

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**INGESTÃO NUTRICIONAL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:
PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL DESENVOLVIMENTAL**

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

Autor

Flávia Raquel Silva Caseira

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INGESTÃO NUTRICIONAL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL DESENVOLVIMENTAL

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientador(es)

Paula Cristina Moreira Mesquita Sousa
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Júlia Maria Sousa Neto
Professor Adjunto, Mestre

Autor

Flávia Raquel Silva Caseira

Porto, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"Knowledge is empowering to those who develop it, those who use it, and those who benefit from it"

(Meleis et al., 2000, p.27)

RESUMO

O presente relatório, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, reporta-se ao estágio de natureza profissional com relatório – Módulo II, para obtenção do título de mestre e especialista nesta área. Tem como objetivo descrever de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas em ensino clínico e em que medida estas contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Deste modo, apresentam-se três estudos de caso e descrevem-se as experiências sujeitas à influência do pensamento crítico fundamentado e baseado em evidência. Adicionalmente, expõem-se as atividades decorrentes da implementação do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas, subordinado ao tema “Ingestão nutricional no primeiro ano de vida: promoção do papel parental desenvolvimental”, que se suportaram na realização de uma *umbrella review* sobre o tema.

Esta revisão teve como objetivo identificar a evidência disponível sobre os conceitos relacionados com a ingestão nutricional dos recém-nascidos e lactentes não amamentados, presentes nas sínteses de investigação prévia. A pesquisa foi realizada em quatro bases de dados, através de uma estratégia de pesquisa previamente delineada. Para o processo de extração de dados e para a avaliação da qualidade metodológica dos estudos, foram utilizados os instrumentos disponibilizados pela plataforma JBI-SUMARI. Cinquenta e nove estudos integraram a revisão. Dada a heterogeneidade nos resultados obtidos, a síntese das evidências foi organizada em quatro categorias: “alimentação com leite de fórmula e leite humano”; “alimentação complementar”; “ingestão nutricional e desenvolvimento físico”; e “papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional”.

Os resultados desta investigação fundamentaram o desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de saúde infantil e pediátrica, especificamente, no que se refere à prestação de cuidados diferenciados em resposta às necessidades decorrentes do desenvolvimento infantil normativo e à assistência à criança, em parceria com a família, na maximização da sua saúde.

O estudo da investigação que suporta a implementação do projeto revelou que os enfermeiros podem ter um papel ativo e positivo na promoção do desenvolvimento infantil durante o primeiro ano de vida e na facilitação do processo adaptativo dos pais, particularmente através da implementação de terapêuticas de enfermagem, como a informoterapia.

Adicionalmente, a representação do conhecimento obtido poderá contribuir para basear em evidência os conteúdos relacionados com esta temática, na plataforma *Enhancing Expertise & Empowering by Education for Citizens* e na Ontologia de Enfermagem, desenvolvida pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Infantil e Pediátrica; Competências; Ingestão nutricional; Papel Parental

ABSTRACT

This report, carried out within the scope of the Master's Course in Child and Paediatric Health Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, refers to the professional internship with report - Module II, to obtain the title of master and specialist in this area. It aims to describe, in a critical and reflective way, the activities developed in clinical setting and to what extent they contributed to the development of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Child and Paediatric Health.

In this way, are present three case studies and described experiences that were influenced by the critical thinking based on current evidence. Additionally, are exposed the activities resulting from the implementation of the specialized clinical skills development project, under the theme "Nutritional intake in the first year of life: promotion of the developmental parental role", which were supported by an umbrella review on the theme.

This review aimed to identify the available evidence on concepts related to the nutritional intake of non-breastfed newborns and infants, present in the syntheses of previous research. The search was carried out in four databases, using a developed search strategy. The instruments available by JBI-SUMARI were used for the data extraction and to assess the quality of the studies. Fifty-nine studies met the inclusion criteria. Given the heterogeneity in the results, the synthesis of evidence was organized into four categories: "formula and human milk feeding"; "complementary feeding"; "nutritional intake and physical development"; and "developmental parental role: nutritional intake".

The results of this research supported the development of specialized clinical skills in child and paediatric health, specifically the provision of differentiated care in response to the normative child development needs and assistance to the child, in partnership with the family, in maximizing their health.

The research study supporting project implementation revealed that nurses can play an active and positive role in promoting child development during the first year of life and facilitating the parental adaptive process, particularly through the implementation of nursing therapeutics, such as information therapy.

The representation of the knowledge obtained may contribute to evidence-based content related to this theme, on the Enhancing Expertise & Empowering by Education for Citizens platform and on Nursing Ontology, developed by the Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Keywords: Nursing; Child and Paediatric Health; Skills; Nutritional intake; Parent Role

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AAP - American Academy of Pediatrics

APR - Atendimento Pediátrico Referenciado

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CVP - Cateter Venoso Periférico

DGS - Direção-Geral da Saúde

DR - Diário da República

E4Citizens - *Enhancing Expertise & Empowering by Education for Citizens*

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EFCNI - *European Foundation for the Care of Newborn Infants*

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

IAC - Instituto de Apoio à Criança

IMC - Índice de Massa Corporal

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

JBI - *Joanna Briggs Institute*

MESIP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAC - Pneumonia Adquirida na Comunidade

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

RN - Recém-nascido

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCN - Unidade de Cuidados Neonatais

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
RESUMO	5
ABSTRACT	7
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	9
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	31
3. CASO 1 - LACTENTE EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	43
3.1. Enquadramento teórico	43
3.2. Clientes	49
3.3. Medicação	49
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	49
3.4. Domínios	50
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	51
3.5. Conceção de Cuidados	52
3.6. Especificação das intervenções	56
3.7. Síntese relativa ao caso	58
4. CASO 2- CRIANÇA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA	63
4.1. Enquadramento teórico	63
4.2. Clientes	71
4.3. Medicação	71
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	72
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	74
4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	75
4.5. Domínios	82
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	83
4.6. Conceção de Cuidados	84
4.7. Especificação das intervenções	91
4.8. Síntese relativa ao caso	93
5. CASO 3 - LACTENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	99
5.1. Enquadramento teórico	99
5.2. Clientes	107
5.3. Domínios	108
5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	108
5.4. Conceção de Cuidados	110
5.5. Especificação das intervenções	112
5.6. Síntese relativa ao caso	112

6. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	119
7. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	159
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163
ANEXOS	187

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório, relativo ao estágio de natureza profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), conducente à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), visa a apresentação e a descrição das atividades desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos. O relatório evidencia todo o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, durante o período letivo compreendido entre setembro de 2024 e janeiro de 2025, em duas unidades locais de saúde (ULS), na região norte de Portugal.

A componente de estágio desenrolou-se em diferentes contextos, tanto nos cuidados de saúde primários (CSP), como em contexto de cuidados de saúde diferenciados. Este relatório decorre de um conjunto de experiências clínicas realizadas nestes contextos, analisadas e discutidas com as orientadoras nas aulas de orientação tutorial e nos seminários, tomando como clientes dos cuidados a criança e os pais, e concretiza-se nos seguintes objetivos:

- Demonstrar conhecimentos teóricos atualizados sobre os principais conceitos e referenciais teóricos fundamentais e transversais ao contexto da saúde infantil e pediátrica;
- Analisar de forma crítica e reflexiva o desenvolvimento de competências de conceção de cuidados adquiridas com os estudos de caso;
- Analisar de forma crítica e fundamentada as competências especializadas ao longo do estágio;
- Apresentar os resultados do processo de investigação e reflexão crítica sobre a temática do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas, centrado na ingestão nutricional no primeiro ano de vida.

De forma, não só a dar resposta aos objetivos delineados, mas também a facilitar a leitura das atividades desenvolvidas e das experiências vivenciadas que auxiliaram o processo de aquisição de competências de EESIP, este relatório encontra-se estruturado em oito capítulos: (1) introdução ao relatório; (2) caracterização dos contextos de estágio; (3), (4) e (5) explanação da conceção de cuidados de três casos clínicos; (6) contributos para o desenvolvimento de competências, onde se apresenta uma análise crítico-reflexiva do estágio, uma apreciação geral do percurso formativo realizado, bem como o contributo deste para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista; (7) síntese; e (8) referências bibliográficas.

Atendendo ao caráter singular e inovador da inclusão de três estudos de caso, na estrutura

central do relatório, é adequado dar conta de alguns aspetos que podem facilitar a sua leitura e interpretação.

De modo a orientar o processo de conceção de cuidados de enfermagem, foi utilizada a E4Nursing, uma plataforma *web-based*, bilíngue (Português/Inglês). Trata-se de uma nova solução tecnológica, fundamentada nos princípios da "aprendizagem baseada em problemas", atendendo às principais etapas do processo de tomada de decisão clínica. Esta plataforma tem uma estrutura de conteúdos alinhada com a Ontologia de Enfermagem, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros (OE), que permite explicar o processo de enfermagem (ESEP, 2024a). Cada plano de cuidados representa apenas um caso clínico específico, remetido a um dos contextos de estágio e está organizado da seguinte forma: (1) cenário clínico, que descreve de forma sucinta o caso geral em análise; (2) enquadramento teórico, que sustenta o processo de tomada de decisão; (3) descrição dos clientes; (4) medicação, onde se documentam as prescrições medicamentosas, bem como os aspetos de enfermagem a considerar; (5) procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica, que remetem para as atitudes terapêuticas e os dispositivos e/ou procedimentos que o cliente apresenta e as intervenções de enfermagem que daí advêm; (6) domínios, como unidade de agregação de focos de atenção de enfermagem pertinentes para a conceção de cuidados e a sua relação com os aspetos teóricos anteriormente expostos; (7) conceção de cuidados, como um conjunto de informação agregada que expressa os dados recolhidos sobre os domínios, os respetivos diagnósticos de enfermagem, os objetivos, as intervenções de enfermagem e os dados de avaliação, no decorrer das sessões; (8) especificação das intervenções; e (9) síntese relativa ao caso, onde se reflete sobre aspetos como as áreas prioritárias, os objetivos processuais e os resultados esperados relativos ao processo adaptativo, os contributos das intervenções face aos objetivos, o *timing* de avaliação do objetivo final e, ainda, as intencionalidades da parceria de cuidados.

Em cada um dos casos clínicos são retratadas "fotografias" de momentos diferentes designadas de sessões (com data/hora específica) e que refletem a condição clínica dos clientes.

Seguidamente, expõe-se sucintamente alguns conceitos e referenciais teóricos necessários à compreensão dos conteúdos que foram fundamentais e transversais quer nos casos clínicos, quer na prestação direta de cuidados no contexto de estágio.

Desenvolvimento infantil

Desde o momento da conceção que o Ser Humano inicia um processo de mudança que continua ao longo da vida (Martorell et al., 2019; Serrano, 2018).

O desenvolvimento infantil descreve o estudo científico dos processos sistemáticos de mudança e estabilidade nas crianças, desde a conceção até à adolescência (Martorell et al., 2019). Estes processos ocorrem em todos os períodos desenvolvimentais, e podem ser divididos em dois

grandes domínios que se interrelacionam e influenciam mutuamente: o desenvolvimento físico e o desenvolvimento psicomotor (Gerber et al., 2010; Martorell et al., 2019; Serrano, 2018).

O desenvolvimento físico diz respeito a indicadores de crescimento de que são exemplos o peso, o comprimento/altura, o índice de massa corporal (IMC) e o perímetro cefálico (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013a; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019; Michaelsen, 2015; Onis & Branca, 2016). Monitorizar os diferentes parâmetros do desenvolvimento físico e enquadrá-los na história e contexto da criança, contribui para avaliação do seu estado de saúde (Martorell et al., 2019; Michaelsen, 2015; Onis & Branca, 2016). Genericamente, pode-se afirmar que durante os três primeiros anos de vida, em especial durante o primeiro ano, as crianças crescem rapidamente, em termos de peso e comprimento/altura (Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019; Michaelsen, 2015; Onis & Branca, 2016). Depois há uma desaceleração natural, até ocorrer um novo pico de crescimento na adolescência (Michaelsen, 2015).

O desenvolvimento psicomotor refere-se à percepção, à cognição e ao comportamento motor (Serrano, 2018). Este domínio pode ser explicado através de diferentes teorias, que têm suposições implícitas e que estão dependentes da perspetiva que se utiliza na sua análise. São elas: a cognitiva, que analisa os processos de pensamento e o comportamento que reflete esses processos; a psicanalítica, que estuda as emoções e os impulsos inconscientes; a evolucionista/sociobiológica, que considera as bases evolucionistas e biológicas no comportamento; a aprendizagem, que se debruça sob o comportamento observável; e, a contextual, que dá destaque ao impacto do contexto na criança (Martorell et al., 2019).

A teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget reflete que o desenvolvimento cognitivo da criança se dá de forma descontínua, ao longo de quatro estágios: (1) sensório-motor, do nascimento aos dois anos; (2) pré-operatório, dos dois aos sete anos; (3) operatório-concreto, dos sete aos onze anos; (4) operatório-formal, desde os onze anos até à idade adulta (Cevolane et al., 2017; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019).

De acordo com esta teoria, o desenvolvimento cognitivo inicia-se com a capacidade inata de se adaptar ao meio envolvente, numa primeira fase através dos movimentos motores reflexos (Cevolane et al., 2017; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019; Serrano, 2018). Posteriormente, tem na sua base três processos interrelacionados: a organização, a adaptação e a equilibração. A organização descreve a criação de categorias, através da observação das características que membros individuais de uma categoria têm em comum. Depois são criadas estruturas cognitivas mais complexas - os esquemas - que traduzem formas de organizar as informações sobre o ambiente, e que controlam o pensamento e o comportamento da criança numa determinada circunstância (Martorell et al., 2019). Os esquemas vão evoluindo em grau de complexidade e, também, vão passando de concretos a abstratos (Cevolane et al., 2017; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019). Por outro lado, a adaptação refere-se à forma como a criança lida com as novas informações à luz do que já sabe. Este processo ocorre por

meio de outros dois complementares: a assimilação – absorve a informação nova e integra-a nas estruturas cognitivas existentes; e, a acomodação – ajusta as estruturas cognitivas para receberem a informação nova. Por último, a equilibração descreve a tendência natural da criança para obter um equilíbrio estável entre as estruturas cognitivas e a nova informação. Isto é, a criança quer que o que compreende do mundo coincida com o que ela observa à sua volta e quando a sua compreensão não coincide com o que ela experimenta, pode-se dizer que está num estado de desequilíbrio. O desequilíbrio é considerado um estado motivacional desconfortável que conduz a criança à acomodação. Ao longo do ciclo vital, a procura pelo equilíbrio é a força motivadora por detrás do desenvolvimento cognitivo (Martorell et al., 2019).

Enquadrada na perspetiva psicanalítica, a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson descreve a influência da sociedade no desenvolvimento da personalidade, enfatizando que este se dá continuamente, através de oito estágios: (1) confiança básica vs desconfiança, desde o nascimento até aos 12/18 meses; (2) autonomia vs vergonha e dúvida, dos 12/18 meses aos três anos; (3) iniciativa vs culpa, dos três aos seis anos; (4) produtividade vs inferioridade, dos seis anos até à puberdade; (5) identidade vs confusão de identidade, desde a puberdade até ao adulto jovem; (6) intimidade vs isolamento, adulto jovem; (7) generatividade vs estagnação, vida adulta intermédia; e (8) integridade vs desespero, vida adulta tardia (Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019). Cada estágio envolve uma “crise” na personalidade, que requer um equilíbrio entre um traço positivo e um traço negativo correspondente. A resposta bem-sucedida de cada estágio é o desenvolvimento de uma “virtude” ou força particular. Estes conflitos emergem segundo um cronograma maturacional e devem ser satisfatoriamente resolvidos para o desenvolvimento de um ego saudável. Adicionalmente, a resolução de crises posteriores depende da resolução alcançada nos estágios anteriores (Martorell et al., 2019).

Numa perspetiva sociobiológica, a teoria da vinculação de Bowlby explica que a vinculação é definida como a capacidade da criança para estabelecer ligações com os outros (Martorell et al., 2019). A criança cria este vínculo emocional que motiva a necessidade patente de procurar uma ligação com as pessoas que lhe são próximas - figuras de vinculação (Bowlby, 1990).

As relações de vinculação envolvem sentimentos de afeto complexos, bem enraizados e adquirem especial importância na procura de conforto, suporte e segurança pessoal (Ainsworth, 1991). As experiências de vinculação que ocorrem na infância relevam, não só para o desenvolvimento das relações afetivas na fase adulta, mas também para que a criança desenvolva sentimentos de segurança quando está longe das figuras de referência, tornando-se mais independente. Assim, ao focar a atenção na relação que as crianças desenvolvem com as figuras de vinculação, é possível compreender a forma como os padrões de relacionamento dos indivíduos se desenvolvem ao longo da infância e da vida adulta (Bowlby, 1990).

Segundo esta teoria, a vinculação compreende quatro fases: (1) até às oito/doze semanas de vida há orientação e sinais com discriminação limitada da figura de vinculação; (2) até aos seis

meses há orientação e sinais dirigidos para a(s) figura(s) específica(s); (3) dos seis meses até aos dois/três anos existe manutenção da proximidade com uma figura discriminada através de sinais e do andar; e (4) por volta dos três anos observa-se a formação de uma parceria corrigida por objetivos (Bowlby, 1982).

Apesar de cada criança ser um ser individual e único, as mudanças vivenciadas seguem um padrão comum (Gerber et al., 2010; Martorell et al., 2019; Serrano, 2018) e, por isso, o desenvolvimento físico e psicomotor ocorre num padrão sequencial e previsível, que é intrinsecamente determinado (Martorell et al., 2019). As capacidades progridem no sentido cefalo-caudal e próximo-distal e evoluem de reflexos generalizados, baseados em estímulos, para reações específicas e orientadas para objetivos, tornando-se mais precisas (Gerber et al., 2010; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019; Serrano, 2018). Por convenção, estas sequências do desenvolvimento são comumente descritas como marcos do desenvolvimento, a partir das quais é possível avaliar a criança ao longo do tempo, numa perspetiva de promoção e vigilância da saúde infantil (Gerber et al., 2010). Esta avaliação engloba a análise dos marcos de desenvolvimento achados no exame físico da criança, na avaliação do desenvolvimento psicomotor e, contextualiza-os na história individual e no contexto social e familiar (Gerber et al., 2010). Por outro lado, facilita a compreensão completa da sequência normativa/típica do desenvolvimento nos diferentes domínios, ajuda a identificar possíveis sinais de alarme e permite a formulação de juízos clínicos relativamente ao estado de desenvolvimento da criança (Gerber et al., 2010; Pinto, 2009).

Para que o EEESIP possa realizar a avaliação do desenvolvimento físico e psicomotor da criança não é suficiente ter um conhecimento alargado dos marcos desenvolvimentais (Gerber et al., 2010; Maia et al., 2016; Pinto, 2009; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Está, assim, recomendado o recurso a ferramentas validadas e padronizadas que complementem a sua apreciação, como as curvas de percentil e a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (DGS, 2013a; Maia et al., 2016; Pinto, 2009; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Em Portugal, as curvas de percentil são um importante instrumento de avaliação do peso, do comprimento, do IMC e do perímetro cefálico, na medida em que permitem monitorizar o estado nutricional e o crescimento individual. Estas curvas devem ser utilizadas tendo em conta o género, a idade da criança e os parâmetros a avaliar (DGS, 2013a). Como referido anteriormente, na avaliação do desenvolvimento psicomotor está preconizado a utilização da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. Esta escala compreende a avaliação de quatro parâmetros: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; e, comportamento e adaptação social (DGS, 2013a; Maia et al., 2016; Pinto, 2009).

Por último, importa ainda referir que a divisão do ciclo de vida em etapas ou períodos de

desenvolvimento é uma construção social que facilita a avaliação do desenvolvimento infantil em cada um destes períodos (Martorell et al., 2019). Para efeitos deste relatório, e de acordo com a organização da Ontologia de Enfermagem, será adotada uma divisão em seis etapas: recém-nascido (RN), lactente, período *toddler*, infância pré-escolar, infância escolar e adolescência.

Compreender a dinâmica do crescimento e do desenvolvimento em idade pediátrica permite aos enfermeiros adequar os cuidados de enfermagem à criança e ajudar os pais a lidar eficazmente com as tarefas desenvolvimentais de cada uma das etapas do desenvolvimento (Fernandes & Andrade, 2020), conduzindo-os a uma transição saudável.

Teoria das transições

A Enfermagem tem como foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de vida e/ou com processos de saúde/doença (Meleis et al., 2000).

Ao longo do ciclo vital, o Ser Humano experimenta diferentes mudanças que se traduzem em períodos de maior vulnerabilidade. Os enfermeiros têm um contacto privilegiado e de proximidade com o cliente durante muitos destes períodos de maior vulnerabilidade. Por isso, estão aptos para antecipar, avaliar, diagnosticar e ajudar a lidar com as mudanças, desempenhando um papel relevante na facilitação de todo o processo de transição e ajudando o cliente a vivenciar uma transição saudável (Schumacher & Meleis, 1994).

Transição define o período entre duas fases estáveis da vida pautada por um conjunto de eventos que obrigam a pessoa a reajustar-se e adaptar-se às novas circunstâncias (Schumacher & Meleis, 1994). Este processo de reorientação e redefinição no modo de ser e de estar da pessoa traduz-se na integração das mudanças no seu modo de vida. As mudanças que acontecem durante as transições têm natureza, condições e padrões de resposta específicos (Meleis et al., 2000).

Relativamente à natureza, as transições podem ser caracterizadas quanto ao tipo, aos padrões e às propriedades. Quanto ao tipo, as transições podem ser desenvolvimentais (relacionadas com o percurso de desenvolvimento normativo da pessoa), de saúde/doença (quando há passagem de um estado saudável para um estado de doença), situacionais (que envolvem a redefinição de papéis não expectáveis), ou organizacionais (relacionadas com mudanças institucionais, políticas, sociais e/ou económicas). Quanto aos padrões, podem ser simples ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas, podendo estar relacionadas ou não (Meleis et al., 2000).

Na área de saúde infantil, o enfermeiro acompanha em simultâneo dois clientes – a criança e a/o mãe/pai e, ambos, podem estar a vivenciar uma ou mais transições que importa considerar. Por

exemplo, quando estamos perante um adolescente que no seu trajeto de desenvolvimento normativo tem de lidar com os desafios desta nova etapa desenvolvimental e que, ao mesmo tempo, é diagnosticado com uma doença. Ou, quando um casal com filhos, em qualquer etapa, imigra do seu país de origem para Portugal e tem de, simultaneamente, se adaptar a uma cultura que não é a sua e procurar novos empregos e escolas.

Desde 2019 que a população estrangeira em Portugal ultrapassa meio milhão de pessoas e, em 2022, representava mais de 7,5% da população residente (Instituto Nacional de Estatística, 2023). De facto, atualmente, cada vez mais os profissionais de saúde portugueses, contactam, nos diferentes contextos, com famílias migrantes, com necessidades reais de saúde, nomeadamente de cuidados de enfermagem. O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 faz também referência à população migrante, destacando a necessidade de identificar os grupos populacionais com maior risco de vulnerabilidade, entre os quais as crianças, e satisfazer as suas necessidades em saúde (DGS, 2022a). Nesta perspetiva, as transições representam períodos de vida pautados por uma maior vulnerabilidade, com impacto na saúde dos indivíduos e cujos enfermeiros podem desempenhar um papel diferenciador na vivência do processo adaptativo (Meleis et al., 2020).

Em qualquer tipo de transição, é possível identificar propriedades comuns: consciencialização, envolvimento, mudanças e diferenças, tempo e eventos/pontos críticos (Meleis et al., 2000).

A consciencialização diz respeito à perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. O nível de consciencialização é traduzido pelo diferencial entre o que se sabe sobre os processos e respostas e o que constitui um conjunto esperado de respostas e perceções das pessoas que vivenciam transições semelhantes. A consciencialização é uma característica definidora da transição. O cliente que vivencia um processo adaptativo tem, necessariamente, de ter alguma perceção das mudanças que estão ou poderão vir a ocorrer (Meleis et al., 2000).

O envolvimento é caracterizado pelo grau em que o indivíduo se demonstra comprometido e empenhado com os processos inerentes à transição e é diretamente influenciado pelo nível de consciencialização (Meleis et al., 2000).

Apesar de todas as transições implicarem mudanças, nem todas as mudanças traduzem um processo adaptativo da nova condição. A transição é um processo longo que engloba compreensão da situação, adaptação às novas circunstâncias, alteração dos significados e, ainda, capacidade de se projetar no futuro, antecipando alterações necessárias (Meleis et al., 2000).

Todas as transições são caracterizadas pelo fluxo ao longo do tempo e é exagerado concluir que o mesmo tipo de transição, segue necessariamente a mesma linha cronológica. Por este motivo, no que se refere ao tempo, é essencial que o enfermeiro considere este fluxo e variabilidade ao

longo de todo o processo adaptativo e, sempre que necessário, reavalie os resultados e ajuste as terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2000).

Algumas transições podem ser marcadas por um evento específico e bastante evidente, como o nascimento de um filho, o aparecimento da menstruação ou o diagnóstico de uma doença crónica. A maioria das experiências de transição é marcada por um ou mais eventos ou pontos críticos, que requerem a atenção, o conhecimento e a experiência do enfermeiro. Os pontos críticos associam-se a uma maior consciência da necessidade de mudança ou a um envolvimento mais ativo durante o processo adaptativo. Por outro lado, também podem caracterizar o fim de uma transição saudável, assinalada pela adaptação às novas rotinas e pelo domínio de competências (Meleis et al., 2000).

Na disciplina de enfermagem, o ser humano é definido como um ser ativo que possui perceções e atribui significados às situações de saúde e doença. Estas perceções e significados são afetados e, por sua vez, também influenciam as condições sob as quais ocorre uma transição. Assim, para compreender as experiências dos clientes durante as transições, é necessário descobrir as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o progresso no sentido de alcançar uma transição saudável. As condições pessoais, comunitárias ou sociais podem facilitar ou restringir os processos de transições saudáveis e os resultados das mesmas (Meleis et al., 2000).

O Homem, como ser ativo, tem perceções e atribui significados às situações que experiencia. Por sua vez, estas perceções e significados são influenciados e influenciam as condições da transição. Portanto, no decorrer de uma transição, durante o exercício do seu papel, o enfermeiro deve valorizar as diferentes condições pessoais, da comunidade ou da sociedade que podem facilitar ou dificultar o processo adaptativo. Os fatores pessoais dizem respeito à preparação e ao conhecimento, aos significados, às crenças culturais e atitudes e ao *status* socioeconómico (Meleis et al., 2000).

