bem triturados e nunca em grandes pedaços pelo risco elevado de obstrução da via aérea (Rêgo et al, 2019).

O ovo é um alimento nutricionalmente rico, com proteína de alto valor biológico, colesterol e vitaminas. Pode ser iniciado por volta nesta faixa etária, embora não seja

nenhuma recomendação específica e tendo em consideração o seu risco de alergias a sua introdução deve de ser de uma forma gradual, inicialmente de meia gema na primeira semana, passando a uma gema na segunda semana para finalizar em oferecer o ovo inteiro, sendo recomendado um máximo de três ovos por semana em substituição da carne ou do peixe numa das refeições principais (Rêgo et al, 2019).

1.3.4. Vigilância de desenvolvimento e a diversificação alimentar aos 12 meses de vida.

O desenvolvimento preconizado para esta faixa etária do lactente segundo a escala de avaliação Mary Sheridan é esperado que a postura da criança consiga passar de decúbito dorsal a sentado e apresente equilíbrio, que já gatinha e consegue apoiar-se de pé e baixar-se com uma ou as duas mãos. A sua visão apresenta interesse visual para o perto e longe, através da brincadeira explora a energia dos objetos atirando-os para o chão consecutivamente. Sobre a sua linguagem tem resposta rápida aos sons suaves, acode pelo nome direcionando o olhar, cumpre e compreende ordens simples. Olhando para o comportamento social, bebe pelo copo com ajuda, segura na colher, mas ainda não lhe dá utilidade, já colabora no vestir e despir levantando os braços e demonstra afetividade perante os seus familiares (DGS, 2013).

Aos doze meses de idade a criança, pode e deve de participar na dieta familiar, devendo manter-se o aleitamento materno ou a fórmula infantil como fonte láctea preferencial. Sabe-se que o exemplo, assim como as escolhas alimentares dos familiares e da escola são essências no comportamento alimentar. É fundamental uma oferta variedade, respeitando todos os grupos alimentares e mesmo dentro do grupo os diferentes alimentos. O que realmente importa é a qualidade em variação do alimento e não o consumo de quantidade (Rêgo et al, 2019).

A oferta de novos alimentos, pretende-se que seja num contexto familiar, ou mesmo na escola, sejam num contexto lúdico e educativo, facilitando a sua aceitação. Sendo também fundamental o saber estar à mesa, incentivar a comer devagar, a respeitar os horários das refeições, a não substituição por alimentos que não são do seu agrado, incentivando-a a sua autonomia e não mantendo a criança mais de trinta minutos à mesa (Rêgo et al, 2019).

A alimentação saudável tem como base uma alimentação completa, que seja equilibrada, variada e segura, segundo a Rodas dos Alimentos, esta forma constitui um

ótimo guia orientador de forma a planear este tipo de alimentação saudável. Através desta forma pressupões o consumo de alimentos de cada grupo, os cereais, derivados e tubérculos; os hortícolas; a fruta; os laticínios; as carnes, peixe e ovos; leguminosas e óleos, de forma a variar as escolhas alimentares dentro de cada grupo específico com o intuito de maximizar as necessidades nutricionais. É igualmente importante respeitar as porções entre os diferentes grupos, sendo que deve de se consumir maiores quantidades de alimentos dos grupos de maior dimensão, como é o caso dos cereais, hortícolas e frutas, e inversamente proporcional, os grupos de menos dimensão, caso das carnes, peixes e ovos; ou gorduras e óleos (Rêgo et al, 2019).

1.3.5 Vigilância de desenvolvimento e a diversificação alimentar aos 18 meses de vida.

Durante todo este percurso de vida, é realizado a consulta de vigilância do décimo quinto mês, de forma apoiar e esclarecer dúvidas e continuar a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. É esperado que alimentação da criança seja semelhante da família, apresentando uma alimentação diversificada, equilibrada e nutritiva respeitando todos os grupos alimentares estabelecidos na Roda dos Alimentos (Guerra et al, 2012 & DGS, 2013).

Nesta faixa etária, segundo avaliação Mary Sheridan é esperado que a criança ande bem, consiga apanhar os brinquedos do chão, construa torres de três cubos, realize rabiscos mostrando preferência por uma mão, tem interesse pelos desenhos dos livros e os esfolhe, a nível da linguagem articula entre seis a vinte e seis palavras reconhecíveis mas compreende imensas, consegue identificar e localizar zonas anatómicas como o nariz, o cabelo e os pés. O seu comportamento social, bebe por um copo sem entornar muito com o apoio das duas mãos, já consegue levar os alimentos a boca com uma colher, já indica a necessidade de ir à casa de banho e cópia as atividades domésticas (DGS, 2013).

1.3.6 Vigilância de desenvolvimento e a diversificação alimentar aos 24 meses de vida (2anos).

Analisando a escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan é esperado que a postura e a motricidade global consigam correr, como subir e descer um degrau com os dois pés; avaliando a sua visão e motricidade fina, conseguem construir

uma torre com seis cubos, imita rabiscos circulares, aprecia ver livros e já os consegue folhear uma página da cada vez; sobre a sua linguagem e audição, afirma o seu primeiro nome, fala sozinha enquanto brinca, constrói frases simples e nomeia objetos. O seu comportamento e adaptação social, coloca o chapéu e os sapatos, domina a colher e já bebe pelo copo e coloca-o no lugar sem o entornar (DGS, 2013).

Logo após um período de introdução de alimentos, que decorre perante uma forma gradual, de forma a considerar as características da criança e a respeitar os hábitos da família, é fundamental reforçar os hábitos saudáveis de vida para todos. Continuando a apostar numa variedade de oferta alimentar, com o objetivo de promover o conhecimento máximo de texturas e de sabores, contrariando a aversão a novos alimentos (Guerra et al, 2012 & Rêgo et al, 2019).

Um nutriente, cujas suas necessidades podem ser difíceis de atingir é o ferro, que se encontra presente essencialmente na carne, nalgumas vísceras e em alguns peixes. As leguminosas e hortícolas de cor verde são também fontes de ferro, ainda que sejam difíceis de absorção pela sua biodiversidade. Para além de proporcionar alimentos ricos em ferro é importante a ingestão de vitamina C, que se encontra presente na laranja, no morango, no kiwi entre outros, promove a otimização da absorção deste mineral (Rêgo et al, 2019).

As bebidas como o café, os chás dificultam a absorção de ferro, sendo tradicionalmente adicionados de açúcar, dificultam a absorção de ferro pelo que não há qualquer interesse no seu consumo (Rêgo et al, 2019).

É muito comum a criança nesta idade resistir à introdução de novos alimentos, pelo que se torna aconselhável serem introduzidos em pequena quantidade, incentivar que a criança o experimente e o consuma, sem forçar que se habitue. Pelas suas próprias características a recusa de um alimento novo, deve-se promover a sua oferta regular, de uma forma lúdica e em contexto familiar, tendo em consideração que nesta faixa etária a criança tende de aprender mais através do jogo e da imitação, sendo também contraindicado muitos alimentos novos em simultâneo (Rêgo et al, 2019).

2. PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo é elucidado a metodologia empregue, referenciando os objetivos relativos a cada contexto de estágio, assim como as respetivas atividades desenvolvidas. Em paralelo é descrito em cada local de estágio e as aprendizagens adquiridas.

2.1– Metodologia de projeto

A metodologia realça um caminho de pensamento e na prática exercida na realidade, é *“um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto”* (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.4). Quando se pretende desenvolver um projeto nos cuidados de saúde, deve se ter em consideração as necessidades da população e que estratégias/ações, concentrando e aproveitando os recursos já existentes e disponíveis capazes de satisfazer (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A metodologia de projeto abrange as seguintes etapas; elaboração do diagnóstico da situação; delinear objetivos; planificação das atividades, meios e estratégias de forma atingir os objetivos apresentados; a execução das atividades planeadas e por fim apresentar os resultados obtidos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O diagnóstico de situação, remete-se para a preparação de uma *“mapa cognitivo sobre a situação-problema identificado”* (Ruivo, Ferrito & Nunes, 20120, p.10). Este ponto tem como finalidade corresponder as necessidades reais e sentidas nas populações, de forma na resolução ou minimização do problema de saúde identificados como também otimize ou aumente a eficácia dos serviços a serem prestados (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A temática deste projeto foi: “Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.” Esta é um tema aliciante para nós, e através da entrevista realizada aos enfermeiros orientadores em conjunto com os elementos de chefia de enfermagem nas unidades de cuidados dos diversos campos de estágio e por se

constar um tema pertinente nas mais diversas áreas da pediatria, com intuito de dar resposta as necessidades das unidades foi possível a realização deste diagnóstico. A premissa desenvolvida foi de forma a intervir o mais precocemente na diversificação alimentar, promovendo hábitos saudáveis e seguros para o lactente e família que não desenvolvam problemas relativos a temática, tornando-se o foco de atenção para a nossa intervenção (Apêndice XVI).

Numa breve revisão da literatura e segundo o estudo realizado pelo Departamento de Etiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) e pela Escola Nacional de Saúde Pública verifica-se que nas duas últimas décadas, a percentagem de mulheres que amamentam em exclusivo até aos três e quatro meses de vidas, quase que duplicou (INSA, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), defende que os lactentes devem de ser alimentados pelo leite materno exclusivo até aos 6 meses de idade. (DGS, 2013). Isto porque o leite materno é considerado o alimento ideal para os recém-nascidos (Rêgo et al, 2019). Sendo que o leite humano é um alimento vivo, natural e completo onde é reconhecido múltiplas vantagens sendo essa a causa da sua exclusividade até aos 6 meses de vida e ser complementar até aos dois anos de idade ou mais (OMS/UNICEF 2012).

Observando outro estudo de Gaspar, & Gonçalves (2015), constatou que a taxa de aleitamento de materno aos 6 meses de idade era apenas 18,8% e que apenas 10,5% se complementava até aos 2 anos de idades. Este mesmo estudo observou que 40% do abandono do aleitamento materno desde o nascimento até aos 6 meses, ainda no primeiro mês de vida 14,5 % das mulheres deixaram de amamentar por “47% pela sensação de que o leite era insuficiente para o lactente; 34% por dificuldades na amamentação (dor, fissuras, mastite, recusa do lactente em mamar); e 11% por perda ponderal do lactente” (Gaspar, Luz Gomes, & Gonçalves, 2015, p.321).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), tem como periodicidade específicas das idades chave de forma a vigiar, planear e registar o de desenvolvimento da criança, através da monitorização do estado de nutrição e o crescimento de crianças e adolescentes, promovendo sempre o desenvolvimento harmonioso, dentro os parâmetros normais definidos pela OMS (DGS, 2013). Tendo em conta tudo isto, os

dois primeiros anos de vida são momentos de grandes mudanças e de muito desenvolvimento psicomotor para a criança, sendo que alimentação saudável é fundamental para conseguir alcançar este objetivo.

No regulamento das competências específicas do EEESIP, o Enfermeiro Especialista deve ter conhecimento e habilidade para antecipar, promover e responder as situações relativas alimentação saudável como também prevenir futuras complicações de uma nutrição desequilibrada pois deve de avaliar o recém-nascido, lactente, criança e família e responder as suas necessidades, nomeadamente no processo adaptação às mudanças na saúde e na dinâmica familiar e em parcerias com a criança e família/pessoas significativa, independentemente do contexto que ela se encontre. Prestar cuidados à criança saudável ou doente e proporcionar educação para a sua saúde, bem como identificar e mobilizar recurso de suporte a família de modo a promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2010).

Para o desenvolvimento do atual projeto, definimos como objetivo geral promover a alimentação saudável nos dois primeiros anos de vida da criança.

De forma a dar resposta a este objetivo geral é necessário aprofundar as especificidades deste contexto, formando assim os objetivos específicos. Estes objetivos devem ser definidos de forma rigorosa com o intuito de facilitar a sua avaliação, devem ser claros, precisos, realizáveis e passíveis de serem medidos. Desta forma apresenta-se os seguintes objetivos específicos;

- Desenvolver conhecimento relacionada com a temática do aleitamento materno, a sua exclusividade e os seus benefícios;
- Desenvolver conhecimento na diversificação alimentar relacionado com o desenvolvimento infantil até aos dois anos de vida.
- Aplicar conhecimentos e competências adquiridas nos diferentes contextos de estágios.
- Capacitar os pais/família/pessoa significativa para a promoção de uma alimentação saudável desde do nascimento até aos dois anos de vida.

De forma a dar resposta a estes objetivos específicos segue-se o planeamento relativo as atividades a serem desenvolvidas em estágio.

De forma a dar resposta aos objetivos acima apresentados é essencial planear as atividades, assim como delinear as mais diversas estratégias abordar de forma a facilitar uma organização metodológica e também de forma a promover a continuidade

de conhecimentos que irão ser adquiridos. Assim foi realizado um plano (Quadro 1) que visa os objetivos específicos assim como as atividades e estratégias que irão ser desenvolvidas. Para complementar e organizar as atividades foi realizado um cronograma (Quadro 2) que permite uma melhor orientação para o estabelecimento e programação dessas mesmas atividades.

Para alcançar os objetivos a estratégia a ser utilizada são ações de educação para a saúde, participar nos planos de cuidados, realizar estudos para maximizar o maior conhecimento e aprendizagem. As temáticas das sessões de educação para a saúde a serem desenvolvidas são passíveis de ligarem o conhecimento teórico com a prática do público-alvo, os métodos expositivo e ativo são o que promovem a melhor aquisição de conhecimentos.

Estes métodos de aprendizagem são um conjunto de procedimentos ou processos didáticos que visam proporcionar a aprendizagem de maneira eficiente. (Mucchielli e Guivarch, 1998) citados por (Marreiros, 2016) propuseram uma classificação dos métodos baseada num "contínuum" desde os completamente "passivos", aos mais "ativos". (Pierre Goguelin, 1973), citados por (Marreiros, 2016) agrupou-os em três grandes grupos: métodos afirmativos (expositivos e demonstrativos), métodos interrogativos e métodos ativos.

O método expositivo trata da apresentação de conteúdos, normalmente por a exposição de um dado assunto de forma verbal, em que a participação dos formandos é mínima o que faz com que exista um afastamento das características individuais do aluno.

2.2 Análise das atividades desenvolvidas ou de aprendizagem

As seguintes reflexões remetem para o estágio I que decorreu de 20 de maio de 2019 a 28 de junho de 2019 em contexto de Cuidados de Saúde Primários numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados no Alentejo. Este estágio deu-me o privilégio de aprofundar os conhecimentos da criança/jovem saudável facilitando a posteriori a identificação da criança doente.

Relativamente ao estágio final decorreu em 18 de setembro de 2019 a 17 de janeiro de 2020, com interrupção para pausa letiva 21 de dezembro de 2019 a 5 janeiro de 2020.

2.2.1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

O estágio I decorreu, num percurso de 6 semanas, foi tendo em consideração por ser o primeiro campo de estágio devido a minha reduzida experiência no mundo da saúde infantil, o que permitiu que se fortalece o meu conhecimento na criança saudável, facilitando posteriormente o processo de conhecimentos da criança doente.

Tendo em consideração o objetivo geral e os específicos do projeto, foram também delineados objetivos para este contexto de estágio:

Como objetivo geral foi delineado:

- Conhecer a prestação de cuidados realizados à criança e família em contexto de cuidados de saúde primários;
- Como objetivos específicos relacionados com a temática do projeto;
- Identificar as necessidades da equipa relacionadas com a temática de promoção de alimentação saudável nos dois primeiros anos de vida;
- Prestar cuidados de enfermagem diferenciados à criança e família ao nível dos cuidados de saúde primários que sem encontram integrados no programa nacional de saúde infantil e juvenil.
- De forma a dar resposta às etapas do trabalho de projeto, e também aos objetivos definidos, planeamos a executamos as seguintes atividades:
- Integração das interações, dos recursos, do funcionamento do centro de saúde e apresentação da equipa multidisciplinar;
- Compreensão da interligação entre unidade de cuidados e recursos de saúde;
- Reunião com a enfermeira com funções de chefia, enfermeira especialista de saúde infantil e pediátrica e orientadora na identificação das necessidades de unidade de cuidados no âmbito no projeto inicial;

- Realização de pesquisa bibliográfica necessário na prestação de cuidados de saúde infantil e juvenil assim como no aleitamento materno e na diversificação alimentar;
- Identificação das estratégias utilizadas pela EEESIP para a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis.

As UCSP têm como missão “a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos” (Ministério da Saúde, 2011, p.7). Apresentando uma equipa multidisciplinar de médicos, enfermeiros, administrativos e assistentes operacionais. A cada Agrupamento de Centro de Saúde (ACES) estão definidos técnicos do serviço social, fisioterapeutas, terapeutas da fala, nutricionistas, psicólogos e higienistas orais, e sempre que é necessário que exista uma interligação entre as UCSP e outras unidades funcionais (Ministério da Saúde, 2011).

Com um olhar mais cuidado, no âmbito na saúde infantil, este UCSP conecta-se e cumpre com o programa nacional de saúde infantil e juvenil (PNSIJ) assim como o programa nacional de vacinação (PNV).

A equipa de enfermagem nesta unidade que dá resposta aos programas anteriormente apresentados, é constituída por 3 enfermeiras, sendo uma EEESIP, e as outras duas de cuidados gerais.

No cumprimento do PNV existe um gabinete que apoia a equipa, denominado pelo gabinete da vacinação que complementa a administração de todas as faixas etárias no cumprimento da vacinação.

Neste centro de saúde, existe também uma forte ligação com a Unidade de Cuidados na Comunidade, através de uma enfermeira de cuidados gerais, mas com formação avançada no aleitamento materno e também no vastos e profundo conhecimento do recém-nascido (RN), faz a interligação das visitas domiciliares dos RN e ainda apoia as mulheres que se encontram amamentar, caso estas tenham alguma dúvida ou dificuldade detetada.

A vigilância da saúde infantil e juvenil, fundamentada pelo PNSIJ, tem como principal objetivo a obtenção de ganhos em saúde nas crianças e jovens em que avalia e regista pelo programa “*Sclinic*” o crescimento e o desenvolvimento, onde também esti-

mula a opção por comportamento promotores de saúde e deteta precocemente e encaminha potenciais problemas que são suscetíveis de afetar a vida ou a qualidade de vida da criança. Permite ainda prevenir, identificar, apoiar e orientar a criança e família vítima de maus tratos e de violência (DGS, 2013b).

As consultas de enfermagem são desenvolvidas num gabinete próprio para esse fim, promovendo um ambiente acolhedor para a criança e ao mesmo tempo calmo para os pais. Estas consultas empáticas e individualizadas, são baseadas na filosofia de cuidados centrados na família, nas interações e processos de comunicação, realizando intervenções perante os seguintes “domínios de atuação: envolvimento; participação e parcerias de cuidados; capacitação e negociação dos cuidados” (OE,2017, p.4).

Na linha de vida, normalmente a primeira consulta de enfermagem pode ser realizada em casa ou na unidade avaliando um conjunto de necessidades de vigilância da equipa que deve ter sido previamente contactada pelo hospital através da notícia de nascimento ou do próprio contacto da família, onde se verifica este primeiro contacto na primeira semana de vida do RN. É também neste momento que realizamos o teste de diagnóstico precoce, conhecido pelo teste do pezinho, é um rastreio de doenças metabólicas. É idealmente realizado entre o 3º e o 6º dia de vida, através de uma pequena colheita de sangue por punção no calcanhar do RN (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, s.d.).

Salvo raras exceções o primeiro mês de vida, as consultas de enfermagem realizam-se semanalmente, com avaliação antropométrica de forma a analisar o crescimento ponderal, adaptação à parentalidade, de forma aprimorar o incentivo e continuação do aleitamento materno.

As consultas seguintes podem ir de acordo com as necessidades quer do lactente/criança quer da família onde se primazia as idades chaves preconizadas pelo PNSIJ. Estas consultas são primeiro que as consultas médicas. Os parâmetros avaliar vai de encontro com o desenvolvimento fisiológico ou potencialmente patológico daí divergirem um pouco em cada idade chave. No entanto existem parâmetros que são sempre avaliados como a preocupação dos pais ou da própria criança, as intercorrências desde da última consulta, a adaptação ao meio escolar, hábitos alimentares, práticas desportivas ou culturais; as curvas de crescimento e de desenvolvimento físico e psicossocial e o cumprimento do PNV (DGS, 2013b). Porém sempre que necessário para

melhor vigilância, são marcadas consultas de enfermagem fora das idades previamente preconizadas.

Em complemento ao PNSIJ para avaliação do desenvolvimento, entre os 0 e os 5 anos de vidas é utilizada a escala de avaliação de Mary Sheridan, que se encontra disponível no programa informático Sclinic. Esta escala é de aplicação rápida, precisa e também fiável em que avalia as áreas como a postura e motricidade global; a visão e a motricidade fina; a audição e a linguagem, o comportamento e a adaptação ao meio social (OE, 2010).

Segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, durante as consultas conseguimos avaliar a dinâmica familiar e a sua rede de suporte sociofamiliar, identificamos as necessidades e os recursos. Este modelo de avaliação familiar divide-se em 3 áreas; estrutural, desenvolvimento e funcional. Na dimensão estrutural permite avaliar a composição da família e o vínculo entre os membros, o tipo de família, o rendimento familiar, o edifício residencial, as precauções de segurança, o abastecimento de água, a existência de animais domésticos e os mesmos cuidados deste. Na dimensão do desenvolvimento avalia-se a satisfação conjugal, planeamento familiar, a adaptação a gravidez e o papel parental. Na dimensão funcional o papel dos prestadores de cuidados e todo o processo familiar (Figueiredo, 2012).

Todas estas avaliações permitem identificar potenciais ou mesmo fatores de risco, de proteção, de agravamento ou até de crises de vida na criança/jovem e família que podem levar aos maus tratos (DGS, 2011).

Até aos 5 ou 6 anos, ao longo destas consultas avaliamos se apresentam critérios de elegibilidade para referenciação para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, ou seja, crianças que apresentem alterações na função ou na estrutura do corpo ou com risco de atraso do desenvolvimento (DGS, 2016a).

No âmbito da promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, verificamos que o EEESIP é bastante afetivo a estes focos e que todas as suas intervenções, nomeadamente nas primeiras consultas do primeiro mês de vida, incidem em promoção e incentivo à amamentação, em que no 4º mês de vida existe o cuidado de avaliação sobre a mãe voltar a sua atividade laboral, de forma a colmatar as suas dificuldades ou promover estratégias de extração de leite de forma a continuar e também a iniciar uma diversificação alimentar e hábitos e estilos de vida saudáveis.

Relativamente ao projeto profissional, observamos que nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, nos registos de enfermagem e em reunião com a equipa sentiam a dificuldade de promover hábitos e estilos alimentares saudáveis e dessa mesma forma foi sugerido a realização de quatro folhetos sobre refeições saudáveis, de forma a promover e a facilitar às famílias esse conhecimento com o intuito de reforçar os ensinamentos realizados.

Esses folhetos foram realizados pelas faixas etárias chave preconizadas pela sociedade portuguesa de pediatria, pela introdução de novos alimentos, ao 4º mês pelas papas sem glúten (apêndice I), ao 6º mês papas com glúten (apêndice II), ao 9º mês (apêndice III) e ao 12º mês (apêndice IV).

2.2.2 Unidade de cuidados de Internamento de Pediatria Médica

Este campo de estágio foi outro local escolhido, tendo em conta que é o hospital de acolhimento de crianças da minha área de atuação, assim como permite conhecer o circuito da criança e família na instituição e a continuação dos seus cuidados na articulação das diversas unidades de cuidados que se encontram interligados.

Na linha de pensamento do projeto, foi delineado para a unidade de internamento pediátrica o seguinte objetivo geral:

- Conhecer a prestação de cuidados realizados pelos enfermeiros à criança/jovem e a família nesta unidade de cuidados.

Pelo que definimos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a prestação de cuidados dos enfermeiros às crianças/jovem doente e família no contexto de internamento;
- Identificar as necessidades dos enfermeiros da unidade de cuidados de internamento em relação à diversificação alimentar desde do nascimento até aos 2 anos de vida;
- Prestar cuidados de enfermagem diferenciados à criança/jovem e família.