Um outro domínio da Teoria das Transições consiste nos padrões de resposta – indicadores que permitem aos enfermeiros perceber se o cliente está a vivenciar uma transição saudável e adequar as terapêuticas de enfermagem de forma a facilitar o processo adaptativo. Os padrões de resposta deverão ser avaliados ao longo de todo o processo e não só no fim da transição e traduzem-se em indicadores de processo e de resultado (Schumacher & Meleis, 1994).

O enfermeiro preocupa-se com o processo e as experiências do cliente que vivencia a transição, onde a saúde e o bem-estar percebido são o resultado (Meleis & Trangenstein, 1994). Uma transição saudável caracteriza-se pela presença de indicadores de processo e de resultado (Meleis et al., 2000).

Uma transição não é algo estanque, trata-se de um processo complexo que se vai desenrolando ao longo do tempo. Por isso, é crucial que se identifiquem os indicadores de processo que

movem os clientes na direção da saúde ou na direção da vulnerabilidade e do risco. Isto permite a avaliação e a intervenção atempada, que visa a facilitação de resultados saudáveis. No decorrer da transição, o enfermeiro deverá reconhecer indicadores de processo que incluem sentir-se ligado, interagir, localizar-se e estar situado, e desenvolver confiança e adaptar-se (Meleis et al., 2000).

No fim, é possível identificar como indicadores de resultado a mestria e o desenvolvimento de uma integridade fluida. Os níveis em que estes resultados são experimentados podem refletir a qualidade de vida do cliente que está a experienciar a transição (Meleis et al., 2000).

A conclusão saudável de uma transição é determinada pela medida em que os indivíduos demonstram o domínio das competências e habilidades necessárias para gerir as suas novas situações, ao que se designa de mestria. No caso particular da saúde infantil e pediátrica, as competências necessárias para alcançar a mestria, na prestação de cuidados a um filho, incluem monitorizar e interpretar sintomas, tomar decisões, agir, prestar cuidados, fazer ajustes, aceder a recursos e, ainda, trabalhar em colaboração com a criança e com a equipa multidisciplinar. Este domínio resulta da combinação das competências previamente estabelecidas com as competências recentemente desenvolvidas durante o processo de transição. Assim, é improvável que esse domínio seja visto no início de uma experiência de transição. No entanto, quando o cliente experimenta uma nova sensação de estabilidade, perto da conclusão de uma transição, o seu nível de domínio indicará até que ponto alcançou uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

A experiência de uma transição culmina com a reformulação da identidade, onde há uma mudança na perspetiva de vida do cliente (Meleis et al., 2000).

Na equipa de saúde, o enfermeiro é o elemento com maior proximidade ao utente pelo que está numa posição privilegiada para intervir no sentido de facilitar o processo adaptativo. A compreensão das propriedades e condições inerentes a um processo de transição conduzirá ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem que sejam congruentes com as experiências singulares dos clientes, promovendo, desta forma, respostas saudáveis à transição (Meleis et al., 2000). Em complementaridade, os padrões de resposta constituem-se como indicadores que permitem aos enfermeiros perceber se o cliente está a vivenciar uma transição saudável e adequar as terapêuticas de enfermagem de forma a facilitar o processo adaptativo. Como referido anteriormente, os padrões de resposta deverão ser avaliados ao longo de todo o processo e não só no fim da transição (Schumacher & Meleis, 1994). No decorrer da transição desenvolvimental, reconhecer os indicadores de processo e de resultado releva para que o enfermeiro possa prescrever e implementar terapêuticas de enfermagem ajustadas às necessidades do cliente (Meleis et al., 2000). Assim, as terapêuticas de enfermagem correspondem ao plano para alcançar os objetivos definidos, resultando na prescrição de intervenções de enfermagem com integridade para os problemas identificados.

No âmbito da saúde infantil e pediátrica, os enfermeiros têm um papel fulcral na literacia da criança e dos pais (OE, 2018a).

Literacia em saúde e informoterapia

Literacia em saúde é definida como o conjunto de competências cognitivas e sociais, e a capacidade do indivíduo para aceder, compreender e usar a informação, promovendo a sua própria saúde (World Health Organization [WHO], 1998, como citado em DGS, 2018a).

A literacia em saúde influencia diferentes aspetos da vida do indivíduo, como por exemplo: níveis baixos de literacia correspondem a maior morbidade, menor eficiência na utilização dos serviços de saúde, maior taxa de hospitalização e de recurso a urgências hospitalares e menor uso de cuidados preventivos (DGS, 2018a).

Por isso, a promoção da literacia em saúde, junto das pessoas, das comunidades e das organizações é um desafio atual em todo o mundo. Nesta linha de pensamento, a WHO definiu como área prioritária a capacitação das pessoas e o investimento em saúde através de uma abordagem ao longo da vida (DGS, 2018a).

É fulcral que as abordagens em literacia contemplem as especificidades de cada etapa desenvolvimental, sendo a literacia em saúde uma oportunidade de promoção da saúde ao longo do ciclo vital (DGS, 2018a). Os programas de promoção da saúde devem ser baseados em princípios de envolvimento e capacitação, com benefícios reais. Devem proporcionar às pessoas um início de vida saudável, promover a segurança e o bem-estar e constituir-se como uma estratégia de proteção da infância. A literacia em saúde deve ser vista como um recurso adaptado às diferentes características e necessidades da pessoa (DGS, 2022b).

O Plano de Ação para a Literacia em Saúde, em Portugal, tem como objetivos principais promover a adoção de estilos de vida saudável e capacitar para a utilização adequada do sistema de saúde (DGS, 2018a). No relatório apresentado pela DGS, é perceptível que 65% da população apresenta nível suficiente de literacia em saúde e 30% manifesta níveis problemáticos ou inadequados. Relativamente à dimensão correspondente à promoção da saúde, as pessoas parecem apresentar uma maior facilidade em processar a informação sobre a mesma, tornando-se na dimensão com níveis mais elevados de literacia, quando comparados com a prevenção da doença e os cuidados de saúde. Quanto aos módulos adicionais, mais de metade (52,7%) da população estudada apresenta níveis problemáticos (25%) ou inadequados (27,7%) sobre saúde digital (DGS, 2022b).

É, por este motivo, crucial que se invista na disseminação de informação fidedigna e válida pelo maior número de pessoas possível, com o intuito de promover a participação ativa do cidadão e a adoção de comportamentos saudáveis (DGS, 2022b). Para tal, deve-se apostar no

desenvolvimento de projetos e materiais de promoção da literacia em saúde e na criação de plataformas que potenciem a articulação entre os projetos e as pessoas (DGS, 2022b). Nesta perspetiva, a informoterapia surge como uma importante ferramenta promotora de literacia em saúde.

Informoterapia, ou terapia pela informação, é a prescrição oportuna e a disponibilização de informação sobre a saúde, assente em evidência atualizada, para atender às necessidades do cliente e apoiar a tomada de decisão informada (Mettler & Kemper, 2005). Para que esta seja uma terapêutica de enfermagem efetiva na facilitação da transição (Sousa et al., 2023) importa que a informação seja específica, científica e atual, esteja adequada para o cliente, de acordo com as suas necessidades, características e condições, e a prescrição seja realizada no momento próprio (Mettler & Kemper, 2003; Sonika et al., 2015). Por outras palavras, o enfermeiro deve seguir três aspetos norteadores: a informação certa, à pessoa certa e no momento certo (Mettler & Kemper, 2005).

A qualidade e a relevância da informação transmitida deve obedecer a um conjunto de critérios rigorosos, conferindo-lhe, assim um carácter terapêutico. A informação terapêutica de qualidade deve: (1) apoiar a tomada de decisão e/ou o alcance do objetivo estabelecido; (2) ser baseada na melhor evidência científica disponível e atualizada; (3) apoiar-se em conteúdos revistos por profissionais especialistas na área; (4) fazer referência tanto às fontes de informação como aos profissionais especialistas que reviram os conteúdos; (5) estar isenta de influências comerciais; e (6) ser compreensível para o cliente (Mettler & Kemper, 2005).

Esta terapêutica de enfermagem é dirigida especificamente para uma pessoa e/ou para a pessoa significativa envolvida nos cuidados de saúde e no processo de tomada de decisão. O conceito de “pessoa certa” implica que a informação é ajustada às necessidades e ao estilo de aprendizagem do cliente e tem em consideração diferentes fatores individuais como as motivações, as necessidades, os recursos pessoais e as barreiras à mudança. A prescrição de informação ajustada ao cliente é uma ferramenta eficaz na promoção de mudanças comportamentais, com impacto na saúde individual (Mettler & Kemper, 2005).

O momento certo para implementar esta ferramenta é descrito como “*just in time*” para a pessoa tomar uma decisão de saúde informada, quando todas as opções estão a ser consideradas. Não é prescrita cedo demais, quando pode ser esquecida ou não ser necessária, mas também não é implementada após a decisão já ter sido tomada. O *timing* adequado também implica uma transmissão gradual, em que a informação nova é apoiada nas anteriores, nas situações em que o conteúdo é complexo (Mettler & Kemper, 2005).

A informoterapia constitui-se como uma ferramenta, de literacia em saúde, efetiva na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e ajuda o estabelecimento de uma relação significativa entre o enfermeiro, os seus clientes e as suas famílias (Mettler & Kemper, 2005).

Cuidados centrados na família e Modelo de Parceria de Cuidados

O conceito de cuidados centrados na família tem evoluído ao longo dos anos. Inicialmente, reportava-se apenas aos cuidados prestados pelos pais com vista a satisfazer as necessidades básicas e afetivas dos filhos. Posteriormente, passou a englobar uma perspetiva de abordagem familiar, com inclusão do envolvimento e participação parental, parceria, negociação de papéis e capacitação para a tomada de decisão (Monteiro & Cerqueira, 2020). Tanto as crianças, como os pais são envolvidos no processo de planeamento e de tomada de decisão (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020; Smith, 2018). Isto implica que seja desenhado e implementado um plano de cuidados com objetivos bem definidos que permitam atingir os resultados esperados e que incluam as perspetivas e necessidades da criança e da sua família (Kokorelias et al., 2019).

O cuidado centrado na família reporta-se ao relacionamento entre os profissionais de saúde e a família, onde esta é considerada um parceiro ativo no cuidado direto à criança. O modelo é caracterizado por parceria, respeito e dignidade, onde há espaço para a partilha de informação e para a colaboração com os clientes (American Academy of Pediatrics [AAP], 2012; Barbieri-Figueiredo, 2015; Smith, 2018).

Neste modelo de cuidados todos os membros da família são considerados clientes (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). No exercício da sua atividade, o EEESIP deverá utilizar um modelo concetual centrado no binómio criança/família, considerando-o como cliente e beneficiário dos seus cuidados (OE, 2018a).

Um dos principais atributos dos cuidados centrados na família é a parceria de cuidados (Monteiro & Cerqueira, 2020).

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey trata-se de um modelo de cuidados de enfermagem pediátrica onde os pais são envolvidos ativamente nos cuidados prestados à criança, em função da sua vontade, disponibilidade e perícia (Casey, 1995). Este modelo ajuda a manter o lugar da criança na família e assegura o direito da família estar unida nos momentos críticos e mais desafiantes do processo adaptativo (Monteiro & Cerqueira, 2020).

A parceria de cuidados pressupõe uma relação de confiança e de negociação entre todos os intervenientes: enfermeiro, criança e pais/pessoas significativas. Esta relação assenta, também, na compreensão e aceitação mútua das limitações, capacidades e vontade de todos, nas diferentes etapas do processo (Casey, 1995).

Ao empoderarem os pais, os enfermeiros trabalham em estreita interação com estes, de modo que mantenham ou adquiram confiança, conhecimento e capacidade para reconhecerem e ultrapassarem as mudanças impostas pela transição. Esta capacitação e empoderamento das famílias facilita o processo adaptativo, tornando-as mais capazes e peritas no exercício do papel parental especial (Tavares, 2020).

“A adoção do modelo de parceria de cuidados intencionalmente terapêutica é indissociável da utilização do processo de enfermagem, uma vez que analisa áreas-chave sobre as quais recai a apreciação inicial, o planeamento, a implementação e a avaliação dos cuidados prestados” (Sousa et al., 2023, p.8). O processo de enfermagem é a ferramenta metodológica que facilita o processo de tomada de decisão do enfermeiro e ajuda a analisar a eficácia das intervenções implementadas, através da avaliação dos resultados obtidos (Santos et al., 2017; Sousa et al., 2023). No âmbito da saúde infantil e pediátrica, no que ao papel parental diz respeito, o processo de enfermagem inclui na apreciação inicial as atividades de diagnóstico que permitem a colheita de dados, de forma a caracterizar e classificar condições de aspetos de saúde relevantes e identificar necessidades, potencialidades ou problemas relativos ao tipo, quantidade e qualidade de apoio que os pais carecem. Portanto, as intencionalidades terapêuticas subjacentes à adoção de um modelo de parceria de cuidados focado no papel parental integram as diferentes fases do processo de enfermagem (Sousa et al., 2023).

Esta dinâmica entre o modelo de parceria de cuidados e o processo de enfermagem estará explícita e será discutida, neste relatório, nos capítulos referentes aos casos clínicos em contexto de internamento de pediatria (capítulo 4) e no contexto de urgência pediátrica (capítulo 5).

No exercício profissional, em contexto de internamento em pediatria, os enfermeiros têm diferentes tipos de intenções implícitas nos planos de cuidados, incluindo a parceria com os pais: (1) promoção da participação dos pais nos cuidados do tipo desenvolvimental; (2) promoção de competências parentais para prestar cuidados complexos; (3) promoção da participação dos pais nos cuidados complexos, quando as competências parentais foram avaliadas como eficazes; (4) melhoria no desempenho dos pais para realizar os cuidados complexos quando um potencial de valorização de competências para realizar os cuidados complexos foi identificado neles; (5) redução do nível de desgaste associado ao papel parental em pais de crianças com necessidades especiais permanentes, facilitando, durante a hospitalização, o descanso no exercício do papel; (6) preparação dos pais para prestar cuidados complexos; e (7) preparação dos pais para promover a autonomia da criança (Sousa et al., 2023).

De acordo com a situação, na prática clínica poderão existir diferentes padrões de parceria de cuidados, revestidos por uma ou mais intencionalidades terapêuticas (Sousa et al., 2023).

O padrão de parceria do tipo um representa a necessidade de manutenção do papel parental desenvolvimental habitual, quando a criança é hospitalizada durante um curto período, devido a um processo patológico agudo de fraca complexidade. A hospitalização constitui-se como um evento crítico na transição de tipo desenvolvimental associada ao exercício parental, mas não há início de uma outra transição (Sousa et al., 2023).

No padrão de parceria do tipo dois, a intenção do enfermeiro ao promover a parceria de

cuidados é orientada para a promoção do desempenho do papel parental desenvolvimental e para a promoção da capacidade parental sobre [especificação de cuidados complexos], durante a hospitalização. Esta última assume um carácter facultativo na perspetiva de que não se prevê que a criança vá manter a necessidade de cuidados complexos, aquando do regresso a casa e, assim, de acordo com a vontade dos pais, poderá não ser necessário promover a capacidade parental para desempenhar os cuidados complexos, durante o internamento (Sousa et al., 2023).

Há, ainda, situações de internamento por agudização de um processo corporal em crianças diagnosticadas, previamente, com uma doença crónica. Nestes casos, o padrão de parceria do tipo três pode ter como intencionalidades terapêuticas: (1) a promoção do desempenho do papel parental complexo, de pais com capacidade parental complexa efetiva (quando os pais já prestam habitualmente cuidados de tipo complexo em casa e demonstram conhecimento e capacidade para satisfazer as necessidades complexas permanentes da criança); (2) o *improvement* do desempenho do papel parental complexo, quando na hospitalização são diagnosticados défices no conhecimento e na capacidade parental para satisfazer as necessidades complexas permanentes da criança; e (3) a redução da sobrecarga parental dos pais, através da diminuição do desempenho parental durante a hospitalização (Sousa et al., 2023).

O padrão de parceria do tipo quatro tem como intenção a promoção da capacidade parental face a cuidados complexos e está subjacente a situações em que a criança é diagnosticada, durante o internamento, com uma doença crónica. Nestes casos, a par da transição desenvolvimental, os pais iniciam uma nova transição situacional, onde o enfermeiro tem como principal intenção a preparação destes para uma parentalidade mais complexa. Os pais têm de reformular o seu projeto de parentalidade e aprender a lidar com as novas, complexas e permanentes necessidades do filho (Sousa et al., 2023).

O padrão de parceria do tipo cinco é, prioritariamente, orientado para a preparação dos pais, ajudando-os a promover a autonomia da criança, de modo a que esta concretize o seu potencial de desenvolvimento máximo na saúde e na doença, não a substituindo naquilo que ela for capaz ou tiver de fazer sozinha. Este tipo de parceria pode surgir nas seguintes situações: (1) a criança está internada no decorrer de uma doença aguda e encontra-se num estágio desenvolvimental que lhe possibilita, ou no qual é desejável, a manutenção/promoção da autonomia no autocuidado e que apenas tem de lidar com novas e transitórias necessidades especiais/complexas; ou (2) a criança está internada no decorrer de uma doença crónica, que lida ou tem de passar a lidar, com necessidades especiais/complexas permanentes e vive uma transição saúde/doença (Sousa et al., 2023).

Nos casos clínicos representados nos capítulos 4 e 5, serão discutidos e analisados diferentes padrões da parceria de cuidados.

Ingestão nutricional no primeiro ano de vida: Promoção do papel parental desenvolvimental

Sem prejuízo de descrever os contextos de estágio, bem como as competências que foram desenvolvidas, durante o estágio módulo I, elegeu-se a temática “Ingestão nutricional durante o primeiro ano de vida: promoção do papel parental desenvolvimental”. Esta serviu de fio condutor ao longo de todo o “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II”.

No decurso do primeiro contexto do estágio módulo I (em CSP), em conjunto com a enfermeira tutora, detetou-se necessidade de informação dos pais/cuidadores sobre ingestão nutricional durante o primeiro ano de vida, não diretamente ligada à amamentação. Não obstante, destacava-se como temática de particular interesse pessoal e sobre a qual havia uma vontade expressa de investigação.

De facto, durante o percurso de vida pessoal houve, nos últimos anos, contacto com lactentes a iniciar a diversificação alimentar, cujos pais manifestavam sentir-se assoberbados com as informações dispersas e muitas vezes contraditórias sobre o tema. Acreditando que através de uma revisão da literatura que agregasse a evidência sobre os aspetos relacionados com a ingestão nutricional no primeiro ano de vida, poderia trazer contributos para a prática clínica, em particular no que se refere à promoção do papel parental desenvolvimental, no âmbito da ingestão nutricional, optou-se por delinear um projeto de estágio orientado para esta temática.

No primeiro ano de vida, as crianças apresentam o seu próprio padrão de crescimento e de desenvolvimento, havendo uma grande variabilidade na idade em que as aptidões e as capacidades surgem e na forma como são executadas (Gerber et al. 2010; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019; Pinto, 2009; Serrano, 2018). Não obstante, existem orientações claras relativas à avaliação e à promoção da saúde do lactente (Chora, 2020; DGS, 2013a; Maia et al., 2016; Pinto, 2009).

A promoção e a otimização da saúde do RN e do lactente compreendem não só a vigilância contínua da criança (Chora, 2020; Gerber et al. 2010; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019; Serrano, 2018; Vilaça & Ramos, 2020), mas também a orientação e o esclarecimento dos pais (DGS, 2013a), que se encontram num período de transição relacionado com o exercício do seu papel parental desenvolvimental (Meleis et al., 2020).

Em Portugal, a vigilância de saúde da criança é uma prioridade da família, sendo que esta deverá ter um acompanhamento de proximidade do enfermeiro, no contexto das consultas de vigilância do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Estas consultas correspondem às etapas mais significativas de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, de socialização e da alimentação do lactente (Chora, 2020; DGS, 2013a).

A aquisição de competências psicomotoras está dependente de catalisadores cruciais, como a experiência e o meio envolvente. Estes períodos rápidos do desenvolvimento constituem-se,

frequentemente, como períodos de maior vulnerabilidade devido às diversas mudanças que ocorrem num curto espaço de tempo (Chora, 2020; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019; Serrano, 2018). Por outro lado, o primeiro ano de vida está intimamente relacionado com a capacidade dos pais darem resposta às necessidades desenvolvimentais do filho (Chora, 2020; Gerber et al. 2010; Gerber et al., 2011; Pinto, 2009).

A capacitação dos pais é crucial devido à dependência e à vulnerabilidade da criança (AAP, 2019; Bentivegna et al., 2018; Khan et al., 2023; Paiva et al., 2023; Pinto, 2009; Pondete et al., 2022). Os pais adquirem as competências necessárias para cuidar do filho não só através do conhecimento empírico, mas também através da intervenção do enfermeiro (AAP, 2019; Bentivegna et al., 2018; Khan et al., 2023; Paiva, et al., 2023). A promoção dos cuidados antecipatórios aos pais incide sobre diferentes aspetos do papel parental desenvolvimental, nomeadamente a ingestão nutricional (DGS, 2013a), e faz-se por via da informoterapia e da literacia em saúde (Sousa et al., 2023).

Como referido anteriormente, o Plano de Ação para a Literacia em Saúde pretende promover a adoção de estilos de vida saudável e capacitar para a utilização adequada dos serviços de saúde (DGS, 2018a). No entanto, um terço da população portuguesa, ainda, apresenta baixos níveis de literacia em saúde e este valor aumenta quando nos reportamos à saúde digital (DGS, 2022b).

De facto, apesar de hoje haver uma grande disponibilidade e acessibilidade de informação sobre saúde, não está assegurado que os utilizadores encontrem efetivamente a informação que necessitam e que a saibam utilizar adequadamente (Lee & Moon, 2016), facilitando o processo de tomada de decisão em matéria de saúde.

Atualmente, é frequente utilizar-se *smartphones* como principal meio de acesso a informações de saúde e como ferramentas úteis para gestão de saúde. De facto, estas aplicações são úteis sob o ponto de vista em que ajudam o utilizador a gerir a sua própria saúde e bem-estar, a promover uma vida saudável e a obter acesso a informações, quando e onde precisam. Contudo, não existe uma verificação de retaguarda da qualidade da informação disponibilizada, nem uma garantia de que se trata de conhecimento assente em evidência científica. Dado o potencial destas aplicações na gestão da saúde dos clientes, nomeadamente de grávidas e de pais, o conteúdo e a qualidade da informação devem ser mediados e geridos por profissionais de saúde (Lee & Moon, 2016).

Através da informoterapia, a prescrição é sempre fidedigna, atualizada e personalizada para o cliente, administrada na quantidade certa e no momento certo (Mettler & Kemper, 2003). Esta prescrição pode ser feita através de uma infraestrutura sofisticada de tecnologia da informação (Gwinn & Seidman, 2004).

Por este motivo, é imprescindível e urgente investir na disseminação de informação fidedigna e

atualizada pelo maior número de pessoas possível, com o intuito de promover a participação ativa das pessoas e a adoção de comportamentos saudáveis (DGS, 2022b), nomeadamente no que concerne à alimentação infantil. Para tal, deve-se apostar no desenvolvimento de projetos e materiais de promoção da literacia em saúde e na criação de plataformas que potenciem a articulação entre os projetos e as pessoas (DGS, 2022b).

Este projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de saúde infantil e pediátrica, emerge da necessidade de identificar o conhecimento científico disponível sobre a ingestão nutricional no primeiro ano de vida. O mérito da representação desse conhecimento que se vier a mostrar possível, poderá ser o de contribuir para basear em evidência os conteúdos relacionados com esta temática, na plataforma *Enhancing Expertise & Empowering by Education for Citizens* (E4Citizens) e na Ontologia de Enfermagem, desenvolvida pela ESEP.

O E4Citizens é um projeto de investigação desenvolvido pelo Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem, da ESEP, e tem como objetivo a criação de um portal de gestão da saúde/doença, administrado pela internet, ligado à NursingOntos. Potencialmente, servirá de infraestrutura de informoterapia, a funcionar no *backend* dos sistemas de informação da saúde, capaz de permitir a definição de um plano de cuidados individual partilhado entre o enfermeiro e o cidadão (ESEP, 2024b).

A temática selecionada está alinhada com o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no que se refere ao fundamentar a prática clínica especializada em evidência científica (Diário da República [DR] n.º 26, de 6 de fevereiro, 2019). Complementarmente, também, dá resposta a duas das competências específicas do EEESIP: “assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” e “prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018a, p.19192).

Foram objetivos deste projeto: (1) melhorar o conhecimento sobre a ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (2) melhorar o conhecimento orientado à promoção do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (3) divulgar os resultados obtidos na síntese da evidência científica disponível sobre a ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (4) desenvolver competências centradas na satisfação das necessidades desenvolvimentais da criança com especial atenção para a ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (5) desenvolver competências centradas na promoção do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (6) identificar as necessidades dos contextos clínicos relacionadas com a ingestão nutricional no primeiro ano de vida e com a promoção do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (7) dar resposta às necessidades dos contextos clínicos relacionadas com a ingestão nutricional no primeiro ano de vida e com a promoção do papel parental desenvolvimental: ingestão

nutricional no primeiro ano de vida; (8) identificar os recursos disponíveis, nos diferentes contextos de estágio, para a satisfação das necessidades da criança relacionadas com a ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (9) desenvolver competências de conceção e documentação de cuidados de enfermagem, com especial atenção ao domínio do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional durante o primeiro ano de vida; e (10) contribuir para a robustez teórica de conteúdos focalizados na ingestão nutricional no primeiro ano de vida, representados na Ontologia de Enfermagem e na plataforma E4Citizens.

Para a concretização dos objetivos planearam-se as seguintes atividades: (1) pesquisa, em bases de dados, e análise da evidência científica sobre a ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (2) discussão com os enfermeiros tutores e orientadores, nos momentos que se vierem a mostrar oportunos (p. ex. passagem de turno, reuniões de serviço), orientada para os aspetos que emergem da análise da evidência científica e da prestação direta de cuidados, focalizados na ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (3) participação em conferências, congressos ou outros eventos públicos de investigação em saúde, através da apresentação de um póster ou de uma comunicação livre, centrados na ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (4) prestação direta de cuidados focalizada na satisfação das necessidades desenvolvimentais da criança e do papel parental desenvolvimental, com especial enfoque na ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (5) realização de sessões de informoterapia sobre ingestão nutricional no primeiro ano de vida para os pais, nos contextos de estágio em que se identificarem necessidades formativas sobre a temática; (6) levantamento dos recursos disponíveis nos diferentes contextos de estágio para a satisfação das necessidades da criança relacionadas com a ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (7) conceção e documentação de cuidados de enfermagem, nos diferentes contextos de estágio, com especial atenção ao domínio do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional durante o primeiro ano de vida, recorrendo à plataforma E4Nursing; e (8) discussão com a equipa docente orientadora dos resultados obtidos na análise da evidência científica disponível sobre a ingestão nutricional no primeiro ano de vida, confrontando-os com o explanado na Ontologia de Enfermagem e na plataforma E4Citizens.

Escolher um tema com interesse pessoal e com uma importância premente e inegável, no que à saúde infantil se reporta, permitiu a atualização do conhecimento baseado em evidência científica atual e fidedigna. A mobilização deste conhecimento, no decurso dos ensinamentos clínicos, reforça a valorização do compromisso de uma prática clínica fundamentada e valoriza a importância da investigação para a qualidade dos cuidados de saúde especializados.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

As ULS são estabelecimentos de saúde aos quais compete garantir a prestação integrada de CSP e cuidados de saúde diferenciados (Decreto-Lei n.º 52/2022).

Os CSP são a base do sistema de saúde em Portugal, particularmente do Serviço Nacional de Saúde, desempenhando um papel fulcral na garantia do acesso universal aos cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 103/2023).

Os cuidados de saúde diferenciados envolvem intervenções de maior diferenciação de meios técnicos, mediante uma referenciação clínica ou em contexto de urgência ou emergência (Decreto-Lei n.º 52/2022).

Caracterização do campo de estágio no contexto da comunidade

Os CSP aproximam, tanto quanto possível, os cuidados de saúde da população, constituindo-se como o primeiro nível de contacto com o sistema nacional para os indivíduos, famílias e comunidade (OE, 2008).

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e a Unidade de Saúde Familiar (USF) são unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (Decreto-Lei n.º 52/2022; Despacho n.º 10143/2009) integrados na ULS.

Os Agrupamentos de Centros de Saúde são serviços de saúde com autonomia administrativa, compostos por várias unidades funcionais de um ou mais centros de saúde e cuja missão é assegurar a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos de uma área geográfica específica. Para isto, projetam e implementam atividades de promoção da saúde e prevenção da doença e de tratamento e assistência ao processo de saúde/doença, contribuindo para o aumento da literacia em saúde e assegurando respostas de proximidade e de integração de cuidados. Também desenvolvem atividades de investigação em saúde e de vigilância epidemiológica e têm um envolvimento próximo e ativo na formação contínua, pré e pós-graduada (Decreto-Lei n.º 52/2022).

Unidade de Cuidados na Comunidade

De acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, à UCC compete a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, com intervenção de âmbito domiciliário e comunitário, junto das pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de risco ou dependência física e funcional,

atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A UCC onde decorreu o estágio é uma das quatro UCC que estão integradas numa ULS. Serve a população de três freguesias de um concelho do distrito do Porto, abrangendo 33092 utentes, e tem como missão responder às necessidades em cuidados de saúde e sociais dos utentes, através de uma abordagem multiprofissional, integrada e especializada e garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados. Sempre que necessário, assegura a articulação com todas as unidades funcionais e parceiros, visando a obtenção de ganhos em saúde da população.

A visão desta UCC é a excelência dos cuidados ao utente, família e/ou comunidade, regendo-se pelos valores: importância do empoderamento comunitário no plano intrapessoal, interpessoal e organizacional, com intervenções alicerçadas nos padrões de qualidade e tendo na sua raiz o planeamento em saúde, para a adequada e equitativa distribuição dos recursos, visando a saúde da comunidade. Estes valores vão de encontro aos princípios estabelecidos para as UCC, definidos no Despacho n.º 10143/2009.

Para assegurar o conjunto de atividades essenciais, as UCC devem ser dotadas dos necessários recursos físicos, materiais, técnicos, financeiros e humanos (Despacho n.º 10143/2009). O mesmo despacho salienta que, para garantir a qualidade, as instalações e os equipamentos disponíveis na UCC devem reunir as condições necessárias ao tipo de cuidados de saúde e sociais a prestar (Despacho n.º 10143/2009). A UCC onde decorreu o estágio dispõe de uma área de receção ao utente, gabinetes para os profissionais, uma sala de reuniões/espço polivalente, um espaço destinado ao cantinho da amamentação e um local de aprovisionamento com material técnico. O horário de funcionamento em vigor é das oito às vinte horas, de segunda a sexta-feira, cumprindo com o preconizado pela legislação (Decreto-Lei n.º 52/2022).

Relativamente aos recursos humanos, o Decreto-Lei em vigor estabelece que cada unidade deverá ter um coordenador da área de enfermagem, designado de entre os enfermeiros detentores de título de especialista; e a equipa poderá ser composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais (Decreto-Lei n.º 52/2022). Segundo a OE, é recomendado que os enfermeiros que constituem a UCC tenham formação especializada, para que assegurem a diferenciação da sua resposta às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em complementaridade com as outras unidades funcionais (OE, 2008). As UCC são constituídas no rácio de, pelo menos, um enfermeiro até 5.000 habitantes, preferencialmente, enfermeiro especialista, tendo em conta as características sociodemográficas e geográficas da população, do número e tipologia de projetos e das horas necessárias para os programar, implementar e avaliar os resultados (Regulamento n.º 743/2019). Cada UCC deverá integrar, pelo menos, um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (EEEC), preferencialmente na área de Enfermagem de Saúde

Comunitária e Saúde Pública (Regulamento n.º 743/2019). Na UCC onde decorreu o estágio, a equipa é coordenada por um enfermeiro especialista em reabilitação e é constituída por: um médico, doze enfermeiros especialistas, dos quais dois são EEESIP e um é EEEC; um enfermeiro não especialista; um secretário clínico; um nutricionista e um fisioterapeuta. A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados da ULS disponibiliza, ainda, um psicólogo com quatro horas semanais para o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR); e um assistente social.

As atividades da carteira de serviços da UCC devem recair nas áreas prioritárias: diagnóstico de saúde da comunidade; proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade; promoção de estilos de vida saudável; acompanhamento e intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão, pobreza, violência ou negligência; e, ainda, projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Despacho n.º 10143/2009). A UCC desenvolve programas de intervenção nas áreas de preparação para o parto e para a parentalidade, da saúde escolar, de gestão da diabetes, de reabilitação, de saúde mental, de cuidados paliativos e da rede social. Na UCC está integrada a Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Na área da parentalidade, está adstrita uma EEESIP que:

- Desenvolve um programa de apoio à parentalidade, cujo público-alvo são pais e crianças até aos 24 meses de idade e crianças com necessidades de saúde especiais até aos 18 anos, se referenciadas; tem como valências o apoio à amamentação, a massagem infantil e a educação parental;
- Desenvolve um programa de parentalidade positiva, cujo público-alvo são pais de crianças entre os três e os oito anos, onde se procura desenvolver e melhorar as competências e a confiança dos pais, enquanto, simultaneamente, incentiva o envolvimento destes na vida escolar dos filhos, tendo como objetivo major melhorar as competências académicas, sociais e emocionais das crianças e, ao mesmo tempo, diminuir os problemas comportamentais;
- Integra o NACJR;
- Apoia a saúde infantil numa instituição/unidade de emergência infantil, localizada na área geográfica da UCC;
- Realiza os rastreios de saúde visual infantil.

Unidade de Saúde Familiar

De acordo com o Decreto-Lei n.º 103/2023, às USF compete a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita numa determinada área geográfica, garantindo a centralidade no utente, a acessibilidade, a globalidade, a eficiência, a qualidade e a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo vital. As USF dispõem de autonomia técnica, funcional e organizativa, funcionando em rede com as restantes unidades funcionais da ULS (Decreto-Lei n.º 103/2023).

As USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, compostas por equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos. Uma USF deve ter entre 4000 e 18000 utentes inscritos, podendo haver, contudo, variações no intervalo de variação, desde que não exceda um quarto de um destes valores (Decreto-Lei n.º 103/2023).

A USF onde decorreu o estágio é uma das doze USF que estão integradas numa ULS. Serve a população de três freguesias de um concelho do distrito do Porto, abrangendo 13858 utentes, dos quais 2164 estão em idade pediátrica. Tem como missão responder às expectativas e necessidades dos utentes, em termos humanos e técnicos, prestando cuidados de saúde personalizados, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a continuidade e a qualidade dos mesmos.

De acordo com a legislação em vigor, a dotação de enfermeiros na USF define-se pelos parâmetros seguintes: área geográfica de intervenção de cada unidade funcional que integra a ULS; geodemografia da comunidade abrangida (dimensão, concentração e dispersão populacional); e diagnóstico de saúde da comunidade. Os enfermeiros que integram as USF têm necessariamente de ser EEEEC, na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Contudo, até à existência em número suficiente de enfermeiros detentores deste título, as USF integram enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas nas várias áreas de especialização. Para efeitos de cálculo da dotação de enfermeiros adequado em cada USF, aplica-se o rácio: um enfermeiro por 1550 clientes, ou 1917 unidades ponderadas; um enfermeiro por 350 famílias (OE, 2014). A equipa da USF onde decorreu o estágio era composta por oito médicos, seis administrativos e oito enfermeiros, dos quais quatro eram enfermeiros generalistas e quatro eram enfermeiros especialistas (um EEEEC, um EEESIP, um especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica e um em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica). A EEESIP dava apoio de consultadoria à restante equipa, nos aspetos relacionados com a promoção e vigilância de saúde infantil. Cada equipa de médico-enfermeiro dava resposta a mais de 1700 utentes.

A USF dispõe de uma área de receção/sala de espera geral, uma sala de espera para crianças e grávidas, duas salas de tratamentos, diversos gabinetes médicos e de enfermagem e um gabinete para a realização de consultas de saúde infantil. Estas consultas eram sempre realizadas em equipa até aos 10/12 anos. A partir desta idade e, de acordo, não só com as orientações da consulta do adolescente (DGS, 2013a), mas também com a sua vontade expressa, uma parte da consulta realizava-se sem a presença dos pais.

Caracterização do campo de estágio no contexto de internamento de pediatria

O segundo momento de estágio ocorreu no serviço de pediatria de um hospital do grupo I, de

uma ULS (Portaria n.º 82/2014).

Integrado no Departamento da Mulher, Criança e Jovem, o serviço de pediatria tem como missão a identificação das necessidades de saúde da população em idade pediátrica na sua área de influência, prestando cuidados integrados e personalizados de diagnóstico, tratamento e recuperação, em tempo útil e de excelência técnica e científica. Garante os cuidados assistenciais a crianças até aos 18 anos de idade, através do internamento médico-cirúrgico, do hospital de dia pediátrico, do atendimento pediátrico referenciado (APR) e da consulta externa de pediatria.

A consulta externa de pediatria, disponibiliza consultas especializadas nas áreas das doenças endócrinas pediátricas, da alergologia pediátrica, da gastroenterologia pediátrica, da neuropediatria, e da pediatria do desenvolvimento.

A equipa médica do serviço de pediatria acompanha os utentes através das consultas e durante o internamento. Adicionalmente, colabora semanalmente na urgência pediátrica de um hospital do tipo III, no mesmo distrito, e disponibiliza atendimento pediátrico referenciado para todas as crianças e jovens que necessitem de observação imediata, não emergente, por um pediatra, mediante referência e contacto prévio do médico do centro de saúde ou de uma entidade privada prestadora de cuidados de saúde, na área de intervenção da ULS.

Os espaços físicos do serviço de pediatria procuram satisfazer ao máximo as necessidades específicas das crianças/adolescentes e estão decorados com temas alusivos à infância. Num piso inferior com acesso direto ao exterior, está localizada a área de consulta externa de pediatria e a área de APR. A equipa de enfermagem conta com cinco EEESIP e dois enfermeiros generalistas.

A ala de internamento médico-cirúrgico de pediatria está localizada num piso superior do hospital, em proximidade ao bloco operatório. Tem lotação máxima de 17 crianças e todas poderão ser acompanhadas por um dos pais durante as 24 horas e por um segundo pai ou outro familiar de referência entre as nove horas e as 22 horas. Cada unidade do utente é composta por uma mesa de cabeceira, um armário, uma cama/berço e um cadeirão para o familiar pernoitar. As enfermarias estão organizadas de acordo com as faixas etárias e as respetivas necessidades, salvaguardando que consoante a casuística poderão ser necessários ajustes na alocação dos utentes por enfermaria. Estas organizam-se da seguinte forma: duas enfermarias para adolescentes, com cama e casa de banho completa; uma enfermaria com capacidade para duas crianças; uma enfermaria com quatro camas; duas enfermarias com capacidade para dois berços, muda-fraldas, banheira e lavatório; três quartos de isolamento individuais com casa de banho. Para além disto, conta com três gabinetes (do diretor de serviço, do enfermeiro chefe e um terceiro para o médico de permanência), uma sala de atividades, uma sala de tratamentos, uma sala de aprovisionamento de material, uma sala de registos, uma sala de enfermagem, quatro casas de banho (uma para crianças, uma para os familiares, uma para o pessoal do

serviço e uma para pessoas com mobilidade reduzida) e, ainda, uma sala de banhos assistidos.

Para assegurar as funções contratualizadas, ao serviço de pediatria estão alocados os recursos humanos que se discriminam: um assistente médico graduado sénior, dez assistentes médicos graduados, cinco assistentes médicos hospitalares e doze internos complementares de pediatria médica; uma educadora de infância; uma assistente técnica; e dez assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é composta por um enfermeiro chefe, uma enfermeira de referência, com formação especializada na área de saúde infantil e pediátrica, e 24 enfermeiros. Estes profissionais desempenham funções em qualquer uma das vertentes do serviço, no entanto, de forma a garantir a continuidade dos projetos em curso e a formação complementar que cada profissional acrescenta ao seu percurso, tendencialmente, alguns destes elementos estão adstritos à consulta externa e ao APR e os restantes ao internamento.

À data do estágio, a equipa alocada à ala de internamento médico-cirúrgico conta com dezassete enfermeiros, dos quais dez são EEESIP, um é EEC e seis são enfermeiros generalistas. Dois destes elementos, ainda, não completaram dois anos de experiência profissional em pediatria e este aspeto releva não só para a elaboração da escala mensal dos enfermeiros, mas também para o equilíbrio da equipa por turno e para a distribuição de utentes por enfermeiro. Atingindo a lotação máxima de 17 crianças, assegura-se sempre a permanência de, pelo menos, um EEESIP por turno e escala-se quatro enfermeiros para o turno da manhã, três enfermeiros para o turno da tarde e dois enfermeiros para o turno da noite. A distribuição de utentes por enfermeiro compete ao enfermeiro chefe, ou na sua ausência, ao enfermeiro coordenador de turno. De acordo com a norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, nas unidades de internamento de pediatria médico-cirúrgica, devem existir dois EEESIP por cada três enfermeiros, sendo que deverá existir, pelo menos, um EEESIP em permanência 24 horas por dia (Regulamento n.º 743/2019). As equipas de prestação de cuidados devem ser constituídas em cada turno, por 75% dos enfermeiros com um mínimo de dois anos de experiência em pediatria (OE, 2018b). O rácio de enfermeiro por utente deverá ser: um para três, no turno da manhã; um para cinco no turno da tarde; e um para seis no turno da noite (OE, 2018b).

Sempre que necessário, é solicitada a colaboração de outros profissionais da instituição, nomeadamente de medicina física e de reabilitação, de psicologia, da área social e de terapia da fala.

O método de trabalho em vigor é o de enfermeiro de referência. Trata-se de um método centrado no utente e cujos cuidados de saúde se desenvolvem com base na adoção de um método científico e partindo da identificação das necessidades em cuidados de enfermagem, através das quais se estabelece prioridades (Parreira et al., 2023; Ventura-Silva et al., 2021; Ventura-Silva et al., 2023). Um enfermeiro fica com a responsabilidade do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de um ou mais utentes, desde o momento de admissão até

ao regresso a casa (Marquis & Huston, 2015, cit. por Parreira et al., 2023; Ventura-Silva et al., 2023). Este método valoriza e promove a relação terapêutica entre o enfermeiro e o utente/família, facilita a comunicação entre esta díade e, também, com a equipa multidisciplinar, permite a personalização dos cuidados (dado que as terapêuticas de enfermagem são planeadas e implementadas de acordo com o conhecimento profundo da condição clínica do utente e das necessidades identificadas) e facilita a capacitação do cliente. Por outro lado, é o método que confere maior autonomia ao enfermeiro e destaca a sua intervenção autónoma, contribuindo para a valorização social da profissão (Parreira et al., 2023).

Na persecução da garantia e acesso a cuidados de saúde personalizados, humanizados e de excelência técnica, científica e relacional, ao longo de todo o ciclo vital, o serviço de pediatria desenvolve projetos de investigação nas áreas de: obesidade infantil; pedagogia hospitalar; adesão à terapêutica inalatória em crianças e adolescentes com asma; e humanização dos cuidados de saúde hospitalares pediátricos. Concomitantemente, anualmente é elaborado o plano de formação em serviço, com temas atuais e pertinentes na área de saúde infantil, que deem resposta às necessidades de formação identificadas pela equipa. O centro de formação desta ULS disponibiliza, ao longo de todo o ano, diversas iniciativas de formação nas áreas técnica, linguística e relacional.

Durante o estágio, houve oportunidade de acompanhar crianças com internamento programado para cirurgia de ortopedia (deformidades dos pés, como fascite plantar, *hallux valgus*, pé cavo, pé plano) e de otorrinolaringologia (para realização de adenoidectomias, amigdalectomias, miringotomias com ou sem colocação de tubos de ventilação e turbinoplastias). Os internamentos não programados surgiram de situações identificadas em contexto de urgência, da consulta externa de pediatria, do APR, ou da neonatologia, e englobaram RN prematuros ou de baixo peso em processo de aquisição de autonomia alimentar, febre em lactentes com menos de três meses, infeções respiratórias (mais frequentemente pneumonias, bronquiolites e otites), infeções gastrointestinais e lesões traumáticas dos membros superiores. Também se contactou com dois casos pouco frequentes: um *toddler* com diabetes *mellitus* tipo 1 inaugural e um RN com um acidente vascular cerebral.

Caracterização do campo de estágio no contexto de internamento em unidade de cuidados neonatais

O terceiro momento de estágio ocorreu numa unidade de cuidados neonatais (UCN), de um hospital do grupo III, de uma ULS (Portaria n.º 82/2014).

Integrada num dos cinco setores do Serviço de Neonatologia, a unidade tem como missão a prestação de cuidados de saúde peri e neonatais com elevada qualidade, rigor e nível de

competência, investindo continuamente na formação pré e pós-graduada e na investigação, respeitando os princípios éticos e de humanização dos cuidados e promovendo a diferenciação e a realização profissional dos colaboradores.

Sendo uma unidade de nível três, é caracterizada pela prestação de apoio altamente diferenciado e para além da diferenciação pediátrica e neonatal global (onde se incluiu a neurologia e neurocirurgia, pneumologia e otorrinolaringologia, gastroenterologia e nutrição, oftalmologia, ortopedia, hematologia, imunohemoterapia, imagiologia e genética) integra os centros de referência de cardiopatias congénitas, de doenças hereditárias do metabolismo e de oncologia pediátrica, em idade neonatal.

A UCN tem uma dotação de 17 postos, sete de cuidados intermédios e dez de cuidados intensivos. A ala adstrita aos cuidados intermédios funciona em *openspace*, com a equipa de enfermagem localizada no centro da divisão, onde pode facilmente visualizar todo o espaço. Nos cuidados intensivos, cada neonato fica internado numa box individual. As instalações de ambos os espaços facilitam a presença e o acompanhamento contínuo de ambos os pais, disponibilizando, ainda, um espaço para estes fazerem as refeições.

Esta unidade hospitalar presta cuidados neonatais de subespecialidade 24 horas por dia e sete dias por semana, e tem, em presença física, pelo menos um pediatra com subespecialidade de neonatologia, acompanhado por outro pediatra, idealmente com a subespecialidade em neonatologia ou por um interno da formação específica de pediatria, pelo menos do quarto ano de internato, cumprindo, assim, com as recomendações nacionais (Ministério da Saúde, 2023).

A equipa é composta por uma enfermeira chefe e uma enfermeira sub-chefe, ambas com especialidade em saúde infantil e pediátrica e 49 enfermeiros, dos quais, 33 são EEESIP. Três destes elementos ainda não completaram dois anos de experiência profissional em neonatologia e este aspeto releva não só para a elaboração da escala mensal dos enfermeiros (que está organizada em equipas, com designação de um chefe de equipa e de um segundo elemento, que faz o lugar do primeiro na ausência deste), mas também para o equilíbrio da equipa por turno e por ala (intensivos e intermédios). Atingindo a lotação máxima de 17 neonatos, assegura-se sempre a permanência de, pelo menos, dois EEESIP por turno e escala-se sete enfermeiros em todos os turnos, ficando dois na unidade de cuidados intermédios (com rácio de 1:3 e 1:4) e cinco nos cuidados intensivos neonatais (com rácio de 1:2).

A distribuição de utentes por enfermeiro compete ao enfermeiro chefe de equipa. De acordo com a norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, nas UCN, devem existir dois EEESIP por cada três enfermeiros generalistas, sendo que deverá existir, pelo menos, um EEESIP em permanência 24 horas por dia (Regulamento n.º 743/2019). As equipas de prestação de cuidados devem ser constituídas em cada turno, por 75% dos enfermeiros com um mínimo de dois anos de experiência em pediatria (OE, 2018b). O rácio de enfermeiro por RN, segundo a proposta de Rede de Referência Hospitalar em Obstetrícia, Ginecologia e

Neonatologia (Ministério da Saúde, 2023) deverá ser: um para três ou quatro nos cuidados intermédios e um para dois nos cuidados intensivos (excetuando em casos de cuidados intensivos neonatais diferenciados cuja recomendação é um para um ou idealmente dois para um em casos de alta tecnologia, como a oxigenação por membrana extracorporal). No entanto, a OE recomenda que o rácio seja 1:1 em cuidados intensivos e 1:2 (no turno da manhã) ou 1:3 (turnos da tarde e noite) nos cuidados intermédios neonatais (OE, 2018b).

Apesar dos enfermeiros estarem divididos por equipas e estas, em todos os turnos, serem lideradas por um chefe de equipa, é preconizado o método de trabalho individual, que reflete as necessidades dos clientes e os cuidados de enfermagem são da responsabilidade de um único enfermeiro durante o turno. Trata-se de um método direcionado para o cliente que espelha a assistência em enfermagem centrada no neonato e nas suas pessoas significativas e onde um enfermeiro concebe, implementa e avalia os cuidados prestados (Ventura-Silva et al., 2021; Ventura-Silva et al., 2023). O enfermeiro privilegia a integração do cliente em detrimento da execução de intervenções padronizadas e, em cada turno, realiza a avaliação dos resultados das intervenções, de forma a reformular o plano de cuidados (Ventura-Silva et al., 2023). Ao longo do internamento, desde a admissão até ao momento do regresso a casa, há um destaque notório pelo envolvimento do binómio RN-família (Ventura-Silva et al., 2021; Ventura-Silva et al., 2023), o que promove a segurança, a continuidade (Parreira et al., 2021) e a qualidade dos cuidados (Huh & Shin, 2021) e, conseqüentemente, a satisfação dos clientes (Ventura-Silva et al., 2021).

De forma a garantir cuidados de saúde neonatais com elevados níveis de qualidade, a UCN assegura duas formações, no âmbito dos cuidados centrados no desenvolvimento infantil e na família, a todos os profissionais que integrem de novo a equipa. Concomitantemente, o plano de formação em serviço engloba temas atuais e pertinentes na área de enfermagem de saúde infantil, que deem resposta às necessidades de formação identificadas pela equipa. O centro de formação da ULS disponibiliza, ao longo de todo o ano, diversas iniciativas de formação em diferentes áreas e estas são divulgadas no serviço.

No decorrer do estágio, contactou-se com RN com diversas situações especiais: vários graus de prematuridade, restrição de crescimento intrauterino, icterícia neonatal, síndrome de dificuldade respiratória (como taquipneia transitória, síndrome de aspiração meconial, doença das membranas hialinas), infeções congénitas por *Neisseria Gonorrhoeae* e malformações congénitas (como hérnia diafragmática congénita).

Caracterização do campo de estágio no contexto de urgência pediátrica

O quarto e último momento de estágio teve lugar numa urgência pediátrica de um hospital do grupo III, de uma ULS (Portaria n.º 82/2014).

É um centro de referência de assistência pediátrica urgente na zona norte do país, responsável pelo atendimento de crianças em situações de doença ou trauma grave, em atendimento primário ou referenciadas. Sendo um serviço de urgência polivalente pediátrica é caracterizado pelo nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, com resposta de proximidade à população pediátrica da sua área de influência (Despacho n.º 10319/2014). Na urgência pediátrica, todos as crianças têm direito a um acompanhante em permanência (Despacho n.º 10319/2014).

A estrutura física atual deste serviço garante não só o acesso fácil a meios complementares de diagnóstico e ao bloco operatório, mas também facilita o fluxo de doentes. Este está previamente estabelecido e permite que as crianças sejam diferenciadas por tipo de problemas e/ou prioridades de observação, com definição clara dos cuidados prestados em cada uma das áreas ou unidades funcionais (Despacho n.º 10319/2014).

As áreas funcionais facilitam a otimização dos recursos humanos, físicos e materiais e aumentam os níveis de eficiência e de qualidade dos cuidados prestados (Despacho n.º 10319/2014). O circuito do doente pediátrico inicia-se na área de receção/admissão. Na triagem é-lhe atribuída uma classificação de acordo com o nível de prioridade de atendimento e é encaminhado para uma área específica. O sistema de triagem adotado está de acordo com as orientações nacionais (Despacho n.º 3762/2015; DGS, 2018b).

As unidades funcionais do serviço de urgência incluem: área de admissão e registo; área de triagem de prioridades, com duas boxes individuais de triagem; sala de emergência (doente crítico com condições para suporte avançado de vida); área *fast-track* (doente médico não urgente), com capacidade para duas crianças em simultâneo; área cirúrgica (doente de ortopedia e/ou cirurgia); um internamento de curta duração, com capacidade máxima de 8 crianças e respetivo acompanhante; e duas áreas médicas (uma responsável pela prestação de cuidados ao doente pouco urgente e outra pelo doente médico classificado com muito urgente ou urgente e/ou com necessidades especiais complexas).

O método de trabalho em vigor é o de trabalho em equipa, cujos cuidados de enfermagem refletem a organização do trabalho do enfermeiro sobre o trabalho em equipa e onde os enfermeiros são divididos em equipas e cada uma é orientada por um chefe/coordenador. Para além de serem reconhecidos como um elemento de referência para os enfermeiros, o chefe de equipa assume a responsabilidade de maximizar as capacidades do grupo e as diferentes competências individuais de cada enfermeiro (Goh et al., 2020; Li et al., 2018; Ventura-Silva et al., 2021). Há um claro destaque pela presença deste líder na conceção de cuidados, na assistência integral ao cliente e na tomada de decisão, bem como no envolvimento do cliente e do familiar acompanhante em todo o processo. Os enfermeiros alocados a uma determinada área detêm conhecimento das necessidades de enfermagem do cliente, assistindo-os na sua integralidade e contribuindo de forma particular para o bem-estar e estabilização clínica

(Ventura-Silva et al., 2021; Ventura-Silva et al., 2023).