Seguindo as rotinas e as etapas do projeto e com o intuito responder aos objetivos definidos, planeamos as seguintes atividades:

- Aquisição de conhecimento sobre as instalações, recursos, equipa multidisciplinar e funcionamento e rotinas da unidade de cuidados;
- Estudo das normas e os protocolos existentes e em curso na unidade de cuidados;
- Compreender a articulação entre a unidade de cuidados e os recursos existentes de saúde;
- Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e do modelo teórico que sustenta a prestação dos cuidados de saúde a serem prestados a criança/jovem e família/pessoa significativa;
- Reunião com o enfermeiro chefe e com a EEESIP orientadora, para identificação das necessidades da unidade de cuidados no que diz respeito ao projeto inicial;
- Prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família/pessoa significativa.

Relativamente a este estágio decorreu entre 18 de setembro a 11 de outubro de 2019. As atividades foram cumpridas logo na primeira semana de contacto com a unidade de cuidados.

Esta unidade de cuidados de internamento, funciona 24h todo o ano, abrange uma capacidade de vinte e duas crianças e ou jovens, com a polivalência de seis utentes da área cirúrgica em quarto duplo, seja do foro de cirurgia geral, estomatologia, ortopedia ou otorrinolaringologia em regime de internamento ou ambulatória e as restantes de sesses do foro médico com quartos individuais ou duplos. Existe uma real atenção, em que nos quartos individuais ficam mais vocacionados para as crianças ou jovens que necessitam de isolamento, ou que requerem mais cuidados, assim como preservar a sua intimidade como é o caso dos adolescentes.

Neste internamento são admitidos os utentes com as idades compreendidas dos 0 aos 17 anos, que normalmente são provenientes da urgência pediátrica, da UCEN, da consulta externa ou de outros centros hospitalares. Durante a sua permanência podem e devem estar acompanhados por duas pessoas significativas entre as 9 e as 22h, com a pernoita de 22h até as 9h de um acompanhante. O horário das

visitas está compreendido entre as 17h até as 18h reservando e promovendo a visita dos irmãos das 18h até 20h.

A equipa multidisciplinar existente é constituída por enfermeiros, pediatras, cirurgiã pediatra, assistentes operacionais, psicóloga, assistente social, educadora de infância e uma professora primária. Dentro da equipa de enfermagem encontram-se cinco elementos especialistas em saúde infantil e pediátrica. De forma a promover a excelência de cuidados é garantido pelo menos um enfermeiro especialista em cada turno perfazendo assim que os turnos da manhã se encontram quatro enfermeiros, três do turno da tarde e dois no turno da noite.

A metodologia dos enfermeiros desta unidade de cuidados é baseada no modelo da parceria dos cuidados de Anne Casey, recorrendo ao método individual de trabalho na prestação de cuidados.

Quando a criança necessita ou inspira mais cuidados de outras valências esta é avaliada por outras especialidades médicas como a cardiologia pediátrica, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia pediátrica, dermatologia que são existentes no próprio hospital ou caso de outras especialidades médicas ou cirúrgicas são transportadas a outros centros hospitalares de forma a dar resposta.

A unidade de cuidados dispõe ainda de um espaço essencial de forma ao seu correto funcionamento assim como primando o cuidado a criança, formando a valência de Hospital Dia. O seu funcionamento decorre das 9h até 18h, com o apoio de uma zona lúdica que tem o apoio de uma educadora de infância e uma professora primária nos dias úteis das 9h até as 17h.

O Hospital Dia, permite um apoio essencial diminuindo o tempo de internamento mantendo a criança em vigilância o que maximiza os seus ganhos em saúde. Aqui através da equipa médica e de enfermagem, com um agendamento próprio, realiza-se a reavaliação do estado de saúde das crianças que estiveram internadas ou que recorreram ao internamento. Sendo possível solicitar exames complementares de diagnóstico, tais como radiografias, análises sanguíneas, análises sumaria à urina ou as fezes, aproveitando este espaço para administração de terapêutica, reforçando os ensinamentos, entre outros procedimentos.

O internamento da criança altera imenso as suas rotinas, o seu conforto e o seu hábito, tanto para ela como para a sua família. Com esta sensibilidade, o EEE-SIP tenta maximizar o seu conforto, os seus hábitos em que realiza intervenções promotoras tanto de conforto físico como emocional. Tenta preservar as suas rotinas, tal como os períodos de sono e vigília.

No caso de procedimentos dolorosos, tal como a colheita de sangue, este promove estratégias farmacológicas e fundamentalmente não farmacológicas para o alívio da dor. Em que a dor é monitorizada, vigiada sempre com recursos a ferramentas adequados consoante cada faixa etária, e no momento ele age e tenta negociar os seus cuidados envolvendo a sua família tal como defende o Anne Casey.

O estudo de consulta das normas e dos processos foram meios facilitadores, para conhecer não só as crianças e as suas famílias, como também facilitam a uniformização da prestação de cuidados com toda a equipa.

Infelizmente durante estas quatro semanas houve poucas crianças internadas, variando das valências cirúrgicas, essencialmente de ambulatório, ortopedia, em que a área médica foi observando patologias do foro respiratório, gastrointestinal e endócrina-metabólica.

Relacionado com a temática do projeto, e segundo o modelo de Nola Pender, os profissionais notam e marcam a influência da adesão à mudança de comportamento e promoção da saúde. Em reunião com o enfermeiro chefe e com a EEE-SIP, delineámos, trabalhámos e elaborámos uma grelha relacionada com a diversificação alimentar, formando um tapete de rato, de forma a que todos os enfermeiros conseguissem tem a perceção e realizar e reforçar os ensinamentos sobre a introdução e a importância da diversificação alimentar (Apêndice V).

2.2.3 Unidade de Urgência Pediátrica

Quando falamos de urgência, definimos algo que é complexo, uma vez que a perceção individual face ao seu estado de saúde. Para a DGS (2001) esta engloba como

situações clínicas, de início súbito, com maior ou menor gravidade, atentado ao risco de falências orgânicas. É uma unidade de cuidados muito específica, com uma estrutura, organização e funcionalidades próprias, com um trabalho intenso quer físico quer emocional (Neto, et al, 2003).

A unidade de cuidados de urgência Pediátrica foi o local escolhido como o maior período de tempo, pelo gosto pessoal de urgência pediátrica, mas acima de tudo para ter mais tempo de contacto com os lactentes e com as crianças da primeira infância. Esta unidade de cuidados é o principal recetor das crianças da minha área de afluência e que muitas das vezes é o elo de ligação com os mais diversos recursos do tratamento patológico, promovendo a sua saúde e prevenindo a sua doença.

Tendo em consideração o projeto delineado, este período de tempo de estágio na urgência definimos o objetivo geral:

- Conhecer a prestação de cuidados realizada pelos enfermeiros especialistas à criança/jovem e a família na unidade de cuidados de urgência pediátrica.

Tendo em consideração o objetivo geral os seguintes objetivos específicos a dar resposta ao objetivo anterior.

- Conhecer a prestação de cuidados dos enfermeiros realizados à criança/jovem e família no contexto de urgência;
- Identificar as necessidades dos enfermeiros deste serviço no que diz respeito à alimentação desde do nascimento até aos dois anos de vida;
- Prestar cuidados de enfermagem diferenciados aos utentes pediátricos.

Atendendo ao projeto e para dar resposta aos objetivos apresentados, planeamos e executamos as seguintes atividades;

- Aquisição de conhecimento sobre as instalações, recursos, equipa multidisciplinar, funcionamento, rotinas da unidade de cuidados e recursos de saúde afluentes;
- Consulta e leitura das normas e os procedimentos já existentes na unidade de cuidados;

- Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, e qual o modelo teórico que suporta a sua prestação de cuidados;
- Reunião com o enfermeiro chefe e com a EEESIP com o intuito de identificar as necessidades da unidade de cuidados no que diz respeito ao projeto.
- Operacionalização de estratégias que visam suprir as necessidades da unidade de cuidados;
- Prestação de cuidados dos enfermeiros face a criança/jovem e família;
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a diversificação alimentar e patologia médica e cirúrgica pediátrica.

Estas oito semanas decorreram entre 14 de outubro de 2019 e 1 de dezembro de 2019. As tarefas foram realizadas ao longo do estágio, depois de orientadas do enfermeiro orientador.

A urgência pediátrica funciona interruptamente ao longo das vinte e quatro horas, com uma sala de espera própria, com televisão e um canto lúdico enquanto aguardam pela sua observação. Apresenta uma sala de triagem, equipada com duas balanças, uma para os lactentes e outra para as crianças e jovens. Contém também de uma creche pediátrica, medicação antipirética assentando um protocolo interno e baseado nas direções da DGS, (2018) a sua devida administração. Esta sala permite acesso direto a sala de emergência equipada de forma a responder a qualquer emergência.

Apresenta ainda uma sala de pequena cirurgia, três gabinetes médicos, e uma sala de tratamentos. Por detrás da triagem ainda fica uma pequena sala denominada de aerossóis, onde ficam as crianças do foro respiratório que não necessitam de maca para serem tratadas.

De forma, a dar resposta a crianças com patologias que necessitam de maiores cuidados existe ainda o serviço de observação com a capacidade de quatro criança/jovens numa sala aberta, caso necessitam de isolamento, existe uma sala de observação ao lado.

A equipa desta unidade de cuidados é composta por enfermeiros, pediatras, ortopedia pediátrica, neste momento apenas existe cirurgia pediátrica, á segunda-feira e

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

com possível recurso à cardiologia pediátrica às sextas-feiras, assistentes operacionais, administrativos e seguranças.

A metodologia de trabalho é baseada pelo modelo da parceria de cuidados de Anne Casey. De forma a manter a prestação de cuidados individualizados, a unidade de cuidados apresenta como sistema informático o Alert., uma ferramenta simples que permite a equipa de enfermagem gerir a unidade incluindo o pequeno internamento que se encontra acoplado. Este sistema informático, vem também dar apoio à triagem de Manchester, que facilita por código de cores a identificação dos doentes.

Após a minha integração feita, da pesquisa e já de alguns turnos de prestação de cuidados à criança/jovem e família, em reunião com enfermeiro chefe e com a enfermeira orientadora EEESIP, identificámos um projeto da unidade com a denominação de “criação um cantinho da amamentação na UUP” com o objetivo de promover não só como o aleitamento materno no contexto de urgência, assim como oferecer a privacidade às mães, uma dificuldade sentida e um problema para alimentar o seu filho.

Tendo em conta o projeto da unidade e a linha do meu projeto, foi diagnosticado a necessidade e apoio pelo que foi realizada uma norma de procedimentos para a extração e armazenamento do leite materno (Apêndice XIV), bem como a realização de dois pósteres informativos lúdico, um deles à promoção da amamentação e outro mais específico ao contexto de amamentar uma criança doente, em que as idas com mais frequência à urgência eram os problemas respiratórios e infeções do trato urinário (Apêndice XIII).

2.2.4 - Unidade de cuidados de Consulta Externa

A consulta externa é uma unidade de cuidados hospitalar que faz uma interligação entre os cuidados primários, secundário e terciários. Normalmente estas consultas são de referência pelos médicos de clínica geral e familiar ou pelos contactos que o utente teve na urgência de forma a promover a continuidade dos seus cuidados.

Este campo de estágio foi substituído por haver algumas dificuldades na unidade de cuidados uma vez que o tempo de estágio não coincidiu com o pedido efetuado, pelo que esta experiência foi substituída pela unidade cuidados especiais neonatais.

2.2.5 Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Este contexto substituiu o estágio da consulta externa e permitiu desenvolver o conhecimento pela neonatologia. Na linha de desenvolvimento da temática do projeto, mais concretamente do tema do aleitamento materno, sabemos que os primeiros dias de vida de um RN são cruciais para o aleitamento materno (WHO, 2018), e tendo isto em consideração tornou-se ainda mais pertinente a realização desde estágio nesta unidade.

O internamento numa unidade neonatal é algo extremamente marcante quer para os pais quer para toda a família próxima daquele RN. Pois o nascimento de um neonatal é considerado com o um dos acontecimentos mais importantes na vida dos pais e consecutivamente a família. É um momento vivido com uma enorme satisfação, pela concretização pessoal, pelo novo caminho que concede à vida (Diaz, Fernandes, & Correia, 2014).

Assim, tendo em consideração a linha de projeto, definimos como objetivo geral de conhecer a prestação de cuidados realizados pelo enfermeiro especialista ao recém-nascido e à família nesta unidade. Como objetivos específicos:

- Conhecer a prestação de cuidados prestados pelo enfermeiro especialista ao RN e família;
- Identificar as necessidades da equipa de enfermagem da UCEN no que diz respeito à promoção do aleitamento materno;
- Prestar cuidados de enfermagem diferenciados ao neonato e a sua família.

De forma a dar resposta aos objetivos apresentados, planeámos e executámos as seguintes atividades:

- Aquisição de conhecimento das instalações, dos recursos, da equipa multidisciplinar e do funcionamento da unidade;
- Consulta de normas e protocolos existentes na unidade de cuidados;
- Conhecimento da articulação entre as unidades de cuidados e recursos de saúde;

- Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e o seu modelo teórico que fundamenta a prestação de cuidados;
- Reunião com o enfermeiro chefe e EEESIP orientadora de forma a identificar as necessidades dos enfermeiros da unidade de cuidados na temática do projeto;
- Prestação de cuidados ao neonatal;
- Realização de pesquisa bibliográfica específica da neonatologia e do aleitamento materno;
- Identificação de estratégias utilizadas pela EEESIP e da equipa para a promoção do aleitamento materno.

De uma forma muito breve a Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN), funciona continuamente ao longo do dia e todo o ano, e tem a capacidade de internamento de oito RN; 4 em incubadora e 4 em berço; estando uma incubadora reservada para situações de emergência/urgência. No acolhimento de um RN, e após avaliação médica e de enfermagem não necessitem de permanecer na incubadora, são transportados para o berço.

Para além dos espaços comuns da unidade de cuidados, existe um espaço reservado, denominado por copa de leite, neste local é onde se armazena e preparam quer os leites adaptados quer o leite materno. De forma a permitir o armazenamento do leite humano, existe uma sala, conhecida por “sala dos Pais” com cadeirões confortáveis e com equipamentos apropriados de forma a facilitar a extração do leite materno, este local também é indicado quando os pais aguardam a passagem de turnos dos enfermeiros, que esta informação é transmitida junto dos RN.

Com o intuito da maximização dos cuidados, existe uma equipa multidisciplinar sendo constituída por enfermeiros, pediatras, assistentes operacionais, psicóloga e assistente social. Relativamente a equipa de enfermagem esta é constituída por um enfermeiro gestor (enfermeiro chefe e especialista em saúde materna e obstétrica, oito EEESIP e um EEEMC e seis enfermeiros. De forma a dar resposta as necessidades da unidade de cuidados perante as suas rotinas, encontram-se presentes três enfermeiros do turno da manhã, dois enfermeiros do turno da tarde, e dois enfermeiros do turno da noite, em que desempenham e prestam cuidados fundamentados no modelo da parceria de cuidados de Anne Casey e que também recorrem ao método individual e holísticos como metodologia de trabalho.

Normalmente os RN internados nesta unidade, são provenientes das unidades de cuidados do bloco de partos, internamento de obstetrícia, internamento de pediatria, e

da unidade de cuidados de urgência pediátrica. Poderão ser admitidos também de outros centros hospitalares e podem permanecer na unidade até complementarem os 28 dias de vida da sua idade corrigida, caso necessitem de internamento mais alongado e haja vaga, são transferidos para a unidade de cuidados de internamento de pediatria médica.

Nos casos em que os RN requerem cuidados mais especializados de outras áreas médicas, como de cardiologia pediátrica, cirurgia pediátrica, oftalmologia e ortopedia pediátrica no próprio hospital, ou nas especialidades mais específicas são sempre acompanhados por uma enfermeira no seu transporte.

Os pais podem e devem de permanecer na UCEN no período diurno, não existindo espaço físico para permanecerem no período noturno, este tempo é considerado das 9h até as 22h salvo a exceção da troca de turnos que normalmente decorre entre as 16h às 16:30h. Caso os RN tenham irmãos, este podem receber as suas visitas das 19h às 20h e a dos avós entre as 14h às 17h.

Sempre que a mãe ou o pai possam estar presentes, normalmente estes são incentivados pela EEESIP inicialmente a instruir, e a prestar cuidados ao seu filho assim como na extração de leite, mais concretamente com a frequência com que o RN mama, de forma a ser posteriormente fornecido ao RN. Para que este procedimento aconteça é ensinado e fornecido um suporte escrito dos ensinamentos realizados, e também é facultado um biberão com o intuito de armazenamento do leite materno, tal como preconizado por uma norma interna fundamentando-se nas orientações da DGS de 2013.

De forma a manter e a garantir o bom desenvolvimento do neonato e para além dos cuidados prestados relativos ao seu internamento, realizam-se rastreios auditivos neonatais, de cardiopatias congénitas através de oximetrias de pulso e o teste de diagnóstico precoce conhecido pelo “teste do pezinho”.

Através da metodologia de trabalhos holísticos e individualizados, fundamentando-se pelo modelo da parceria de cuidados de Anne Casey, os cuidados de enfermagem prestados são centrados na família, pais ou pessoa significativa de forma a promover a sua autonomia e sempre com a supervisão e orientação do EEESIP. Deste forma incentiva e negocia o envolvimento dos pais ao neonato, com o intuito de promover adaptação à parentalidade.

Juntamente com todos os ensinamentos realizados aos pais e reforçando ainda mais o seu conhecimento, a equipa de enfermagem da UCEN tem um projeto que semanalmente realiza sessões de educação para a saúde, vocacionada para os pais, promovendo o bom desenvolvimento da criança, nomeadamente, aleitamento materno, dificuldade respiratória, engasgamento, exposição solar e o calor, sinais de doença, o sono e o repouso finalizando pelo transporte em segurança do RN.

Durante o internamento existem cuidados de excelência por parte da equipa de enfermagem, na promoção do conforto, através da alternância de posicionamento, recorrendo aos ninhos e aos sacos de sementes, diminuindo o ruído ambiental, a promoção dos ciclos de sono e vigília, das medidas não farmacológicas de alívio da dor durante os procedimentos mais dolorosos como administração recentemente implementada através da administração oral de sacarose a 24%.

Normalmente estes internamentos são longos, e tendo em vista o momento da alta existe uma articulação com o centro de saúde de referência, de forma a garantir a vigilância de saúde, assim como a realização de uma nota de alta de enfermagem com toda a informação necessária, ficando anexada ao boletim individual de saúde infantil e juvenil. Nos casos em que a criança reside nos concelhos mais próximos do hospital é agendado uma a duas visitas domiciliárias em conjunto com as equipas dos centros de saúde.

Este hospital promove e apoia o aleitamento materno, sendo também acreditado como Hospital Amigos dos Bebés. E a presente acreditação tem uma durabilidade de três anos que quando finalizada é avaliada pela Comissão Nacional Amiga dos Bebés que certifica o cumprimento das dez medidas para o sucesso do aleitamento materno (UNICEF, 2017).

Os dez passos que constituem para o sucesso do aleitamento materno são:

“1.a. Cumprir com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno;

b. Ter uma política de alimentação infantil afixada que seja regularmente comunicada aos funcionários e pais;

c. Estabelecer sistemas contínuos de monitorização e gestão de dados;


2. Garantir que os profissionais de saúde tenham conhecimentos, competências e habilidades suficientes para apoiar a amamentação;

3. *Informar sobre a importância e a prática da amamentação às mulheres grávidas e suas famílias;*
4. *Facilitar o contacto imediato e ininterrupto pele a pele e ajudar as mães a iniciar amamentação o mais cedo possível após o nascimento;*
5. *Apoiar as mães para iniciar, manter a amamentação e superar as dificuldades comuns;*
6. *Não fornecer aos recém-nascidos alimentos ou líquidos que não sejam o leite materno, a menos que clinicamente indicado;*
7. *Permitir que as mães e seus filhos permaneçam juntos e pratiquem o alojamento conjunto 24 horas por dia;*
8. *Apoiar as mães a reconhecer e responder aos pedidos de alimentação dos seus filhos.*
9. *Informar as mães sobre os riscos de uso de biberão, bicos artificiais e chupetas.*
10. *Organizar a alta para que os pais e seus filhos tenham acesso oportuno a apoio e continuação de cuidados” (WHO, 2018, p.15).*

Tendo em conta estes dez princípios as intervenções do EEESIP, principalmente neste contexto de trabalho, o incentivo a amamentação, a sua vigilância, o seu ensino sobre a importância e as vantagens da amamentação promovem o aleitamento materno tendo em consideração nos ensinamentos aos pais alertando sobre os sinais de fome e saciedade do lactente, como amamentar, a prevenção nas complicações das más pegadas, de forma a ultrapassar as dificuldades.

Os processos dos RN estão informatizados pelo programa “*Sclinic*”, utilizando a linguagem CIPE, em que o foco de amamentar e parentalidade são sempre identificados no processo de enfermagem de todos os RN, efetuando as vigilâncias, ensinamentos e procedimentos e registados continuamente ao longo do internamento em cada turno, que desta forma permite e garante a continuidade dos cuidados a serem prestados ao neonato e a sua família.

Mais próximo do projeto, durante os dois primeiros dias de contacto com o apoio da EEESIP orientadora, foram identificadas as necessidades dos enfermeiros da unidade de cuidados no que diz respeito ao aleitamento materno. Reunimo-nos com o enfermeiro chefe, e apresentada uma proposta das atividades a desenvolver com as seguintes atividades (Apêndice XII):



Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

- Poster informativo sobre a promoção do aleitamento materno (Apêndice IX);
- Atualização de uma sessão de educação para a unidade de cuidados (Apêndice VIII);
- Publicação no blog “Neo Babies” da unidade de cuidados neonatologia realçando as vantagens sobre aleitamento materno (Apêndice X).

Dado conhecimento ao enfermeiro chefe, rapidamente com o desenrolar do estágio foi desenvolvido as atividades e muito bem aceites por toda a equipa de enfermagem em que partilhou as suas experiências.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.

Considera-se que o enfermeiro especialista é o profissional que se reconhece as capacidades e competências científicas, técnicas e humanas na sua prestação de cuidados de enfermagem especializados dentro da sua área de especialidade em enfermagem (Regulamento nº 140, 2019). E para além de todas as suas capacidades previamente apresentadas segundo Benner (2001) é detentor de julgamento crítico e fundamenta a sua capacidade de decisão, comunicando eficazmente, sendo flexível, responsável e mostrando sempre a sua conduta ética e deontológica.

O presente capítulo remete para a análise reflexiva, sendo este um bom momento de aprendizagem, apresentamos a reflexão das competências comuns e específicas adquiridas e desenvolvidas enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, assim como as de mestre em enfermagem, tendo por base a legislação em vigor, o Regulamento nº140/2019, Regulamento nº 422/2018 e o Decreto-Lei nº 63/2016.

3.1 Análise reflexiva das competências comuns do enfermeiro especialista.

A – Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal

A1 – desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidades, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

A2 – Garante Práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Com o desenrolar do estágio final a prestação de cuidados de enfermagem teve sempre por base os princípios éticos da beneficência, da não maleficência, da justiça, respeito pela autonomia, e a deontologia profissional.

De acordo com a Deontologia Profissional do Enfermeiro, a atividade é orientada pelos princípios da responsabilidade, do respeito dos direitos humanos, direito ao cuidado, direito à vida a qualidade de vida, respeito pela intimidade, respeito pela pessoa no fim de vida, pela excelência do exercício, dos deveres de informação e do seu sigilo, da sua humanização dos cuidados e salvaguarda dos direitos das crianças (Lei nº 156, 2015).

Em todos os contextos clínicos presenciados, nos contextos relativos ao internamento pediátrico os processos clínicos da criança estão informatizados e é utilizado o programa Scínc e no contexto de unidade de cuidados de urgência é utilizado o sistema ALERT. Apesar de programas informativos diferentes estes ainda não tinham a capacidade de migrar a informação de uns para os outros, porém em todos se registava a história clínica, todas as avaliações e intervenções realizadas ao longo do turno com o objetivo principal de uniformizar a equipa na maximização dos cuidados.