No início de cada turno, o enfermeiro coordenador de turno/líder de equipa, de acordo com a formação, diferenciação e experiência profissional, distribui os enfermeiros (Ventura-Silva et al., 2021), alocando-os dois a dois em cada uma das áreas funcionais. A equipa de enfermagem é constituída por 52 enfermeiros, dos quais 20 são EEESIP. Os enfermeiros adstritos à triagem têm de ter pelo menos dois anos de experiência no serviço, ter formação específica em sistema de triagem de prioridades e, tendencialmente, embora não exclusivamente, são EEESIP. Os enfermeiros com funções de coordenador de equipa são sempre EEESIP. Para os serviços de urgência, a OE recomenda que o enfermeiro triador deve ter formação específica em sistema de triagem de prioridades e ser detentor do título de especialista na respetiva área (neste caso, EEESIP). Os enfermeiros adstritos à sala de emergência e os coordenadores de turno, devem ser enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, preferencialmente na área da enfermagem à pessoa em situação crítica. Também recomenda que, pelo menos 50% dos enfermeiros da equipa detenham formação em suporte avançado de vida pediátrico e formação avançada em trauma pediátrico. Adicionalmente, na área de internamento de curta duração deve ser respeitado o rácio de um enfermeiro por cada três camas de internamento (OE, 2018b).

Ao longo do estágio, houve contacto com crianças de diferentes estádios desenvolvimentais com situação de: febre, vômitos e/ou diarreia, dor abdominal, disúria, odinofagia, otalgias, síndrome de dificuldade respiratória, dispneia, quedas com traumatismo nos membros superiores, queimaduras, engasgamento e apendicite aguda.

No início de cada ensino clínico, definiram-se objetivos específicos com o intuito de orientar o processo educativo, maximizar a aprendizagem e o desenvolvimento de competências de EEESIP. Estes objetivos foram desenvolvidos de forma integrada com o percurso de definição do projeto individual de desenvolvimento de competências, que se concretizaram através de atividades, ambos articulados com os enfermeiros tutores e com as docentes orientadoras.

A componente de estágio para além da integração no âmbito dos diferentes contextos do exercício profissional especializado na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, contribuiu para aprofundar competências clínicas diferenciadas, nomeadamente em termos de conceção de cuidados. Estas competências clínicas foram desenvolvidas a partir de uma aprendizagem baseada na reflexão e discussão de casos clínicos reais, um para cada contexto de ensino clínico, com recurso à plataforma educacional E4Nursing.

De forma a tornar a leitura mais agradável e fluída, sem sobrecarga ou repetição de conteúdos, em discussão com as docentes orientadoras, considerou-se que seria suficiente a apresentação de dois dos casos clínicos, com preferência pelos que se enquadrassem no projeto de

desenvolvimento de competências clínicas especializadas, centrado na ingestão nutricional durante o primeiro ano de vida (capítulos três e cinco). No entanto, como se trata de casos reais e não com condições idealizadas e perfeitas, optou-se por incorporar um terceiro caso clínico (capítulo quatro) – uma vez que: (1) permitia explorar, refletir e discutir criticamente outros aspetos da prática clínica e da conceção de cuidados, relativos, por exemplo, a procedimentos de diagnóstico e terapêutica e à aplicabilidade dos referenciais teóricos abordados previamente na introdução deste relatório; e (2) enaltecer a intervenção diferenciadora do EEESIP na estabilização e vigilância do estado clínico da criança, na priorização de cuidados, e no desenvolvimento de uma parceria, com intencionalidades terapêuticas específicas e focalizadas na parentalidade.

3. CASO 1 - LACTENTE EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Lactente de 6 meses, vem à consulta de vigilância de saúde infantil, com a mãe. Seguido em consulta, desde o nascimento, sem alterações prévias no desenvolvimento. Sem antecedentes relevantes. A fazer leite materno em exclusivo até há cerca de duas semanas, quando iniciou a diversificação alimentar. Irá ficar em casa com a mãe, pelo menos até ao próximo ano.

3.1. Enquadramento teórico

Desenvolvimento do lactente

Compreender a dinâmica do crescimento e do desenvolvimento do lactente permite aos enfermeiros adequar os cuidados de enfermagem à criança e ajudar os pais a lidar eficazmente com as tarefas desenvolvimentais desta idade (Chora, 2020).

Desenvolvimento físico

O crescimento é relativamente rápido durante a primeira metade do primeiro ano de vida. Após os seis meses, há uma nítida desaceleração do crescimento (Hockenberry et al., 2019; Martorrell et al., 2020). Aos cinco meses, o peso é cerca do dobro em relação ao peso de nascença. Após os seis meses, o comprimento aumenta aproximadamente 1,25 cm por mês, sendo que aos doze 12 meses se verifica um aumento aproximado de 50% do comprimento, comparativamente com o comprimento à nascença. O perímetro cefálico aumenta cerca de um centímetro por mês, entre os quatro e os seis meses, e meio centímetro por mês, após o sexto mês (Chora, 2020; Hockenberry et al., 2019; Martorrell et al., 2020).

Desenvolvimento psicomotor

Os lactentes apresentam uma curiosidade e motivação inata para explorar e interagir com o meio envolvente. Quando existe um estímulo, o lactente foca a sua atenção nesse estímulo e são desencadeados atos motores e perceptivos que irão influenciar o desenvolvimento cognitivo e socioemocional (Serrano, 2018).

A teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget situa o lactente de seis meses no estágio sensório-motor, no subestádio das reações circulares secundárias (Hockenberry et al., 2019; Martorrel et al., 2020). Neste período, a atividade intencional substitui a atividade

repetitiva característica do subestágio anterior: as ações intencionais repetidas têm como objetivo a obtenção de um resultado, por exemplo, o lactente agita um sino para que este produza um som (Martorrel et al., 2020). Também começa a surgir o sentido de permanência do objeto. Concomitantemente, o lactente começa a imitar sons e gestos simples e a manifestar afeto (Feliciano & Delou, 2019).

A teoria da vinculação de Bowlby explica que até aos seis meses há orientação e sinais dirigidos para a(s) figura(s) específica(s); e dos seis meses até aos dois/três anos existe manutenção da proximidade com uma figura discriminada através de sinais (Bowlby, 1982). A aquisição do sentido de permanência do objeto, marco motor deste período desenvolvimental, influencia o processo de vinculação: o lactente passa a ter consciência que a figura de vinculação pode estar ausente e manifesta uma sequência previsível de comportamentos a que se chama ansiedade de separação. Nesta fase, também é característico a reação a estranhos (Gerber et al., 2011; Hockenberry et al., 2019; Serrano, 2018).

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson descreve o desenvolvimento do sentimento de confiança, em si próprio, nos outros e no mundo. A confiança permite que o lactente experimente sentimentos de conforto e segurança, que o ajudará a experienciar situações desconhecidas, com o mínimo de medo. Com o desenvolvimento da visão, das capacidades motoras e da vocalização, o lactente começa a recorrer a comportamentos mais avançados do que o chorar, para interagir com os outros (Hockenberry et al., 2019; Martorrel et al., 2020).

Quanto às mudanças sensoriais, aos seis meses o lactente responde a expressões faciais e consegue distinguir entre rostos familiares e estranhos. Entre os quatro e os seis meses, localiza o som virando a cabeça para o lado e olhando depois para baixo ou para cima. Após os seis meses, começa a responder pelo próprio nome e vira a cabeça, fazendo um movimento em arco para localizar o som (Gerber et al., 2011; Hockenberry et al., 2019; Serrano, 2018).

O comportamento motor fino inclui o uso das mãos e dos dedos na apreensão de um objeto (Chora, 2020; Gerber et al., 2010). Aos cinco meses, o lactente é capaz de agarrar voluntariamente num objeto e no mês seguinte aumenta esta competência, tornando-se capaz de o levar até à boca (Chora, 2020; Hockenberry et al., 2019). A libertação voluntária do objeto é observada quando o lactente aprende a transferir objetos de uma mão para a outra, primeiro usando a boca como etapa intermédia, por volta dos cinco meses, e depois diretamente de mão em mão, após os seis meses (Gerber et al., 2010).

Relativamente ao comportamento motor grosso, entre os quatro e os seis meses, o controlo da cabeça está bem estabelecido, aos cinco meses o lactente adquire a capacidade de virar de ventral para dorsal e aos seis meses faz o movimento inverso. Nesta altura começa a ser capaz de ficar sentado com apoio, graças ao fortalecimento da coluna vertebral. Depois dos sete meses, o lactente adquire a capacidade de ficar sentado sozinho, com tronco ligeiramente

inclinado para a frente e com o apoio das mãos (Chora, 2020; Gerber et al., 2010; Hockenberry et al., 2019; Serrano, 2018).

Aos seis meses, os sinais de alarme são: ausência de controlo da cabeça; membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar; apresenta assimetrias; não olha, nem pega em qualquer objeto; apresenta estrabismo constante; não reage aos sons; não vocaliza; não demonstra interesse pelo ambiente; apresenta irritabilidade (DGS, 2013; Gerber et al., 2010; Gerber et al., 2011).

Desenvolvimento das necessidades desenvolvimentais associadas aos processos corporais

Relativamente à ingestão nutricional, o leite materno é o alimento mais completo e adequado para o lactente, nos primeiros seis meses de vida (WHO, 2023). A partir desta altura é mais difícil suprir as necessidades nutricionais através de uma dieta láctea exclusiva, especialmente no que se refere a energia, proteínas, ferro, zinco e algumas vitaminas lipossolúveis (Fewtrell et al., 2017; Guerra et al., 2012). Por outro lado, do ponto de vista maturativo dos diferentes sistemas envolvidos na alimentação, após os quatro meses existe uma evolução dos reflexos respiratórios, de sucção e de deglutição (Fewtrell et al., 2017; Guerra et al., 2012) e, em paralelo, há o desenvolvimento do sistema gastrointestinal, que preparam o lactente para a introdução de alimentos sólidos (Guerra et al., 2012; Hockenberry et al., 2019). Também as aquisições das novas competências psicomotoras facilitam esta nova fase (Guerra et al., 2012). Num bebé de termo saudável, não estão recomendados suplementos vitamínicos e minerais específicos, à exceção da suplementação com vitamina D (DGS, 2019). Assim, quer por exigências nutricionais, quer inerentes ao desenvolvimento cognitivo, motor e social do lactente, a diversificação alimentar não deve ser iniciada antes dos quatro meses e uma semana e nem atrasada para lá dos seis meses e uma semana. A alimentação deverá ser completa, equilibrada e diversificada, e deverão ser oferecidos alimentos ricos em ferro. É importante que os alimentos tenham uma textura e consistência adequadas às capacidades do lactente. Por volta dos oito/dez meses, espera-se que este já seja capaz de ingerir alimentos de consistência grumosa e aos dozes meses deverá beber água maioritariamente por copo aberto e integrar a dieta familiar (DGS, 2019; Fewtrell et al., 2017).

Quanto à higiene e conforto, nesta etapa, importa salientar a higiene oral. Esta, juntamente com a alimentação saudável e a resistência dentária são os pilares da manutenção da saúde oral. Uma vez que os principais determinantes da saúde oral são comuns a outras áreas da saúde, é crucial que a promoção da saúde oral seja integrada na promoção da saúde geral, tendo em linha de conta os diferentes fatores determinantes, como os fatores individuais, as condições socioeconómicas e os estilos de vida (DGS, 2021). As diretrizes mais recentes, recomendam que a higiene oral seja iniciada nos primeiros dias de vida, utilizando uma compressa humedecida ou dedeira para higienização das mucosas (DGS, 2021; Hockenberry et

al., 2019). Aquando da erupção dentária, deve realizar-se a higiene oral, com uma escova de cerdas macias e pasta dentífrica fluoretada com 1000ppm, duas vezes por dia, sendo uma delas à noite, antes de ir dormir (DGS, 2021).

O sono adequado nas crianças é essencial para o crescimento e desenvolvimento normais e para o bem-estar familiar. O sono infantil está associado a preditores significativos da saúde adulta (Bathory & Tomopoulos, 2017). Durante o primeiro ano de vida, os padrões de sono são variáveis (Bathory & Tomopoulos, 2017; Hockenberry et al., 2019). Aos seis meses há uma desaceleração no crescimento, acompanhada por uma diminuição das necessidades calóricas e um aumento na capacidade de reter calorias. Simultaneamente, há uma maturação progressiva dos ritmos biológicos que contribuem para a regulação do sono, o que resulta na diminuição da fragmentação do sono e na sua consolidação, tornando o lactente capaz de dormir durante toda a noite (Bathory & Tomopoulos, 2017). Assim, aos seis meses, o lactente deve ter um padrão de sono bem estabelecido, com um longo período de sono noturno (Bathory & Tomopoulos, 2017), de nove a onze horas (Hockenberry et al., 2019). Nas 24 horas, dorme cerca de doze a dezasseis horas (Paruthi et al., 2016; Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2017; WHO, 2020a), completando o sono noturno com duas a três sestas diurnas (SPP, 2017). Importa referir que a aquisição de novas competências e capacidades influencia o sono infantil. O desenvolvimento da compreensão de permanência do objeto e, subsequente, a ansiedade de separação, poderão ter um impacto substancial no sono: dificuldade de separação ao deitar, aumento do número de despertares e dificuldade em voltar a adormecer após os despertares noturnos (Bathory & Tomopoulos, 2017).

No que à eliminação vesical diz respeito, este estágio desenvolvimental é pautado pela imaturidade do rim (que se mantém até aos dois anos e meio), refletida na reduzida capacidade de filtração dos glomérulos. Os lactentes urinam com frequência e a sua urina tem uma gravidade específica baixa (1.008 a 1.012). À nascença, a maioria dos lactentes produz e excreta aproximadamente 15 a 60 ml/kg/24h de urina (Hockenberry et al., 2019). Também a imaturidade dos processos digestivos se reflete no padrão de eliminação intestinal: com a introdução de novos alimentos, a característica das fezes altera-se, podendo visualizar-se alimentos sólidos (Hockenberry et al., 2019).

Transição desenvolvimental

No caso clínico descrito, se tomarmos como cliente a mãe estamos perante uma transição desenvolvimental, que diz respeito ao exercício da parentalidade. Ao longo de todo o período desenvolvimental, nomeadamente durante o primeiro ano de vida, as necessidades vão-se alterando o que motiva uma aquisição de novas competências parentais de forma, não só a supri-las, mas também a antecipar necessidades futuras (Sousa, 2012). Os pais redefinem a sua identidade parental e desenvolvem competências para lidar com as mudanças e

exigências desenvolvimentais (Meleis et al., 2000) do lactente. Por isso, importa que também os pais sejam alvo da atenção do enfermeiro.

Durante uma transição, existem fatores pessoais, da comunidade e da sociedade que podem facilitar ou dificultar o processo de transição (Meleis et al., 2000). Por este motivo, na conceção de cuidados far-se-á uma avaliação destes fatores, nomeadamente da existência de significados e conhecimento sobre os diferentes aspetos do papel parental desenvolvimental.

Os indicadores de processo e de resultado também serão avaliados, com o intuito de perceber se o cliente está a vivenciar uma transição saudável e adequar as terapêuticas de enfermagem de forma a conduzir o cliente a uma transição saudável.

A conclusão saudável da transição será determinada pela medida em que a mãe demonstra o domínio das competências e habilidades necessárias para gerir as novas situações, ao qual se designa de mestria. Na conceção de cuidados que se segue, a mestria é expressa através do domínio de competências no papel parental.

Através das consultas de saúde infantil e juvenil, o EEESIP está numa posição privilegiada para acompanhar a criança ao longo das diferentes etapas do seu desenvolvimento e para conhecer e compreender as experiências parentais. Este conhecimento releva para o apoio que o EEESIP disponibiliza aos pais no desenvolvimento da sua mestria em competências parentais, facilitando o processo adaptativo.

Consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil

A consulta de saúde infantil e juvenil destina-se à vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença das crianças e jovens com idade inferior a dezoito anos. Obedece ao calendário de vigilância preconizado pelas circulares normativas da DGS e às orientações estratégicas do PNSIJ. As consultas estão calendarizadas para idades-chave, que correspondem a momentos relevantes na vida da criança, nomeadamente a marcos do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, ou relacionados com a socialização, a alimentação e a escolaridade (DGS, 2013a).

De forma a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde, há uma harmonização das consultas com o esquema cronológico preconizado no Programa Nacional de Vacinação (PNV). É um programa gratuito, universal e acessível a todos os residentes em Portugal, cujo objetivo é proteger a pessoa e a população das doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde individual e pública e para as quais existe uma proteção eficaz, através da vacinação (DGS, 2020).

Tendo em conta que o primeiro ano de vida é um período de maior vulnerabilidade, a vacinação deve ser rigorosamente cumprida nas idades recomendadas, conferindo ao lactente

uma imunização precoce contra as respetivas doenças. De acordo com o esquema em vigor, aos seis meses faz-se a administração da vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB, completando-se, assim, a primovacinação para oito infeções/doenças das treze abrangidas pelos esquemas gerais do PNV (DGS, 2020).

Durante o primeiro ano, existem no mínimo seis consultas obrigatórias, das quais a consulta dos seis meses (DGS, 2013a). Nesta consulta, está preconizado avaliar os seguintes parâmetros: peso, comprimento, perímetro cefálico, dentição, anca, visão, audição, exame físico, desenvolvimento, vacinação, relação emocional/comportamento (perturbações), risco de maus-tratos e segurança do ambiente (DGS, 2013a).

A consulta de saúde infantil contempla a valorização de cuidados antecipatórios, enquanto fatores de promoção da saúde e de prevenção da doença. Para tal, há uma aposta na literacia em saúde dos pais, facultando-lhes os conhecimentos necessários ao melhor desempenho do exercício da parentalidade, especialmente ao domínio dos novos desafios da saúde (OE, 2010).

Na consulta dos seis meses, estão previstos como cuidados antecipatórios: a alimentação, a suplementação com vitamina D, a saúde oral, os hábitos de sono, os hábitos intestinais, o desenvolvimento, os acidentes e a segurança, os sinais/sintomas de alerta, a vacinação, a vida na creche/ama e, ainda, a relação emocional (DGS, 2013a).

Assim, o EEESIP, na consulta de saúde infantil reúne os dados relevantes baseando-se no conteúdo do PNSIJ, identifica diagnósticos das respostas da criança e família aos processos de vida, reconhecendo as suas necessidades. A partir destas e através dos cuidados antecipatórios, planeia, prioriza e implementa intervenções de enfermagem para, à posteriori, avaliar o seu impacto nos comportamentos de saúde do cliente e da família (Fernandes & Andrade, 2020).

No contexto da consulta de saúde infantil, a literacia em saúde é crucial e uma parte essencial dos cuidados prestados à criança e aos pais (Fernandes & Andrade, 2020).

Literacia em saúde e informoterapia

Como mencionado na introdução deste relatório, a literacia em saúde deve ser vista como um recurso adaptado às diferentes características e necessidades da pessoa (DGS, 2022b). Nesta perspetiva, a informoterapia surge como uma importante ferramenta promotora de literacia em saúde, que através da prescrição oportuna e da disponibilização de informação sobre a saúde, assente em evidência atualizada, consegue dar resposta às necessidades do cliente e apoiar a tomada de decisão informada (Mettler & Kemper, 2005).

No PNSIJ enfatiza-se a relevância do aumento de conhecimento e capacidade de atuação dos

pais, como principais cuidadores dos filhos ao longo de todo o processo de desenvolvimento (DGS, 2013a).

O desenvolvimento infantil é um indicador indireto da qualidade do exercício parental. O enfermeiro, em parceria com a família, deve promover o desenvolvimento do lactente, dentro dos padrões expectáveis para a sua idade, respeitando o seu ritmo e as suas circunstâncias de vida (DGS, 2013a). Faz parte das competências do EEESIP a promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil, através da transmissão de orientações antecipatórias à família (OE, 2018a).

No primeiro ano de vida, o lactente vai alterando as suas necessidades, em resposta ao processo de desenvolvimento, o que impõe aos pais uma série de desafios aos quais têm de responder eficazmente. O exercício do papel parental é, por isso, um processo dinâmico e muito complexo, onde a literacia em saúde desempenha um papel importante (Chora, 2020).

3.2. Clientes

Cliente

Lactente | Idade: 6 meses | Masculino

Mãe/Pai

19-09-2024 17:00

19-09-2024 17:00 - Figura parental principal: mãe.

19-09-2024 17:00 - Número de outros filhos: 1.

19-09-2024 17:00 - Filho(s) escolar.

19-09-2024 17:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

19-09-2024 17:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

3.3. Medicação

Início

2024-09-19 17:00:00

Medicação

Vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB

Fim

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB

Descrição: A vacina hexavalente é uma vacina combinada que proporciona proteção contra seis doenças diferentes. A sigla "DTPaHibVIPVHB" refere-se a algumas dessas doenças específicas:

- DTPa - difteria, tétano e tosse convulsa;
- Hib - Haemophilus influenzae tipo b;
- VIP - poliomielite;
- VHB - hepatite B.

A vacina hexavalente, através da combinação destas proteções numa injeção, visa simplificar o cronograma de vacinação, garantindo que o lactente recebe uma proteção abrangente contra várias doenças numa única administração.

Local de administração: Injeção intramuscular; em idades inferiores aos 12 meses, recomenda-se a administração no músculo vasto lateral, terço médio, face antero-lateral externa da coxa esquerda.

Reações adversas: Reações ligeiras no local da injeção como dor, rubor e tumefação, um a três dias após a administração; ocasionalmente, pode aparecer um nódulo indolor no local da injeção que, geralmente, é reabsorvido lentamente ao longo de várias semanas; reações sistémicas mais frequentes (principalmente nas primeiras 24 horas): febre, choro persistente (durante ≥ 1 hora). Pode também ocorrer agitação, sonolência, anorexia, irritabilidade, vômitos, cefaleias e mialgias (DGS, 2020).

Cuidados de enfermagem: Avaliar o conhecimento da mãe sobre vigilância e promoção da saúde, expresso na conceção de cuidados associado ao domínio do lactente.

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
19-09-2024 17:00	Eliminação intestinal	
19-09-2024 17:00	Eliminação urinária	
19-09-2024 17:00	Pele e mucosas	
19-09-2024 17:00	Sono	
19-09-2024 17:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
19-09-2024 17:00	Comportamentos para amamentar	
19-09-2024 17:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	

Início	Domínios	Fim
19-09-2024 17:00	Desenvolvimento psicomotor	
19-09-2024 17:00	Desenvolvimento físico	
19-09-2024 17:00	Lactente	

3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Como mencionado no enquadramento teórico, na consulta dos seis meses está preconizado avaliar os seguintes parâmetros: peso, comprimento, percentil e perímetro cefálico que, na ontologia de enfermagem, correspondem a aspetos do domínio desenvolvimento físico; visão, audição e desenvolvimento como parâmetros do desenvolvimento psicomotor; exame físico, para o qual foi selecionado o domínio pele e mucosas; vacinação e segurança do ambiente, como aspetos que dizem respeito à vigilância e promoção da saúde, avaliados através do papel parental desenvolvimental; e relação emocional/comportamento (perturbações) e risco de maus-tratos, que se reportam ao desenvolvimento emocional, à vinculação e aos comportamentos de ligação mãe/pai-filho (DGS, 2013; OE, 2024).

Relativamente ao domínio "comportamentos de ligação mãe/pai-filho", a sua escolha releva uma vez que define uma dimensão afetiva do exercício parental e os comportamentos de responsividade face às necessidades do lactente.

Esta consulta, também, contempla a avaliação da dentição, no que se refere à sua existência ou ausência e à contabilização dos dentes. A plataforma E4Nursing utilizada para explanar a conceção de cuidados não inclui este parâmetro, remetendo apenas para os aspetos relacionados com a higiene oral, avaliados através do "papel parental desenvolvimental: higiene e conforto". Considerando que a existência/ausência de dentição tem implicações nos aspetos avaliados do papel parental desenvolvimental (explícitos no enquadramento teórico), no domínio desenvolvimento físico optou-se por adicionar um dado referente à dentição.

Selecionar os domínios "sono", "eliminação vesical" e "eliminação intestinal" fornecem dados relativos ao padrão do lactente, necessários para a avaliação do tipo de papel parental (desenvolvimental ou especial).

Na consulta dos seis meses, estão previstos como cuidados antecipatórios: a alimentação, a suplementação com vitamina D, a saúde oral, os hábitos de sono, os hábitos intestinais, o desenvolvimento, os acidentes e a segurança, a temperatura normal e a febre, os sintomas/sinais de alerta, os sintomas/sinais comuns, as vantagens e as reações à vacinação, a vida na creche/ama e a relação emocional (DGS, 2013). Para ser possível avaliar os cuidados antecipatórios, selecionou-se o estágio desenvolvimental: lactente. Nos pais avaliou-se o papel

parental desenvolvimental face às necessidades desenvolvimentais de: ingestão nutricional, higiene e conforto (nomeadamente higiene oral), segurança, vigilância e promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento infantil.

3.5. Conceção de Cuidados

Eliminação intestinal

19-09-2024 17:00

19-09-2024 17:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

19-09-2024 17:00 - Número de defecações por dia: 2.

19-09-2024 17:00 - Número de defecações por semana: 14.

19-09-2024 17:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [na consulta dos 9 meses]

Eliminação urinária

19-09-2024 17:00

19-09-2024 17:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

19-09-2024 17:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

19-09-2024 17:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

19-09-2024 17:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [na consulta dos 9 meses]

Pele e mucosas

19-09-2024 17:00

19-09-2024 17:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

19-09-2024 17:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [na consulta dos 9 meses]

Sono

19-09-2024 17:00

19-09-2024 17:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 12 Hora.

19-09-2024 17:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 4 Hora.

19-09-2024 17:00 - Determinar evolução do sono

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução do sono [na consulta dos 9 meses]

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

19-09-2024 17:00

19-09-2024 17:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

19-09-2024 17:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [na consulta dos 9 meses]

Comportamentos para amamentar

19-09-2024 17:00

19-09-2024 17:00 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

19-09-2024 17:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

19-09-2024 17:00 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

19-09-2024 17:00 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

19-09-2024 17:00 - Com manifestações de pega adequada.

19-09-2024 17:00 - Determinar evolução da amamentação

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar [na consulta dos 9 meses]

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

19-09-2024 17:00

19-09-2024 17:00 - Comportamentos de vinculação: comportamento amistoso, acrescentando comportamentos de agarrar ou seguir com o olhar um adulto
Comportamentos preferencialmente dedicados à figura materna ou de substituição.

19-09-2024 17:00 - Determinar evolução da vinculação

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução da vinculação [na consulta dos 9 meses]

Desenvolvimento psicomotor

19-09-2024 17:00

19-09-2024 17:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

19-09-2024 17:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

19-09-2024 17:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

19-09-2024 17:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

19-09-2024 17:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

19-09-2024 17:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

19-09-2024 17:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [na consulta dos 9 meses]

Desenvolvimento físico

19-09-2024 17:00

19-09-2024 17:00 - Peso: 8.75 Kg.

19-09-2024 17:00 - Percentil do peso: P(75).

19-09-2024 17:00 - Comprimento/Altura: 69.50 cm.

19-09-2024 17:00 - Percentil do comprimento: P(50).

19-09-2024 17:00 - Perímetro cefálico: 44.30 cm.

19-09-2024 17:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(50).

19-09-2024 17:00 - Índice de massa corporal: 18.12 Kg/m².

19-09-2024 17:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(50).

19-09-2024 17:00 - Encerramento da fontanela

19-09-2024 17:00 - Posição anterior: sem compromisso.

19-09-2024 17:00 - Posição posterior: sem compromisso.

19-09-2024 17:00 - Determinar evolução do crescimento

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução do crescimento [na consulta dos 9 meses]

Lactente

19-09-2024 17:00

19-09-2024 17:00 - Lactente

19-09-2024 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão

nutricional

19-09-2024 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-09-2024 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre diversificação alimentar: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-09-2024 17:00 - Capacidade da mãe/pai para alimentar a criança: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-09-2024 17:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre ingestão nutricional da criança [RESOLVIDO] 19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança [após sessão de informoterapia] [FIM]

19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: facilitador [MELHOROU].

19-09-2024 17:00 - Ensinar mãe/pai a alimentar através de copo [FIM]

19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre diversificação alimentar [RESOLVIDO] 19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre diversificação alimentar [após sessão de informoterapia] [FIM] 19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre diversificação alimentar: facilitador [MELHOROU].

19-09-2024 17:00 - Ensinar mãe/pai sobre diversificação alimentar [FIM]

19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para alimentar a criança [RESOLVIDO] 19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para alimentar a criança [após sessão de informoterapia] [FIM] 19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:45 - Capacidade da mãe/pai para alimentar a criança: facilitadora [MELHOROU].

19-09-2024 17:00 - Instruir mãe/pai a alimentar através de copo [FIM]

19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:00 - Treinar mãe/pai a alimentar através de copo [FIM]

19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [quando os indicadores processuais forem atingidos]

19-09-2024 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

19-09-2024 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene da criança: facilitador.

19-09-2024 17:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene da criança: facilitadora.

19-09-2024 17:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto*

19-09-2024 17:45 - Boa condição de higiene e asseio da criança.

19-09-2024 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

19-09-2024 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.

19-09-2024 17:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso*

19-09-2024 17:45 - Boa condição da qualidade e duração do sono da criança.

19-09-2024 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança

19-09-2024 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: facilitador.

19-09-2024 17:00 - Capacidade da mãe/pai para transportar a criança em segurança: facilitadora.

19-09-2024 17:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança*

19-09-2024 17:45 - A mãe/pai adota comportamentos promotores da segurança da criança de acordo com a recomendação.

19-09-2024 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

19-09-2024 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: facilitador.

19-09-2024 17:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

19-09-2024 17:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde*

19-09-2024 17:45 - A mãe/pai adota comportamentos de vigilância e promoção da saúde da criança de acordo com a recomendação.

19-09-2024 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro

19-09-2024 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do lactente: facilitador.

19-09-2024 17:00 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: facilitadora.

19-09-2024 17:00 - Autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: facilitadora.

19-09-2024 17:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro*

19-09-2024 17:45 - A mãe/pai adota comportamentos para lidar com o choro de acordo com a recomendação.

19-09-2024 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento

19-09-2024 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador.

19-09-2024 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil

19-09-2024 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil

durante o período de lactente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-09-2024 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-09-2024 17:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de lactente [RESOLVIDO]

19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de lactente [após sessão de informoterapia] [FIM] 19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período de lactente: facilitador [MELHOROU].

19-09-2024 17:00 - Ensinar mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de lactente [FIM] 19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [RESOLVIDO] 19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [após sessão de informoterapia] [FIM] 19-09-2024 17:45

19-09-2024 17:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente: facilitador [MELHOROU].

19-09-2024 17:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [FIM] 19-09-2024 17:45

3.6. Especificação das intervenções

Ensinar mãe/pai a alimentar através de copo

- Vantagens da utilização de copo aberto: não interfere com a amamentação; opção segura para dar água ao lactente; material disponível em casa e sem grandes custos económicos; é de fácil higienização; estimula a deglutição e os movimentos orofaciais; promove a independência
- Quantidade de água no copo: 2/3 da capacidade total
- Características do copo: pequeno de plástico ou vidro, com bordos redondos (Australian Breastfeeding Association, 2022; Penny et al., 2018; University Hospital of Southampton, 2022; WHO, 2020b)

Instruir mãe/pai a alimentar através de copo

- Assegurar que o lactente está bem acordado
- Manter o lactente sentado, o mais direito possível

- Encher o copo com 2/3 de água
- Deixar o lactente pegar no copo, com ajuda
- Colocar a borda do copo nos cantos do lábio superior e pousar com suavidade no lábio inferior
- Inclinar o copo para que a água apenas toque nos lábios do lactente
- A água deve ser oferecida lentamente, com pausas, para facilitar a deglutição (Australian Breastfeeding Association, 2022; WHO, 2020b).

Ensinar mãe/pai sobre diversificação alimentar

- Evolução de texturas: oferecer alimentos de consistência progressivamente mais grumosa, por volta dos sete/oito meses e não ultrapassando os dez meses
- Introdução do glúten: a partir dos quatro meses e nunca após os onze meses
- Suplementação com ferro: não está recomendada a suplementação com ferro em lactentes de termo saudáveis (DGS, 2019; Fewtrell et al., 2017)

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente

- Estratégias que estimulam a postura e desenvolvimento da motricidade global (oferecer objetos diferentes e afastados, incentivando o lactente a deslocar-se até eles; colocar objetos em cima de uma superfície elevada estável, de forma a incentivá-lo a colocar-se de pé)
- Estratégias promotoras desenvolvimento da função motora fina (oferecer papel para amassar e rasgar; ensinar a colocar objetos dentro e fora de uma caixa; utilizar brincadeiras de tapar e destapar a cara; recorrer à imitação e aos jogos repetitivos como bater as palmas e acenar)
- Estratégias para estimular o desenvolvimento da visão, audição e linguagem (apontar para diferentes objetos e nomeá-los; disponibilizar objetos de cores diferentes e a distâncias diferentes; chamar o lactente pelo nome; repetir palavras simples como mamã, papá, adeus, sim, não, mais; nomear partes do corpo, pessoas, animais, objetos; imitar o som dos animais; bater palmas)
- Estratégias para estimular o comportamento interativo e a adaptação social: brincar ao “cucu”; ser firme na utilização do “não”; valorizar o comportamento adequado através do reforço positivo (DGS, 2013; Hockenberry et al, 2019; Martorell et al., 2020).

Ensinar mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de lactente

- Características da postura e motricidade global aos 9 meses: senta-se sozinho e fica sentado 10 a 15 minutos; põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se
- Características da visão e motricidade fina aos 9 meses: tem apreensão e manipulação; leva tudo à boca; aponta com o indicador; faz pinça; atira os objetos ao chão deliberadamente; procura o objeto que caiu ao chão
- Características da capacidade auditiva e da linguagem aos 9 meses: tem atenção rápida para os sons perto e longe; localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido; repete várias sílabas ou sons do adulto
- Características da capacidade de interação social aos 9 meses: leva um alimento à boca e mastiga; distingue os familiares dos estranhos (DGS, 2013; Gerber et al., 2010; Gerber et

al., 2011; Hockenberry et al., 2019; Martorrel et al., 2020; Serrano, 2018)

3.7. Síntese relativa ao caso

Prioridades no planeamento de cuidados

“A promoção e a otimização da saúde do lactente passa por uma vigilância contínua, mas também pela orientação e esclarecimento dos pais, que se encontram num período de transição para a parentalidade e de adaptação ao papel parental” (Chora, 2020, p.136). Assim, nesta consulta de vigilância de saúde, as prioridades no planeamento de cuidados emergiram não só dos dados recolhidos, mas também das questões colocadas pela mãe.

A ingestão nutricional surgiu como área prioritária, uma vez que o lactente tinha iniciado a diversificação alimentar duas semanas antes da consulta e a mãe tinha algumas dúvidas que pretendia esclarecer.

De facto, as orientações nacionais para a calendarização das consultas de saúde infantil estão de acordo com as idades-chave (DGS, 2013a; Fernandes & Andrade, 2020). Como mencionado no enquadramento teórico, estas correspondem a acontecimentos importantes na vida da criança, como as etapas desenvolvimentais e a alimentação (Hockenberry et al., 2019; Martorrel et al., 2020).

Tendo em conta a dependência e vulnerabilidade do lactente, a capacitação dos pais é um aspeto relevante. Esta capacitação acontece através do conhecimento empírico e comum, partilhado pela sociedade, mas também pelo conhecimento transmitido pelos profissionais de saúde que acompanham a família. Por isso, o EEESIP durante a consulta deve proporcionar a aquisição de competências necessárias e/ou o aperfeiçoamento das competências já adquiridas (Fernandes & Andrade, 2020).

Dado que a próxima consulta de saúde infantil será aos nove meses, os cuidados antecipatórios referentes à promoção do desenvolvimento infantil foram, também, uma prioridade.

Processo adaptativo

Relativamente ao processo adaptativo da mãe, nos diagnósticos do tipo “potencial para melhorar conhecimento” e “potencial para melhorar capacidade” foram definidos como objetivos processuais “melhorar conhecimento”, “melhorar capacidade”, “avaliar evolução do conhecimento” e “avaliar evolução da capacidade”, respetivamente.

Seguidamente, prescreveram-se intervenções do tipo informar, nomeadamente “ensinar”, com integridade referencial para melhorar o conhecimento, e “instruir” e “treinar”, de forma a melhorar a capacidade. Como forma de avaliar a eficácia das intervenções do tipo “ensinar” definiram-se critérios de resultado que corresponderam à verbalização por parte da mãe do conhecimento aprendido. As especificações da intervenção “instruir a mãe a alimentar através de copo”, ajudam a definir critérios de resultado que podem auxiliar na observação e avaliação desta capacidade da mãe. Estes critérios de resultado têm impacto direto na capacidade da mãe para alimentar o lactente através de copo, o que permite avaliar a eficácia das intervenções do tipo “instruir” e “treinar”.

Como referido anteriormente, a mãe está a vivenciar um processo de transição, relacionado com o exercício do seu papel parental desenvolvimental. A compreensão das propriedades e condições intrínsecas à transição, contribui para desenvolver as terapêuticas de enfermagem, que devem ser congruentes com as experiências singulares do cliente e da família (Meleis et al., 2000). No contexto da consulta de saúde infantil, a informoterapia é a terapêutica de enfermagem de eleição e destaque.

Para a prescrição adequada de informação, teve-se em consideração aspetos relacionados com a postura da mãe durante a consulta, com o interesse demonstrado sobre o assunto e com a disponibilidade para aprender. A consciencialização e o envolvimento da mãe foram avaliados e traduziram-se em propriedades que caracterizam a forma como está a ocorrer esta transição. Não houve nenhum *trigger* que indicasse a existência de significados dificultadores relativos à vacinação.

Adicionalmente, a preparação e conhecimento prévios, o *status* socioeconómico dos clientes (no sentido em que lhes permite dar resposta às necessidades da família) e a sociedade foram avaliados como condições facilitadoras do processo adaptativo. A preparação e conhecimento prévio, associado às características individuais forneceram-nos informações relevantes para dosear a quantidade de informação transmitida. Também se averiguou qual o estilo de aprendizagem preferencial da mãe (através de sessão de grupo, individual, com suporte de folheto impresso ou digital enviado por *email*, ...).

Contributos das intervenções face aos objetivos identificados

Como mencionado no quadro teórico, o EEESIP promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, através da transmissão de orientações antecipatórias à família (OE, 2018a). O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico e contínuo que impõe aos pais uma adaptação constante (Sousa, 2012), com vista o alcance da mestria e de uma integridade flúida.

Na conceção de cuidados há um conjunto de intervenções do tipo “informar”, tanto por via

do “ensinar”, como do “instruir” e “treinar”. Este conjunto de intervenções guarda relação direta com o conceito de informoterapia.

Através da informoterapia, o enfermeiro prescreve informação pertinente e atualizada, assente em evidência científica, para dar resposta às necessidades da mãe e apoiar o exercício do seu papel parental desenvolvimental. Trata-se de uma terapêutica de enfermagem efetiva na facilitação de transições, constituindo-se como um importante instrumento no apoio ao cliente que está a vivenciar uma transição, ajudando-o a satisfazer as necessidades de informação, essenciais a uma adaptação saudável (Meleis et al., 2000).

As intervenções do tipo “avaliar” permitem determinar a evolução da condição da mãe e do lactente ao longo das consultas de vigilância.

Timing da avaliação do objetivo final

Os dados expressos na conceção de dados relativos aos domínios “eliminação intestinal”, “eliminação urinária”, “pele e mucosas”, “sono” e “comportamentos de ligação filho-mãe/pai” são manifestações da normatividade destes aspetos e permitiram determinar o tipo de papel parental: desenvolvimental ou especial. Os dados relativos aos “comportamentos de ligação mãe/pai-filho” e “comportamentos para amamentar” também não se traduziram num diagnóstico de enfermagem. Como estes aspetos são focos importantes na avaliação que o EEESIP faz do lactente e da mãe, com vista à maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil (OE, 2018a), e são aspetos preconizados pela consulta programada dos nove meses, definiu-se a avaliação do objetivo final “determinar evolução” para a consulta de saúde infanto-juvenil seguinte - a consulta dos nove meses.

No que é relativo ao papel parental desenvolvimental, a avaliação do objetivo final, que expressa a mestria enquanto indicador de resultado, remete para a avaliação do papel parental. Quando o conhecimento e a capacidade da mãe sobre as diferentes dimensões do exercício do papel parental (higiene e conforto, sono/repouso, segurança, lidar com o choro, vigilância e promoção de saúde e crescimento) era facilitador, programou-se a avaliação do papel parental para o momento da avaliação, uma vez que estes são indicadores processuais do desempenho parental.

As intervenções do tipo “avaliar evolução do conhecimento” e “avaliar evolução da capacidade” foram programadas para o fim da sessão de informoterapia, de forma a avaliar a evolução do conhecimento e da capacidade da mãe sobre os diferentes aspetos que necessitavam de serem melhorados, relativos à ingestão nutricional e ao desenvolvimento infantil.

Considerando que, do ponto de vista do neurodesenvolvimento, por volta dos sete meses os lactentes estão prontos para evoluir nas texturas dos alimentos (DGS, 2019; Fewtrell et

al., 2017), no plano terapêutico estabelecido com a mãe, optou-se por agendar uma consulta após sete semanas, permitindo que: o lactente estivesse numa fase do desenvolvimento adequada à evolução das texturas dos alimentos; que a mãe pudesse já ter iniciado esta nova etapa da alimentação infantil e fosse capaz de identificar eventuais dificuldades/questões; que o EEESIP, durante a consulta agendada pudesse avaliar a evolução do papel parental desenvolvimental relacionado com a ingestão nutricional. Ressalvou-se que em qualquer ocasião poderia contactar a enfermeira de família através do endereço eletrónico ou do número de telefone profissional, se surgisse alguma dúvida ou questão de outra natureza.

Considerando que o crescimento e o desenvolvimento infantil são processos dinâmicos e contínuos e constituem-se como indicadores indiretos da qualidade do exercício parental, não se prescreveu a avaliação da evolução do papel parental desenvolvimental relativo ao crescimento e ao desenvolvimento infantil.

4. CASO 2- CRIANÇA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Criança de 2 anos e 9 meses internada no serviço de pediatria com o diagnóstico de pneumonia complicada com derrame pleural de pequeno volume à direita. História clínica: Desde 20/10 com um pico febril diário à noite; a 27/10 com encurtamento dos intervalos de apirexia (+-8h/8h) e tosse produtiva, com predomínio noturno e agravamento progressivo. Associadamente com recusa alimentar, a aceitar sobretudo líquidos. Recorreu ao serviço de urgência a 29/10, tendo-se detetado diminuição do murmúrio vesicular na base à direita, durante a auscultação. Após a realização dos exames complementares de diagnóstico, decide-se internamento para continuação de cuidados. História alimentar: Leite materno exclusivo até aos 2 meses, depois com leite adaptado; iniciou diversificação alimentar aos 4 meses. Evolução desenvolvimento físico: Peso - P3-15 até aos 5 meses » P15-50 até aos 14 meses » P50-85 até aos 23 meses » P85-97 até aos 2 anos e 4 meses » atualmente » P97. Comprimento - P15-50 até aos 8 meses » a evoluir ao longo do P50 até aos 22 meses » posteriormente P50-85. Perímetro cefálico - evolução no P50-85. Imunizações: PNV atualizado, com BCG; Vacinas extra-programa » 3 doses anti-rotavírus + 2 doses anti-Men-ACWY + 1 dose Prevenar20. Antecedentes patológicos: pneumonia da base esquerda aos 15 meses, medicada com amoxicilina PO, com boa evolução clínica; sibilância recorrente, seguida em consulta de alergologia pediátrica. Medicação habitual: montelucaste 5mg/dia; fluticasona+formoterol 125ug+5ug/ 2xdia. Antecedentes familiares: pai com rinite alérgica; mãe com asma; irmã de 9 anos com asma. A conceção de cuidados que se segue remete-se ao primeiro (1ª e 2ª sessões) e ao quinto dias (3ª e 4ª sessões) de internamento.

4.1. Enquadramento teórico

Desenvolvimento na idade *toddler*

O período *toddler* refere-se ao estágio desenvolvimental da criança entre os doze e os trinta e seis meses. Frequentemente, é associada a expressão “terríveis dois anos”, uma vez que se trata de uma fase particularmente desafiante do crescimento e desenvolvimento infantil (Hockenberry et al., 2019).

Desenvolvimento físico

No que se refere ao desenvolvimento físico, a partir dos doze meses há uma

clara desaceleração do crescimento. Aos dois anos, a criança tem o quádruplo do peso de nascença e, por cada ano, ganha aproximadamente entre 1,8 e 2,7 Kg, apresentando um peso médio de 12 kg. A altura aumenta cerca de 7,5 cm por ano, e, por isso, nesta idade mede cerca de 86,6cm (Hockenberry et al., 2019).

A velocidade de crescimento do perímetro cefálico também diminui. Em oposição, o perímetro torácico continua a aumentar, chegando a ultrapassar o perímetro cefálico. Após os dois anos, o perímetro torácico ultrapassa o abdominal e, conjuntamente com o alongamento dos membros inferiores, a criança começa a adquirir uma aparência mais alta e esguia (Hockenberry et al., 2019).

Quanto à dentição, surgem os quatro segundos pré-molares, o que quer dizer que, por volta dos três anos a criança apresenta a dentição decídua completa (Silva, 2020).

Desenvolvimento psicomotor

Segundo a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, o estágio pré-operatório engloba as crianças com idades entre os 24 meses e os quatro anos. Por volta dos dois anos, o *toddler* entra na fase pré-concetual do desenvolvimento cognitivo – uma fase transitória que faz a ponte entre o comportamento exclusivamente dirigido para a autossatisfação da infância e o comportamento social subdesenvolvido do lactente. Portanto, o estágio pré-operatório é caracterizado pela utilização egocêntrica da linguagem (repetição do som ou da palavra pelo prazer de a ouvir e não pela intenção de comunicar) e pela dependência da percepção na resolução de problemas (resolvem os problemas em função do que vem ou ouvem e não do que sabem do objeto ou da situação) (Cevolane et al., 2017; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019; Serrano, 2018).

A teoria da vinculação de Bowlby, explica que dos seis meses até aos dois/três anos existe uma manutenção da proximidade com uma figura discriminada através de sinais (Bowlby, 1982). A aquisição do andar é um dos marcos do desenvolvimento psicomotor do *toddler*. Esta nova competência facilita a procura ativa de proximidade com a pessoa de referência/figura de vinculação. Concomitantemente, nesta fase a criança passa a distinguir as pessoas significativas dos estranhos, o que se torna evidente através da manifestação de comportamentos de alarme e retraimento (Bowlby, 1982). Em resposta, são manifestados diferentes sinais como choro, sorriso, chamamento, gestos; ou através do andar, que permite regular a proximidade. Com o início da exploração do meio circundante, a criança recorre à figura de vinculação como base segura, para onde volta para se reconfortar (Bowlby, 1990).

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson descreve a aquisição do sentido de autonomia como a principal tarefa desenvolvimental do período *toddler*. A criança percebe a previsibilidade e consistência nos pais, nos outros e no ambiente e começa a compreender que tem algum efeito sobre eles também. Contudo, é confrontada com o conflito de deixar

de depender de terceiros e adquirir autonomia. O negativismo (responder não a tudo; grandes flutuações de humor; chorar intensamente quando contrariada pelos pais e logo a seguir pedir conforto através do colo) e o ritualismo (necessidade de manter as coisas iguais e consistentes, o que gera conforto na previsibilidade dos acontecimentos) são características típicas da aquisição da autonomia. Durante esta fase do desenvolvimento psicossocial há um enfoque claro no desenvolvimento do ego. O *toddler* manifesta dificuldades em gerir impulsos, em lidar com a frustração e aprender formas socialmente aceitáveis de interagir com os outros e com o meio envolvente. Por um lado, diferencia-se dos outros, aumenta a autoconfiança e começa a desenvolver consistência da capacidade em atingir determinados objetivos. Por outro lado, ganha consciência da possibilidade de falhar ou errar, o que poderá conduzir à dúvida, vergonha e frustração (Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019).

Na idade *toddler*, a principal competência motora grossa é o desenvolvimento do andar. Por volta dos doze/treze meses podem já ser capazes de andar, com uma base de sustentação alargada, de forma a favorecer o equilíbrio. Entre os dois e os três anos, há um refinamento nesta competência, com melhoria na postura ereta e bípede, melhor coordenação e equilíbrio.

Por volta dos dois anos, poderão já ser capazes de subir e descer degraus. No final do segundo ano, mantêm o equilíbrio quando apoiados num só pé e sobem e descem degraus, utilizando os pés alternadamente (Gerber et al., 2010; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019).

Ao nível da motricidade fina, há um refinamento na destreza manual e uma maior coordenação nas atividades (Gerber et al., 2010; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019).

A audição, o olfato, o paladar e o tato tornam-se mais desenvolvidos e capazes de serem utilizados em simultâneo. O *toddler* utiliza-os para explorar e conhecer os diferentes espaços que o rodeiam (Silva, 2020).

Aos dois anos, os sinais de alarme são: não anda ou anda sistematicamente em pontas dos pés; deita os objetos fora e não faz nenhum tipo de construções; não parece compreender o que é dito; não pronuncia palavras inteligíveis; não se interessa pelo ambiente circundante; não estabelece contacto; não faz imitações; não aponta, não pede e não mostra; tem estrabismo (DGS, 2013; Gerber et al., 2011; Pinto, 2009).

Desenvolvimento das necessidades desenvolvimentais associadas aos processos corporais

No início do período *toddler*, os processos digestivos estão praticamente completos. O ritmo de crescimento abranda, diminuindo as necessidades calóricas, de proteínas e de lípidos. Isto pode ser manifestado através de uma diminuição do apetite, ao qual comumente se designa

de anorexia fisiológica (Hockenberry et al., 2019; Tomada et al., 2015). A partir dos 12 meses a criança já pode ser incluída no regime alimentar familiar, tendo atenção ao consumo de açúcar, sal e gorduras (Rodrigues & Melchiori, 2014). Durante as refeições, pode-se permitir a exploração livre dos alimentos com as mãos, dando tempo e espaço à criança para se alimentar ao seu ritmo. Com a evolução da motricidade fina, pode-se incentivar a utilização da colher e, posteriormente do garfo e, em último, da faca (Silva, 2020).

Quanto à higiene e conforto, é importante a incorporação da higiene oral como rotina familiar. A lavagem dos dentes deve ser feita pelos pais, com participação da criança, sempre após as refeições e antes de deitar (Hockenberry et al., 2019; Silva, 2020), com recurso a escova de dentes de tamanho adequado à idade, com cerdas macias e utilizando uma pasta dentífrica fluoretada de 1000 a 1500ppm, quantidade idêntica ao tamanho da unha do quinto dedo da criança (DGS, 2021). Nesta faixa etária, o elogio funciona particularmente bem e ajuda a reforçar a importância do hábito de higiene oral (Silva, 2020).

Para uma criança entre os 12 e os 24 meses, o padrão de sono e repouso corresponde a cerca de dez a 11 horas de sono noturno, completadas por sesta de duas a quatro horas. Ao aproximar-se dos três anos, a criança dorme entre dez e 11 horas por noite e uma a três horas durante o dia (Paruthi et al., 2016; SPP, 2017; WHO, 2020). Nesta faixa etária poderá haver alguma resistência à hora de deitar, despertares e medos/terrores noturnos (Hockenberry et al., 2019; Mindell et al., 2016; Ophoff, et al., 2018; Silva, 2020) e incapacidade de adormecer sozinho (Hiscock & Davey, 2018).

No que à eliminação intestinal e vesical diz respeito, a maturação do aparelho gastrointestinal e urinário permite o controlo voluntário da eliminação. A capacidade para controlar os esfíncteres anal e vesical dá-se entre os 18 e os 24 meses (Silva, 2020). A capacidade da bexiga aumenta e, entre os 14 e os 18 meses, o *toddler* passa a ser capaz de reter a urina durante duas ou mais horas (Hockenberry et al., 2019).

Contexto de Internamento

A hospitalização de uma criança é sempre um acontecimento gerador de *stress* tanto para a criança como para os pais (Tavares, 2020). A doença e consequente hospitalização da criança acarretam mudanças no quotidiano da criança e pessoas significativas e tem um impacto efetivo no sistema familiar, ao nível dos papéis dos membros da família (Bazzan et al., 2020; Melo & Frizzo, 2017). Há uma necessidade inerente de adaptação da dinâmica familiar, de forma que os seus elementos encontrem um novo equilíbrio (Melo & Frizzo, 2017).