Nas diversas experiências vivenciadas, houve uma unidade de cuidados, a UCEN que não era possível os pais permanecerem vinte e quatro horas com os seus filhos pelo que o registo se tornava ainda mais crucial de forma a transmitir os cuidados realizados e inspirados relativos à sua criança.

Apesar dos registos poderem ser visualizados, existe sempre a segurança relativa ao seu sigilo profissional, que para além de ser cumprido é muito respeitado, e um dos exemplos era encerrar as sessões e planos de trabalho no final do registo. Na particularidade da UCEN, nas passagens de turno era solicitado aos pais e famílias que aguardassem na sala de pais, salvaguardado as informações e a privacidade dos RN e das suas famílias.

Relativo à gestão de cuidados, houve sempre uma gestão de trabalho, com o cuidado de estabelecer prioridades na prestação de cuidados as crianças/jovens e suas famílias evitando que alguma saísse prejudicada ou atrase o seu tratamento.

Nos casos em que a equipa não conseguia responder as suas necessidades ou apresentavam problemas que não se enquadravam na nossa área de atuação, foram rapidamente reencaminhados para os profissionais adequados. Como é o caso da criança com problemas gastrointestinais em estudo foi encaminhada para uma unidade de cuidados específico de outro hospital.

Devido as características específicas das crianças, dados os diversos estádios de desenvolvimento, esta torna-se mais vulnerável e falhas de segurança e aos seus efeitos adversos (Silva, Pedrosa, Leça, & Silva, 2016). Por isso a prestação de cuidados e a segurança a criança é um aspeto fulcral na maximização da sua saúde, de forma a diminuir os riscos e os seus efeitos (Ramos & Trindade, 2011).

Nas prestações de cuidados à criança, era sempre questionado pelo menos sempre o seu nome e a sua data de nascimento, a ela ou aos seus pais/cuidadores. Ainda relativo a segurança, sempre que uma criança era observada em marquesa e de forma a envolver e a promover a parceria de cuidados era solicitado aos seus pais ou cuidadores que a segurassem e nos casos dos internamentos era colocado uma pulseira de identificação e de localização a qual alertava sempre que atingia determinadas zonas devidamente identificadas nas unidades de cuidados.

B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Podemos considerar que a governação clínica se replica numa estratégia moderna e continua com o objetivo da melhoria continua, que pela responsabilização dos profissionais de saúde, que pela análise, e verificação dos cuidados prestados na solução dos problemas identificados (Ferreira, 2016). Em que a excelência do profissionalismo, se reflete na análise das práticas, com o intuito de identificar eventuais falhas que padeçam de mudança de hábitos e de comportamentos (Lei nº 156,2015).

Durante o período de estágios houve sempre o cuidado de seguir os padrões de qualidade especializada em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (OE, 2017). Concretamente na promoção da saúde, muito interligada aos cuidados de saúde primários, em que nas consultas de vigilância deparamo-nos com erros alimentares, que levam a excesso de peso e a obesidade, avaliávamos o conhecimento e o seu comportamento da criança e da família relativo à saúde, e estruturávamos e trabalhávamos com criança/adolescente e a sua família estratégias no sentido de adoção da promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis de forma a promover a saúde e prevenir a doença

(OE, 2017). Ainda nas consultas de vigilância do UCSP os pais/cuidadores eram familiarizados com “informações orientadoras dos cuidados antecipatórios, dirigidas às famílias, para maximização do potencial desenvolvimento infantojuvenil” (OE, 2017).

Para o cumprimento de linhas orientadoras emanadas de boas práticas, da ordem dos enfermeiros, como é o caso da avaliação da dor através do recurso a escalas adequadas a cada faixa etária, esta é registada e reavaliada, na unidade de cuidados de pediatria médica, UCEN e inclusive na Urgência pediátrica é um dos parâmetros avaliado a todos os utentes pediátricos, sendo utilizadas sempre que possível medidas não farmacológicas no controlo da dor como a administração de sacarose a 24% aos RN aquando da punção venosa e o aleitamento materno durante a punção do calcanhar (DGS, 2012).

No contexto de urgência pediátrica estava a ser implementado um projeto de criação de um espaço para as mães poderem amamentar, sendo que a norma hospitalar que se encontrava era de outra unidade de cuidados que não permitia adaptação para a realidade deste contexto. A norma é um instrumento que se baseia na evidência científica e que apoia os profissionais, facultando um acesso prático, fácil à informação de uma determinada área (Roque, Bugalho, & Carneiro, 2007). Permite também a melhoria de resultados, aumentando a eficiência dos cuidados e a minimização dos riscos, sendo um elo fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A criação de um ambiente seguro, na prática da prestação de cuidados é fulcral para a qualidade dos mesmos. Uma cultura de segurança, com práticas baseadas na evidência, e a gestão de risco através de sistemas de gestão que sejam eficazes. Apesar que a gestão de risco numa abordagem global, coletiva e devidamente estruturada e permanentemente acompanhada é indispensável (Despacho nº 1400-A, 2015). Os enfermeiros em que a gestão de risco assume uma enorme responsabilidade, é assentada em quatro grandes pilares “sistema de relato de incidentes, identificação e avaliação de risco, monitorização de indicadores de segurança do doente e auditoria como instrumento de melhoria contínua” (Ramos & Trindade, 2011, p.11). Que através deste pilar permite minimizar as consequências ou as recorrências de um incidente, aumentando desta forma a segurança (Ramos & Trindade, 2011).

No caso do internamento de pediatria médica, existe a norma de segurança Através da colocação das pulseiras, com o nome, a data de nascimento e o número de

processo em cada criança, e que no momento da administração terapêutica era novamente revisto, através da pulseira e dos pais que acompanhavam a criança teriam todos os cuidados de forma administrar o medicamento correto a criança correta, sendo que havia imensos nomes semelhantes que rapidamente poderiam induzir em erro.

De forma a permitir um ambiente seguro e terapêutico, os pais eram incentivados acompanhar as suas crianças durante o internamento ou na execução de prestação de cuidados. Havia sempre o cuidado de respeitar os seus ciclos circadianos tentando manter algumas rotinas.

C- Domínio da gestão dos cuidados

C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Os enfermeiros orientadores que nos acompanharam ao longo dos ensinamentos clínicos encontram-se inseridos em equipa de enfermagem, que complementam a multidisciplinaridade dos profissionais envolvidos nos planos de cuidados às crianças, por vezes o EEESIP orientador, assumia a função de responsável de turno ou a liderança de uma equipa. E esta função atribuída e desempenhada por ele é o pilar de uma boa gestão dos recursos humanos e dos cuidados de enfermagem maximizando todas as potencialidades da equipa aos utentes pediátricos. Essa gestão era baseada e fundamentada nas passagens de turno, em que permite ter conhecimento da gravidade da situação clínica que as crianças apresentavam.

Por vezes havia a necessidade de reestruturar a dinâmica da equipa pelas condições das limitações físicas da unidade de cuidados, como foi o caso por exemplo da UCEN, em que só havia uma banheira disponível o que condicionava que apenas eram prestados cuidados de higiene aos neonatos, um de cada vez. Existindo ainda a evitar as manipulações excessivas, em que era necessário agrupar os cuidados, coordenando as intervenções necessárias na prestação de cuidados ao RN.

Nas mais diversas experiências vividas, é notório que o EEESIP é um elemento fundamental, como também de referência para os restantes elementos da equipa de enfermagem. Ele é um elemento em que a equipa se apoia nas dúvidas ou nas tomadas de decisão para a realização de alguma técnica mais invasiva ou menos dolorosa.

Foi possível observar e também reconhecer os limites das competências, e por isso e sempre que necessário referenciamos as crianças/jovens e famílias para outros profissionais. Exemplo disso foi o caso de um neonato prematuro de mãe solteira e muito jovem que foi necessário o apoio da assistente social.

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Segundo a deontologia profissional, cabe e deve cada profissional de enfermagem procurar a sua excelência de cuidados, essencialmente desenvolvermos autocohecimento de forma a conhecer as limitações, as fragilidades, a nível profissional e pessoal, e de que forma estas podem influenciar a relação com o outro.

Segundo a lei nº 156 de 2015, de forma a atingir a excelência de cuidados é também necessário manter os conhecimentos atualizados, baseados na evidência é um instrumento essencial na tomada de decisões na maximização dos cuidados a serem prestados (Craig & Smyth, 2004). Foi esta individualidade quer pessoal, mas acima de tudo profissional que levou a procura, na decisão de frequentar o mestrado em enfermagem, na área de especialização de saúde infantil e pediátrica.

3.2 Análise reflexiva das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

1- Assiste a criança/jovem com a família, na minimização da sua saúde.

Os cuidados de excelência de uma criança/jovem e à sua família implica o modelo da parceria de cuidados defendido por Anne Casey, em que os pais são o elo de ligação ideal de comunicação. Durante toda a prática profissional mantivemo-nos sempre com uma postura compreensão, valorizando as suas angústias, inseguranças e preocupações, transmitindo as informações numa linguagem simples de clara de forma a não suscitar dúvidas e sempre que haveria questões houve sempre o cuidado de as solucionar. Relativamente às crianças, era sempre reajustado a comunicação à sua estadia de desenvolvimento, de forma calma e tranquila, de forma a conquistar a sua confiança e se sintam confortáveis a conversar e sempre que possível era recorrido à brincadeira.

É sabido que a doença, e a hospitalização normalmente ocorrem de forma imprevista, podendo dificultar o papel parental (OE, 2015). A nossa intervenção autónoma, alinhavou-se na promoção da saúde e prevenção de futuras doenças e comorbidades, em que se focou na promoção da adaptação à parentalidade, envolvendo e com supervisão sempre os pais na prestação de cuidados, realizando ensinamentos de forma a capacitá-los no processo de doença, como é o caso das administrações da insulina.

Nos cuidados de saúde primários, no estágio inicial da UCSP, no âmbito do PNSIJ, a promoção da saúde é o objetivo principal (DGS, 2013), neste tipo de consultas que permitem uma vigilância mais cuidada no desenvolvimento infantojuvenil, avaliamos os comportamentos relacionados à saúde, promovemos a adesão do plano nacional de vacinação, altruísmos sobre hábitos e estilos de vida saudáveis como é o caso da alimentação, hábitos de sonos, de higiene, higiene oral, instruímos promovendo a prevenção de acidentes e o desenvolvimento de competências parentais assim como instruímos estratégias capacitadoras e conquistas do desenvolvimento do seu filho, entre outras.

2- Cuida da criança/jovem em situações de elevada complexidade.

Interligando a minha prática profissional, de emergência médica e agora à prática das consultas externas, permitiu-nos expandir de forma abismal avaliação rápida da situação clínica da criança, nos casos de situações de instabilidade e de agir eficazmente e respondendo às necessidades quer imediatas nesse momento atuando em conformidade.

A área da neonatologia, por não ser um hábito, permitiu enaltecer o conhecimento e a confiança das experiências vividas, tornando num conhecimento que permitiu realizar a sua avaliação. Não obstante, as situações que comprometem o risco de vida, ou até mesmo as paragens cardiorrespiratórias são reduzidas, que pelo curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico constitui uma mais-valia, na consolidação e na prática na identificação se situações de peri-paragem e atuação era antes as mesmas que o curso de Suporte de Imediato de Vida não consegue responder a essas necessidades.

A gestão da dor foi claramente um foco de atenção em toda a prática dos cuidados, que enquanto enfermeiro EEESIP vem ao encontro da carta da criança hospitalizada “a dor deve ser reduzida ao mínimo” (Instituto de Apoio à criança, 1998, p.4). Em que nas unidades de cuidados de internamento e de urgência constitui um indicador de qualidade, e a dar resposta a isso todas as crianças eram avaliadas neste parâmetro todos os turnos, com recursos a instrumentos de avaliação adequados ao desenvolvimento das mesmas, e quando detetada a dor foram sempre promovidos estratégias não farmacológicas e farmacológicas para o alívio da dor, em que se procedia ao seu monitorização, vigilância e durabilidade das nossas intervenções.

Nos RN, uma estratégia de minimizar a dor e o desconforto era evitar a manipulação excessiva, diminuindo assim os ruídos, providenciávamos aos posicionamentos com recursos a ninhos e a sacos de sementes aquecidas. Nos casos de procedimentos invasivos ou nos RN com abstinência aos estupefacientes administrávamos sacarose a 24% aproximadamente dois minutos antes do procedimento tal como preconizado pela DGS (DGS, 2012).

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

A prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo da vida e do desenvolvimento, uma das intervenções realizadas ao nível da saúde infantil, com o intuito da promoção da saúde e prevenção da doença é avaliação do crescimento e desenvolvimento no contexto de cuidados de saúde primário tal como foi presenciado na UCSP. É neste tipo de consultas que se torna fundamental vigiar e registar todo os processos de forma poder detetar precocemente alguma situação que comprometa a vida ou a qualidade de vida da criança (DGS, 2013b).

Para além da avaliação e dos registos efetuados é importante que os enfermeiros se baseiem em instrumentos standardizados, como a escala de avaliação de Mary Sheridan ou as curvas de crescimento da OMS. Dado a sua sensibilidade, permite uma identificação entre 70 a 90% de alterações de desenvolvimento (DGS, 2013b). Perante as mais diversas crianças observadas, foram várias situações em que foi possível diagnosticar excesso de peso ou até mesmo obesidade, através das curvas de crescimento da OMS, assim como foi possível detetar atrasos de desenvolvimento com a parametrização da escala de avaliação de Mary Sheridan tornando possível referenciar esta criança para a intervenção precoce.

Para além de detetar potenciais ou até mesmo mais problemas, outro foco essencial neste tipo de consultas é a transmissão de informação/conhecimento orientando os pais ou a pessoa significativa aos cuidados antecipatórios com o intuito de maximizar o potencial desenvolvimento infantojuvenil. Essas orientações passam sobre o aleitamento materno, a diversificação alimentar, hábitos de higiene, saúde oral, prevenção de acidentes, ensinar e promover atividades promotoras do desenvolvimento, a reforçar os hábitos e estilos de vida saudáveis (Regulamento nº 422, 2018).

Pela decurso, foi observado que as consultas que suscitam mais dificuldades pelos diversos motivos, sejam eles adaptação da parentalidade, da amamentação, da diversificação alimentar e sono foi as consultas do primeiro ano de vida, em que os pais

de “primeira viagem” sentiam-se inseguros e tornando as consultas dos 4 ou dos 6 meses mais longas devido ao início da diversificação alimentar, das vacinas a serem administradas, dos sinais de alerta das reações alérgicas, do cansaço e dos mitos.

Ao longo de todos os campos de estágio com exceção da UCEN, mas logo de início do estágio UCSP e no contexto de urgência verificamos o uso frequente de tecnologias de informação e comunicação, mais concretamente os smartphone e tablets, mesmo em idades muito precoce nos lactentes. Sempre que detetado, os pais eram alertados sobre o seu uso recorrente, de poder provocar alterações no desenvolvimento físico, cognitivo e social da criança (Dias & Brito, 2016), levando a criança isolar-se, criando momentos de ansiedade que inclusive podem levar a depressão (Paiva & Costa, 2015).

Brincar é essencial para o desenvolvimento físico, social e mental das crianças. Sabe-se que é através da brincadeira é possível experimentar as coisas da vida, através da socialização e de conversa com os outros elementos das famílias ou mesmo outras crianças, elas aprendem a formular opiniões. Ao brincar a criança vai explorando o mundo que a rodeia, conquistando novas experiências e conhecimentos, apurando os sentidos como o cheirar, tocar, sentir, ver, provar e ouvir que são pilares para a sua relação com as outras crianças e com os adultos (OE, 2012; Brazelton & Greenspan, 2004).

Um episódio de urgência pode ser definido como uma situação clínica de início súbito, com o potencial risco ou mesmo risco de falências de funções vitais. Para a OMS, os episódios clínicos podem ser classificados em urgências hospitalares, processo vital ou que recorre por necessidades de utilização de meios complementares de diagnóstico ou a tratamentos que não existem/não estão disponíveis nos cuidados de saúde primários. As urgências não hospitalares, pela necessidade de apoio médicos que não exista perigo de vida e ainda episódios não urgentes, que são situações que podem e devem de aguardar por uma consulta programada pelo seu médico de família (Freitas et al, 2016).

Sabemos que o recurso à unidade de cuidados de urgência por situações não urgentes é frequente. Devido a esta realidade condiciona pior prestação de cuidados de saúde às reais urgências e emergências, levando a uma insatisfação dos utentes e dos seus familiares assim como a dos profissionais devido à escassez de recursos humanos (Freitas et al 2016).

Sendo o contexto de urgência o maior período de observação clínica do decorrente estágio final, em foi possível observar que a grande maioria dos episódios de urgência, segundo a triagem de Manchester eram considerados utentes pediátricos não urgentes, em que as suas idas a urgência eram por motivos de febre, rinorreia, disúria, ansiedade, odinofagia entre outros.

Neste campo de estágio, o que prevaleceu sem dúvida foi a prestação de cuidados aos utentes pediátricos, tendo sido sempre mais direcionada para os lactentes que se encontravam amamentar, promovendo estratégias com as mães de forma a continuarem a amamentar, quer pelo processo patológico da criança, quer pela sua insegurança. Houve sempre o cuidado, assim como respeitar a sua privacidade no momento do aleitamento materno.

A parentalidade, definida por “assumir as responsabilidades de ser pai/mãe; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças” (International Council of Nurses, 2016, p.71) estabeleceu um foco de atenção durante todo o estágio. Em que houve sempre o cuidado de estabelecer empatia através de uma escuta ativa, uma postura calma e tranquila, sempre envolvendo os pais nos cuidados aos seus filhos, informando e ensinando os pais a cuidarem dos seus filhos e estabelecer estratégias que possam maximizar as suas competências parentais.

Dentro do plano de projeto de promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos dois anos vida, a promoção do aleitamento materno foi claramente, uma intervenção predominante, quer pelas atividades desenvolvidas, como também na prestação de cuidados. É de real importância, desde dos primeiros dias de vida de um RN que havia um estabelecimento de lactação para o seu sucesso. É neste período de aleitamento materno, que através das diversas fases de desenvolvimento infantil, em que os profissionais de saúde, principalmente os EEESIP são os elementos que estabelecem mais contacto com o RN, lactente e criança, seja no contexto de internamento, de urgência e nas consultas de enfermagem de vigilância da saúde. Focando que a sua intervenção é determinante pelo apoio e ensinosa eficácia do aleitamento e da diversificação alimentar, promovendo bons hábitos alimentares.

3.3 Análise reflexiva das competências adquiridas enquanto Mestre em enfermagem.

Com o intuito de promover a excelência do exercício profissional é fundamental enquanto profissional de saúde manter-se atualizado assim como aprofundar conhecimentos em diversas temáticas sobretudo temas que nos suscitam interesse ou até mesmo desconhecimento, constituindo-se como motivação para ingressarmos no mesmado em enfermagem, com a área de especialização de saúde infantil e pediátrica. O grau de mestres é concedido aos estudantes que demonstrem:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que:*
- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contextos 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).*

O percurso académico, aprofundamos os conhecimentos obtidos na licenciatura de enfermagem, nas áreas de domínio das competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem e na área de saúde infantil e pediátrica, em que juntamente com os conteúdos facultados nas aulas teóricas, nos trabalhos desenvolvidos nas mais diversas áreas das unidades curriculares, mas fundamentalmente na pesquisa bibliográfica com o recurso à evidencia científica, assim como a partilha dos pares.

Ao longo dos estágios permitiu e fortaleceu todos os conhecimentos, refletindo e ligados ao pensamento crítico de enfermagem, nas etapas do projeto, e perante as situações encontradas, tomamos decisões que permitiram não só resolver, como promover a parceria de cuidados tendo sempre em consideração os aspetos éticos, deontológicos da base do exercício da profissão.

De forma a divulgar o conhecimento de enfermagem, a prestação da melhoria de cuidados, foram desenvolvidas atividades, nomeadamente a elaboração de uma norma, de pósteres informativos, folhetos e tabelas informativas que tiveram em consideração o cuidado a criança/jovem, família assim como a sua comunidade.

Os conteúdos ministrados na unidade curricular de investigação, epistemologia, ética e direito em enfermagem e formação e supervisão em enfermagem e como outras unidades curriculares contribuíram para o desenvolvimento de competências, e alicerçaram ampliar conhecimentos e aprendizagens de certo modo autónomo.

Dada a realização de pesquisas bibliográficas realizadas e do pouco tempo disponível surgiu uma revisão científica, cujo resumo se encontra em apêndice XI, que aguarda publicação numa revista científica.

4. CONCLUSÃO

O presente projeto de intervenção representa em linhas gerais o desenvolvimento de tarefas a serem exequíveis em estágio, onde facilita a organização metodológica do desenvolvimento das temáticas a serem abordadas tais como as atividades e as estratégias a serem desenvolvidas.

Como isto é um projeto ainda falta a execução do planeamento estabelecido, a avaliação das atividades a serem concretizadas tais como a divulgação dos resultados que irão ser incluídos no relatório final. A execução requer um plano de sessão de educação para a saúde onde a metodologia a ser abordada será o método ativo e expositivo.

Os objetivos referentes à realização deste projeto de intervenção consistem em desenvolver conhecimentos e competências na intervenção especializada na prestação dos cuidados de saúde infantil e pediátrica de forma a promover alimentação saudável. Promover a qualidade dos cuidados, com recurso à investigação baseado na evidência científica. Para a concretização destes objetivos foi realizado um projeto integrado com um plano e o seu respetivo cronograma onde se encontram incorporadas sessão de formação, entre diversas atividades, como a elaboração de pósteres e folhetos informativo, de forma a promover os hábitos de alimentação saudável.

A temática abordada é um tema atual, onde a intervenção do EEESIP é fundamental para o desenvolvimento de melhores e maiores abordagens na promoção da saúde e prevenção da doença referentes a uma alimentação equilibrada enaltecendo um bom desenvolvimento psicomotor uma vez que com ajuda e apoio da comunidade e essencialmente na família, pais e pessoa significativa pode reduzir e evitar futuras comorbilidades nomeadamente a obesidade, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares associadas a uma alimentação desequilibrada.

A realização deste projeto de intervenção é uma ferramenta que permite atingir os objetivos do mestrado, planeado as atividades a serem desenvolvidas dando res-

posta aos diversos campos de estágio, como também permitiu o crescimento profissional e académico. Promove uma organização esquematizada de temas e de áreas a serem abordadas, maximizam o conhecimento enquanto futura enfermeira especialista de forma que os cuidados de saúde sejam prestados sejam baseados na evidência científica.

O atual trabalho exposto configura a resposta avaliativa à unidade curricular Relatório, do mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, existindo futuramente, como objeto de apresentação e discussão pública tendo em vista a obtenção do grau de mestre.

Tendo em conta o projeto inicial os objetivos previamente delineados não foram cumpridos pois o campo de estágio da consulta externa não foi possível de realização sendo suprimido pelo estágio de UCEN, que relativamente ao desenho delineado penso que foi muito benéfico pela temática desenvolvida, a diversificação alimentar nos dois primeiros anos de vida. Pelo que os novos objetivos delineados com juntamente com os outros campos de estágio considero que os objetivos foram alcançados, como no desenvolvimento de competências de mestre de enfermagens, das competências comuns do enfermeiro e específicas do EEESIP.

Apesar da diversificação alimentar ser um tema muito complexo e ao mesmo tempo contemporâneo, visto que em outubro/novembro de 2019 houve uma publicação da DGS com o título “Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos, linhas de orientação para profissionais e educadores” e para além de ser uma temática muito social e cultural é fundamental instruir cada vez mais os cuidadores para termos crianças saudáveis visando uma geração saudável no futuro. Cabe ao enfermeiro aproveitar todos os tempos/oportunidades que tem em contacto com a criança e a sua pessoa significativa promover hábitos e estilos de vida saudáveis de forma a contribuir no seu bom desenvolvimento.