Com a hospitalização do filho, os pais experimentam uma crise de identidade parental pautada pela dúvida e incerteza do que podem ou não fazer e/ou o que os profissionais de saúde

esperam que eles façam (OE, 2015a). Considerando que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos filhos, dar resposta às necessidades deste binómio, através da valorização das expectativas dos pais e da negociação de papéis (OE, 2015a; Sousa et al., 2023), poderá minimizar os efeitos negativos da hospitalização (Tavares, 2020), facilitando a adaptação este evento crítico (OE, 2015). Assim, o compromisso do EEESIP deve passar pela *“colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando os pais de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, e capacitando-os para que possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos”* (OE, 2015a, p.19).

Como a hospitalização interrompe de forma abrupta o dia-a-dia da criança é crucial que, na admissão hospitalar, se recolham dados sobre os padrões habituais dos processos corporais e identifiquem hábitos e preferências da criança (Pinto e Figueiredo, 1995, como citado em Fernandes, 2020). Por outro lado, é determinante envolver os pais na prestação de cuidados e procurar manter, tanto quanto possível, os hábitos de sono, higiene, alimentação e eliminação. Isto facilita a aproximação dos cuidados hospitalares aos cuidados familiares (Fernandes, 2020; OE, 2015a).

Os fatores potenciadores de *stress* incluem a separação dos pais, medo do desconhecido, perda de controlo e autonomia, lesão corporal e morte. Estes fatores refletem-se de diferentes formas consoante o estágio desenvolvimental da criança e, por sua vez, influenciam a maneira como a criança vivencia este período de crise (Tavares, 2020).

Na primeira infância, a ansiedade de separação é o principal fator indutor de *stress*. Se for minimizado com a presença dos pais, poderá ajudar a diminuir os outros fatores stressantes. Com o aproximar da idade pré-escolar, a criança mostra-se mais segura nas relações interpessoais e pode já ser capaz de tolerar períodos curtos de separação. Em relação à perda de controlo, para os *toddlers* manter as rotinas na satisfação das necessidades humanas transmite-lhes a sensação de controlo. Contudo, considerando as características da idade – negativismo e egocentrismo – poderão apresentar reações mais energéticas e resistentes. As crianças nesta faixa etária podem reagir do mesmo modo e com a mesma intensidade a procedimentos dolorosos e não dolorosos. Demonstram-se emocionalmente instáveis, com bastante resistência física a qualquer procedimento. Nesta idade, são capazes de comunicar mais facilmente a dor que experienciam (Sanders, 2014, como citado em Tavares, 2020).

É fundamental que o enfermeiro tenha em consideração o estágio desenvolvimental da criança para poder planear e adequar as intervenções de enfermagem.

Transição desenvolvimental

Como referido na introdução do relatório, a Enfermagem tem como foco de atenção as

respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de vida e/ou com processos de saúde/doença (Meleis et al., 2020).

O cenário apresentado representa um episódio de internamento por um processo de agudização de um processo corporal (pneumonia) de uma criança anteriormente diagnosticada uma condição clínica (sibilância recorrente), que pode cursar com o desenvolvimento de uma condição crónica (asma), e da qual resulta necessidades especiais complexas.

Ao tomarmos como cliente a mãe, podemos dizer que está a vivenciar em simultâneo uma transição desenvolvimental, associada ao exercício parental, e uma transição associada ao exercício do papel relacionada com os cuidados de saúde (Sousa et al., 2023).

No que é relativo às propriedades da transição, no caso exposto, a consciencialização poderá ser traduzida através da perceção, do conhecimento e do reconhecimento que a mãe demonstra sobre aquilo que é o processo de transição para o exercício do seu papel parental e das mudanças que já ocorreram e poderão ocorrer, fruto das necessidades, desenvolvimentais e especiais, da filha. Assim, esta propriedade poderá fornecer informação relevante sobre o modo como está a ocorrer a adaptação ao papel, e, ao mesmo tempo, fornecer de dados que nos remetem para fatores ligados a uma integridade fluída. O envolvimento, caracterizado pelo grau em que o indivíduo demonstra envolvimento nos processos inerentes à transição, também poderá fornecer dados relativos ao processo adaptativo, constituindo-se como um dado relevante para a avaliação da transição (Meleis et al., 2000). No caso clínico descrito, o episódio de internamento por doença aguda define um evento crítico desta transição.

Tendo em consideração a relevância das condições pessoais, da comunidade ou da sociedade para a vivência de uma transição saudável (Meleis et al., 2000), a conceção de cuidados irá espelhar a avaliação destes aspetos, das diferentes especificações do conhecimento relacionadas com o papel parental especial e desenvolvimental.

Os padrões de resposta permitem perceber se a mãe está a vivenciar uma transição saudável e prescrever e implementar terapêuticas de enfermagem ajustadas às suas necessidades (Meleis et al., 2000). Neste caso específico, a avaliação do grau de mestria permite: (1) identificar oportunidades de desenvolvimento da mestria da mãe durante o internamento e orientar a ação do enfermeiro para melhorar o desempenho do papel parental especial, durante a hospitalização; ou (2) promover, durante o internamento, o desempenho parental especial, se a mãe demonstrar competências parentais efetivas (Sousa et al., 2023).

Modelo de Parceria de cuidados

Como referido anteriormente, adotar o Modelo de Parceria de Cuidados significa envolver ativamente os pais, e neste caso particular, a mãe, nos cuidados prestados à criança, em função

da sua vontade, disponibilidade e perícia (Casey, 1995). A utilização disseminada deste modelo nos contextos da prática, ajuda a manter o lugar da criança na família e assegura o direito da família estar unida nos momentos críticos e mais desafiantes do processo adaptativo (Monteiro & Cerqueira, 2020). Paralelamente, integrar na parceria as preferências do binómio permite minimizar alguns dos efeitos negativos da hospitalização e planear atempadamente a preparação para o regresso a casa (OE, 2015a; Tavares, 2020; Sousa et al., 2023).

Como não há uma fronteira intransponível na prestação de cuidados, em determinadas circunstâncias, o enfermeiro pode ter de assegurar cuidados que respondam às necessidades desenvolvimentais e de autocuidado da criança. Da mesma forma, poderá ser necessário que os pais, com ensino, instrução, treino e supervisão do enfermeiro, prestem cuidados que visam dar resposta às necessidades especiais da criança (Casey, 1995).

Ao empoderarem os pais, os enfermeiros trabalham em estreita interação com estes, de modo que mantenham ou adquiram confiança, conhecimento e capacidade para reconhecerem e ultrapassarem as mudanças impostas pela transição. Esta capacitação e empoderamento das famílias facilita o processo adaptativo, tornando-as mais capazes e peritas no exercício do seu papel parental especial (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Informoterapia

A informoterapia, definida como a prescrição oportuna de informação científica e atualizada sobre a saúde, permite atender às necessidades do cliente e apoiar a tomada de decisão informada (Mettler & Kemper, 2005). Assim, a informoterapia constitui-se como uma terapêutica de enfermagem efetiva na facilitação de transições saudáveis, ajudando o cliente a satisfazer as necessidades de informação, essenciais para uma adaptação saudável (Sousa, 2012).

No contexto de internamento, as terapêuticas de enfermagem devem ter como intenção a promoção da adaptação dos pais à doença, a negociação da sua participação nos cuidados (parceria de cuidados), a avaliação do conhecimento sobre os diferentes aspetos do papel parental (fator facilitador da transição; indicador de mestria no desempenho do papel parental) e o apoio emocional. Através destas intervenções com intencionalidades específicas, o enfermeiro constitui-se como um agente facilitador do processo de adaptação dos pais ao exercício do seu papel durante a hospitalização (OE, 2015a).

Pneumonia na infância

Pneumonia é uma infeção do trato respiratório com apresentação clínica de febre e sinais e sintomas respiratórios de início agudo, associados a alterações na radiografia torácica. Na ausência de histórico de internamento nos últimos sete dias, o diagnóstico é

pneumonia adquirida na comunidade (PAC), uma vez que a criança adquiriu a infeção no ambiente extrahospitalar (DGS, 2012; Rocha et al., 2014; SPP, 2007).

A PAC é responsável por uma grande percentagem de morte de crianças com idade inferior a cinco anos em todo o mundo. Esta doença impõe uma carga substancial aos serviços de saúde e é uma das principais causas de encaminhamento e internamento hospitalar (Nascimento-Carvalho, 2020).

Em Portugal, a PAC é uma das principais causas de morbidade/mortalidade em idade pediátrica, com uma incidência anual de internamentos de cerca de 30/1000 (SPP, 2007).

Os agentes etiológicos variam consoante a idade da criança, sendo que entre os três meses e os cinco anos, os mais frequentes são os vírus respiratórios, como vírus sincicial respiratório, parainfluenza, adenovírus, metapneumovírus, ou as bactérias gram positivas como *streptococcus pneumoniae* (DGS, 2012; Rocha et al., 2014; SPP, 2007).

As manifestações clínicas mais frequentes são: tosse, geralmente acompanhada por febre; vômitos após acesso de tosse; recusa alimentar; irritabilidade; e dor (torácica e/ou epigástrica) (DGS, 2012; Rocha et al., 2014).

A decisão de tratamento baseia-se em critérios relacionados com a apresentação clínica e com critérios epidemiológicos, como a idade da criança, frequência da creche e contexto familiar de infeção (Rocha et al., 2014; SPP, 2007). O tratamento deverá incluir medidas gerais de controlo de sintomas, hidratação e oxigenação adequadas (Rocha et al., 2014). Existe uma concordância geral entre diretrizes internacionais de que a amoxicilina administrada por via oral é a opção de primeira linha para tratar crianças em ambulatório e a ampicilina endovenosa é a opção de eleição no tratamento de crianças, com menos de cinco anos e com critérios de internamento (Nascimento-Carvalho, 2020; Rocha et al., 2014).

Sibilância recorrente

A sibilância constitui um sinal respiratório inespecífico, definido como um som musical de alta frequência, com predomínio na expiração e que resulta da obstrução do fluxo das vias respiratórias. Este som é passível de ser audível com estetoscópio - o sibilo - ou sem auxílio de qualquer instrumento/aparelho - a pieira (DGS, 2014). Trata-se de uma manifestação típica em idade pediátrica devido às características anatómicas e funcionais das vias aéreas (menor calibre, espessura e elasticidade) e dimensão de tecido linfoide (anel linfático Waldeyer) (DGS, 2014; Ferreira & Guilherme, 2020; Sampaio et al., 2010).

A sibilância é uma entidade relativamente frequente em pediatria (DGS, 2014; Sampaio et al., 2010): até aos três anos de idade, cerca de 30 a 50% das crianças têm pelo menos um episódio de sibilância (DGS, 2014; Ferreira & Guilherme, 2020). É uma manifestação que cursa

com diversas doenças do aparelho respiratório e, por isso, pode ser tradutora de diferentes diagnósticos e, sobretudo, de diferentes prognósticos. A maioria dos casos de sibilância resolve espontaneamente até à idade escolar, contudo, uma pequena percentagem acaba por ser diagnosticada com asma (DGS, 2014; Ferreira & Guilherme, 2020; Sampaio et al., 2010). A asma constitui a causa mais frequente de doença crónica em idade pediátrica (DGS, 2014).

Estabelecer o diagnóstico de sibilância na criança e instituir a terapêutica adequada, permite reduzir a morbilidade associada a um início precoce de doença (DGS, 2014).

A sibilância recorrente é definida como a manifestação de três ou mais episódios de sibilância nos três primeiros anos de vida ou três ou mais episódios no último ano, com resposta a broncodilatadores e intervalos livres de sintomas (DGS, 2014; Ferreira & Guilherme, 2020). Trata-se de uma entidade heterogénea e multifatorial, resultante da expressão fenotípica de polimorfismos genéticos (atopia, antecedentes familiares de asma, sibilância transitória dos primeiros anos de vida) e da interação de fatores ambientais (infecções víricas precoces, tabagismo, história de alergias) (DGS, 2014; Ferreira & Guilherme, 2020; Sampaio et al., 2010).

4.2. Clientes

Cliente

Toddler | Idade: 2 anos | Feminino

Mãe/Pai

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Figura parental principal: mãe.

30-10-2024 22:00 - Distância casa/hospital: 25km.

30-10-2024 22:00 - Número de outros filhos: 1.

30-10-2024 22:00 - Filho(s) escolar.

30-10-2024 22:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: especial.

30-10-2024 22:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-30 22:00:00	Ampicilina 890mg EV 6/6h	
2024-10-30 22:00:00	Fluticasona+formoterol 125ug+5ug 9h 21h	
2024-10-30 22:00:00	Paracetamol OR XAR 267mg SOS	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Ampicilina

Grupo medicamentoso: Antibiótico antibacteriano beta-lactâmico, pertencente à família das aminopenicilinas (Ferreira, 2023; Infarmed, 2010).

Indicações terapêuticas: Tratamento de infeções bacterianas graves a moderadamente graves, causadas por microrganismos Gram positivo e Gram-negativo suscetíveis à ampicilina (Ferreira, 2023; Infarmed, 2010). A PAC é uma das indicações terapêuticas da ampicilina (DGS, 2012; Nascimento-Carvalho, 2020; Rocha et al., 2014).

Administração: Para administração por via endovenosa reconstitui-se os 250-1000mg de pó com 5ml de água para preparação de injetáveis ou de cloreto de sódio 0,9%. Posteriormente, diluir em 10 a 20ml de cloreto de sódio 0,9% e administrar durante 3 a 5 minutos (Ferreira, 2023).

Reações adversas frequentes: Exantema, alterações gastrointestinais (náuseas e/ou diarreia) e dor no local de administração (Ferreira, 2023; Infarmed, 2010).

Cuidados de enfermagem: Determinar a evolução de integridade dos tecidos; determinar a evolução da eliminação intestinal; avaliar a evolução de sinais de dor; avaliar a evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico (CVP). Estes parâmetros serão avaliados na conceção de cuidados: através da seleção dos domínios "pele e mucosas", "eliminação intestinal" e "sensações somáticas" (descritos no subcapítulo 4.5); nos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica (representados no subcapítulo 4.4), onde estarão explanados os objetivos e as intervenções de enfermagem relacionadas com a presença do CVP, necessário para a administração da terapêutica endovenosa.

Paracetamol

Grupo farmacológico: Antipirético e analgésico (Infarmed, 2023; Ordem dos Farmacêuticos, 2023).

Indicações terapêuticas: Dor ligeira a moderada; febre (Infarmed, 2023; Ordem dos Farmacêuticos, 2023).

Administração: A dose a administrar depende da idade e do peso corporal do utente (Infarmed, 2023). A dose única habitual é de 10 - 15 mg/kg de peso corporal, até um máximo de 90 mg/kg de peso corporal de dose máxima diária (DGS, 2018c). Pode ser administrado em intervalos de seis a oito horas, até três a quatro vezes por dia, desde que a dose máxima diária não seja ultrapassada (Infarmed, 2023).

Reações adversas frequentes: Sonolência, alterações gastrointestinais (náuseas/vómitos/obstipação) (Infarmed, 2023; Ordem dos Farmacêuticos, 2023).

Cuidados de enfermagem: Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência; avaliar evolução da eliminação intestinal; avaliar evolução de sinais de dor; avaliar evolução da temperatura corporal. Estes parâmetros serão avaliados na conceção de cuidados: através da seleção dos domínios "consciência", "eliminação intestinal" e "sensações somáticas", conforme apresentado no subcapítulo 4.5.

Fluticasona+Formoterol

Grupo farmacológico: Associação de um corticosteroide sintético e um agonista seletivo dos recetores adrenérgicos β_2 de ação longa (Bodzenta-Lukaszuk et al., 2011; DGS, 2015).

Indicações terapêuticas: Utilizado no tratamento da asma.

Administração: A administração é feita por via inalatória. Atualmente, esta é reconhecida como a via de eleição para a administração de fármacos no tratamento de doenças respiratórias (Aguiar et al., 2017; Chong-Silva et al., 2020; DGS, 2017a), uma vez que permite uma ação terapêutica mais rápida e com maior eficácia, utilizando doses menores de terapêutica, associando-se a menos efeitos adversos (Aguiar et al., 2017; Chong-Silva et al., 2020). Deve-se privilegiar a via bucal, uma vez que a respiração nasal condiciona uma diminuição de 50% da quantidade de fármaco que atinge as vias aéreas inferiores (Aguiar et al., 2017). De salientar que em idade pediátrica existem algumas particularidades relevantes: grande variabilidade do padrão respiratório dos lactentes e das crianças; débitos inspiratórios baixos; e volumes correntes pequenos. Adicionalmente, inspiração por via nasal e o choro podem reduzir a deposição e absorção do fármaco para valores subterapêuticos (Aguiar et al., 2017; Chong-Silva et al., 2020).

A fluticasona+formoterol está disponível sob a forma de inalador pressurizado de

dose calibrada. Este tipo de inaladores comporta uma dificuldade notória na coordenação entre a ativação do inalador e a inalação (Aguiar, et al., 2017), de grande relevância para a pediatria. Por isso, está recomendado a utilização de câmaras expansoras (Aguiar et al., 2017; DGS, 2017a).

Técnica de administração: (1) Posicionar a criança - fowler, semi-fowler ou em pé; (2) retirar a tampa do inalador e agitar durante 5 segundos; (3) adaptar o inalador à câmara, ficando na vertical e formando um "L"; (4) adaptar a máscara da câmara à face da criança; (5) ativar o inalador, idealmente no final da expiração; (6) aguardar 5 inspirações; (7) retirar a câmara e esperar pelo menos 30 segundos antes de repetir a nova administração de fármaco; (8) lavar a cavidade bucal e a cara após o procedimento (Aguiar et al., 2017).

Reações adversas: As reações adversas conhecidas são pouco frequentes (cefaleias, batimento cardíaco irregular, alterações no paladar ou disфонia, boca seca, dor de garganta).

Cuidados de enfermagem: Avaliar a evolução de sinais de dor; avaliar evolução de sinais de arritmia; avaliar evolução de integridade dos tecidos; avaliar evolução da ventilação. Estes parâmetros serão avaliados na conceção de cuidados: através da seleção dos domínios "pele e mucosas", "sistema cardiovascular", "sensações somáticas" e "sistema respiratório", tal como explicitado no subcapítulo 4.5.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - FiO₂: 21 %.

30-10-2024 22:00 - Débito de oxigénio: 1.00 L/min.

30-10-2024 22:00 - Assegurar oxigenoterapia [FIM] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Manter oxigenoterapia [FIM] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Regime de Isolamento [RESOLVIDO] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Características do regime de isolamento: Isolamento de gotícula.

30-10-2024 22:00 - Promover papel parental especial: adesão ao regime de isolamento [FIM] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime de isolamento: facilitadora.

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão ao regime de isolamento [FIM] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:15 - A mãe/pai adota regime de isolamento de acordo com a recomendação.

Sondas, Drenos e Cateteres

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Sonda de oxigénio [RESOLVIDO] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Características do dispositivo: cânula nasal.

30-10-2024 22:00 - Assegurar funcionamento da sonda [FIM] 03-11-2024 09:0030-10-2024 22:00 - *Otimizar sonda de oxigénio [1x turno]* [FIM] 03-11-2024 09:00**30-10-2024 22:00 - Cateter venoso periférico**

30-10-2024 22:00 - Localização do cateter venoso periférico

30-10-2024 22:00 - Mão Esquerda(o)

30-10-2024 22:00 - Características do dispositivo: 22G.

30-10-2024 22:00 - Ausência de dor.

30-10-2024 22:00 - Ausência de calor.

30-10-2024 22:00 - Ausência de rubor.

30-10-2024 22:00 - Ausência de tumefação.

30-10-2024 22:00 - Ausência de exsudado.

30-10-2024 22:00 - Ausência de infiltração.

30-10-2024 22:00 - Assegurar funcionamento do cateter30-10-2024 22:00 - *Otimizar cateter venoso periférico [1x turno]***30-10-2024 22:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**30-10-2024 22:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico*

03-11-2024 09:00 - Localização do cateter venoso periférico

03-11-2024 09:00 - Antebraço Esquerda(o)

03-11-2024 09:00 - Ausência de dor.

03-11-2024 09:00 - Ausência de calor.

03-11-2024 09:00 - Ausência de rubor.

03-11-2024 09:00 - Ausência de tumefação.

03-11-2024 09:00 - Ausência de exsudado.

03-11-2024 09:00 - Ausência de infiltração.

30-10-2024 22:00 - *Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]***30-10-2024 22:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**30-10-2024 22:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]*30-10-2024 22:00 - *Trocar cateter venoso periférico [SOS]***4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.****Oxigenoterapia**

Todos os anos, quase seis milhões de crianças morrem de doenças evitáveis ou facilmente tratáveis. A pneumonia é causa de morte mais prevalente em crianças com menos de cinco anos, estando a hipoxémia na base do problema (Rodríguez et al., 2017).

A hipoxémia é definida pela diminuição da pressão de oxigénio parcial no sangue arterial abaixo dos 60mmHg, enquanto a hipoxia é caracterizada pela diminuição de oxigénio nos tecidos. Em ambas está indicada a administração de oxigénio como medida terapêutica (Rodríguez et al., 2017).

A oxigenoterapia, definida com o aporte artificial de oxigénio no ar inalado, é a medida terapêutica mais frequente em pessoas com alterações respiratórias. Tem como objetivos: prevenção da hipoxémia, tratamento da hipertensão pulmonar e redução do trabalho respiratório e cardíaco (Rodríguez et al., 2017).

A monitorização da oxigenoterapia é realizada por via da oximetria de pulso e/ou de gasometria arterial. Determina-se a necessidade de suplementar a criança com oxigénio quando: a saturação de hemoglobina no sangue periférico é inferior a 93-95%; ou os valores da pressão de oxigénio parcial no sangue arterial são inferiores a 60 mmHg (Pírez et al., 2020; Rodríguez et al., 2017).

O sistema tegumentar das crianças é ainda imaturo e frágil, tornando-se mais suscetível a lesões. Humidificar o oxigénio ajuda a prevenir da ocorrência de lesões na mucosa (Pírez et al., 2020).

Avaliação da saturação periférica de oxigénio

A monitorização através da oximetria de pulso é um método não invasivo que através de sensor emissor de luz, avalia a percentagem de hemoglobina saturada - saturação de oxigénio (Pírez et al., 2020).

De notar que este dispositivo tem algumas limitações que poderão comprometer a leitura da saturação periférica de oxigénio, nomeadamente: qualquer condição clínica que provoque vasoconstrição, hipotermia, estado de choque ou baixa perfusão; presença de movimentos corporais; hemoglobina disfuncional; carboxi-hemoglobina; queimaduras; necrose por pressão, anemia falciforme; nível de saturação de oxigénio inferior a 70%; mau posicionamento do sensor; e, ainda, hipoxia localizada (Alves et al., 2016).

Assim, durante a avaliação da saturação periférica de oxigénio na criança deve-se ter em consideração a correta colocação do sensor; se a criança se está a movimentar; se há presença de luz que possa interferir; se o dispositivo e cabo do monitor estão danificados ou dobrados; e se a criança tem sinais de dificuldade respiratória evidente. A observação de uma curva linear (sem interferências) no monitor, indica que o valor de saturação periférica é real. Desta forma, é possível administrar apenas a quantidade de oxigénio necessária.

Cânula nasal

Os dispositivos de oxigenoterapia são classificados em dois grupos: dispositivos de baixo fluxo (ou de saída variável) e dispositivos de alto fluxo (ou de saída fixa). Os dispositivos de baixo fluxo, como a cânula nasal, fornecem um fluxo fixo de O₂ que representa apenas uma parte do ar inspirado. À medida que o padrão ventilatório do cliente se altera, oxigénio fornecido é diluído no ar ambiente, o que resulta numa fração de ar variável e flutuante da concentração de oxigénio inspirado (Rodríguez et al., 2017).

A administração de oxigénio por cânula nasal em crianças é recomendada quando a situação clínica careça de um fluxo de oxigénio entre 0,25-2,5 litros por minuto. Fluxos de oxigénio superiores podem causar lesões na mucosa nasofaríngea (Pírez et al., 2020; Rodríguez et al., 2017).

É essencial que os dispositivos selecionados sejam adequados não só à quantidade de oxigénio necessária, mas também ao tamanho da criança (Pírez et al., 2020; Rodríguez et al., 2017).

Regime de isolamento

Atualmente, as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um dos maiores desafios da saúde. Constituem-se como um dos principais eventos adversos na prestação de cuidados responsável pelo impacto crescente na segurança e no bem-estar do doente (Pereira et al. 2022).

As IACS são definidas como as infeções decorrentes da prestação de cuidados, independentemente do momento ou contexto em que se manifestam. É notória a complexidade deste conceito, uma vez que reflete a incapacidade de determinar, com precisão, se o utente já estaria colonizado antes da sua entrada no sistema de saúde e quando o microrganismo foi adquirido (Siegel et al., 2017).

Estudos sobre a epidemiologia das IACS na população pediátrica identificaram questões particulares de controlo de infeção. Existe uma elevada prevalência de infeções adquiridas na comunidade entre bebés e crianças hospitalizadas que ainda não ficaram imunes, quer através da imunização, quer por infeção natural. O que resulta em mais doentes com infeções transmissíveis presentes em ambientes de cuidados de saúde pediátricos, especialmente durante epidemias sazonais (por exemplo as infeções virais respiratórias, incluindo as causadas pelo vírus sincicial respiratório, vírus da gripe, vírus da parainfluenza, metapneumovírus humano e adenovírus) (Siegel et al., 2017).

Independentemente do tipo de cuidados de saúde, todos os profissionais de saúde têm, através da sua prática clínica, a obrigação de prevenir as IACS (Fernandes et al., 2024; Pereira

et al., 2022; Siegel et al., 2017). Cerca de um terço destas infeções são evitáveis, através da implementação de medidas efetivas de prevenção e controlo de infeção (Pereira et al. 2022).

Aquando da admissão, deve-se partir do pressuposto que o utente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “problema”, podendo constituir-se como reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção (Fernandes et al., 2024).

Em Portugal, está preconizado a avaliação do risco de transmissão de agentes infecciosos, no momento de admissão do doente à unidade de saúde. Esta avaliação é realizada e registada no processo clínico até às 24 horas de admissão e é regularmente atualizada, tendo em conta a situação clínica, servindo de orientação à decisão da colocação do doente e/ou tipo de isolamento, se necessário (DGS, 2013).

Os protocolos de rastreio no momento da admissão devem ser complementados com a implementação de medidas de isolamento e o adequado cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI).

As PBCI constituem um conjunto de medidas universais que dizem respeito à correta higiene das mãos, localização do doente, equipamentos de proteção individual, informoterapia do doente e família, transporte do doente, descontaminação do equipamento clínico e controlo ambiental (DGS, 2013; Pereira et al., 2022; Siegel et al., 2017). Preconiza-se que sejam cumpridas por todos os profissionais de saúde, doentes e familiares, os quais devem ser ensinados e treinados (Pereira et al., 2022). A sua aplicação durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o utente e, o grau de exposição previsto a sangue ou outros fluidos orgânicos. As PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão da infeção de todos os agentes infecciosos, e, conseqüentemente, em casos específicos, estão indicadas medidas adicionais, baseadas nas vias de transmissão, que são complementares às PBCI, mas não as substituem (DGS, 2013).

Assim, em articulação com as precauções básicas, as precauções dependentes das vias de transmissão orientam a prática profissional, tendo por base a cadeia epidemiológica da infeção, a via de transmissão e a patologia, e promovem a segurança nos cuidados prestados (Pereira et al., 2022). Estas medidas são categorizadas de acordo com as três vias de transmissão: contato, gotículas e via aérea.

A transmissão por gotículas é, tecnicamente, uma forma de transmissão por contacto, sendo que alguns agentes infecciosos transmitidos pela via das gotículas podem também ser transmitidos pelas vias de contacto direto e indireto. Contudo, em contraste com a transmissão por contacto, as gotículas respiratórias que transportam agentes patogénicos infecciosos transmitem a infeção quando viajam diretamente do trato respiratório do indivíduo infeccioso para superfícies mucosas suscetíveis do recetor, geralmente a curtas distâncias,

necessitando de proteção facial. As gotículas respiratórias são geradas quando uma pessoa infetada tosse, espirra ou fala ou durante procedimentos como a aspiração de secreções. Neste tipo de isolamento, recomenda-se a utilização de máscara quando se está a uma distância inferior a três metros do cliente ou quando se entra no quarto (Siegel et al., 2017).

No caso clínico apresentado, foram instituídas medidas de isolamento por gotícula, tendo em conta os pressupostos referidos anteriormente, conjuntamente com o quadro de sintomas apresentado pela criança e enquanto se aguardava o resultado do painel de vírus respiratórios.

Cateter Venoso Periférico

A colocação de um CVP é um procedimento de enfermagem caracterizado pela introdução de um dispositivo numa veia periférica, através do qual se consegue aceder à rede venosa do cliente (Crozeta & Roehrs, 2012, como citado em OE, 2017). Em contexto hospitalar, a inserção de um CVP em utentes pediátricos reflete uma prática frequente (OE, 2017), uma vez que é a primeira escolha numa emergência, pela facilidade técnica, variedade de calibres e rapidez da punção (OE, 2017). Além disso, pode ser inserido na enfermaria, não sendo necessário qualquer procedimento cirúrgico; e apresenta menor custo quando comparado com outros cateteres (Bortoli et al., 2019, como citado em Dantas et al., 2021).

Está indicado para terapias de curta duração, para administração de medicação por bólus/perfusão/contínua, para a alimentação parentérica, para colheitas de sangue e, ainda, para a administração de hemoderivados (Batalha et al., 2010; Bortoli et al., 2019, como citado em Dantas et al., 2021; OE, 2017).

Trata-se, portanto, de um procedimento complexo que engloba cuidados específicos relacionados com a inserção, manutenção e prevenção de complicações (OE, 2017).

Inserção do CVP

A inserção de um CVP em clientes de idade pediátrica é dificultada por características específicas desta população. Fatores como a maior fragilidade capilar, a rede venosa de pequeno calibre e de difícil visualização, a adiposidade aumentada, pouca cooperação da criança e o *stress* dos pais aumentam a complexidade do procedimento de inserção de CVP, tornando-o mais difícil e demorado (Floriano et al., 2017). Alguns fatores de risco relacionados com a criança podem conduzir a múltiplas punções, como: idade inferior a três anos (por possuírem vasos periféricos mais aderentes ao tecido conjuntivo, tornando-os mais frágeis); baixo peso/obesidade e/ou histórico de prematuridade (rede venosa difícil de visualizar e palpar devido ao pequeno calibre do vaso e aumento da gordura subcutânea o que deixa a pele mais elástica); ter pele escura; estar agitado, ansioso ou com medo (provoca

vasoconstrição periférica dificultando a palpação e a visualização da rede venosa); ter diagnóstico de doença crónica ou doença com implicação na circulação sanguínea, como desidratação ou choque (Floriano et al., 2017).

Assim, aquando da colocação de um CVP, o enfermeiro deverá ter em conta os seguintes aspetos: o estágio desenvolvimental da criança (nomeadamente a capacidade cognitiva, a reação aos profissionais de saúde e o comportamento/mobilidade); a anatomia e a fisiologia da pele e do sistema venoso; a espessura da pele nas diferentes regiões do corpo; o tipo e motivo da terapia endovenosa; e, ainda, o recurso a analgesia local (Phillips, 2015, como citado em Dantas et al., 2021).

Atendendo aos aspetos supracitados, para inserir um CVP, as veias mais utilizadas são as das superfícies dorsal e ventral dos antebraços, com predileção pelo membro não dominante e/ou não comprometido (Batalha et al., 2010; Gomes et al., 2020; Gorski, 2027; O'Grady et al., 2011; Santos et al., 2022). Embora seja consensual que a preferência por um dos lados começa a ficar evidente e definida na criança entre os dois e os quatros anos (Hockenberry et al., 2019), esta particularidade carece de valorização atendendo ao facto de cerca de 90% das pessoas serem destros (Batalha et al., 2010). Por outro lado, também se deve evitar regiões de articulações e poupar, sempre que possível, os membros inferiores, o que facilita a mobilidade da criança e evita um risco acrescido de complicações (Gomes et al., 2020; O'Grady et al., 2011; Santos et al., 2022).

A estabilização externa do cateter deverá, não só prevenir o deslocamento e posterior perda do acesso venoso, mas também permitir avaliação da evolução da administração de terapêutica, bem como a avaliação de sinais de complicações no local de inserção (O'Grady et al., 2011; Santos et al., 2022; Teixeira et al., 2021). A estabilização do cateter deve ser realizada utilizando técnica asséptica. A utilização de fitas adesivas, suturas (Teixeira et al., 2021) e talas deve ser evitada (Batalha et al., 2010) e a fixação do cateter deve ser feita com recurso a uma película estéril semioclusiva, com compressa e adesivo estéril ou com uma membrana transparente semipermeável (Gomes et al. 2020). Esta última facilita a visualização do local de inserção do cateter, podendo avaliar sem retirá-lo e possibilitando a deteção de inflamação ou infeção (O'Grady et al., 2011; Oliveira & Rodrigues, 2016, como citado em Dantas et al., 2021).

Atendendo às características dos clientes pediátricos e à importância de salvaguardar um acesso venoso durante o máximo de tempo possível e aconselhável, no serviço de pediatria onde decorreu estágio, a fixação do CVP é realizada com recurso a adesivo estéril (transparente semipermeável ou semioclusivo), com posterior fixação através de adesivo não estéril ou ligadura. Tendo sido desenvolvido, em 2019, por um grupo de enfermeiros, um procedimento interno sobre gestão de acessos venosos periféricos na população adulta; e atendendo à necessidade de ajustar a prática clínica às características particulares e

diferenciadoras dos clientes pediátricos, dois EEESIP do serviço de pediatria estão a desenvolver dois procedimentos de gestão de acessos venosos periféricos e de acessos venosos centrais ajustados à população pediátrica e com base na melhor evidência científica disponível.

A padronização através de protocolos permite minimizar as variações de conduta e facilita a monitoração dos resultados. Assim, está recomendado a utilização de documentação específica para cada cateter inserido, possibilitando, além da avaliação da prática clínica, o desenvolvimento de indicadores de qualidade dos cuidados prestados (Jakitsch et al., 2016, como citado em Dantas et al., 2021; O'Grady et al., 2011; Santos et al., 2022).

A experiência e o conhecimento do enfermeiro são fundamentais para que a punção seja bem sucedida à primeira tentativa e para que o cateter se mantenha funcionante durante mais tempo (Avelar et al., 2013; O'Grady et al., 2011; Santos et al., 2022). No contexto pediátrico, a permanência do CVP pelo maior tempo possível, enquanto for indispensável e dentro do limite de permanência máxima, é um fator relevante para minimizar o desconforto da criança e a necessidade de novas punções (Avelar et al., 2013; Santos et al., 2022)

Manutenção do CVP

Os cuidados de enfermagem estão voltados para a manutenção de um acesso venoso seguro, com o menor risco para desenvolvimento de complicações. Nesta perspetiva, para além do conhecimento sobre a colocação do CVP supracitados, é necessário que os enfermeiros, no exercício das suas funções demonstrem e apliquem conhecimento atualizado e fundamentado sobre o tempo de permanência do cateter e a sobre a gestão de complicações (Avelar et al., 2013; Gomes et al., 2020; O'Grady et al., 2011).

O tempo de permanência recomendado do CVP nos adultos é entre 72 e 96 horas. Em pediatria, recomenda-se que a substituição ocorra apenas quando se verificarem indicações clínicas, salientando que o recurso a este tipo de cateter se encontra associado a tratamentos de curta duração (OE, 2017; O'Grady et al., 2011).

A preparação e administração de fármacos endovenosos, no que se refere às quantidades e concentrações adequadas, ajustadas ao cliente, é um dos aspetos relevantes na manutenção do CVP, que ajudam a prevenir possíveis complicações (Dantas et al., 2021; Gorski, 2017; OE, 2017; O'Grady et al., 2011).

No que concerne à manutenção do cateter, com o intuito de assegurar o seu bom funcionamento, está preconizado a administração de *flush* de cloreto de sódio 0,9%. O objetivo desta lavagem é avaliar e manter a permeabilidade do cateter e prevenir a precipitação, através da eliminação da medicação/solução infundida pelo lúmen do cateter (Gorski, 2017).

Gestão de complicações associadas ao CVP

Na população pediátrica, há uma maior incidência de complicações relacionadas com o CVP em crianças mais novas, com idade inferior a um ano (Bitencourt, 2018, como citado em Dantas et al., 2021; OE, 2017). Concomitante, à medida que aumentam os dias de internamento, aumenta também o risco de complicações (OE, 2017).

As complicações decorrentes da presença de CVP podem ter manifestações locais ou sistémicas, sendo classificadas como minor ou major consoante a gravidade dos sintomas. As primeiras incluem obstrução do cateter, remoção acidental, dor e fobia de agulhas. As complicações major englobam flebites, infiltrações, extravasamentos, infeções e lesões na pele (Abolfotouh et al, 2014, como citado em OE, 2017; Batalha et al., 2010). Os estudos indicam que a flebite, a infiltração e o extravasamento são as complicações mais frequentes inerentes à utilização de CVP (Dantas et al, 2021; OE, 2017).

A flebite é caracterizada pelo endurecimento da veia com inflamação da zona circundante, acompanhada de aumento da sensibilidade, calor e eritema. Esta complicação correlaciona-se com diversos fatores, como: o número de cateterizações; a utilização de cateteres de grande calibre; o material constituinte dos cateteres; o local de inserção; o tempo de permanência do cateter; os métodos assépticos adotados na inserção e manutenção; o tipo de fixação; a concentração da terapêutica administrada; os ritmos de perfusão instituídos; e a frequência na mudança dos sistemas de administração de medicação/terapêutica endovenosa (Bitencourt, 2018; Gorski, 2017; OE, 2017; Santos et al., 2022).

A infiltração ocorre quando a administração de fluidos endovenosos é fora da veia, o que provoca edema, dor, eritema, calor, falta de retorno venoso, descoloração da pele, redução da mobilidade do membro e endurecimento (O'Grady et al., 2011; OE, 2017).

Em relação ao extravasamento, este surge quando a administração de uma solução/terapêutica danifica a parede da veia, provocando rutura e, conseqüentemente, extravasamento da solução para o espaço extravascular, causando edema, flictenas ou mesmo necrose dos tecidos circundantes (O'Grady et al., 2011; OE, 2017).

A infeção correlaciona-se com diferentes fatores, referidamente: a lavagem das mãos do profissional; a preparação do local de punção; a microflora da pele; o tipo de material do cateter; a técnica utilizada para inserção; e a contaminação do cateter durante a inserção (O'Grady et al., 2011; OE, 2017; Oliveira & Rodrigues, 2016, como citado em Dantas et al., 2021; Santos et al., 2022).

Referenciar ao médico as complicações detetadas assenta nos princípios de trabalho em equipa, com envolvimento das diferentes áreas multidisciplinares. Esta referenciação pode facilitar a identificação dos fatores precipitantes e a instituição de um tratamento específico dirigida à complicação identificada.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
30-10-2024 22:00	Consciência	
30-10-2024 22:00	Sensações somáticas	
30-10-2024 22:00	Apetite	
30-10-2024 22:00	Sistema respiratório	
30-10-2024 22:00	Sistema cardiovascular	
30-10-2024 22:00	Eliminação intestinal	
30-10-2024 22:00	Eliminação urinária	
30-10-2024 22:00	Pele e mucosas	
30-10-2024 22:00	Termorregulação	
30-10-2024 22:00	Volume de líquidos	
30-10-2024 22:00	Sono	
30-10-2024 22:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
30-10-2024 22:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
30-10-2024 22:00	Desenvolvimento psicomotor	
30-10-2024 22:00	Desenvolvimento físico	
30-10-2024 22:00	Período toddler	
30-10-2024 22:00	Atitudes terapêuticas	
30-10-2024 22:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

O EEESIP cuida da criança em situações de especial complexidade, mobilizando conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e para uma resposta imediata e antecipatória (OE, 2018a). No quadro clínico descrito, a criança apresentava hipertermia com evolução de uma semana e perda de apetite, tendo sido diagnosticada com pneumonia. Considerando a história clínica e os aspetos descritos sobre a doença, numa perspetiva de gestão de sinais e sintomas e, também, como forma de identificar ou negar hipóteses de diagnóstico, como compromisso no apetite, na ventilação e na limpeza das vias aéreas, arritmia, hipo/hipertensão, hipertermia ou desidratação, foram selecionados os domínios "apetite", "sistema respiratório", "sistema cardiovascular", "termorregulação" e "volume de líquidos".

Como referido no quadro teórico, a hospitalização é um evento impactante para a criança (Fernandes, 2020; Tavares, 2020), podendo provocar alterações e até retrocesso nos processos corporais, nomeadamente no apetite, no sono, na eliminação urinária e na eliminação intestinal (Menezes e Moré, 2019, como citado em Carnevali, 2020; Pontes et al., 2022). De relembrar que o período *toddler* é marcado pela aquisição do controlo de esfíncteres

(Hockenberry et al., 2019; Silva, 2020) e que durante um evento crítico como a hospitalização, poderá haver retrocesso na aquisição desta competência desenvolvimental (Fernandes, 2020; OE, 2015a). Por estes motivos, foram selecionados os domínios "apetite", "sono", "eliminação urinária" e "eliminação intestinal".

Acresce às competências do EEESIP a prestação de cuidados à criança e à família nas situações de saúde/doença complexas (OE, 2018a). Partindo da parceria de cuidados com intencionalidades terapêuticas centradas no exercício da parentalidade, releva que na primeira fase do processo de enfermagem se recolha e analise informação relativa a aspetos de saúde pertinentes, como conhecimento e capacidade dos pais para dar resposta às necessidades especiais do filho, expressas no papel parental especial; comportamentos de vinculação da criança e de ligação mãe-filho e potencial de participação dos pais nos cuidados (Sousa et al., 2023). Como foi mencionado, o conhecimento e a capacidade, bem como outras condições pessoais e sociais são fatores importantes durante uma transição (Meleis et al., 2000). Portanto, foram selecionados os domínios "ligação mãe/pai-filho" e "filho mãe/pai" e foram avaliados aspetos relacionados com o papel parental especial associado à supressão das novas necessidades da criança inerentes ao processo de doença.

É essencial que, durante o internamento, se procure manter as rotinas da criança (Tavares, 2020). A sua satisfação correlaciona-se com o papel parental desenvolvimental. De facto, o internamento pode ser um momento-chave para avaliar o papel parental desenvolvimental na satisfação destas necessidades relacionadas com os processos corporais e com o crescimento e desenvolvimento psicomotor da criança (Sousa et al., 2023).

Recordar, que faz parte do escopo de competências do EEESIP assistir a criança, em parceria com a família, na maximização da sua saúde e prestar cuidados de enfermagem específicos que visam dar resposta às necessidades desenvolvimentais da criança (OE, 2018a). Tendo por base a parceria de cuidados com intencionalidades terapêuticas focalizadas na parentalidade (Sousa et al., 2023), avaliou-se os aspetos relacionados com o crescimento e desenvolvimento psicomotor e o papel parental desenvolvimental no período *toddler*. A avaliação dos dois primeiros domínios permite que o EEESIP identifique precocemente sinais de alarme, ajuste a sua intervenção e ação de acordo com as competências comportamentais e compreenda se a criança já tem competências desenvolvimentais para iniciar o processo adaptativo.

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Consciente.

30-10-2024 22:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

03-11-2024 09:00 - Consciente.

Sensações somáticas

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Sem manifestação de dor.

30-10-2024 22:00 - Determinar sinais de dor

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução de sinais de dor

03-11-2024 09:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Apetite

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Ingeriu parte das refeições.

30-10-2024 22:00 - Apetite diminuído.

30-10-2024 22:00 - Paladar conservado.

30-10-2024 22:00 - Apetite comprometido [RESOLVIDO] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições [FIM] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [FIM]

03-11-2024 09:00

03-11-2024 09:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução do apetite [FIM] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução do apetite [FIM] 03-11-2024 09:00

03-11-2024 09:00 - Apetite conservado [MELHOROU].

03-11-2024 09:00 - Paladar conservado [MANTEVE].

30-10-2024 22:00 - Referenciar compromisso do apetite ao médico [SOS] [FIM]

03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Melhorar apetite [FIM] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Planear dieta [FIM] 03-11-2024 09:00

Sistema respiratório

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Frequência respiratória: 35 ciclos/min.

30-10-2024 22:00 - Ritmo respiratório regular.

30-10-2024 22:00 - Movimento respiratório simétrico.

30-10-2024 22:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

30-10-2024 22:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

30-10-2024 22:00 - Sem adejo nasal.

30-10-2024 22:00 - Saturação do oxigénio no sangue

30-10-2024 22:00 - Periférico(a): 93 %.

30-10-2024 22:00 - Coloração da mucosa: rosada.

30-10-2024 22:00 - Reflexo da tosse: presente.

30-10-2024 22:00 - Expele as secreções das vias aéreas.

30-10-2024 22:00 - Sons respiratórios: síbilos.

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea

03-11-2024 09:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

03-11-2024 09:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

03-11-2024 09:00 - Sons respiratórios: normais.

30-10-2024 22:00 - Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução da ventilação

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução da ventilação

03-11-2024 09:00 - Frequência respiratória: 22 ciclos/min.

03-11-2024 09:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

03-11-2024 09:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

03-11-2024 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].

03-11-2024 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

03-11-2024 09:00 - Periférico(a): 98 %.

03-11-2024 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

03-11-2024 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

30-10-2024 22:00 - Referenciar ventilação comprometida ao médico [SOS] [FIM]

03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Melhorar ventilação [FIM] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Gerir oxigenoterapia [FIM] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Gerir inaloterapia [FIM] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Promover papel parental especial: gestão da ventilação [FIM] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de episódios de ventilação comprometida: facilitador

30-10-2024 22:00 - Capacidade da mãe/pai para otimizar a ventilação: facilitadora

30-10-2024 22:00 - Autoeficácia da mãe/pai para otimizar a ventilação: facilitadora

30-10-2024 22:15 - A mãe adota comportamentos de gestão da ventilação

30-10-2024 22:00 - Avaliar a evolução do papel parental especial: gestão da ventilação [FIM] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Promover papel parental especial: gestão do regime medicamentoso [FIM] 03-11-2024 09:00

30-10-2024 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador

30-10-2024 22:00 - Capacidade da mãe/pai para gerir regime medicamentoso: facilitadora

30-10-2024 22:00 - Autoeficácia da mãe/pai para gerir regime medicamentoso: facilitadora

30-10-2024 22:15 - A mãe adota comportamentos de gestão do regime medicamentoso

30-10-2024 22:00 - Avaliar a evolução do papel parental especial: gestão do regime medicamentoso [FIM] 03-11-2024 09:00

Sistema cardiovascular

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Localização do Pulso

30-10-2024 22:00 - Braço Direita(o)

30-10-2024 22:00 - Frequência do pulso: 138 pulsações por minuto.

30-10-2024 22:00 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

30-10-2024 22:00 - Pulso rítmico.

30-10-2024 22:00 - Pulso simétrico.

30-10-2024 22:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

30-10-2024 22:00 - Membro superior Direita(o)

30-10-2024 22:00 - Pressão sanguínea sistólica: 98 mmHg.

30-10-2024 22:00 - Pressão sanguínea diastólica: 55 mmHg.

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

03-11-2024 09:00 - Localização do Pulso

03-11-2024 09:00 - Braço Direita(o)

03-11-2024 09:00 - Pulso rítmico.

03-11-2024 09:00 - Frequência do pulso: 104 pulsações por minuto.

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

03-11-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

03-11-2024 09:00 - Membro superior Direita(o)

03-11-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 102 mmHg.

03-11-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 61 mmHg.

Eliminação intestinal

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

30-10-2024 22:00 - Fezes: em moderada quantidade.

30-10-2024 22:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com fendas na superfície.

30-10-2024 22:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal

03-11-2024 09:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

Eliminação urinária

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Urina em moderada quantidade.

30-10-2024 22:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

30-10-2024 22:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

30-10-2024 22:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária

03-11-2024 09:00 - Urina em moderada quantidade.

03-11-2024 09:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

03-11-2024 09:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

03-11-2024 09:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

Pele e mucosas

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

03-11-2024 09:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Termorregulação

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Temperatura corporal periférica

30-10-2024 22:00 - Região axilar: 36.90 °C.

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

03-11-2024 09:00 - Temperatura corporal periférica

03-11-2024 09:00 - Região axilar: 36.60 °C.

Volume de líquidos

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Sensação de sede normal.

30-10-2024 22:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

30-10-2024 22:00 - Turgor da pele normal.

30-10-2024 22:00 - Pele hidratada.

30-10-2024 22:00 - Ausência de olhos encovados.

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução de sinais de desidratação

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução de sinais de desidratação

03-11-2024 09:00 - Sensação de sede normal.

03-11-2024 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

03-11-2024 09:00 - Turgor da pele normal [MANTEVE].

03-11-2024 09:00 - Pele hidratada.

03-11-2024 09:00 - Ausência de olhos encovados [MANTEVE].

Sono

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Dormiu por períodos longos.

30-10-2024 22:00 - Sono reparador.

30-10-2024 22:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 10 Hora.

30-10-2024 22:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 2 Hora.

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução do sono

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução do sono

03-11-2024 09:00 - Dormiu por períodos longos.

03-11-2024 09:00 - Sono reparador [MANTEVE].

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho

03-11-2024 09:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Comportamentos de vinculação: ajusta comportamentos, para influenciar a conduta materna Se a mãe se afasta, implora, suborna, amua na tentativa de manter a proximidade, em vez de chorar ou agarrar como fazia antes.

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução da vinculação

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução da vinculação

03-11-2024 09:00 - Comportamentos de vinculação: ajusta comportamentos, para influenciar a conduta materna Se a mãe se afasta, implora, suborna, amua na tentativa de manter a proximidade, em vez de chorar ou agarrar como fazia antes [MANTEVE].

Desenvolvimento psicomotor

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

30-10-2024 22:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

30-10-2024 22:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

30-10-2024 22:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

30-10-2024 22:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

30-10-2024 22:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil

03-11-2024 09:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme [MANTEVE].

03-11-2024 09:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme [MANTEVE].

03-11-2024 09:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme [MANTEVE].

03-11-2024 09:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme [MANTEVE].

03-11-2024 09:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme [MANTEVE].

03-11-2024 09:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme [MANTEVE].

03-11-2024 09:00 - Desenvolvimento psicoafetivo e da socialização: sem sinais de alarme.

Desenvolvimento físico

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Peso: 17.80 Kg.

30-10-2024 22:00 - Percentil do peso: P(97).

30-10-2024 22:00 - Comprimento/Altura: 94.00 cm.

30-10-2024 22:00 - Percentil do comprimento: P(50).

30-10-2024 22:00 - Perímetro cefálico: 49.50 cm.

30-10-2024 22:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(75).

30-10-2024 22:00 - Índice de massa corporal: 20.14 Kg/m².

30-10-2024 22:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(99).

30-10-2024 22:00 - Determinar evolução do crescimento

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução do crescimento

03-11-2024 09:00 - Peso: 17.70 Kg.

03-11-2024 09:00 - Percentil do peso: P(97).

03-11-2024 09:00 - Comprimento/Altura: 94.00 cm.

03-11-2024 09:00 - Percentil do comprimento: P(50).

03-11-2024 09:00 - Perímetro cefálico: 49.50 cm.

03-11-2024 09:00 - Índice de massa corporal: 20.03 Kg/m².

03-11-2024 09:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(99).

Período toddler

30-10-2024 22:00

30-10-2024 22:00 - Período toddler

30-10-2024 22:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

30-10-2024 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

03-11-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-11-2024 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre ingestão nutricional da criança [RESOLVIDO] 03-11-2024 09:45

03-11-2024 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre ingestão nutricional [FIM]

03-11-2024 09:45

03-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [quando os indicadores processuais forem atingidos]

30-10-2024 22:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

30-10-2024 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene oral da criança: facilitador.

30-10-2024 22:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene oral da criança: facilitadora.

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

30-10-2024 22:15 - Vestuário da criança adequado face às condições ambientais e antropométrica.

30-10-2024 22:15 - Boa condição de higiene e asseio da criança.

30-10-2024 22:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

30-10-2024 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.

30-10-2024 22:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso

30-10-2024 22:15 - Boa condição da qualidade e duração do sono da criança.

03-11-2024 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança

03-11-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: facilitador.

03-11-2024 09:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança*

03-11-2024 09:45 - A mãe/pai adota comportamentos promotores da segurança da criança de acordo com a recomendação.

30-10-2024 22:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

30-10-2024 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: facilitador.

30-10-2024 22:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

30-10-2024 22:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde*

30-10-2024 22:15 - A mãe/pai adota comportamentos de vigilância e promoção da saúde da criança de acordo com a recomendação.

03-11-2024 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento

03-11-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador.

03-11-2024 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil

03-11-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período toddler: facilitador.

03-11-2024 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de Toddler: facilitador.