O projeto da alimentação saudável desde do nascimento até aos dois anos de vida, assentou na metodologia de trabalho de projeto nas suas 5 fases, sendo primeiramente identificado as necessidades em cada contexto clínico, delineando objetivos, orientado o seu planeamento e implementadas as intervenções e apresentadas no presente relatório de estágio.

Observando todo o percurso percorrido, realizamos uma avaliação positiva do projeto desenvolvido, pela partilha de conhecimentos, pelas críticas construtivas, mas

acima de tudo para o aumento da qualidade dos cuidados prestados e como defende Nola Pender uma boa experiência favorece a sua repetição na continuação dos cuidados a serem prestados.

A realização deste percurso académico, especialmente o estágio final e a reflexão de presente relatório integram um momento profundo de aprendizagem e de desenvolvimento profissional e também pessoal pelas dificuldades sentidas, pela coragem e o todo o esforço dos longos quilómetros percorridos.

Na procura da excelência do exercício profissional uma vez que trabalho em contexto urgência e emergência a área pediátrica felizmente acarreta um número reduzido de ocorrências que nos obrigam a uma constante atualização, porém o tema desenvolvido foi de cariz da amplitude de toda a temática se introduzir em todos os contextos pediátricos assim como futuramente pretende enquadrar uma equipa hospitalar.

Observando todo este percurso com um sentimento de concretização profissional e com a ambição de continuar a contribuir no conhecimento e divulgação e integração ou até mesmo implementação de projetos, no âmbito da diversificação alimentar ou em outras áreas de interesse profissional que contribuem na maximização na qualidade dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. *A promoção da Saúde. A Carta de Ottawa*, (pp. 1-6). Canadá. Obtido em 17 de Março de 2020, de http://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2004). Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5º ed., pp. 3-14). Loures: Lusociência.
- American Psychological Association. (2012). *Manual de publicação da APA*. Penso Editora.
- Benner, Patrícia (2001). *De Iniciado a Perito*. (Inglês Estados Unidos da América) Coimbra: Quarteto.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2004). *A Criança e o Seu Mundo - Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (4º ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Casey, Anne (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In GLASPER, Edward; TUCKER, Ann. "Advances in Child Health Nursing". Oxford: Scutari Press. ISBN1-871364-91-
- Craig, J. V., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Decreto-Lei n.º 63. (13 de setembro de 2016). Graus académicos e diplomas do ensino superior. 3159-3191. Diário da República n.º176, 1ª Série A. Obtido em 20 de fevereiro de 2020, de <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Despacho nº1400-A. (10 de fevereiro de 2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República. Obtido em 15 de dezembro de 2020, de https://dre.pt/web/guest/home//dre/66463212/details/maximized?serie=II&print_preview=printpreview&dreId=66463210

- Dias, P., & Brito, R. (2016). Crianças (0 aos 8 anos) e tecnologias digitais. Lisboa: Centro de Estudos de Comunicação e Cultura. Obtido em 18 de Março de 2020, de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19160/1/BOOK%20Crianças%20e%20Tecnologias%20Digitais.pdf>
- Díaz-Gómez, M., Ruzafa-Martínez, M., Ares, S., Espiga, I., & Alba, C. D. (15 de setembro de 2016). Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *90*, pp. 1-18. Obtido em 5 de novembro de 2018, de http://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_MDG.pdf
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Nº014/2010 (14/12/2012). Acedido a 26 outubro de 2019 em http://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Avaliacao_da_Dor_nas_Crianças.pdf
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2012). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa. Acedido a 17 de abril de 2019 em: <http://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção-Geral de Saúde [DGS] (2013) – Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Norma da direção-geral da saúde nº 010/2013.
- Direção Geral de Saúde. (20 de dezembro de 2013a). Orientação nº 018 - Leite materno, fórmulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar. Obtido em 24 de outubro de 2018, de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182013-de-20122013.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2016a). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. Obtido em 8 de março de 2019, de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia/introducao.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2016b). *Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*. Obtido em 8 de março de 2019, de Direção Geral de Saúde: <https://www.dgs.pt/ms/14/pagina.aspx?ur=1&id=5526>
- Dowd, Thérèse. (2002). Teoria do Conforto. In Tomey, A., *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª edição – pp. 699 – 715). Loures: Lusociência.

- Eidelman, A. I., & Schanler, R. J. (3 de março de 2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 129, e827-e841. doi:10.1542/peds.2011-3552
- European Association for Children in Hospital [EACH] (1988). Carta da Criança Hospitalizada: Instituto de Apoio à criança.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Ferrito, Cândida; Nunes, Lucília; Ruivo, M^a Alice (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. Revista percursos nº15, janeiro – Março 2010
- Ferreira, P. (2016). Governação Clínica em Cuidados Continuados Integrado. Póvoa de Varzim, Portugal
- Freitas, M. G., Werneck, A. L., & Borim, B. C. (2016). Exclusive breastfeeding: adhesion and difficulties. 12(9), pp. 2301-2307. doi:10.5205/1981-8963-v12i9a234910p2301-2307-2018
- Gaspar, J., Luz, Â., Gomes, S., & Gonçalves, H. (2015). Aleitamento Materno—Ainda Longe do Desejável. *Acta Pediátrica Port*, 46, 318-25.
- Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G. C., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente.
- Hockenberry, M. J., Barrera, P. (2014) – Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, Marilyn J. & Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9^a edição – pp., 1-20). Loures: Lusociência
- Instituto de Apoio à Criança. (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Obtido em 18 de fevereiro de 2019, de Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança: <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (s.d.). *Diagnóstico Precoce - Colheitas*. Obtido em 17 de fevereiro de 2020, de Diagnóstico Precoce - Programa Nacional: <http://www.diagnosticoprecoce.org/colheitas.htm>
- Internacional Council of Nurses. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - versão 2015*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro. Diário da República I série, n.º 181 (2015-09-16) 8059 – 8105. Acedido a 10 de Março de 2020 em <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>

Mannel, R., Martens, P. J., & Walker, M. (2011). *Manual Prático para Consultores de Lactação* (2º ed.). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2009) – Farda de Enfermagem em Internamento de Psiquiatria Agudos. Parecer nº216/2009. Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010c). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos OE*, série I, número 3, volume 1. Acedido a 20 de abril de 2020 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Ordem dos enfermeiros [OE] (2013) – Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE*, série 1, número 6. Acedido a 20 de Abril 2020 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (25 de Novembro de 2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido em 20 de fevereiro de 2020, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Paiva, N., & Costa, J. (2015). A influência da tecnologia na infância: desenvolvimento ou ameaça? Brasil. Obtido em 16 de Março de 2020, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0839.pdf>

Pelander, T., Lehtonen, K., Leino-Kilpi, H. (2007) – Children in the Hospital: Elements of Quality in Drawings. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 22 (4), 333-341

- Ramos, S., & Trindade, L. (novembro/dezembro de 2011). Gestão do Risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospitalar*, pp. 16-20. Obtido em 1 de dezembro de 2019, de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>
- Regulamento nº 140. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns. 4744-4750. Diário da República 2.ª série N.º 26. Obtido em 24 de fevereiro de 2020, de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento nº 422. (2018 de julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 19192-19194. Diário da República nº133, 2ª Série. Obtido em 23 de fevereiro de 2020, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas. (A. Freitas, Ed.) Percursos, nº15. Obtido de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sakraida, T. J. (2004). Nola J. Pender - Modelo de Promoção de Saúde. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed., pp. 699-709). Loures: Lusociência.
- Sanders, Jennifer (2014) – Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição - pp. 1025-1060). Português (Portugal) Loures: Lusociência.
- Silva, Vânea L. S., Camelo, Sílvia H. H. C., Soares, Mirelle I., Resck, Zélia M. R., Chaves, Lucieli D. P., Santos, Fabiana C., Leal, Laura A. (2016). Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 207;51:e03206
- Sousa, P., Uva, A., & Serranheira, F. (2010). Investigação e Inovação em Segurança do Doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Temat(10), 89–95. Acedido a 23 Março 2020 em https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/10-Investigacao_e_inovacao_em_seguranca_do_doente.pdf

Teixeira, C. S. S. (2015). Avaliação nutricional de gestantes sob acompanhamento em serviços de pré natal distintos: a região metropolitana e uma cidade do interior.

Truchet, S., & Honvo-Houéto, E. (agosto de 2017). Physiology of milk secretion. (E. Ltd, Ed.) *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 31(4), 367-384. doi:<https://doi.org/10.1016/j.beem.2017.10.008>

UNICEF (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança.

UNICEF. (2017). *A Iniciativa Amiga dos Bebés*. Obtido em 25 de fevereiro de 2020, de UNICEF: <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/>

Wheeler, Barbara J. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In Hoc-kenberry, Marilyn J.& Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição - pp. 1025-1060). Loures: Lusociência

World Health Organization. (2009). *Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO. Obtido em 7 de Julho de 2018, de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>

World Health Organization . (2018). *Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE*. Geneva: Penny Howes. Obtido em 20 de fevereiro de 2020, de <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf?ua=1>

APÊNDICES

Apêndice I – Folheto de papinhas saudáveis 4 meses

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

É aconselhado o leite materno exclusivo até aos 6 meses de idade. No entanto por vezes é necessário introduzir uma alimentação sólida mais cedo.

O importante é que desenvolva bem e o aporte nutricional seja o adequado para suprimir as necessidades do dia a dia.

Maioritariamente as refeições devem ser lácteas, e 1 refeição sólida dia será o suficiente até aos 6 meses.

- ⇒ Os alimentos devem de ser oferecidos a colher;
- ⇒ A refeição deve de ser oferecida em horário regular;
- ⇒ Deve ser respeitado o apetite da criança;
- ⇒ Proporcione um ambiente calmo, sem estímulos;

A forma como os oferece também é importante, tal como o ambiente que o rodeia, seja o exemplo.

Bibliografia: Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G. C., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente.

Referencia das receitas e fotos:
<https://www.papinhasdaxica.pt/>
<https://www.apitadadopai.com/>

Lembre-se que alimentação saudável é igualmente saborosa e pode ser mesmo você a realiza-la.

Os **benefícios** de ser você mesmo a realizar são:

- ✓ Maior controlo dos ingredientes;
- ✓ Mais económico;
- ✓ Mais ecológico;
- ✓ Apenas com o açúcar e o sal contidos naturalmente nos alimentos;
- ✓ Maior variedade e de texturas.

Comer bem e crescer ainda melhor é um pressuposto para um bom desenvolvimento da sua criança.

Papinhas Saudáveis



+ 4 Meses

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Aluna do Mestrado em Associação da área de saúde Infantil e Pediátrica: Marisa Henriques
Enf^o Orientador: Cátia Moura
Prof^a M^a Antónia Chora

UCSP Sines—2019




Papinha de Arroz

Ingredientes

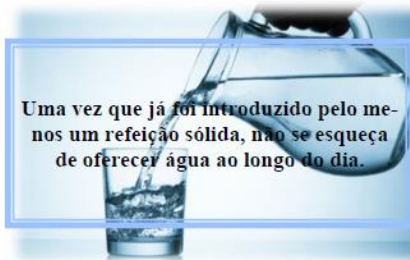
- 1 chávena de café de arroz integral;
- 1 chávena de café de arroz branco;
- leite do bebé: materno ou fórmula (opcional);
- 1 casquinha de limão (opcional).

Instruções


1. Coza o arroz integral em água abundante: cerca de 5 porções de água por cada porção/ chávena de arroz, durante aproximadamente 30 minutos;
2. Junte o arroz branco, juntamente com 1 a 2 chávenas de água e a casca de limão e deixe cozinhar, em lume brando, por pelo menos mais 30 minutos.
3. Uma vez cozido e ainda com alguma água, retire a casca de limão e triture parcialmente com a varinha mágica (a ideia é ficar muito mal triturado);
4. Deite a mistura de arroz num coador, pressionando com a ajuda de uma colher.
5. Do coador irá sair um creme que pode triturar novamente e ajustar a consistência, jun-



A sopa/puré de legumes e a papinha devem de inicialmente ser em **caldo** e deve de aumentar progressivamente para textura **cremosa**



Uma vez que já foi introduzido pelo menos um refeição sólida, não se esqueça de oferecer água ao longo do dia.



Depois de adicionar o leite não volte a ferver ou reaquecer a papa, nem guarde o que sobrar, por isso adicione só o leite à porção que o bebé vai consumir.



Papinha de milho e pera

Ingredientes

- 4 colheres de sobremesa cheias de farinha de milho;
- 1 pera descascada, descaroçada e ralada;
- 200 ml de água
- leite do bebé: materno ou fórmula (opcional);

Instruções

1. Num tacho com água, dissolva a farinha, mexendo bem.
2. Acrescente a pera ralada.
3. Leve ao lume (brando), deixando cozer, durante 15 minutos, mexendo bem para não ganhar grumos, colar ao tacho ou queimar.
4. Pode oferecer ao bebé assim mesmo ou se achar melhor triturar com a varinha mágica.

Apêndice II- Folheto papinhas saudáveis 6 meses

Muitos Parabéns!

O seu bebé tem crescido bem e agora iniciou a deliciosa descoberta do mundo dos sabores.

Lembre-se que alimentação saudável é igualmente saborosa e pode ser você mesmo a realiza-la.

Os **benefícios** de ser você mesmo a realizar são:

- ✓ Maior controlo dos ingredientes;
- ✓ Mais económico;
- ✓ Mais ecológico;
- ✓ Apenas com o açúcar e o sal contidos naturalmente nos alimentos;
- ✓ Maior variedade e de texturas.

Comer bem e crescer ainda melhor é um pressuposto para um bom desenvolvimento da sua criança.

Bibliografia: Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G. C., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente.

Referencia das receitas e fotos:
<https://www.papinhasdaxica.pt/>
<https://www.apitadadopai.com/>

A consistência da sopa deve de ser em puré.

- ✓ Ofereça água ao longo do dia.

Em caso de dúvida contacte o Centro de Saúde

Mestrado em Enfermagem em Associação



Aluna do Mestrado em Associação da área de saúde Infantil e Pediátrica: Marisa Henriques
Enf^o Orientador: Cátia Moura
Prof^a M^a Antónia Chora

Receitas Saudáveis



UCSP SINES - 2019



Papinha de Aveia/Milho e Alperce

Ingredientes

- 2 colheres de sopa de sêmola ou farinha de milho ou flocos de aveia previamente demolhados e triturados;
- 1 alperce;
- 1 tâmara seca.

Instruções

1. Numa panela, coloque cerca de 200ml de água, juntamente com a sêmola ou farinha de milho alperce descaroçado e a tâmara seca.
2. Vá mexendo, em lume brando, até o puré engrossar.
3. Assim que levantar fervura, retire do lume e triture.

Nota

Pode adicionar apenas metade da quantidade de água e colocar o leite do bebé de forma a enriquecer o aporte nutricional da papinha.

Creme de milho com couve-flor e frango

Ingredientes

- 200g milho em grão;
- 200g couve-flor;
- 60g frango;
- 1 colher de chá de azeite por dose.
-

Instruções

1. Coza a couve-flor e o frango.
2. Cerca de 10-15 minutos depois acrescente o milho.
3. Uma vez cozidos estes três ingredientes, coloque a couve-flor e o frango num recipiente e reserve.
4. Triture o milho com parte da água da cozedura.
5. Passe a mistura por um coador.
6. Despreze as cascas que ficaram retidas e use apenas o "leite" amarelinho que obteve.
7. A este adicione a couve-flor cozida e o frango e triture novamente.
8. Junte o azeite imediatamente antes de servir ao bebé.



Papinha de Espelta e Pêssego

Ingredientes

- ½ banana madura;
- 1 pêssego;
- 3 c. de sopa de farinha de espelta;
- 1 copo de água (210ml);
- 1 casquinha de limão;
- leite materno ou formula (opcional).

Instruções

1. Esmague a banana e o pêssego (descaroçado) com um garfo.
2. Numa caçarola, dissolva a farinha em água; junte a banana, o pêssego e a casca de limão.
3. Leve a cozer por cerca de 10 minutos em lume brando, mexendo sempre.
4. Retire do lume e separe a casca de limão.
5. Antes de servir, acrescente à papa um pouco de leite do bebé, para obter um creme aveludado.
6. Não ferva a papa depois de adicionar o leite do bebé, nem guarde o que sobrar.

Apêndice III – Folheto papinhas saudáveis 9 meses.

Lembre-se que alimentação saudável é igualmente saborosa e pode ser mesmo você a realiza-la.

Os **benefícios** de ser você mesmo a realizar são:

- ✓ Mais saudável;
- ✓ Precisão dos ingredientes que coloca;
- ✓ Mais económico;
- ✓ Mais ecológico;
- ✓ Menos açúcar;
- ✓ Menos conservantes;
- ✓ Mais hábitos alimentares saudáveis.

Comer bem e crescer ainda melhor é um pressuposto para um bom desenvolvimento da sua criança.

Bibliografia: Guerra, A., Régo, C., Silva, D., Ferreira, G. C., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente.

Referencia das receitas e fotos:
<https://www.papinhasdaxica.pt/>
<https://www.apitadadopai.com/>



No momento da compra lembre-se que são iogurtes naturais e não de aromas ou alimentos lácteos indicados para crianças.

Se reparar no rótulo dos alimentos inclusive os iogurtes estes indicam a percentagem a de açúcar.

Papinhas Saudáveis



+ 9 Meses

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Aluna do Mestrado em Associação da área de saúde Infantil e Pediátrica: Marisa Henriques
Enf^o Orientador: Cátia Moura
Prof^a M^a Antónia Chora

UCSP Sines - 2019



Papinha de Cereja e Ameixa

Ingredientes

- 1 ameixa sem pele e caroço;
- 50g de cerejas descaroçadas;
- 100g de iogurte natural;
- 2 colheres de sopa de gérmen de trigo.

Instruções

Juntar todos os ingredientes e triturar!

Papinha de mirtilos e cuscuz

Ingredientes

- 50g de mirtilos;
- 50g de pêsego sem casca;
- 2 colheres de sopa de cuscuz de milho.

Instruções

1. Num copo alto triture os mirtilos com água, em quantidade suficiente para cobrir os frutos.
2. Coe essa polpa.
3. Rejeite as cascas que ficaram retidas no coador.
4. Leve o sumo, já sem as cascas, ao lume.
5. Quando estiver quente adicione o cuscuz e deixe cozinhar por cerca de 5 minutos em lume baixo.
6. Desligue o lume, adicione o pêsego e triture.

Nota

Pode substituir o cuscuz por farinha ou sêmola de milho e com este calor, levar a papa ao frigorífico por 30 minutos antes de servir. Assim, para além de deliciosa fica mais fresquinha e refrescante!



Creme de ervilhas com hortelã

Ingredientes

- 1 curgete pequeno;
- 1 batata média;
- 1 cebola média;
- 50 gr de abóbora;
- 6 colheres de sopa de grãos de ervilhas previamente demolhados;
- Folha de hortelã;
- 50 gr de pescada cozida (3 doses);
- 1 colher de chá de azeite.

Instruções

1. Numa panela cozer a curgete com a cebola, batata, abóbora e ervilhas, em água suficiente apenas para cobrir os legumes.
2. Uma vez cozidos, desligar do lume, triturar e juntar a hortelã.
3. Adicionar o peixe desfeito em pedaços e o azeite.

Apêndice IV – Folheto papinhas saudáveis 12 meses

Lembre-se que alimentação saudável é igualmente saborosa e pode ser mesmo você a realiza-la.

Os **benefícios** de ser você mesmo a realizar são:

- ✓ Maior controlo dos ingredientes;
- ✓ Mais económico;
- ✓ Mais ecológico;
- ✓ Apenas com o açúcar e o sal contidos naturalmente nos alimentos;
- ✓ Maior variedade e de texturas.

Comer bem e crescer ainda melhor é um pressuposto para um bom desenvolvimento da sua criança.

Bibliografia: Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G. C., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente.

Referencia das receitas e fotos:
<https://www.papinhasdaxica.pt/>
<https://www.apitadadopai.com/>

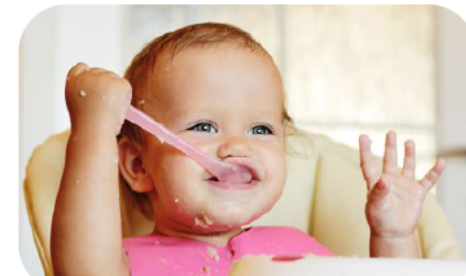
Lembre-se que você é o ídolo do seu filho ajuda-o a ter hábitos de vida saudáveis.

Em caso de dúvida contacte o Centro de Saúde.



Aluna do Mestrado em Associação da área de saúde Infantil e Pediátrica: Marisa Henriques
Enf^o Orientador: Cátia Moura
Prof^o M^o Antónia Chora

Papinhas Saudáveis



+ 12 Meses



Mousse de Alfarroba

Ingredientes

- 1 copo de leite
- 1 abacate
- 1 banana
- 2 colheres de sopa de farinha de alfarroba
- 2 colheres de sopa de coco ralado
- 4 tâmaras secas

Instruções

1. Dissolver a farinha de alfarroba no leite ainda frio;
2. Levar ao lume e adicionar os restantes ingredientes;
3. Deixar em lume brando durante cerca de 5 minutos, mexendo bem e tentando incorporar todos os ingredientes.
4. Triturar com o auxílio de uma varinha mágica.
5. Levar ao frigorífico durante cerca de 4 horas e já está!!
6. Depois é só escolher o topping. Aqui entre nós: framboesas, coco ralado ou amêndoa triturada são excelentes sugestões!

Pudim de chia com frutos vermelhos

Ingredientes

- 1/2 chávena de frutos vermelhos (frescos ou congelados);
- 2 chávenas de bebida vegetal sem açúcar;
- 1 banana pequena madura;
- 1/2 chávena de sementes de chia;
- Iogurte natura (opcional);
- Frutos vermelhos (opcional).

Instruções

1. Numa liquidificadora juntar os frutos vermelhos, a bebida vegetal e o adoçante. Triturar até obter uma mistura líquida e homogénea (sem grumos).
2. Juntar as sementes de chia e misturar até ficar bem envolvido. Deixar repousar por cerca de 20 minutos.
3. Distribuir a mistura por frasquinhos e levar ao frigorífico por algumas horas, para ficar bem fresquinho antes de servir.
4. Adicionar algumas colheres de iogurte natural e frutos vermelhos frescos antes de servir.



Puré de maçã e castanhas

Ingredientes

- 1 maçã;
- 4-5 castanhas;
- 20ml de leite do bebé;
- 1 pitada de canela;

Instruções

1. Lavar e secar as castanhas e fazer um golpe em forma de cruz.
2. Cozer num recipiente com água;
3. Devem ser descascadas ainda quentes.
4. Descascar e cozer a maçã.
5. Colocar os frutos num copo alto e adicionar o leite.

Apêndice V – Tapete de Rato “Recomendação da Alimentação no Lactente”

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.


Recomendação da Alimentação no Lactente



Alimento	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Leite materno	Horário livre					É aconselhado exclusivo até aos 6 meses de vida e podendo manter-se até 2 anos ou mais.						
Leite adaptado												
Sopa/puré de legumes				Almoço ou jantar – 3 vegetais (batata, cenoura, abobora, cebola e alho). Sem sal e adicionar colher de chá de azeite no fim. De 3 em 3 dias pode acrescentar um vegetal num máx. 4/5 por sopa/puré. NÃO ADICIONAR – leguminosas, aipo, nabo, nabiça, espinafres, beterraba ou brócolos.			Duas sopas (almoço e jantar).		Pode iniciar as leguminosas (feijão, ervilha, grão, lentilha) inicialmente demolhados e sem casca em pequenas quantidades.		Pode introduzir nabo, nabiça, espinafres, beterraba e brócolos.	
Papa de cereais sem glúten				1x/dia ao lanche Arroz, milho e sorgo. Preparar com leite que é dado ao bebé.				Pode ser substituída ocasionalmente por refeição de iogurte com pão.				
Papa de cereais com glúten						1x/dia ao lanche Aveia, espelta, trigo e centeio.						
Fruta						Maçã, pera (crua, assada ou cozida), banana, pera-abacate, mamão e manga. individualmente -> treino paladar				frutos vermelhos, kiwi, ananás e maracujá.		
Carne						Frango, peru, avestruz ou coelho inicial com 10gr até 30gr.						
Peixe						Peixe magro: Pescado, linguado, solha, faneca ou dourada (10-30g)		Salmão, cherne, atum ou sardinha 15g inicialmente				
Pão						Aos 7º mês pode ser oferecido com açorda com carne ou peixe. Ao 8º mês oferecer pequena quantidade de pão de forma a promover a mastigação						
Arroz e massas						Arroz branco com legumes, carne e peixe, cortado em pedaços finos e pequenos.						
Ovo								½ gema -> 2 a 3 semanas 1 gema -> 2 a 3 semanas Substituir pela carne ou peixe 3 a 4 refeições por semana		Introduzir a clara		
Iogurte								Iogurte natural, sem açúcar ou mel, pode adicionar fruta fresca, uma alternativa ao lanche.				
Água	Oferecer mesmo com o leite adaptado					Na introdução de alimentos						
Consistência dos alimentos						Puré	Grumosa	Com pedaços de arroz ou massa.	Puré/sopa com pequenos pedaços	Pedaços grandes		

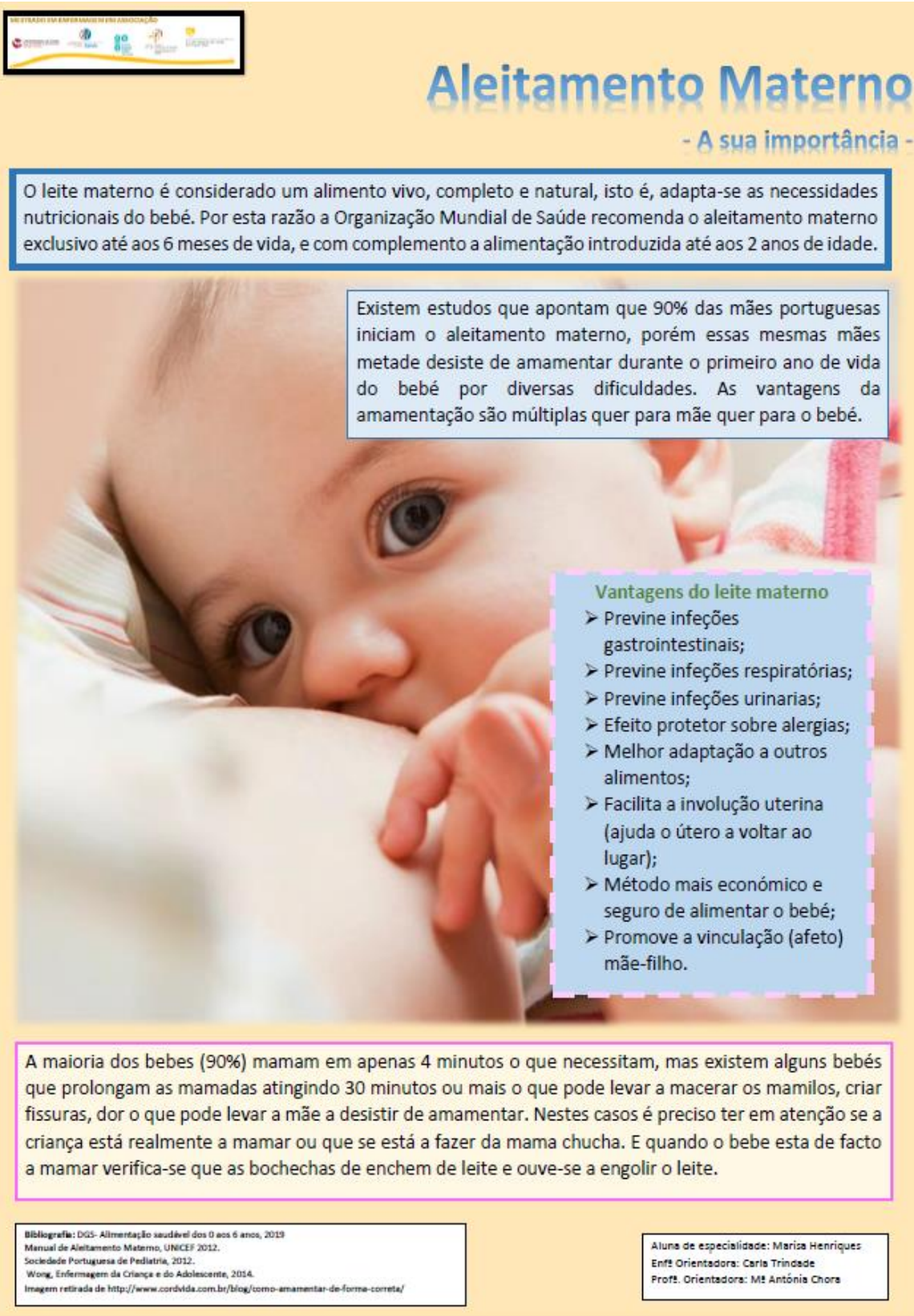
Bibliografia: Sociedade Portuguesa de Pediatria – 2012
Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente, Hockenberry e Wilson, 9ª edição, 2015

Aluna especialidade: Marisa Henriques
Enfª Orientadora: Ângela Borbinha
Profª Drª Mª Antónia Chora



Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Apêndice VI – **Poster Informativo “Aleitamento Materno – A sua importância- “**



Aleitamento Materno
- A sua importância -

O leite materno é considerado um alimento vivo, completo e natural, isto é, adapta-se às necessidades nutricionais do bebé. Por esta razão a Organização Mundial de Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida, e com complemento a alimentação introduzida até aos 2 anos de idade.

Existem estudos que apontam que 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno, porém essas mesmas mães metade desiste de amamentar durante o primeiro ano de vida do bebé por diversas dificuldades. As vantagens da amamentação são múltiplas quer para mãe quer para o bebé.

Vantagens do leite materno

- Previne infeções gastrointestinais;
- Previne infeções respiratórias;
- Previne infeções urinárias;
- Efeito protetor sobre alergias;
- Melhor adaptação a outros alimentos;
- Facilita a involução uterina (ajuda o útero a voltar ao lugar);
- Método mais económico e seguro de alimentar o bebé;
- Promove a vinculação (afeto) mãe-filho.

A maioria dos bebés (90%) mamam em apenas 4 minutos o que necessitam, mas existem alguns bebés que prolongam as mamadas atingindo 30 minutos ou mais o que pode levar a macerar os mamilos, criar fissuras, dor o que pode levar a mãe a desistir de amamentar. Nestes casos é preciso ter em atenção se a criança está realmente a mamar ou que se está a fazer da mama chucha. E quando o bebé está de facto a mamar verifica-se que as bochechas de enchem de leite e ouve-se a engolir o leite.

Bibliografia: DGS- Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos, 2019
Manual de Aleitamento Materno, UNICEF 2012.
Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2012.
Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2014.
Imagem retirada de <http://www.cordvida.com.br/blog/como-amamentar-de-forma-correta/>

Aluna de especialidade: Mariza Henriques
Enfª Orientadora: Carla Trindade
Profª. Orientadora: Mª Antónia Chora

Apêndice VII – Cartão “Conservar no domicílio o leite materno recém extraído”

Conservar no domicílio o leite materno recém extraído



Local de conservação	Tempo de conservação segura
Temperatura ambiente (16º C a 25º C)	6 a 8 horas
Frigorífico (4º C ou mais frio)	3 a 5 dias
Congelador dentro do frigorífico	2 semanas
Congelador (-18º C ou mais frio)	3 a 6 meses
Leite materno descongelado dentro do frigorífico	12 a 24 horas
Leite materno descongelado em ambiente	Imediato

NÃO VOLTAR A CONGELAR uma vez já descongelado!

Bibliografia: Manual de Aleitamento Materno, UNICEF 2012

Aluna: Marisa Henriques
Enfª Orientadora: Carla Trindade
Profª Orientadora: Mª Antónia Chora
Novembro 2019

Apêndice VIII – Apresentação da sessão de Educação para a saúde em unidade de cuidados “Aleitamento Materno”



Objetivo Geral

- Conhecer a importância do Aleitamento Materno;

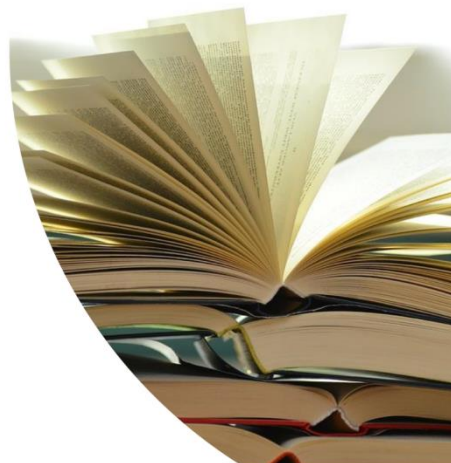
Objetivos específicos

- Reconhecer a importância da amamentação no desenvolvimento do bebé através do reflexo de ocitocina e reflexos do bebé na lactação;
- Realçar as vantagens do aleitamento materno quer para o bebé quer para a mãe;
- Realçar as diversas posições de amamentar como forma de estimular os diversos ductos mamários na produção de leite materno.



Índice

- Amamentação;
- Produção do leite;
- Adaptação do Bebé;
- Prática do Aleitamento Materno;
- Posições para o Aleitamento Materno;
- Vantagens do Aleitamento Materno para o Bebé;
- Vantagens do Aleitamento Materno para a mãe.



Reflexo de Ocitocina

Ajuda

Dificulta

Confiança
Prazer
Tocar, olhar ou ouvir o bebé

Stress
Dor
Preocupação

388,7 x 190,5 mm

Reflexos do Bebê

Busca e prensão

Sucção

Deglutição

A mãe aprende a segurar a mama e a posicionar o bebé

O bebé aprende a sua adaptação à mama da mãe

Adaptado de OMS/UNICEF

Adaptação do Bebê

Certo

Errado

Prática do Aleitamento Materno



- A duração da mamada pode variar de 4 a 30 minutos.
- Bebê está mesmo a mamar quando:
 - A sucção é lenta;
 - O bebê enche as bochechas de leite;
 - Ouve o bebê a deglutir.

Prática do Aleitamento Materno

- Regime livre;
- No início da mamada o leite é mais rico em água e lactose.
- No decorrer da mamada o leite vai tendo maior teor de gordura.
- O bebê deve esvaziar pelo menos uma mama em cada mamada.



Vantagens do Aleitamento Materno para o Bebê

- Previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias;
- Efeito protetor sobre as alergias;
- Melhor adaptação a outros alimentos;
- Bebê com bom estado nutricional:
 - Aumento de peso de forma adequada;
 - Bom desenvolvimento psicomotor.



Vantagens do Aleitamento Materno para a Mãe

- Interação mãe/bebé;
- Permite sentir o prazer da amamentação;
- Facilita uma involução uterina precoce;
- Associado a uma menor probabilidade de ter cancro da mama;
- Mais económico.



Posições para o Aleitamento Materno

Como segurar a mama

- Colocar-se numa posição confortável;
- A mão deve estar em forma de "C";
- Os dedos não devem estar muito próximos do mamilo.



338,7 x 190,5 mm

Posições para o Aleitamento Materno



Posição de Berço

- A mãe segura o bebé no colo e apoia a sua cabeça no antebraço;
- Coloca o bebé na frente do peito.

338,7 x 190,5 mm

Posições para o Aleitamento Materno



Posição de deitado

- O Bebê fica deitado de lado de frente para a mãe;
- Todo o corpo de bebê fica encaixado no corpo da mãe.

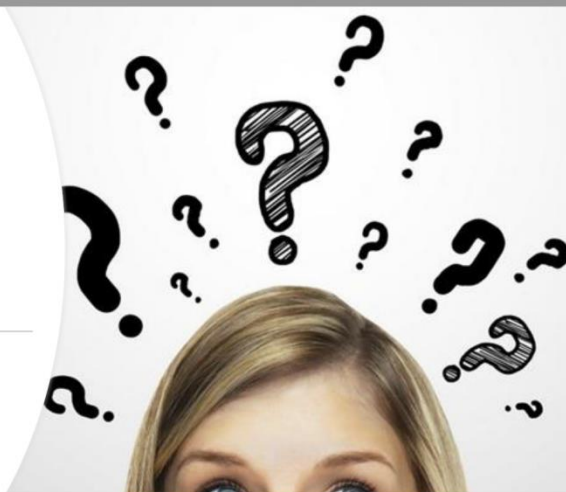
Posições para o Aleitamento Materno



Posição Sentado

- A mãe está sentada com o corpo de bebê apoiado no antebraço;
- A mãe apoia os ombros do bebê e segura a base da sua cabeça abaixo das suas orelhas

Dúvidas?



Avaliação

1. Identifique, 2 vantagens do aleitamento materno para o bebé.

- Previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias;
- Efeito protetor sobre as alergias;
- Melhor adaptação a outros alimentos;
- Bebê com bom estado nutricional:
- Aumento de peso de forma adequada;
- Bom desenvolvimento psicomotor

Avaliação

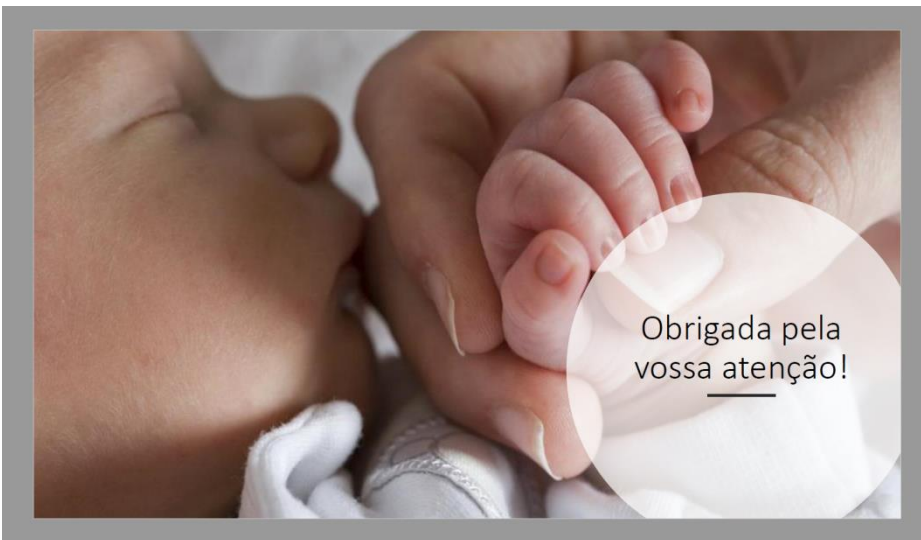
2. Identifique, 2 vantagens do aleitamento materno para a mãe;

- Interação mãe/bebé;
- Permite sentir o prazer da amamentação;
- Facilita uma involução uterina precoce;
- Associado a uma menor probabilidade de ter cancro da mama;
- Económico.

Avaliação

3. Qual a diferença da composição do leite materno ao longo da mamada.

- No início da mamada o leite é mais rico em água e lactose;
- No decorrer da mamada o leite vai tendo maior teor de gordura.



Bibliografia

- Levy, L., & Bertolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno, comité português para a UNICEF. COMISSÃO NACIONAL.
- Rêgo, C., Lopes, C., Durão, C., Pinto, E., Mansilha, H., Pereira da Silva, L., ... & Vale, S. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos–Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). Wong: Enfermagem da criança e do adolescente. Loures, Portugal: Lusodidata.

Apêndice IX – Poster informativo “Amamentar é uma forma de amar!”

Amamentar é uma forma de amar!

O leite materno é considerado um alimento vivo, completo e natural, isto é, adapta-se às necessidades nutricionais do bebé. E com todas estas características é o alimento ideal para o recém-nascido. Por esta razão a Organização Mundial de Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida, e com complemento a alimentação introduzida até aos 2 anos de idade.



Amamentar o seu bebé trás imensas vantagens quer para o seu filho(a) quer para si.

Vantagens para o bebé:

- Previne infeções gastrointestinais;
- Previne infeções respiratórias;
- Previne infeções urinárias;
- Efeito protetor sobre alergias;
- Melhor adaptação a outros alimentos.

Vantagens para a mãe:

- Facilita a involução uterina (ajuda o útero a voltar ao lugar);
- Mais prático (está pronto a dar em qualquer hora e lugar);
- Método mais económico e seguro de alimentar o bebé;
- Ajuda no retorno de peso antes da gravidez;
- Promove a vinculação (afeto) mãe-filho.

A mama tem imensos ductos mamários, e uma forma de conseguir esvaziar e estimular corretamente a mama é alternar a posição da mamada, sendo todas elas igualmente importantes e vantajosas no processo de lactação.



Sentado



Cruzado




Berço



Deitada

No momento de amamentar é importante que se sinta confortável, se necessário procure um sítio mais tranquilo e privilegiando a sua privacidade é o seu momento e o do bebé.



Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Apêndice X – Documento publicado no Blog de Unidade de cuidados “Amamente o seu bebé prematuro!”

Amamente o seu bebé prematuro!

Os bebés de termo que mamam vigorosamente poder ser alimentados oralmente apresentando pouca dificuldade, enquanto que os bebés de pré-termo (prematuros) podem manifestar sinais de dificuldade nos reflexos de deglutição/sucção, fadiga ou até mesmo complicações na respiração no processo da amamentação, por estes motivos exigem métodos alternativos.

A decisão de quando iniciar alimentação oral pela mama ou por biberão é um pouco complexa, pois é baseada na avaliação do desenvolvimento, peso, nível de atividade, condição respiratória, assim como na capacidade de sucção. Sendo que no processo de alta do hospital o(s) cuidador(es)/pessoa significativa devem de aprender e esclarecer todas as suas dificuldades de forma a manter as necessidades do bebé.



As necessidades nutricionais variam de bebé para bebé e também de dia para dia. Sendo que os prematuros necessitam de mais tempo e paciência para serem alimentados, de forma a não se cansar acima das suas capacidades para manter a mamada. Nestes bebés é normal o tempo da mamada ser prolongado, aproximadamente 30 minutos. Se exceder demais o tempo, ou adormecer ou apresentar sinais de cansaço pode completar a mamada por biberão oferecendo de leite materno ou leite adaptado.

Apesar de alimentar um bebé pré-termo ser um processo um pouco mais complexo, não deixa ser um momento de amamentar e ajuda a fortalecer a vinculação mãe-filho. O leite materno é o alimento ideal para o recém-nascido, pelas suas características fantásticas de ser um alimento vivo que se adapta consoante as necessidades do bebé. O prematuro que por indicação



médica, que não é aconselhável ir a mama, a mãe deve de extrair o leite e conservar para posteriormente oferecer ao neonato.

A anatomia do estômago de um bebé de termo tem como comparação o tamanho de uma bola de berlimde e devido as particularidades de um prematuro o seu estômago ainda se torna mais pequenino, como pode

observar na imagem seguinte. Desta forma a mãe inicialmente não necessita de produzir grande quantidade de leite pois o que o seu bebé precisa é o que ela normalmente produz.

A medida que o tempo passa e que a mãe amamente vai estabelecendo uma relação de confiança entre mãe-bebé que contribui, no aumento da quantidade de leite o que vai suprimir as necessidades do bebé.

Lembre-se que cada bebé e como cada qual assim como cada mãe, não existem dois bebés iguais e desta forma deve se adaptar as necessidades de cada um em cada momento.

Trabalho realizado por:

Aluna de especialidade: Marisa Henriques
Enf^a orientadora: M^a Conceição Nunes
Enf^o Chefe: Victor Varela
Prof^o Orientadora: M^a Antónia Chora

Bibliografia:

- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). Wong: Enfermagem da criança e do adolescente. Loures, Portugal: Lusodidata.
- Portugal, U. N. I. C. E. F. (2012). Manual de aleitamento materno. *Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*.
- Imagem 1 retirada de <https://lifestyle.sapo.mz/familia/pais-e-filhos/artigos/interromper-amamentacao-pode-potenciar-cancro-da-mama>


Imagem 2 retirada de <https://twitter.com/medelapt/status/573447417300942848>

Apêndice XI – Resumo Artigo de Revisão Científica

RESUMO

O leite materno é considerado o alimento ideal para todos os recém-nascidos saudáveis. É o primeiro alimento saudável que o ser humano consome, e que lhe oferece diversas regalias desde da imunidade, vinculação, capacidade de adaptação as necessidades hídricas e nutritivas entres outras. **Objetivo:** Compreender quais os fatores/causas que levam a mulher a desistir da amamentação, bem como apresentar as competências do enfermeiro na promoção do aleitamento materno. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura com recurso a bases de dados científicas eletrónicas, incidindo sobre estudos escritos em português, inglês e espanhol publicados entre 2014-2019 baseados nos descritores em ciências da saúde (DeCs) e *Medical Subject Heading* (MeSH). **Resultados:** Na pesquisa nas bases de dados B-ON e Chocrane surgiram 416 artigos não duplicados dos quais 10 foram selecionados, com aplicação dos critérios de inclusão. No final 10 artigos cumpriam os critérios da *Checklist* JBI. **Conclusão:** O enfermeiro além das suas competências específicas é um elemento importante na literacia do aleitamento materno, bem como no seu seguimento promovendo amamentação exclusiva até aos seis meses de vida do lactente.

Descritores: *Breastfeeding, early weaning, nursing e child health.*



Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Apêndice XII - Proposta do Plano de Estágio na Unidade de Cuidados Especializados Neonatais

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Professor Maria Antónia Chora

Proposta do Plano de Estágio na Unidade de Cuidados Especializados Neonatais

Enf^a. Orientadora: M^a Conceição Nunes

Enf^o Chefe: Victor Varela

Autora: Marisa Henriques, nº 19343

Setúbal, dezembro 2019

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Professora Maria Antónia Chora

Proposta do Plano de Estágio na Unidade de Cuidados Especializados Neonatais

Enf^a. Orientadora: M^a Conceição Nunes

Enf^o Chefe: Victor Varela

Autora: Marisa Henriques, nº 19343

Setúbal, dezembro 2019

“Esses pequenos possuem uma força que não tem como a gente não acreditar em milagres. Eles existem e acontecem diariamente nas UTIs neonatais”.

Denise Leão

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CCF – Cuidados Centrados na Família

DGS – Direção – Geral da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional para a Enfermagem

ÍNDICE

Nota Introdutória	6
1. Enquadramento conceptual.....	7
2. Problemática a desenvolver	8
3. Objetivos.....	10
4. Atividades a Desenvolver de acordo com as competências específicas	11
BIBLIOGRAFIA	12

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final do Mestrado em Associação de Enfermagem com a Especialidade Integrada de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, orientada pela docente M^o Antónia Chora foi proposto pelo Enfermeiro Chefe Vítor Varela apresentação de um documento a apresentar a temática/projeto a desenvolver neste contexto de campo de estágio.

O presente projeto realça a importância da promoção da saúde e prevenção da doença remetendo o projeto para a Promoção da alimentação saudável desde o nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica de forma a que os recém-nascidos, lactentes e as crianças cresçam saudáveis promovendo o bom desenvolvimento psicomotor.

O seguinte documento encontra-se organizado em 4 etapas sendo apresentada inicialmente a problemática a desenvolver, o enquadramento conceptual, os objetivos e as atividades a desenvolver de acordo com a competências específicas do enfermeiro mestre, competências comuns do enfermeiro especialista e as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

1. Enquadramento Conceptual

Na área da saúde, cuidar é a razão essencial de enfermagem sendo um atributo de todos os seres humanos. Ao longo dos tempos o cuidado de enfermagem foi pensado e definido em diferentes modos de pensar e de atuar, porém todos eles se centram no cuidado à pessoa. Neste modo, todos os teóricos definem enfermagem como a arte cuidar, prestar cuidados ao indivíduo, comunidade e família, desenvolvendo atividades e cuidados desde a promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação. (Casaca, 2018)

Atualmente, a enfermagem moderna tem deixado o modelo biomédico, procurando novas formas inovadoras de cuidar de forma a valorizar as condições pessoais, subjetivas e culturais quer da pessoa, quer da família, quer da comunidade onde se encontra inserido. (Hasbeen, 2000).

A criança/jovem é um indivíduo que perante as suas características, depende dos outros, recorrentemente dos seus pais/familiares para satisfazer as suas necessidades básicas que levam a um crescimento e desenvolvimentos adequados. Por isso, os pais são fulcrais na vida de uma criança/jovem pois também são o principal recurso da criança para garantir a promoção da sua saúde e garantir a continuação de cuidados em situação de doença aguda ou crónica, deste modo estes não poderão ser afastados da criança em qualquer circunstância. (Casaca, 2018)

Enfermagem Pediátrica tem como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados às crianças/jovens, família e comunidade e no diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde atuais ou potenciais. (Hockenberry e Barreira, 2014)

A Ordem dos Enfermeiros (OE) realça que o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica realize a prestação de cuidados de saúde centrados na criança/jovem e na família. Isto é, deve promover os cuidados de enfermagem pediátricos centrados na família e os cuidados não traumáticos.

Com o olhar atento do Enfermeiro Especialista de saúde infantil e pediátrica, devido à naturalidade de dependência da criança e o seu desenvolvimento, este deve de promover a relação através da criança/família como alvo dos seus cuidados estabelecer uma parceria de cuidar promovendo a saúde de forma a adequar a gestão do regime de parentalidade. Deste modo, este profissional de saúde compete assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Desta forma o enfermeiro especialista “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.” No contexto de estágio na UCEF, e perante esta competência o enfermeiro tem como intervenções:

- Utilizar estratégias motivadores para a família assumir a sua função de parentalidade;
- Promove sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família no sentido da adoção de comportamentos promotores de saúde;

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

- Promove autonomia nos cuidados ao neonato;
- Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar;

Também compete ao enfermeiro de saúde infantil e pediátrica, prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem. Desta forma, promove o crescimento e desenvolvimento infantil através das seguintes intervenções:

- Avalia o crescimento e desenvolvimento do neonato.
- Transmite orientações as famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

De acordo com esta competência específicas do EESIP, no decorrer do desenvolvimento psicomotor do neonato o enfermeiro é fundamental na promoção de saúde e também no processo da parentalidade maximizado a vinculação.

2. Problemática a Desenvolver

A OMS preconiza o leite materno exclusivo desde do nascimento até aos 6 meses de idade e que deve ser prolongado juntamente com a diversificação alimentar até a criança atingir pelo menos os 2 anos de vida.

Sabemos que as particularidades da neonatologia e principalmente da prematuridade nem sempre se pode levar o neonato à mama, e apesar deste pequeno percalço não deve de abandonar a amamentação. Para conseguir ultrapassar esta dificuldade pretende-se também que a lactante continue a sua produção láctea.

A extração de leite pode ser feita manualmente ou mecânica de forma a estimular todo o processo endócrino para a sua produção. E desta forma consegue-se alimentar o bebé o mais saudável possível e a promover os hábitos e estilos de vida saudáveis promovendo a saúde e a prevenção de doença. É de salientar que é desde o nascimento que se previne diversas patologias nomeadamente a diabetes mellitos, a obesidade, doenças cardiovasculares entre outras.

Sabe-se que existe ainda um longo caminho a percorrer, e que a obesidade infantil em Portugal ainda atinge valores preocupantes e uma das formas de prevenir esta complicação é a amamentação.

Visto todo este panorama na unidade de cuidados de neonatologia, tem todo o sentido a promoção de hábitos saudáveis, nomeadamente a amamentação de forma a ter crianças saudáveis hoje e adultos saudáveis amanhã.

3. Objetivos

No decorrer do estágio e para o desenvolvimento do atual projeto, pretende-se promover alimentação saudável desde do nascimento de forma obter o melhor desenvolvimento psicomotor para o neonato.

Para dar resposta a este objetivo geral é necessário aprofundar as especificidades deste contexto, formando assim os objetivos específicos. Estes objetivos devem ser definidos de forma rigorosa com o intuito de facilitar a sua avaliação, devem ser claros, precisos, realizáveis e passíveis de serem medidos. Desta forma apresenta-se os seguintes objetivos específicos;

- Desenvolver conhecimento e capacidade relacionados com a temática do aleitamento materno;
- Sensibilizar e capacitar os pais/família/pessoa significativa para a promoção de uma alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida.

De forma a dar resposta aos objetivos acima referidos e tendo em conta todo o contexto neonatal e das necessidades do unidade de cuidados segue-se um plano das atividades a desenvolver.

4. Atividades a Desenvolver de acordo com as competências específicas

Tendo em conta os objetivos anteriormente delineados e de realçar o projeto e a panorâmica da unidade de cuidados pretende-se desenvolver as seguintes atividades;

- Poster informativo sobre a promoção do aleitamento materno;
- Atualização de uma sessão de educação para a unidade de cuidados;
- Publicação no blog Neo Babies da unidade de cuidados neonatologia realçando as vantagens sobre aleitamento materno.

O poster informativo acerca do aleitamento materno, vai perante a necessidade de que o cantinho da extração de leite materno não existe nenhum suporte informativo sobre esta temática e vem também ajudar a restabelecer a informação sobre a promoção de aleitamento materno.

A atualização de uma sessão de educação para a saúde que é programada e lecionada semanalmente todas as quarta-feira sendo que o tema “aleitamento materno” se encontra por se atualizar e ao mesmo tempo embelezar de forma mais interativa e chamativa promovendo a memória fotográfica de forma a facilitar todo o processo de ensinosa.

A publicação no blog de unidade de cuidados “Neo babies” remete para as necessidades do quotidiano das dificuldades da amamentar, pois é um processo doloroso, incomodativo e que muitas famílias por diversos motivos desistem de amamentar. Neste aspeto o folheto informativo vem prevalecer os ensinosa, assim como na promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. Com esta publicação em suporte digital vem facultar o rápido acesso assim como possibilitar em retirar dúvidas inerentes a essa temática

Todas estas atividades são passíveis de realizar tendo em conta o tempo de estágio iniciado a 2 de dezembro de 2019 e prolongado até 9 de janeiro de 2020 tendo a pausa letiva de 21 de dezembro de 2019 a 5 de janeiro de 2020.

BIBLIOGRAFIA

Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS.

Hasbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.


Hockenberry, J., & Barreira, P. (2014) Perspetivas de Enfermagem Pediátrica In: Hockenberry, J.M. & Wilson, D. (Coords). Wong, Enfermagem da criança e do adolescente (pp. 1-20). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Passanha, A., Mancuso, A., Silva, M. (2010) Elementos protetores do Leite materno na Prevenção de Doenças Gastrointestinais e Respiratorias. *Revista Bras Crescimento Desenvolvimento Hum* 2010; 351-360

Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho de 2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República 2ª série, nº 133.



Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Apêndice XIII – Poster Informativo “Amamente o seu filho doente”.

Amamente o seu filho doente

Ao amamentar o seu filho tem menos probabilidades de adoecer, isso acontece porque o leite materno tem propriedades protetoras, elementos antibacterianos e antivirais que ajudam na proteção do sistema imunitário, como no caso de adoecer recupera mais facilmente da sua doença. Desta forma o leite materno estará a reduzir o risco do seu bebé contrair constipações, gripes, infeções nos ouvidos, infeções do trato respiratório, náuseas, vômitos e diarreia.



<http://formacao.cinacisnova.com/familia/maternidade/o-beneficio-da-amamentacao-para-mulher-e-para-o-bebe/>

O leite materno é um alimento vivo, isto é que ao longo do dia e do tempo de vida do seu bebé ele varia consoante as necessidades nutricionais que o próprio bebé precisa. Assim, no bebé doente a composição do leite materno também se modifica tornando o leite ainda mais rico em anticorpos de modo a combater o processo infeccioso ou anti-inflamatório.



<http://draculaweb1.uol.com.br/videologia/brnspqilite-pode-eu-ig-terracao-hospitais/>

Infeções respiratórias e febre.

Se não se sentir confortável ao amamentar o seu bebé por ele se encontrar demasiado cansado, sem energia para mamar ou mesmo devido a dificuldade respiratória pode extrair leite e oferecer em pequenas quantidades com seringa, um copo ou outro métodos que exige menos esforço ao bebe para beber de forma a facilitar a respiração e evitar o cansaço extremo.

Problemas Gastrointestinais

Como o leite materno é muito fácil de digerir é o alimento ideal para bebés com enjoos, vômitos e diarreia.

Se notar que que não existe dificuldade respiratória pode colocar o bebé a mama e diminuir o tempo de mamada e oferecer a mama mais vezes desta forma contribui para a nutrição do bebe e evita o vômito.

Bibliografia: UNICEF. Manual de aleitamento materno, 2012.
Victoria CG et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-490.
Lönnerdal B. Bioactive proteins in breast milk. *J Pediatr Child Health*. 2013;49 Suppl 1:2-7.
Hessolöv P, Hartmann PS. At the dawn of a new discovery: the potential of breast milk stem cells. *Adv Nutr*. 2015;6(6):770-776.
Hanson LA. Breastfeeding provides passive and likely long-lasting active immunity. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 1998;81(5):529-538.



Aluna: Marisa Henriques
Enfª. Orientadora: Carla Trindade
Profª Mª Antónia Chora

Apêndice XIV – Sugestão da Norma “Extração, conservação, armazenamento, manipulação e administração de Leite Materno em ambiente Hospitalar”.

[REDACTED]	Extração, conservação, armazenamento, manipulação e administração de Leite Materno em ambiente Hospitalar	Data de entrada em vigor:	
		Versão 02	
		Próxima revisão:	
		Cod. Documento	

1. Objetivo

Uniformização dos cuidados de enfermagem prestados à lactante na extração, conservação, armazenamento, manipulação de Leite Materno [LM] em ambiente hospitalar.

Objetivos específicos:

- i) Definir os dados necessários na extração de LM em contexto hospitalar;
- ii) Delinear o procedimento de conservação e armazenamento do LM em ambiente hospitalar;
- iii) Definir estratégias de alimentar a criança doente promovendo uma alimentação saudável.

Uniformizar e executar regras de boas práticas para a prevenção e minimização do risco de infeção associada à manipulação, extração, conservação e administração do LM, promovendo o aleitamento materno em situações que não é possível a mãe amamentar ou o estado clínico da criança comprometa a amamentação.

2. Campo de aplicação

O presente documento aplica-se à equipa de enfermagem da Unidade Urgência pediátrica e Unidade de cuidados de Internamento Pediátrico do CHS, EPE – HSB.

3. Siglas, abreviaturas e definições

- CHS – Centro Hospitalar de Setúbal;
- LM – Leite Materno;
- RN – Recém-nascido;
- Temp. – temperatura;
- UUP – Unidade de Urgência Pediátrica.

4. Referências

- Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David (2014) – *Wong*, Enfermagem da Criança e do Adolescentes (9ª edição). Loures: Lusociência
- Manual do Aleitamento Materno (2012). Comité Português para a UNICEF Levy, L; Bértolo, H –: Edição Revista.
- DGS, Direção-Geral de Saúde – Orientação nº 018/2013 de 20/12/3013
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012). Alimentação e Nutrição do Lactente. (SPP, Ed.) Acta Pediátrica Portuguesa, 43(5), S17-S40.

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

5. Responsabilidades

É da responsabilidade da equipa de enfermagem e dos assistentes operacionais a aplicabilidade deste procedimento.

6. Procedimento

O leite materno tem a capacidade fantástica de se adaptar as necessidades nutricionais do lactente, torna-se ao mesmo tempo protetor devido aos seus elementos antibacterianos e antivirais que ajudam na proteção do sistema imunitário como facilita a recuperação do lactente em caso de doença.

PREPARAÇÃO DO LM EM MEIO HOSPITALAR

- Os recipientes para a extração, conservação e administração de LM são fornecidos pelo hospital (kit de extração descartável, biberões descartáveis e sacos de conservação descartáveis).

EXTRAÇÃO DE LM

A extração de leite pode ser feita de forma manual ou mecânica. Sendo que a extração mecânica se encontra mais indicada em meio hospitalar pela sua forma de extração, armazenamento e manipulação que minimiza o risco de infeção e garante a higiene rigorosa por parte de todos os intervenientes que manuseiam o leite.

RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA A COLHEITA DO LM;

- As mães devem tomar banho diário;
- Higienizar sempre as mãos da lactante e do profissional antes da colheita;
- Identificar os biberões/sacos de recolha de LM: nome, nº do processo, data e hora da extração;
- Utilizar um conjunto esterilizado por cada lactante e a cada colheita;
- Antes da colheita, desperdiçar as primeiras gotas de leite;
- Utilização de máscara caso a lactante apresenta uma infeção respiratória.

Extração Mecânica

- 1- Antes de iniciar a extração de LM, é necessário informar a lactante em relação à utilização do Kit descartável e da bomba elétrica.
- 2- O Kit de extração só pode ser utilizado uma única vez em ambiente hospitalar por ser um ambiente propício a contaminação e a resistência microbiana.
- 3- O enfermeiro é responsável por apresentar/demonstrar, manusear e supervisionar a utilização do kit e da respetiva bomba de extração.
 - Lavar as mãos antes de manusear todo o equipamento e antes de extrair o LM;
 - A lactante deve de estar num sítio sossegado, sentir-se o mais confortável possível, montar o kit e ajustar bem o mamilo/aurela mamaria ao funil do kit (existem várias medidas dos kits descartáveis);

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

- Ligar a bomba extratora de leite e programar a intensidade do vácuo e o ritmo de extração.
- Terminar quando sentir a mama mole ou não sair mais leite;
- Proteger o mamilo e a areola com uma gota de LM e deixar secar.
- Guardar o leite num saco de conservação de leite apropriado e identificá-lo com o nome, data e hora da extração.
- Conservar imediatamente o leite no frigorífico se for para administrar no máximo 6h, congelar se for para administrar num período superior a 6 horas.

A extração de LM durante é preferida pois é fundamental para aumentar a produção de LM.

CONSERVAÇÃO/ARMANEZAMENTO

- Deve de existir um frigorífico e congelador devidamente identificação com exclusividade para leites e com registo e monitorização de controlo de temperatura.
- O LM pode ser conservado no frigorífico ou no congelador.
A refrigeração e congelação devem ser efetuados em sacos de conservação LM e preenchidos até $\frac{3}{4}$ do volume.
- Conservação do LM no frigorífico
O leite extraído recente deve de colocar na primeira prateleira do frigorífico (0-4°C) até 48h.
O leite descongelado no frigorífico tem uma durabilidade até 24h.
O leite descongelado em ar ambiente deve dar-se de imediato.
- Conservação do LM no congelador
 - Quando a temperatura do congelador não garante os -20°C tem uma durabilidade de 2 a 3 semanas
 - Quando se tratar de um congelador industrial que garante temperaturas superior ou constantes de -20°C pode ir até 6 meses.

Meio de conservação	Validade da conservação do LM
Ar ambiente	Até 1h
Frigorífico (0°C a 4°C)	24h
Congelador (temp. oscilar -20°C)	2 a 3 semanas
Congelador industrial (-20°C)	6 meses
Descongelado no frigorífico	24h
Descongelado em ar ambiente	imediato

Quadro1: Quadro de conservação de LM.

DESCONGELAÇÃO

A descongelação deve de ser feita preferencialmente de forma lenta (dentro do frigorífico), de forma a não alterar a composição do LM e também evitar o risco de contaminação. A utilização deste LM é 24 horas.

Leite descongelado fora do frigorífico deve dar-se de imediato pelo risco de contaminação.

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O leite descongelado de imediato não é indicado uma vez que as rápidas oscilações de temperatura fazem perder as componentes do LM (destrói as enzimas e proteínas).

ADMINISTRAÇÃO DO LM

- Deve de usar o LM mais antigo (se previamente armazenado) ou preferencialmente o recém extraído pela lactante, salvo indicação médica.
- A administração de LM pode ser feita em perfusão contínua ou por pequenos intervalos
- As seringas para administração em débito contínuo devem de ser substituídas de 2/2h.

MANIPULAÇÃO DE LM

A prevenção da contaminação infecciosa deve ter em conta:

- Rigoroso controlo do ambiente, higiene dos espaços e condições do ar;
- Rigorosas medidas de higienização de todos os intervenientes (mãe e profissionais);
- Utilização correta de equipamentos de proteção individual;
- Manipulação cuidadosa do leite, matérias e equipamento;
- Cumprimento da conservação e da respetiva validade.

Apêndice XV – Estudo Caso

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio I

Docente(s): Professor Dr. António Casa Nova, Dr^a. M^a Margarida Malcata, Dr^a M^a Antónia Chora, Dr^a. M^a Gabriela Calado e Dr^a Ana Lúcia Ramos

ESTUDO CASO

Autora: Marisa Henriques, nº 19343

Portalegre, junho 2019

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e

Unidade Curricular: Estágio I

Docente(s): Professor Dr. António Casa Nova, Dr^a. M^a Margarida Malcata, Dr^a M^a Antónia Chora, Dr^a. M^a Gabriela Calado e Dr^a Ana Lúcia Ramos

ESTUDO CASO

Autora: Marisa Henriques, nº 19343

Portalegre, junho 2019

“Como os temperos tornam o alimento mais saudável, tempere também suas emoções com pitadas de amor e alegria, tornando sua vida mais apreciada por aqueles que estão a sua volta”

Jader Amadi

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

APA - American Psychological Association

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

cm – Centímetros.

CSP – Cuidados de Saúde Primários.

DGS – Direção Geral da Saúde.

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

g- Grama.

h- Horas.

IMC – Índice de Massa Corporal.

OE – Ordem dos enfermeiros.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

Rh – Fator Rhesus.

SNS – Unidade de cuidados Nacional de Saúde.

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria.

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância.

VHB – Vacina contra a Hepatite B.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	7
1. APRECIÇÃO INICIAL	8
1.1 HISTÓRICO DE SAÚDE.....	8
1.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
1.3 FOCOS DE INTERVENÇÃO.....	15
2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	16
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
BIBLIOGRAFIA	33
APÊNDICES	34
Apêndice I – Instrumento de colheita de dados	36
Apêndice II – Genograma e Ecomapa	39
ANEXOS.....	41
Anexo I – Folheto Ao longo do 1º ano de vida.....	42

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio I, onde o ensino clínico realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados com a orientação da enfermeira especialista em enfermagem em saúde infantil e pediátrica Cátia Moura e sobre a orientação da docente professora doutora Maria Antónia Chora, faz parte do plano um estudo caso relacionado com a temática escolhida sobre a Alimentação Saudável.

É de realçar que o estudo caso é um dos métodos mais antigos relativos à prática de enfermagem, onde é registado detalhadamente todos os pormenores. A vantagem desta abordagem é que permite que o estudo seja aprimorado ao longo do tempo e ao mesmo tempo permite um cuidado personalizado relativamente a um utente Ora Florence Nightingale, era seguidora deste método de estudo e ensino, exigindo aos seus alunos que fossem portadores de pelo menos um caderno para anotar os casos excepcionalmente interessantes, desta mesma forma permitia avaliar o conhecimento e o desenvolvimento das competências que tinham adquirido (Galdeanoet, 2003).

Com o desenrolar do tempo e nesse mesmo instante com o desenvolvimento e evolução da profissão de enfermagem, cada vez mais torna-se fundamental o estudo, o ensino e a organização dos cuidados de enfermagem. Com todos estes registos, surgem os estudos, processos e cuidados, revelando as primeiras tentativas de definição de sistematização da assistência de enfermagem. Observando todos esses estudos e registos foram-se transformando o que hoje designamos de Processo de Enfermagem (Henderson, 1973).

O cuidado dos registos e com este aparecimento dos estudos casos, reflete o real interesse dos enfermeiros em planear e garantir a continuidade da prestação de cuidados de enfermagem, desde a recolha da história clínica do utente até ao planeamento das intervenções e atos de enfermagem através do seu diagnóstico.

O seguinte estudo de caso escolhido enquadra-se na temática relativa ao projeto de intervenção que é relativo a alimentação saudável. Este estudo caso é relativo ao João um nome fictício dado a um menino de 6 meses que até ao dia da consulta dos 6 meses tem estado saudável e é alimentado exclusivamente do leite materno, pelo que nesta consulta será vocacionada para a introdução de uma refeição sólida.

A realização deste trabalho tem como objetivo: Adquirir competências que permitam elaborar um estudo caso e desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista em

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

enfermagem de saúde infantil e pediátrica no domínio da responsabilidade enquanto maximizador da saúde da criança/jovem e família.

Este trabalho está organizado em três partes, a primeira fase é referente à etapa inicial do processo de enfermagem, a apreciação inicial, a qual se divide em 3 itens, relativos ao histórico de saúde, enquadramento teórico e focos de intervenção. A segunda parte remete para o plano de cuidados referente ao estudo caso, e por fim é apresentada a consideração final onde para além da síntese dos aspetos significativos, é referido se o objetivo para a elaboração deste trabalho foi atingido ou não, e quais os ganhos pessoais e profissionais relativos ao desenvolvimento das competências preconizadas relativas ao Estágio I de encontro com a experiência adquirida.

A norma de referenciação bibliográfica aplicada neste trabalho foi a Norma APA (*American Psychological Association*) 6ª edição.

5. APRECIÇÃO INICIAL

A primeira fase do processo de enfermagem é apreciação inicial, neste ponto o enfermeiro recolhe todos os dados e informações da situação de saúde do paciente com o objetivo de identificar todas as necessidades suprimidas. Ao identificar um problema de saúde, permite ao enfermeiro planear os cuidados a serem prestados, assim como estabelecer resultados pertinentes e exequíveis para o enfermeiro e paciente, respeitando sempre o projeto de saúde da pessoa.

Enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), este ponto, a apreciação inicial retrai-se essencialmente para a tomada de decisão, na medida em que se torna fundamental dar resposta à necessidade da criança/jovem perante os seus respetivos pais/cuidadores/pessoa significativa através do modelo da parceria de cuidados de Anne Casey (OE, 2011). O conhecimento e o respeito pleno da situação de saúde da criança/jovem permitem ao EEESIP saber como direcionar a sua prática, fundamentando-a na evidencia científica, com os objetivos a atingir e os resultados esperados de forma eficiente e eficaz (OE, 2011).

Em jeito de simplificar esta fase complexa do processo de enfermagem, dividiu-se a apreciação inicial em três componentes essenciais, o histórico de saúde, o enquadramento teórico e a identificação dos focos de intervenção.

1.1 HISTÓRICO DE SAÚDE

O histórico de saúde relaciona todo o tipo de informação relevante para a identificação dos focos que necessitam da intervenção do enfermeiro, mais especificamente ao EEESIP.

O caso escolhido para a estudo reporta-se para um menino de 6 meses de idade, pelo que a colheita de dados foi efetuada através dos pais, do processo clínico existente e da observação direta em contexto da consulta de saúde infantil e juvenil. A recolha destes mesmos dados ocorreu no dia 21 de dezembro de 2018, com recurso a um instrumento de colheita de dados que foi propositadamente construído (Apêndice I). Este mesmo instrumento foi organizado e estruturado com base das orientações preconizadas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) atualmente em vigor em Portugal pela Direção Geral da Saúde (DGS), 2013. Durante a recolha de dados foram respeitados os princípios básicos de

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

alguns instrumentos de enfermagem como a entrevista, a observação, a comunicação e a relação de ajuda.

O histórico de saúde, consiste não só na análise das informações gerais e do estado de saúde da criança, como também na avaliação da estrutura e do contexto do sistema familiar na perspetiva dos pais e da criança, constituindo esta avaliação familiar um dos critérios de boa prática do EEESIP (OE, 2011).

A criança chama-se João e nasceu no dia 16 de dezembro de 2018, tendo atualmente 6 meses de vida. É do género masculino, etnia caucasiana, reside em Porto Covo e tem os pais como agregado familiar.

A mãe do João tem 21 anos de idade, o seu grupo sanguíneo é A Rh +, com um índice obstétrico de 1-0-1-1, apresenta serologias negativas, desconhece alergias alimentares e farmacológicas e nega qualquer tipo de doença. O pai do João tem 22 anos de idade, é saudável, não apresenta qualquer tipo de patologia, desconhece o seu grupo sanguíneo assim como desconhece alergias alimentares e farmacológicas. Relativamente a outros antecedentes familiares de saúde, o seu avô paterno é fumador, e a avó materna tem asma brônquica alérgica. Neste contexto familiar, quer materno quer paternos, de alergias a alimentos e/ou medicamentos é desconhecida.

O pai do João tem o 12º ano de escolaridade, trabalha na área portuária de Sines, a mãe do João também tem o 12º ano de escolaridade e trabalha como repositora no hipermercado Continente. Vivem os 3 num apartamento alugado, mas tem bom aporte familiar, sendo que o João não frequenta a crescer ficando com os avós quando a sua mãe vai trabalhar.

A gravidez não foi planeada, mas era desejada, a vigilância ocorreu no centro de saúde de Sines desde as 9 semanas de gestação, tiveram num total de 6 consultas pré-natais. Nas ecografias fetais realizadas nunca houve alterações morfológicas. O Parto ocorreu as 39 semanas de gestação no Bloco de Partos do Hospital São Bernardo em Setúbal, parto eutócico com apresentação cefálica.

O João nasceu com 3580 gramas de peso, com um comprimento de 50 cm, perímetro cefálico de 34 cm e o índice de APGAR 9, 10, 10. Foi administrada vitamina K no momento do nascimento, houve de imediato o contacto pele a pele e foi amamentado logo nos primeiros 30 minutos que teve em contacto com a mãe.

No puerpério imediato ocorreu sem intercorrências quer para a mãe quer para o João onde subiram para a maternidade.

Durante o internamento o João decorreu sem intercorrências, foi administrado a vacina contra a hepatite B (VHB) a 17/12/2018.

A mãe do João teve algumas dificuldades no posicionamento da amamentação, dificultando a pega e durante a primeira noite o João apresentou um vômito alimentar. Durante o resto do internamento tolerou a alimentação. Teve alta no dia 20/12/2018 com indicação para vigilância das consultas de saúde infantil no Centro de Saúde de Sines.

Durante as consultas de forma a promover a amamentação e por haver conhecimento da dificuldade da pega e do posicionamento a mãe do João era incentivada a amamentar no momento da consulta.

Os pais do João são assíduos nas consultas no centro de saúde, demonstram interesse. Durante as consultas foram realizados ensinamentos e incentivado a amamentação, sendo que ao 5º mês a mãe do João teve de reiniciar o seu trabalho por ter terminado a licença de maternidade e como o João já tinha uma boa pega e sempre o um bom desenvolvimento ponderal foi incentivado a extração mecânica de leite e a administração de uma refeição sólida homogênea. A mãe do João optou até aos 6 meses, nos períodos da sua ausência retirar leite para que lhe pudessem oferecer nos seus períodos de ausência. Quando questionada sobre os avós maternos mantêm um bom contacto (Apêndice II).

Após a amamentação o João demonstrou-se mais confortável e com a ajuda da mãe do João foi possível efetuar a avaliação física, antropométrica e do desenvolvimento. Fisicamente o João apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas, crânio sem alterações, fontanela normotensa, face sem alterações, o pescoço sem alterações, tórax sem alterações com respiração predominantemente abdominal sem sinais de dificuldade respiratória, abdómen mole e depressível, os membros superiores e inferiores sem alterações, nos membros inferiores as pregas são simétricas e o nível de Ortolani negativo, os testículos encontram-se na bolsa escrotal, o pénis sem alterações, pulsos femorais fortes e rítmicos, bom tônus muscular, mantido ainda o reflexo de Babinski e boa posição de sentado. Os valores antropométricos, peso corporal de 6760 g, comprimento 64cm, perímetro cefálico e índice de massa corporal 15,11.

Em termos de desenvolvimento foram avaliados a postura e a motricidade global, a visão e a motricidade fina, a audição e a linguagem, o comportamento e a adaptação social, assim como a presença de sinais de alarme. O João é muito ativo, atento e curioso, abana a roca deliberadamente e explora-a. Usa as duas mãos para alcançar um objeto e transfere o objeto de uma mão para a outra. No teste cover uncover apresenta uma boa convergência sem sinais de estrabismo. Em posição de ventral apoia-se com ambas as mãos de braços estendidos levantando a cabeça sem desequilíbrio, em decúbito dorsal já faz força para se sentar e mantém-se sentado sem apoio. Vocaliza vários monossílabos e dissílabos. E mãe refere que quando contrariado grita.

1.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste ponto expomos a fundamentação teórica relativa ao desenvolvimento e das capacidades adquiridas do lactente, e devido a progressão do seu desenvolvimento torna-se fundamental adquirir um bom aporte nutricional que visa responder ao seu desenvolvimento motor, sensorial e social.

Desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida

O desenvolvimento infantil é um fenómeno complexo que abrange várias vertentes, como o crescimento físico e maturação cognitiva e psicossocial da criança, do modo a tornar a criança apta perante as suas necessidades individuais, as do meio onde se encontra inserida.

Quando se fala de desenvolvimento infantil fala-se no conceito de criança, que segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, é definida como todo o ser humano com menos de 18 anos de vida (UNICEF, 1989).

Os recém-nascidos podem virar-se acidentalmente por terem o dorso arredondado. Aos 5 meses tem a capacidade de virar o corpo na posição de ventral para dorsal. Aos 7 meses os lactentes conseguem sentar-se sozinhos, inclinando-se para a frente para se apoiarem com as mãos. Aos 8 meses sentam-se sem apoio. No décimo mês conseguem passar da posição de ventral para a posição de sentado. Aos 11 a 12 meses surge a capacidade de se colocarem em pé (Wilson, 2014)

Apesar de haver uma altura que é considerada normal para cada etapa de desenvolvimento, cada criança é única e poderá ter um tempo diferente de desenvolvimento daquele que é o padrão de crescimento desenvolvimento normal. Este desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo e a rápida passagem de um estado para o outro difere entre si, assim como o aparecimento de novas aquisições (DGS, 2013).

A Locomoção refere-se à capacidade de suportar o peso, e mover-se para a frente através do apoio dos seus quatro membros, ficar de pé com apoio e finalmente consegue andar sozinho. Ao sexto e sétimo mês o lactente é capaz de suportar todo o seu peso nos membros inferiores com ajuda. Quando rasteja desenvolve a capacidade de gatinhar sobre as mãos e os joelhos, e ao nono mês já consegue fazer, nesta altura consegue andar agarrado a mobília e consegue colocar-se de pé, mas, no entanto, não é capaz de voltar para baixo.

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ao décimo primeiro mês com apoio já consegue caminhar e no décimo segundo mês já anda com o apoio apenas agarrado a uma mão (Wilson, 2014).

Comparativamente a motricidade ao quinto mês o lactente é capaz de agarrar num objeto voluntariamente. Apreensão palmar é gradualmente substituída pela preensão em pinça. Aos 6 meses desenvolve a apreensão conseguindo segurar o biberão e agarrar nos pés e puxa-los até chegar com os pés a boca. Ao sétimo mês adquire a capacidade de transferir um objeto de uma mão para a outra, começar a explorar as partes removíveis dos objetos principalmente dos brinquedos assim como explora as texturas dos alimentos. Entre o oitavo e o nono mês de vida tem a capacidade de preensão de pinça grosseira e ao décimo mês estabelece o suficiente para lhes permitir apanhar objetos mais pequenos. Com o desenvolvimento ao décimo primeiro mês tem a capacidade de realizar a preensão em pinça precisa (Wilson, 2014).

A locomoção é a habilidade mais desenvolvida numa criança de entre ano e os três anos de vida no que concerne ao desenvolvimento. Aos 12 meses conseguem agarrar um objeto muito pequeno, mas quando não o desejam apresentam dificuldade em o largar. Sendo que ao décimo quinto mês consegue atirar, e apanhar objetos onde se torna uma atividade obsessiva. Lançar o brinquedo e conseguir apanhá-lo consegue dominar essa atividade ao décimo oitavo mês de vida (Wilson, 2014).

Alimentação no primeiro ano de vida – Diversificação alimentar.

O primeiro ano de vida de um ser humano é complexo, todos os dias há novos ganhos de competências adquiridas sejam elas cognitivas, motoras e até emocionais, o que leva um ano cheio de mudanças, adaptações e de conquistas (SPP, 2012).

A amamentação é uma prática comum a todos os mamíferos inclusive, seres humanos, só que com o desenrolar da era industrial as mulheres começaram a ter novas competências na sociedade, assim como houve a necessidade de suprimir essa dita tarefa, o que por vezes dificulta a adaptação a amamentação pois existe o leite artificial industrializado que veio facilitar esse processo (Levy & Bértolo, 2012).

Falar de alimentação é falar um pouco de cultura, que com o país, religião e da partilha de conhecimentos de pais para filhos (Wilson, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende e protege que alimentação de um ser humano nos seus primeiros 6 meses de vida deve de ser exclusivamente de leite materno. Sabe-se que o leite materno é um alimento vivo, e é o único alimento que adapta as necessidades do bebé, isto significa que se o lactente estiver com necessidades de hidratação o leite

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

materno torna-se mais rico em água, assim como se o bebé necessitar de maior aporte nutricional ele enriquece-se tornando-se mais nutritivo (SPP, 2012).

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) fundamentada pela OMS, recomenda o leite materno exclusivo até aos 6 meses de idade, podendo prolongar-se até aos 2 anos de vida ou mais. Nos casos em que não for possível manter o aleitamento materno, este deve de ser substituído por uma fórmula infantil aconselhada pelo profissional de saúde (SPP, 2012).

Nas crianças que se alimentam por leite artificial devem de iniciar a diversificação alimentar aos 4 meses, e os bebés que estão a ser alimentados por leite materno exclusivamente é indicado a introdução de outros alimentos aos 6 meses (Levy & Bértolo, 2012).

O puré de legumes deve de ser feito com uma base de batata, cebola, alho francês, cenoura, abóbora, alho, alface, couve branca, brócolos e curgete, no máximo 4 a 5 legumes nesta mesma base. Deve-se de progressivamente introduzir-se outros, os legumes como a beterraba, o nabo, o aipo, a nabíça e o espinafre só após os 12 meses. No final da confeção adicionar 1 colher de chá de azeite por dose e não adicional sal. Iniciar com uma dose diária e dar a colher a refeição (SPP, 2012).

A papa de cereais aos 4 meses deve de ser isenta de glúten, devido ao risco de alergias e de intolerâncias alimentares como é o caso das papas de arroz e de milho, após os 6 meses deve de introduzir-se as papas com glúten, apenas uma dose por dia, não se adiciona açúcar e deve dar-se usando a colher (SPP, 2012).

A fruta, pode ser inserida aos 6 meses de idade, inicia-se com fruta fresca, como a maçã, a pera e a banana, crua, assada, cozida ou em vapor. Triturar-se a fruta e deve de ter uma consistência de papa como sobremesa. Oferece-se um fruto de cada vez e não realizar puré de frutas (SPP, 2012).

A carne é igualmente inserida aos 6 meses, começa-se com o frango, peru, coelho ou avestruz triturado no puré de legumes, inicia-se com 10 gramas (g) e aumenta-se até 30g. Igualmente o peixe inicia-se aos 6 meses com a pescada, linguado, solha ou faneca triturada no puré de legumes, iniciar com 10g e progredir até 30g (SPP, 2012).

Ao sétimo mês introduze 2 refeições de puré de legumes por dia. A dose diária é de 30g de carne ou peixe em que pode ser repartida numa só refeição, normalmente no almoço, ou repartida entre o almoço e o jantar. É aconselhado pelo menos 4 refeições de carne e 3 de peixe por semana (SPP, 2012).

Ao sétimo mês pode ser oferecido pão como açorda com carne ou peixe e já no oitavo mês já se pode oferecer pequenos pedaços de pão para ajudar na promoção no treino de mastigação e também de forma aliviar as tensões das erupções dentárias e das gengivas (SPP, 2012).

Ao oitavo mês o bebé já domina os objetos e explora o mundo através das suas mãos pelo que a refeição torna-se um momento ótimo de estimulação do desenvolvimento, no entanto deve se estar atentos para evitar o engasgamento. Oferecendo a comida em pedaços (SPP, 2012).

No nono mês a introdução do ovo, inicia-se com $\frac{1}{4}$ de ovo atingindo meia gema por semana e deve ser introduzido de forma progressiva até ao máximo de 2 a 3 gemas por semana. O ovo é uma proteína tal como a carne e o peixe, pelo que quando este incluído numa refeição não deve de oferecer peixe ou carne. A clara do ovo, é a partir do decimo primeiro mês (SPP, 2012).

Ainda no nono mês apresenta-se o iogurte natural, sem adição de açúcar e mel, onde se pode colocar fruta fresca e serve como uma alternativa ao lanche. Neste mesmo mês já se pode oferecer as leguminosas, tais como o feijão, ervilha, fava, lentilha e o grão-de-bico. Deve de ter atenção pois estes alimentos devem de ser devidamente demolhados de forma a eliminar as toxinas existentes nestes alimentos assim como facilitar a manipulação na confeção (SPP, 2012).

Relativamente à hidratação, se for aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses não existe a necessidade de oferecer água, como já foi referido o leite materno é um alimento vivo que se modifica de forma a hidratar e a nutrir as necessidades do lactente. Quando existe a introdução de outro tipo de alimentos, pode e deve-se oferecer pequenas quantidades de água ao longo do dia (Levy & Bértolo, 2012).

O leite e os derivados, tal como o iogurte, e o queijo não devem de ultrapassar os 500mL por dia, sendo que o leite de vaca meio gordo ou gordo, deve introduzir-se ao décimo segundo mês (SPP, 2012).

Já com um ano de vida a criança já se recomenda uma dieta saudável, variada e equilibrada para toda a família evitando os doces, fritos e refrigerantes. Sendo que os pais e os conviventes da criança devem de dar o exemplo de forma a facilitar e a promover os hábitos saudáveis (SPP, 2012).

O sal é considerado um aditivo alimentar pelo que não se recomenda a sua introdução na confeção dos alimentos durante o primeiro ano de vida, o sódio presente nos alimentos é suficiente e respeita a maturação renal progressiva nesta fase do desenvolvimento do ser humano (SPP, 2012).

Como já foi referido anteriormente, a introdução de alimentos, para além do leite materno e artificial, é aconselhado aos 6 meses de idade pois torna-se progressivamente mais difícil aos lactentes suprirem as suas necessidades nutricionais através do aleitamento materno exclusivo, mais concretamente, eles necessitam de mais energia, proteína, ferro zinco

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

e algumas vitaminas lipossolúveis. Devido a estas exigências nutricionais referentes ao desenvolvimento neuro sensorial, motor e social deve de se introduzir alimentos para além do leite e de textura progressivamente menos homogénea até a inserção da dieta familiar que esta deve de ocorrer a partir dos 12 meses de idade (SPP, 2012).

A introdução de alimentos não deve ser feita de forma rígida, pois cada ser humano tem o seu tempo de adaptabilidade diferente e por vezes pode necessitar de mais tempo (SPP, 2012).

1.3 FOCOS DE INTERVENÇÃO

A elaboração do histórico de saúde possibilita uma intervenção mais rápida e eficaz por parte do EEESIP em determinados focos específicos, ou seja, potencia diagnósticos de enfermagem, nomeadamente em termos da amamentação, atividade de estilo de vida, papel parental e desenvolvimento infantil.

Sobre a amamentação a primeira intervenção foi de elogiar o aleitamento materno exclusivo, é um processo doloroso, difícil e que apesar de todas as dificuldades sentidas pela mãe do João e inclusive manter o aleitamento materno exclusivo mesmo quando regressou ao trabalho. O elogiar neste aspeto funciona como vínculo ao incentivo de continuar o aleitamento materno idealmente até aos 2 anos de idade, foram realizados mais ensinamentos promovendo as vantagens do aleitamento materno de forma a esclarecer e a ultrapassar alguma dificuldade sentida. Uma vez que o João foi alimentando exclusivamente pelo leite materno, foi ensinado aos pais para que a criança desenvolva adequadamente é necessário manter o aporte nutricional, pelo que o aleitamento materno já não tem capacidade de suprimir as necessidades alimentares e nutricionais para um desenvolvimento adequado para aquela criança. Deste modo foi realizado ensino sobre a introdução de uma refeição sólida de características homogéneas, esse momento é altura do dia em que exige menos tensão e pressão sobre a dinâmica familiar de forma a facilitar a adaptabilidade na diversificação alimentar. Foi oferecido um esquema (Anexo I) com o objetivo de esclarecer a introdução da diversificação de alimentos.

A promoção e a otimização da saúde nesta faixa etária da criança não passam apenas só pela vigilância em saúde, mas também pela orientação e esclarecimento dos pais, os quais se ainda encontram num processo de transição e adaptabilidade ao papel parental. É enaltecido o papel parental enquanto elemento essencial e promotor do desenvolvimento adequado crescimento e desenvolvimento do João, assim como felicitar e apoiar o pai no papel de parentalidade e na parceria de cuidados e apoiados pela mãe. A participação efetiva dos pais

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

no cuidado da criança tem efeitos positivos de tal forma que promove o desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social fortalecendo a vinculação na família.

De forma a estimular o desenvolvimento infantil e a continuar o processo de vinculação do João foram ensinados aos seus pais atividades promotoras do desenvolvimento, tais como oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos com as arestas arredondadas e forma a estimularem a criança a passar o objeto de uma mão para a outra. Sentar a criança com apoio para que possa participar mais ativamente no espaço que a rodeia. Incentivar que produza novos sons com a boca. Conversar e dançar com o bebé. Colocar num tapete estipulado para o bebé de forma a incentiva-lo a deslocar-se e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe. Colocar o bebé em frente ao espelho e não prevenir situações que lhe causam desgostos e frustrações, pois estes momentos são momentos fortes de aprendizagem. No momento da refeição não entrar em conflito, pois este momento constitui uma oportunidade de interação sem pressão. Aconselhar um ritual do sono reforçado antes de dormir.

Nesta parceria de cuidados a comunicação expressiva de emoções foi deliberada e facilitada. Permitindo esclarecimento dos pais para a capacitação e negociação permitiu aperfeiçoar os elementos de qualidade do EEESIP de criar uma oportunidade para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis maximizando a saúde. O fornecimento de informações orientadoras dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil (OE, 2011).

6. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O plano de cuidados de enfermagem engloba o diagnóstico, planeamento e a implementação dos cuidados e avaliação de forma a garantir a prestação de cuidados continuados.

A resolução dos diagnósticos de enfermagem tem como objetivo a identificação dos focos onde o EEESIP deve intervir, atribuindo-lhes um juízo que caracteriza o seu estado atual.

O planeamento e a implementação dos cuidados caracterizam-se por um processo complexo na medida em que as intervenções de enfermagem planeadas têm de ir ao encontro dos resultados esperados do projeto de saúde da criança/jovem e da família. Para que tudo isto seja possível é fundamental o estabelecimento de uma parceria de cuidados com a criança/jovem e/ou família tendo em visto a participação, o envolvimento e a negociação (OE, 2011).

Esta tomada decisão deve de ter em conta as evidências científicas mais atuais, apresentadas nos critérios de decisão de qualidade de intervenção do EEESIP. Por se encontrar com exigência técnica e científica nas intervenções de enfermagem com aplicabilidade e mobilidade de conhecimentos e habilidades referentes aos mais diversos temas, como é o caso dos focos de instabilidade e resposta antecipatória, do crescimento e desenvolvimento da criança.

Uma avaliação cuidada, sistemática e rigorosa dos resultados decorrestes das intervenções de enfermagem realizadas permite a atualização do plano de cuidados e o acompanhamento do estado de saúde do individuo perante os seus objetivos (OE, 2011).

No estudo caso do João os focos de intervenção identificados foram, amamentação, papel parental e desenvolvimento infantil. Assim foram delineados e priorizados 4 diagnósticos de enfermagem com recurso à CIPE – Versão 2015 (OE, 2016): amamentação, papel parental e desenvolvimento infantil.

As análises destes diagnósticos de enfermagem promovem a parentalidade e o interesse comum da criança foi planeado e implementado de forma a dar resposta as necessidades alteradas.

O plano de cuidados será apresentado em forma de tabela para facilitar a leitura e a compreensão (Quadro 1). Na tabela encontram-se especificados os diagnósticos de enfermagem por ordem de prioridade, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem respeitantes a cada um deles, bem como as competências do EEESIP (OE,2010) a evidencia científica que sustentam todo os processos. As intervenções de enfermagem planeadas e implementadas enquadram-se sobretudo à avaliação do conhecimento dos pais do João relativo ao ensino e capacitação dos mesmos relativamente aos focos de intervenção. Os diagnósticos encontram-se por esta ordem pois apesar de ser uma consulta de desenvolvimento infantil, a consulta dos 6 meses.

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Diagnóstico de enfermagem 1	
Défice de conhecimento de Ingestão nutricional	<u>Resultado esperado:</u> Ingestão nutricional melhorado
<ul style="list-style-type: none">➤ Apoiar a família;➤ Incentivar o envolvimento da família; ➤ Avaliar o conhecimento sobre o amamentar;➤ Avaliar ensino;	<u>Competências do EEESIP:</u> <ul style="list-style-type: none">➤ E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.➤ E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.➤ E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.➤ E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário. ➤ E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

➤ Providenciar material de leitura;

- E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.
- E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade.
- E3.2.5. Promove a amamentação.
- E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções.

- E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.
- E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

Avaliação:

O João até a consulta dos 6 meses foi alimentado exclusivamente por leite materno pelo que apenas nesta consulta os pais foram confrontados e reforçados ensinios acerca da diversificação alimentar.

Evidência científica:

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A evidência científica tem realçado os benefícios para a saúde com o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida, sendo que a partir desta idade o volume de leite ingerido não só suprime adequadamente as necessidades energético-proteicas e micronutrientes para o bebé. Nesta altura do desenvolvimento é necessário diversificar a alimentação a partir dos 5 a 6 meses de vida, tendo em conta a nutrição e o desenvolvimento do lactente de modo a suprimir adequadamente os nutrientes necessários para o seu dia-a-dia e desta forma permite a transição entre alimentação láctea para alimentação familiar (SPP,2012).

Diagnóstico de enfermagem 2

Ansiedade do papel parental relativa a alimentação

Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente (OE, 2016).

Resultados Esperados:

Papel parental melhorado

Intervenções de Enfermagem:

- Incentivar os pais pelo desempenho do papel parental;
- Apoiar e promover o papel parental;
- Estimular a participação do pai nos cuidados;

Competências do EEESIP:

- E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.

- Avaliar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil;
- Ensinar sobre o desenvolvimento infantil;

- E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.
- E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.
- E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.
- E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (
- E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.
- E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.
- E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.
- E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade.
- E3.2.5 Promove a amamentação.

- Esclarecer dúvidas e/ou receios.

- E1.2.8 Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.
- E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções.
- E1.1.5 Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Avaliação:

Os pais do João demonstram preocupação no seu desenvolvimento assim como nas suas atividades promotoras. A mãe sempre se preocupou sobre a sua alimentação e sobre a amamentação, tanto que sempre que tinha dúvidas ou manifestava dificuldades ela recorria ao centro de saúde. O pai do João embora esteja mais tempo ausente em casa colabora nas tarefas de paternidade e ajuda a sua companheira a ultrapassar as dificuldades. Nas consultas ambos participam ativamente no seu cuidado, demonstram interesse e na aquisição de novos conhecimentos. Até agora sempre apresentaram o João cuidado e bem tratado, tanto que apresenta um bom desenvolvimento ponderal e cognitivo.

Evidência científica:

O papel parental tem como objetivo a promoção da sobrevivência física e da saúde da criança, de forma a que esta cresça e se desenvolva adequadamente, tornando-se num adulto autónomo e independente. Contudo, a maioria dos pais apresenta conhecimentos e experiência limitada quando confrontados com o papel parental inicial, quer a criança tenha ou não sido planeada e desejada (Hockenberry & Wilson, 2014).

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

As primeiras semanas de vida após o nascimento exigem aos pais alterações radicais no seu estilo de vida, passando a ter que assumir um papel até então desconhecido, o papel de mãe e do pai. A realidade pode não coincidir com a expectativa criada, o que não é fácil de gerir em termos pessoais e sociais. A pressão da sociedade atual quanto à vivência de um papel parental adequado, juntamente com o cansaço físico e mental frequentemente presentes nos primeiros meses de vida da lactente, pode levar os pais a cair em dúvidas, receios e falta de autoestima que são prejudiciais à vinculação com a criança e ao estabelecimento de relações familiares saudáveis (Hockenberry & Wilson, 2014).

Orientar os pais nestes primeiros meses, e sempre que eles necessitem de um apoio mais efetivo, promove não só o bem-estar da criança/jovem e família, como permite e auxilia a vivência de um papel parental saudável e benéfico para todos os intervenientes. Capacitá-los através de ensinamentos nas tarefas básicas do cuidar e do tomar conta, garante não só a segurança, o crescimento e o desenvolvimento apropriados da criança, como eleva os pais ao estatuto de cuidadores e de protetores daquele ser frágil e dependente, impulsionando os sentimentos positivos e vinculativos próprios do papel parental (Hockenberry & Wilson, 2014).

Diagnóstico de enfermagem 3

Défice de conhecimento Desenvolvimento Infantil

Resultado esperado:

Desenvolvimento infantil melhorado

Intervenções de enfermagem

➤ Apoiar família;

Competências do EEESIP:

- E1.1.1 Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo a independência e ao bem-estar.
- E1.1.2 Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estádio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis
- E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.

<ul style="list-style-type: none">➤ Avaliar disponibilidade para aprender; ➤ Ensinar a família sobre comportamento de procura de saúde;➤ Ensinar a família sobre o desenvolvimento infantil;➤ Facilitar adesão ao regime;➤ Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados;	<ul style="list-style-type: none">➤ E3.3.2. Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.➤ E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.➤ E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções. ➤ E.1.1.4 Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e família facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. ➤ E.1.1.5 Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.➤ E.1.2.1 Demonstra conhecimentos sobre as doenças comuns as várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.➤ E.1.2.2 Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.➤ E.2.2.1 Aplica conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem.
--	--

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

objeto cai ele esquece facilmente. Mantem-se sentado com bom equilíbrio por pequenos períodos. No teste da visão não apresenta estrabismo, sorri, solta gargalhadas e já vocaliza alguns sons. Esta atento ao espaço que o rodeia sempre com tendência para olhar para a mãe.

Evidência científica:

Na escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada uma criança de 6 meses é estipulado apresentar relativamente a postura em decúbito ventral apoiar-se nas mãos, em decúbito dorsal levantar a cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos, quando se faz tração pelas mãos faz força para se sentar, mantendo-se sentado sem apoio, quando colocado de pé faz apoio. Sobre a visão e motricidade fina apresenta preensão palmar, leva os objetos a boca, transfere objetos, quando cai ele esquece-o facilmente e apresenta boa convergência. Na audição e linguagem segue os sons a 45cm do ouvido, verbaliza sons monossílabos e dissílabos e dá gargalhadas. No comportamento e na adaptação social é muito ativo, atento e curioso no espaço que o rodeia (DGS, 2013).

Quadro 3: Diagnósticos de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A arte do cuidar é a base fulcral da enfermagem, é tão exigente que requer conhecimentos, competências e capacidades de forma a responder eficazmente às necessidades de saúde do indivíduo.

Relativamente ao processo de enfermagem é uma ferramenta essencial que permite ao enfermeiro programar, planear e intervir de melhor forma para alcançar o sucesso do utente.

A realização deste estudo caso veio facilitar e relembrar a importância da diversidade alimentar, principalmente no primeiro ano de vida do ser humano e ao mesmo tempo aprofundar conhecimentos relativos a consulta de saúde infantojuvenil dos 6 meses de idade. Idealiza-se que o leite materno seja exclusivo até aos 6 meses de idade é nesta altura em que deve de iniciar a diversificação alimentar devido as necessidades nutricionais sejam suprimidas do desenvolvimento do lactente apesar de reforçar os conhecimentos sobre a introdução de alimentos, assim como esclarecer e clarificar todas as dúvidas e receios que possam existir. Desta forma esta consulta vem ao encontro desta necessidade, da introdução de alimentos sólidos homogéneos de forma a clarificar todas as dúvidas referidas pelos pais/pessoa significativa e ao mesmo tempo parametrizar todo o resto do exame físico, desenvolvimento e vigilâncias.

O contexto prático foi realizado na Unidade de Cuidados Personalizados de Sines que abrange a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano.

Inicialmente tinha delineado como objetivo adquirir competências que permitam elaborar um estudo caso e desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no domínio da responsabilidade enquanto maximizador da saúde da criança/jovem e família. Relativamente ao objetivo penso que tenha sido alcançado pois houve um estudo aprofundado sobre a temática desenvolvida assim como o desenvolvimento e a realização do estudo caso propriamente dito

Com a elaboração deste trabalho como método de avaliação da unidade curricular Estágio I, veio realçar a importância dos cuidados prestados a criança/jovem e família permitindo uma preparatória para o semestre seguinte no domínio de campos de estágio o que facilita na compreensão da atualização da linguagem CIPE, assim como em futuros registos de processos de enfermagem enquanto enfermeiro especialista.

Na realidade a diversificação alimentar é muito relacionado com a cultura e com o conhecimento dos pais, em que desde a gravidez que possuem conhecimento que pode vir a


ser adquirido nas aulas de preparação para o parto assim como nas consultas de vigilância da gravidez vem promover a importância do aleitamento materno exclusivo e a interação e a importância que esta alimentação tem exclusiva até aos 6 meses de vida do bebé pode forma a promover o bom desenvolvimento do lactente e ao mesmo tempo promovendo a vinculação de mão filho. Neste centro de saúde existem enfermeiras de aconselhamento da amamentação que vem colocar as mães mais confiantes e confortáveis relativamente sobre as suas dúvidas e angústias. Desta forma consegue-se garantir que muitas mães estão informadas e seguem mais facilmente a OMS preconiza.

Com o bom desenvolvimento ponderal da criança facilita a adaptação das suas novas necessidades e encara a nova etapa com um ânimo leve. Bem na realidade muitas mães não conseguem devido as rotinas laborais alimentarem a sua criança exclusivamente com o leite materno, onde se analisa caso a caso e se inicia a diversificação alimentar. Esta introdução de alimentos é muito relativa pois ainda não existe um consenso sobre o que se inicia primeiro se o puré de legumes ou a papinha isenta de glúten. Na realidade cada criança é uma criança, e cada uma delas tem necessidades diferentes e quando se inicia este processo pode ser por vezes mais stressante pela adaptabilidade nas novas texturas e sabores, pelo que se aconselha que essa refeição deve de ser numa altura do dia menos stressante e onde possam aplicar mais amor.

Em suma o processo de enfermagem é uma ferramenta fundamental para garantir a vigilância dos cuidados, assim como a realização deste estudo caso em que a promoção da saúde é fundamental numa criança como neste caso desenvolvido, a diversificação e a introdução de alimentos aos 6 meses é fundamental para um bom desenvolvimento ponderal assim como para os pais e cuidadores seguirem hábitos e estilos alimentares saudáveis de forma a promoverem a saúde na família e maximizar o desenvolvimento da criança.

BIBLIOGRAFIA

- DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Acedido a 20 de junho de 2019 em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0102013-de-31052013-jpg.aspx>.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Instructional script for the elaboration of a clinical case study. *Revista latino-americana de enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Henderson, V. (1973). On nursing care plans and their history. *Nursing outlook*, 21(6), 378.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno. Acedido a 15 de junho de 2019 em https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf;
- OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Acedido a 20 de junho de 2019 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf;
- OE. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Acedido a 20 de junho de 2019 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceesaudecriancajovem.pdf>.
- OE. (2016). CIPE – Versão 2015. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros;
- OMS & UNICEF. (1993). Aconselhamento em Amamentação: Um curso de treino. São Paulo: Nelson Francisco Brandão, Instituto de Saúde, SES;
- Pereira, L. et al. (2009). Estudo de Caso como Procedimento de Pesquisa Científica: Reflexão a partir da Clínica Fonoaudiológica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 422-429.
- Saldanha, J. et al. (Eds.). Nascido Pré-termo. Cuidados Multidisciplinares. (pp. 79-84). Lisboa: Associação das Crianças de Santa Maria, Unidade de cuidados de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE; Saldanha, J. et al. (2017). Nascido Pré-termo. Cuidados Multidisciplinares. Lisboa: Associação das Crianças de Santa Maria, Unidade de cuidados de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.



Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

SSP. (2012) Acta Pediátrica Portuguesa. Revista de Medicina da Criança e do Adolescente.
Comissão de Nutrição SPP;

APÊNDICES

Apêndice I – **Instrumento de Colheita de Dados**

Apêndice I – Instrumento de Colheita de Dados

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Instrumento de Colheita de Dados

Dados de Identificação
Nome:
Data de Nascimento:
Género:
Etnia:
Agregado familiar:
Local de Residência:
Antecedentes Familiares de Saúde
Mãe:
Pai:
Outros familiares:
Situação Social
Rendimento:
Apoio Social/Comunitário:
Habitação:
Creche/Jardim de Infância/Escola:
Relações familiares:
Antecedentes Pessoais de Saúde
Gestação:
Parto:
Local do Parto:
Problemas de Saúde/Patologias:
Internamentos hospitalares anteriores:
História do internamento hospitalar anterior:
Terapêutica:
Exames Complementares de Diagnostico:
Alergias:

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

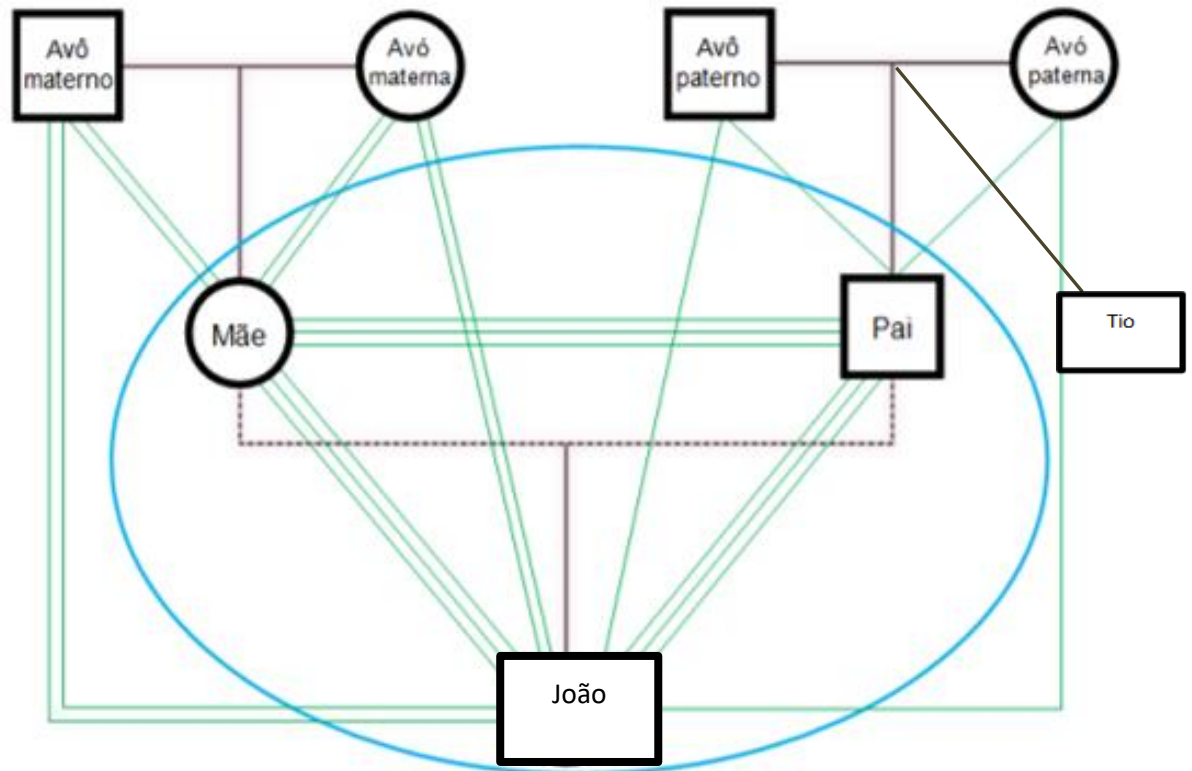
Imunizações:
Rastreios:
Vigilância em saúde:
História da Situação Atual:
Exame Físico
Pele e mucosas:
Crânio:
Face:
Olhos:
Nariz:
Boca:
Orelhas:
Pescoço:
Tórax:
Abdómen:
Membros superiores:
Costas:
Ancas:
Membros inferiores:
Genitais:
Ânus:
Tónus muscular:
Atividade motora:
Valores Antropométricos
Peso:
Altura:
IMC:
Perímetro cefálico

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

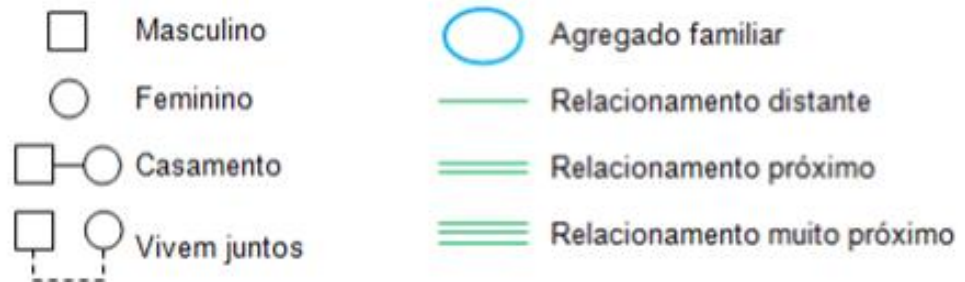
Avaliação do Desenvolvimento
Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada:
Sinais de alarme:
Reflexos:
Linguagem:
Dificuldade de aprendizagem:
Relação emocional/comportamento:

Apêndice II – **Genograma e Ecomapa**

Genograma e Ecomapa




Legenda:



Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

ANEXOS



Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Anexo I – Folheto Ao longo do 1º ano de vida

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.



O leite materno em exclusivo até aos 6 meses é o alimento recomendado para todos os bebés.

A mulher que amamenta deve manter uma dieta saudável - variada e equilibrada. Através do leite materno, o bebé irá experimentar novos sabores, preparando a etapa da introdução de outros alimentos.

Se não for de todo possível manter a oferta de leite materno, este deve ser substituído por uma fórmula infantil aconselhada pelo seu médico.

Seja qual for o tipo de leite, outros alimentos devem ser iniciados o mais próximo possível do 6º mês de vida: nunca antes dos 4 meses, nem depois dos 6 meses e meio.

O puré de legumes, a papa de cereais, a fruta, a carne, o peixe, o arroz e as massas, a gema e a clara de ovo, o iogurte e as leguminosas serão oferecidos de forma gradual e sem forçar entre os 6 e os 12 meses de vida.

Dos 6 aos 12 meses, a oferta de leite deve ser mantida (preferencialmente o leite materno ou se necessário fórmula infantil) - cerca de 500 ml por dia. O leite de vaca, meio gordo ou gordo, nunca deve ser iniciado antes dos 12 meses.

Oferecer alimentos progressivamente mais consistentes irá estimular a aprendizagem da mastigação.

Não oferecer frutos secos inteiros ou porções de comida que possam causar engasgamento ou asfixia.

O momento da refeição é uma altura privilegiada para a vivência dos afetos em família, sendo a atenção, o diálogo, a paciência e o amor os ingredientes principais!

unidade de saúde familiar farol


Elaborado por: Dr.ª Luisa Caspar - médica - Serviço de Pediatria (Hospital do Faro) e os médicos e enfermeiros da USF Farol (ACES Central) - ARS Algarve. Agradecimentos pela supervisão: Dr.ª Cristina Gouveia e Prof.ª Dr.ª Carla Rogo



PT

Unidade Saúde Familiar Farol

Ao longo do 1º ano de vida, o vosso bebé irá progressivamente aprender a alimentar-se. Convosco, desejamos escolher para ele a alimentação mais saudável!



Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Apêndice XVI – Resumo de Projeto de Estágio

Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação

**RESUMO DE PROJETO DE
TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO**

Ano Letivo:

2019/2020

1. RESUMO DO PROJETO (500 palavras)

O Projeto de alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida remete para promoção da saúde e prevenção da doença de forma a que os lactentes e crianças cresçam saudáveis promovendo o bom desenvolvimento da criança.

A alimentação, a nutrição e hidratação são um elo fundamental para se obter um bom desenvolvimento psicomotor. Para que isto aconteça é necessário garantir a continuidade de cuidados e uma vigilância ativa. De forma dar resposta a estes pressupostos é necessário planejar, trabalhar e instruir os pais ou pessoa significativa para o máximo de ganhos na promoção de uma alimentação saudável no domicílio.

Existem cinco razões principais que justificam o planeamento em saúde, nomeadamente a necessidade de intervenção na promoção da amamentação, a diversificação da introdução de alimento, a desmitificação da alimentação saudável, promover hábitos e estilos de vida saudáveis de forma a promover a saúde e prevenir complicações patológicas futuras.

A escolha por esta temática resulta de uma observação da literatura e de acontecimentos próximos e recentes presenciados e vividos na primeira pessoa sobre amamentação, a diversificação alimentar e a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. A pesquisa realizada demonstra que alimentação está muito interligada a cultura, a religião e que se torna por vezes difícil acompanhar pelos mais diversos fatores ambientais relativos aquela família e criança, na minha opinião, a intervenção de enfermagem pode abrir mentalidades dos cuidadores de forma estes ficarem mais alerta e esclarecidos e também conscientes na promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis de forma a enaltecerem a saúde e o bom desenvolvimento psicomotor da criança. A informação sobre alimentação e a valorização de antecipar diversos cuidados promovendo a saúde e prevenindo a doença, facultando aos pais ou pessoa significativa, os conhecimentos para desempenharem melhor desempenho à promoção da saúde e ao mesmo tempo ao exercício da parentalidade (DGS, 2013).

2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)

Para o desenvolvimento do atual projeto, pretende-se promover alimentação saudável nos 2 primeiros anos de vida de forma a obter o melhor desenvolvimento psicomotor.

Para dar resposta a este objetivo geral é necessário aprofundar as especificidades deste contexto, formando assim os objetivos específicos.

Estes objetivos devem ser definidos de forma rigorosa com o intuito de facilitar a sua avaliação, devem ser claros, precisos, realizáveis e passíveis de serem medidos. Desta forma apresenta-se os seguintes objetivos específicos;

- Desenvolver conhecimento e capacidade relacionados com a temática do aleitamento materno;

- Desenvolver conhecimento na diversificação alimentar;

- Aplicar conhecimentos e competências adquiridas nos diferentes contextos de estágios.

- Sensibilizar e capacitar os pais/família/pessoa significativa para a promoção de uma alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida.

De forma a dar resposta a estes objetivos específicos segue-se o planeamento relativo as atividades a serem desenvolvidas em estágio.

1- Atualização e aquisição de conhecimentos na temática do aleitamento materno em cuidados de saúde primários, tendo por base as normas, as diretivas e a bibliografia revelante.

2- Atualização e aquisição de conhecimentos na temática do aleitamento materno em contexto hospitalar, tendo por base as normas, as diretivas e a bibliografia.

3- Realização de um artigo de revisão sobre os fatores do abandono da amamentação.

4- Atualização e aquisição de conhecimentos na temática da diversificação alimentar em contexto de cuidados de saúde primários.

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

- 5- Atualização e aquisição de conhecimentos na temática da diversificação alimentar em contexto hospitalar.
- 6- Realização de um estudo-caso relativo a introdução/diversificação alimentar no lactente em contexto de Cuidados de Saúde Primários.
- 7- Realização de uma sessão de formação sobre a diversificação alimentar no lactente.
- 8- Realização de uma norma sobre extração, conservação e manipulação de leite materno em contexto hospitalar
- 9- Realização de um poster sobre alimentação nos 2 primeiros anos de vida associadas as etapas do desenvolvimento infantil em contexto de consulta externa.
- 10- Frequentar curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico.
- 11- Realização de quatro folhetos sobre promoção de papinhas de cereais saudáveis no contexto de saúde primários.
- 12- Realização de um poster sobre a aleitamento materno no contexto de urgência pediátrica.
- 13- Realização de um poster sobre aleitamento materno na criança doente.
- 14- Realização de um cartão de conservação de leite materno no domicílio.


3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Data	20 a 24/5	27 a 31/5	3 a 7/6	11 a 14/6	17 a 21/6	24 a 28/6	1 a 5/7	8 a 12/7	15 a 19/7	22 a 26/7	29 a 31/7	3 a 7/8	10 a 14/8	17 a 21/8	24 a 28/8	31 a 3/9	6 a 10/9	13 a 17/9	20 a 24/9	27 a 31/9
Atividade	UCSP				Internamento				Unidade de Urgência								Consulta externa			
1	█				█				█								█			
2	█				█				█								█			
3	█				█				█								█			
4	█				█				█								█			
5	█				█				█								█			
6	█				█				█								█			
7	█				█				█								█			
8	█				█				█								█			
9	█				█				█								█			
10	█				█				█								█			
11	█				█				█								█			
12	█				█				█								█			
13	█				█				█								█			
14	█				█				█								█			

BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL (Máx. 10 referências)

- Direção Geral da Saúde [DGS] (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Norma da direção-geral da saúde nº 010/2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-saude-infantile-juvenil.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE, série I, número 3, volume 1.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.
- United Nations Children's Fund [UNICEF] (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP] (2012). Acta Peditátrica Portuguesa – Alimentação do Lactente.
- United Nations Children's Fund [UNICEF] (2012). Levy, L & Bértolo, H. Manual de Aleitamento Materno.
- Hockenberry, J., & Barreira, P. (2014) Perspetivas de Enfermagem Pediátrica In: Hockenberry, J.M. & Wilson, D. (Coords). Wong, Enfermagem da criança e do adolescente (pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, J., & Barreira, P. (2014) Influencias Sociais, Culturais e Religuisas na Promoção da Saúde da Criança. In: Hockenberry, J.M. & Wilson, D. (Coords). Wong, Enfermagem da criança e do adolescente (pp. 21-38). Loures: Lusociência.

ANEXOS



Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Anexo I – Certificado do Curso Suporte Avançado de Vida Pediátrico

Promoção da alimentação saudável desde do nascimento até aos 2 anos de vida: A atuação do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.



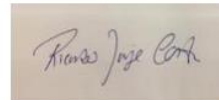
European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Marisa Martins Henriques

14/04/1992

Recebeu a qualificação de ERC
European Paediatric Advanced Life Support (EPALS)
Em Portalegre, Portugal

Ricardo Jorge COSTA
Course Director



Data do último curso: 18/10/2019

Este certificado é válido de 18/10/2019 e expirará em 18/10/2022,
a menos que a trajetória de recertificação dinâmica seja iniciada antes de 18/10/2021 em <https://Cosy.ERC.edu>
O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e reciclagem.
Para verificar a validade deste certificado, por favor aceda a <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-082-212955



Anexo II – Descodificador de Rótulos

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS ALIMENTOS por 100g

	GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Mais informações consulte www.alimentacaosaudavel.dgs.pt

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS BEBIDAS por 100ml

	GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 8,75g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
MÉDIO	entre 1,5 e 8,75g	entre 0,75 e 2,5g	entre 2,5 e 11,25g	entre 0,3 e 0,75g
BAIXO	1,5g ou menos	0,75g ou menos	2,5g ou menos	0,3g ou menos

Mais informações consulte www.alimentacaosaudavel.dgs.pt