4.7. Especificação das intervenções

Planear dieta

- Uma criança de dois anos necessita de cerca de 906,5kcal/dia
- Contributo percentual de cada macronutriente para o consumo energético total diário de crianças entre 1 e 3 anos: hidratos de carbono 45-65; gorduras 30-40; proteínas 5-20
- Consumo de açúcares livres <5%, tendo em conta o valor energético total
- Consumo de gordura trans (resultante da hidrogenação de óleos vegetais e cujas fontes são essencialmente os alimentos processados e pré-preparados) deve ser <1% a partir dos dois anos
- Porções dos grupos alimentares, ao longo de um dia: cereais, derivados e tubérculos - 4; hortícolas - 3; fruta - 3; laticínios - 2; carne, pescado, ovos - 3; leguminosas - 1,5; gorduras e óleos - 2

- Face às necessidades energéticas do toddler, poderá fazer-se um ajuste nos alimentos fornecidos, de acordo com a preferência da criança
- A alimentação fornecida pelo hospital poderá ser complementada ou substituída por alimentos/refeições confeccionadas em casa, desde que seja assegurada uma alimentação saudável (DGS, 2017; DGS, 2019)

Otimizar sonda de oxigénio

- Fixar a sonda ao rosto da criança
- Verificar se a sonda está desobstruída

Otimizar cateter venoso periférico

- Testar a permabilidade do CVP, através da administração de flush de soro fisiológico 0.9% (Gorski, 2017)

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Testar a permabilidade do CVP, através da administração de flush de soro fisiológico 0.9%
- Remover o adesivo
- Realizar limpeza do local de inserção com compressas e clorhexidina 2% em álcool isopropílico ou álcool a 70%
- Colocar novo adesivo (Batalha et al., 2010; Gomes et al., 2020; Gorski, 2017; O'Grady et al., 2011; OE, 2017)

Gerir oxigenoterapia

- Para saturações >94%

Ensinar mãe/pai sobre ingestão nutricional

- Uma criança de dois anos necessita de cerca de 906,5kcal/dia
- Face às necessidades energéticas do toddler, poderá fazer-se um ajuste nos alimentos fornecidos, de acordo com a preferência da criança
- Após os 12 meses de idade, a criança pode integrar a dieta alimentar familiar, desde que seja cumpridos os princípios de uma alimentação saudável (completa, equilibrada e variada)
- O consumo de açúcares livres e de gorduras trans, habitualmente presentes nos alimentos processados, devem ser limitados
- As porções dos grupos alimentares, para uma criança de 2 anos, ao longo de um dia poderão distribuir-se da seguinte forma: cereais, derivados e tubérculos - 4; hortícolas - 3; fruta - 3; laticínios - 2; carne, pescado, ovos - 3; leguminosas - 1,5; gorduras e óleos - 2
- Variar os alimentos que são oferecidos à criança, promove a familiarização com o máximo de sabores e texturas e contraria a neofobia alimentar (aversão a novos alimentos), característica de crianças entre os 2 e os 6 anos de idade
- Ao conjugar alimentos diferentes, será mais fácil satisfazer as necessidades dos diferentes nutrientes e garantir o equilíbrio nutricional
- É frequente as crianças entre os 2 e os 3 anos resistirem à introdução de novos alimentos
- Os alimentos novos devem ser introduzidos em pequenas quantidades, incentivando a sua experimentação e consumo, sem forçar, até que a criança se habitue; apesar da recusa

inicial de um alimento novo deve-se manter a oferta regular, sem pressão, de uma forma lúdica e em contexto familiar

- É possível que sejam observadas flutuações no apetite que acompanham o característico crescimento em patamares observado nesta idade, pelo que estas deverão ser respeitadas
- Tamanho das refeições: respeitar o apetite da criança; preparar o prato de acordo com as porções dos grupos alimentares; não permitir "repetir a dose" (DGS, 2017; DGS, 2019)

4.8. Síntese relativa ao caso

Prioridades no planeamento de cuidados

No contexto de internamento, a prioridade no planeamento de cuidados prende-se com a determinação da evolução dos sinais e sintomas que podem comprometer a vida e/ou o bem-estar da criança, por via do processo patológico e/ou de possíveis complicações associadas a dispositivos médicos ou à medicação administrada. De facto, faz parte da ação do EEESIP a resposta na complexidade em diferentes áreas, das quais se salienta: deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às emergências (OE, 2018a). Por este motivo, foram considerados prioritários os aspetos relacionados com a vigilância de sinais e sintomas dos domínios: sensações somáticas, apetite, sistema respiratório, sistema cardiovascular, eliminação intestinal, pele e mucosas, termorregulação, volume de líquidos e consciência.

É importante que o enfermeiro reconheça os benefícios de envolver eficazmente os pais nos cuidados, na negociação e no processo de tomada de decisão, relativamente à satisfação das necessidades especiais e desenvolvimentais da criança (Santos et al., 2016).

No caso descrito, a criança não sendo, ainda, portadora de uma doença crónica, já tinha sido identificada com uma manifestação clínica persistente – a sibilância recorrente – da qual resultavam necessidades especiais, motivo pelo qual no subcapítulo 4.2. se caracteriza a tipologia de cuidados prestados em casa como especial. Para se estabelecer uma parceria com os pais, é importante avaliar o grau de mestria, no sentido de se identificar oportunidades de promoção desta, durante o internamento (Sousa et al., 2023). Neste sentido, tomou-se, também, como prioridade, a avaliação do conhecimento e capacidade parental especial, centrados na gestão da ventilação e na gestão do regime medicamentoso (inalador).

É do escopo de ação do EEESIP, independentemente do contexto em que exerça funções, a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, com orientação antecipatória à família, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (OE, 2018a). Tomando como referência as consequências da hospitalização no processo

de desenvolvimento da criança, descritas no enquadramento teórico e no subcapítulo 4.5.1, e de forma a detetar precocemente eventuais desvios do desenvolvimento normativo, considerou-se importante avaliar os aspetos relativos ao desenvolvimento infantil, crescimento e aos padrões habituais relacionados com os processos corporais. De seguida, avaliou-se as dimensões do papel parental desenvolvimental.

Pesa embora tenha sido identificada uma necessidade de conhecimento da mãe sobre ingestão nutricional, não foi considerado oportuno intervir num primeiro contacto, após se perceber que a mãe necessitava de tempo para se ajustar ao evento crítico - hospitalização da filha. Num segundo contacto, ao quinto dia de internamento, estabeleceu-se como prioridade adicional esta necessidade previamente identificada, a avaliação das condições necessárias para determinar se já era oportuno intervir e, ainda, a avaliação dos restantes parâmetros do papel parental desenvolvimental.

Processo adaptativo

Relativamente ao processo adaptativo da mãe, nos diagnósticos do tipo “potencial para melhorar conhecimento” as diferentes especificações relacionadas com as necessidades da criança, foram definidos como objetivos processuais “melhorar conhecimento” e “avaliar evolução do conhecimento”.

Seguidamente, prescreveram-se intervenções do tipo “ensinar”. Como forma de avaliar a eficácia destas intervenções definiram-se critérios de resultado que corresponderam à verbalização por parte da mãe do conhecimento aprendido.

Como referido anteriormente, a mãe está a vivenciar um processo de transição, relacionado com o exercício do seu papel parental. A compreensão das propriedades e condições intrínsecas à transição, contribui para desenvolver as terapêuticas de enfermagem, que devem ser congruentes com as experiências singulares do cliente e da família (Meleis et al., 2000).

Para a prescrição adequada de informação, teve-se em consideração aspetos relacionados com a postura da mãe, com o interesse demonstrado sobre o assunto e com a disponibilidade para aprender. A valorização das necessidades da mãe também pesou na atribuição de juízo ao diagnóstico do tipo “potencial”. Por este motivo, num primeiro momento não foi considerado oportuno intervir, uma vez que não estavam reunidas todas as condições necessárias. Ao quinto dia de internamento, mantendo-se a necessidade de informação, estando a mãe já mais adaptada ao evento crítico da hospitalização da filha e demonstrando-se disponível para aprender, considerou-se que era o momento oportuno para intervir.

Neste sentido, avaliou-se os fatores facilitadores/dificultadores do processo adaptativo,

bem como as propriedades da própria transição.

A consciencialização e o envolvimento da mãe traduziram-se num indicador de processo de uma transição saudável. Adicionalmente, a preparação e conhecimento prévios, o *status* socioeconómico dos clientes (no sentido em que lhes permite dar resposta às necessidades da família) e a sociedade foram avaliados como condições facilitadoras para uma transição saudável. A preparação e conhecimentos prévios, associados às características individuais forneceram informações relevantes para dosear a quantidade de informação transmitida, com relevância para as especificações das intervenções e para o estabelecimento de critérios de resultado.

Contributos das intervenções face aos objetivos identificados

As intervenções do tipo “executar” e “avaliar evolução” de parâmetros dentro dos processos corporais, permitem avaliar e vigiar a condição clínica da criança. Os critérios de resultado esperados face aos processos corporais são a modificação dos dados que definiram o diagnóstico e permitem determinar se foram alcançados os resultados esperados ou se é necessário fazer ajustes processo de enfermagem, através da prescrição de novas intervenções.

As intervenções do tipo “ensinar”, guardam relação direta com o conceito de informoterapia e têm como principal objetivo aumentar ou melhorar o conhecimento da mãe sobre a temática.

Através da informoterapia, o enfermeiro prescreve informação pertinente e atualizada, assente em evidência científica, para dar resposta às necessidades da mãe e apoiar o exercício do seu papel parental. A informoterapia surge, assim, como uma terapêutica de enfermagem efetiva na facilitação de transições saudáveis, ajudando o cliente a satisfazer as necessidades de informação, essenciais para uma adaptação saudável (Sousa, 2012).

Como interveniente ativo e facilitador do processo adaptativo, o enfermeiro prescreve terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2000). As terapêuticas de enfermagem correspondem ao plano para alcançar os objetivos definidos, através da prescrição de intervenções de enfermagem com integridade para os problemas identificados.

Tendo por base o Modelo de Parceria de Cuidados, o enfermeiro negocia com os pais um plano de atividades, onde estão implícitas quais as metas a alcançar para que os objetivos propostos sejam atingidos, fornecendo informação e apoio, para que a participação nos cuidados esteja alicerçada em decisões informadas (Sousa et al., 2023) – literacia em saúde.

Timing da avaliação do objetivo final

No que é relativo ao papel parental, a avaliação do objetivo final, que expressa a mestria enquanto indicador de resultado, remete para a avaliação do papel parental – especial ou desenvolvimental.

Quando o conhecimento da mãe sobre as diferentes dimensões do exercício do papel parental (higiene e conforto, sono/repouso, segurança, lidar com o choro e vigilância e promoção de saúde) era facilitador, programou-se a avaliação do papel parental para o momento de avaliação.

Nos aspetos em que foram identificadas necessidades de melhoria do conhecimento, foram programadas intervenções do tipo “avaliar evolução do conhecimento” no fim do momento de informoterapia. Estando este objetivo processual atingido, no plano terapêutico estabelecido com a mãe, optou-se por fazer a avaliação do objetivo final relativo ao “papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional”, no momento da refeição seguinte.

Considerando que o crescimento e o desenvolvimento infantil são processos dinâmicos e contínuos e constituem-se como indicadores indiretos da qualidade do exercício parental, não se prescreveu a avaliação da evolução do papel parental desenvolvimental relativo ao crescimento e ao desenvolvimento infantil.

Intencionalidades da parceria de cuidados

A prestação de cuidados teve subjacente uma filosofia de parceria de cuidados, na qual os pais foram incentivados a participar nos cuidados à sua filha. Na implementação da parceria de cuidados foi tido em consideração o perfil de necessidades da criança, a condição da criança ao longo do internamento, a duração do internamento, a vontade e disponibilidade dos pais para participarem nos cuidados e as necessidades dos pais.

É importante que o enfermeiro reconheça os benefícios de envolver eficazmente os pais nos cuidados, na negociação e no processo de tomada de decisão, relativamente à satisfação das necessidades especiais e desenvolvimentais da criança (Santos et al., 2016).

De acordo com o enquadramento teórico, a parceria de cuidados promotora da parentalidade assenta no pressuposto de que deve ser concedida liberdade aos pais para se envolverem ou não no processo de cuidados. Estando os pais presentes e após manifestarem vontade de participar nos cuidados, ainda na apreciação inicial, o enfermeiro deve dar início, a um processo de negociação que facilite o desenho de um plano de atividades, com metas e objetivos definidos (Sousa et al., 2023).

No caso em análise, as principais intencionalidades terapêuticas do enfermeiro, ao promover a parceria de cuidados com os pais durante a hospitalização da criança foram: promoção da participação dos pais nos cuidados do tipo desenvolvimental (cuidados habituais); e a

promoção de participação dos pais nos cuidados complexos, quando as competências parentais foram avaliadas como eficazes.

Relativamente ao primeiro tipo de parceria de cuidados, importa referir que quando a criança é hospitalizada durante um curto período, devido a um processo patológico agudo de fraca complexidade, não se antevê a necessidade de incluir os pais num nível de participação muito para além dos cuidados habitualmente prestados em casa e os cuidados de enfermagem devem ser orientados para a manutenção do papel parental e para a promoção/manutenção da afetividade entre pais-criança. Trata-se de um tipo de parceria entre pais e enfermeiros “de cortesia”, onde se estabelecem relações de delicadeza e urbanidade, para que a hospitalização da criança se torne um evento “atraumático” no exercício da parentalidade. O enfermeiro deve focar a sua ação no conhecimento e na capacidade do papel parental especial, centrado em aspetos da hospitalização e do processo patológico, e nas dimensões do papel parental desenvolvimental (Sousa et al., 2023).

De facto, é do escopo de ação do EEESIP, independentemente do contexto em que exerça funções, a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, com orientação antecipatória à família, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (OE, 2018a).

Fatores como os atributos da hospitalização da criança, do papel parental e dos pais, orientam para um potencial de participação dos pais nos cuidados ao filho do tipo desenvolvimental, tornando-se fatores que concorrem para este tipo de parceria de cuidados. Desta orientação decorre a diferenciação diagnóstica de disponibilidade, potencialidade ou risco de compromisso, centrada no papel parental desenvolvimental (Sousa et al., 2023).

Na avaliação inicial, foi detetada uma necessidade relacionada com o papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional. No entanto, na lógica de priorização de cuidados, foram identificadas outras áreas que careciam de uma atenção mais precoce do enfermeiro, como mencionado no ponto relativo à priorização de cuidados, desta síntese.

Não obstante, a parceria de cuidados deve ser estabelecida não só através da negociação de cuidados, mas também com a valorização das necessidades dos pais, nomeadamente no que se refere à existência de outros filhos, à disponibilidade de tempo (necessidade de manutenção das tarefas domésticas e do emprego) e à distância de casa ao hospital (Sousa et al., 2023), aspetos descritos no subcapítulo 4.2. Por este motivo, no primeiro contacto, considerou-se que não era oportuno intervir uma vez que atenção da mãe estava voltada para a estabilização respiratória da criança, para a adaptação ao evento crítico - hospitalização - e para a gestão, em articulação com o pai, das tarefas domésticas e de resposta às necessidades da outra filha.

Para o segundo tipo de parceria de cuidados, tornou-se essencial avaliar o grau de

mestria relativamente às dimensões da gestão da ventilação e do regime medicamentoso do papel parental especial, no sentido de se identificar oportunidades de promoção desta, durante o internamento. Quando as competências parentais são avaliadas como eficazes, a intenção subjacente à construção da parceria com os pais orienta-se para a promoção do papel parental especial, com capacidade parental especial já efetiva (Sousa et al., 2023).

5. CASO 3 - LACTENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Lactente de nove meses trazido pelo pai ao serviço de urgência por episódio de engasgamento com mirtilo, durante o jantar. Triado com o descritor de engasgamento, sem alterações aquando da avaliação do triângulo de avaliação pediátrica e do exame ABCDE. Após avaliação médica e realização do primeiro Rx (sem alterações), fica na área amarela para vigilância e aguardar Rx de reavaliação após seis horas do evento crítico. Sem antecedentes relevantes. Sem alergias conhecidas.

5.1. Enquadramento teórico

Desenvolvimento do lactente

Desenvolvimento físico

O desenvolvimento físico segue os princípios de maturação cefalocaudal e próximo-distal (Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019). Aos cinco meses, o peso é cerca do dobro em relação ao peso de nascença. Após os seis meses, há uma nítida desaceleração, e em média o lactente aumenta cerca de 300 g por mês (Hockenberry et al., 2019). O comprimento aumenta aproximadamente 1,25 cm por mês, sendo que aos doze 12 meses se verifica um aumento aproximado de 50% do comprimento, comparativamente com o comprimento à nascença. O perímetro cefálico, aumenta cerca de meio centímetro por mês, após o sexto mês (Chora, 2020; Hockenberry et al., 2019).

Desenvolvimento psicomotor

O desenvolvimento psicomotor segue os mesmos princípios de maturação que o desenvolvimento físico, e dá-se em função do desenvolvimento cognitivo aliado à estimulação do ambiente circundante (Martorell et al., 2019; Serrano, 2018).

Segundo a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, o quarto subestágio do estágio sensório-motor - o estágio da coordenação de esquemas secundários - engloba lactentes entre os oito e os 12 meses (Cevolane, et al., 2017; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019). Neste período, o comportamento é deliberado e intencional: o lactente coordena esquemas previamente aprendidos (como olhar para um brinquedo e agarrá-lo) e usa esse comportamento para atingir o objetivo (como atravessar o quarto a gatinhar para pegar no brinquedo que quer) (Cevolane, et al., 2017; Martorell et al., 2019).

A teoria da vinculação de Bowlby explica que dos seis meses até aos dois/três anos existe manutenção da proximidade com uma figura discriminada através de sinais (Bowlby, 1982). A aquisição do sentido de permanência do objeto, marco motor deste período desenvolvimental, influencia o processo de vinculação: o lactente passa a ter consciência que a figura de vinculação pode estar ausente e manifesta uma sequência previsível de comportamentos a que se chama de ansiedade de separação. Nesta fase, também é característico a reação a estranhos (Hockenberry et al., 2019; Serrano, 2018).

O primeiro estágio no desenvolvimento psicossocial, segundo Erikson é a confiança vs desconfiança: estende-se até aos 18 meses e descreve o desenvolvimento do sentimento de confiança, em si próprio, nos outros e no mundo, como principal tarefa desenvolvimental. Este estágio está dependente das experiências iniciais e dos comportamentos sensíveis, responsivos e coerentes do cuidador, em resposta às necessidades da criança (Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019). O bebé desenvolve um equilíbrio entre confiança (que facilita o estabelecimento de relações vinculativas e próximas) e desconfiança (que permite que se proteja). Se predominar a confiança, a criança sabe que as suas necessidades são supridas. Se prevalecer a desconfiança, a criança vê o mundo como hostil e imprevisível e tem dificuldade em estabelecer vínculos (Martorell et al., 2019).

Aos nove meses, são marcos no desenvolvimento da linguagem: balbuciar sequências de consoantes e vogais; usar gestos para comunicar; imitar sons intencionalmente; e utilizar gestos sociais (Martorell et al., 2019).

Na segunda metade do primeiro ano de vida, o desenvolvimento do comportamento motor fino é caracterizado pela evolução da preensão. Aos nove meses, o lactente manifesta uma pinça grosseira, tornando-se capaz de agarrar um objeto com dois dedos e o dedo polegar, mantendo os restantes dedos esticados (preensão radial-digital) (Gerber et al., 2010; Hockenberry et al., 2019).

Entre os seis e os nove meses, à medida que o lactente aprende a mover-se para a posição de sentado e depois para a posição de quatro apoios (mãos e joelhos no chão), o comportamento motor grosso, exhibe reações posturais de proteção, mediadas pelo mesencéfalo. A extensão protetora, por exemplo, permite que o lactente se segure ao cair para a frente, para os lados ou para trás. Logo de seguida, os centros corticais superiores medeiam o desenvolvimento de respostas do equilíbrio e permitem que o lactente se puxe para ficar de pé, algo que acontece por volta dos nove meses. Nesta altura, são marcos do desenvolvimento motor grosso: rastejar; gatinhar; e colocar-se de pé, com apoio (Gerber et al., 2010; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019; Serrano, 2018).

Aos nove meses, os sinais de alarme são: não sentar (DGS, 2013a; Gerber et al., 2010); ficar sentado e imóvel, sem procurar mudar de posição; apresentar assimetrias; não ter preensão palmar; não levar objetos à boca (DGS, 2013a); não reagir aos sons; vocalizar monotonamente

ou perder a vocalização; não se relacionar com as figuras de referência (DGS, 2013a; Gerber et al., 2011); manifestar estrabismo (DGS, 2013).

Desenvolvimento das necessidades fisiológicas associadas aos processos corporais

Relativamente à ingestão nutricional, o leite materno é o alimento principal durante o primeiro ano de vida (WHO, 2023) e a amamentação deve ser mantida pelo menos até aos dois anos.

Após os seis meses, torna-se difícil suprir as necessidades nutricionais através de uma dieta látea exclusiva (Fewtrell et al., 2017; Guerra et al., 2012). Com a maturação do sistema gastrointestinal, com a evolução dos reflexos respiratórios, de sucção e de deglutição, o lactente começa a exibir sinais que indicam que está pronto para iniciar a introdução de novos alimentos (Fewtrell et al., 2017; Green et al. 2017; Guerra et al., 2012; Hockenberry et al., 2019).

Após os quatro meses, há uma alteração no padrão de sucção e entre os cinco e os oito meses há um desenvolvimento nas funções oromotoras, havendo uma transição progressiva da sucção para a mastigação (Almotairy et al., 2018; Delaney & Arvedson, 2008; Green et al. 2017; Guerra et al., 2012; Révérend et al., 2014). A mastigação pode ser caracterizada quanto aos movimentos mastigatórios, à simetria e duração do ciclo mastigatório (Almotairy et al., 2018; Arslan et al., 2016; Delaney & Arvedson, 2008; Green et al., 2017; Révérend et al., 2014). O estágio inicial do desenvolvimento da mastigação, estabelecido entre os seis e os nove meses, é caracterizado pelo movimento assimétrico vertical da mandíbula e com uma duração do ciclo mastigatório relativamente mais prolongada do que noutros estádios do desenvolvimento infantil (Almotairy et al., 2018; Delaney & Arvedson, 2008; Green et al. 2017; Révérend et al., 2014). A amplitude dos movimentos da mandíbula vai aumentando à medida que o lactente vai evoluindo nas texturas (Almotairy et al., 2018; Delaney & Arvedson, 2008; Green et al. 2017; Guerra et al., 2012; Révérend et al., 2014). Por outro lado, aos nove meses, com a aquisição das novas competências psicomotoras, o lactente passa a ter maior facilidade em agarrar os alimentos partidos em pedaços (Delaney & Arvedson, 2008; Green et al. 2017; Guerra et al., 2012).

Num bebé de termo saudável, não estão recomendados suplementos vitamínicos e minerais específicos, à exceção da suplementação com vitamina D (DGS, 2019). A alimentação deverá ser completa, equilibrada e diversificada, e deverão ser oferecidos alimentos ricos em ferro. É importante que os alimentos tenham uma textura e consistência adequadas ao desenvolvimento do lactente. Por volta dos oito/dez meses, espera-se que este já seja capaz de ingerir alimentos de consistência grumosa e aos 12 meses deverá beber água maioritariamente por copo aberto e integrar a dieta familiar (DGS, 2019; Fewtrell et al., 2017).

Quanto à higiene e conforto, nesta etapa, importa salientar a higiene oral. Esta, juntamente com a alimentação saudável e a resistência dentária são os pilares da manutenção da saúde oral.

Uma vez que os principais determinantes da saúde oral são comuns a outras áreas da saúde, é crucial que a promoção da saúde oral seja integrada na promoção da saúde geral, tendo em linha de conta os diferentes fatores determinantes, como os fatores individuais, as condições socioeconómicas e os estilos de vida (DGS, 2021). As diretrizes mais recentes, recomendam que a higiene oral seja iniciada após o nascimento, nos primeiros dias de vida, utilizando uma compressa humedecida ou dedeira para higienização das mucosas, duas vezes por dia, no fim da mamada, e obrigatoriamente antes de deitar (DGS, 2021; Hockenberry et al., 2019). Aquando da erupção dentária, deve iniciar-se a higiene oral, com uma escova de cerdas macias e pasta dentífrica fluoretada com 1000-1500 ppm, duas vezes por dia, sendo uma delas à noite, antes de ir dormir (DGS, 2021).

O sono adequado nas crianças é essencial para o crescimento e desenvolvimento normais e para o bem-estar familiar. O sono infantil está associado a preditores significativos da saúde adulta (Bathory & Tomopoulos, 2017). Durante o primeiro ano de vida, o padrão de sono é variável (Bathory & Tomopoulos, 2017; Hockenberry et al., 2019). Aos seis meses há uma desaceleração no crescimento, acompanhada por uma diminuição das necessidades calóricas e um aumento na capacidade de reter calorias. Simultaneamente, há uma maturação progressiva dos ritmos biológicos que contribuem para a regulação do sono, o que resulta na diminuição da fragmentação do sono e na sua consolidação, tornando o lactente capaz de dormir durante toda a noite (Bathory & Tomopoulos, 2017). Consequentemente, aos nove meses, o lactente deve ter um padrão de sono bem estabelecido, com um longo período de sono noturno (Bathory & Tomopoulos, 2017), de nove a 11 horas (Hockenberry et al., 2019). Nas 24 horas, dorme cerca de 12 a 16 horas (Paruthi et al., 2016; SPP, 2017; WHO, 2020a), completando o sono noturno com duas a três sestas diurnas (SPP, 2017). Importa referir que aquisição de novas competências e capacidades influencia o sono infantil. O desenvolvimento da compreensão de permanência do objeto e, subsequente, a ansiedade de separação, poderão ter um impacto substancial no sono: dificuldade de separação ao deitar, aumento do número de despertares e dificuldade em voltar a adormecer após os despertares noturnos (Bathory & Tomopoulos, 2017).

No que à eliminação vesical diz respeito, este estágio desenvolvimental é pautado pela imaturidade do rim (que se mantém até aos dois anos e meio), refletida na reduzida capacidade de filtração dos glomérulos. Os lactentes urinam com frequência e a sua urina tem uma gravidade específica baixa (1.008 a 1.012). A maioria dos lactentes produz e excreta aproximadamente 15 a 60 ml/kg/24h de urina (Hockenberry et al., 2019).

Também a imaturidade dos processos digestivos se reflete no padrão de eliminação intestinal, o que leva a que durante a introdução de novos alimentos, as características das fezes possam alterar-se e sejam visualizados alimentos sólidos (Hockenberry et al., 2019).

Transição desenvolvimental

No cenário descrito, se tomarmos como cliente o pai, podemos dizer que este está a vivenciar uma transição desenvolvimental, que diz respeito ao exercício do papel parental desenvolvimental (Sousa, 2012).

Como propriedades, importa considerar a consciencialização, o envolvimento e eventos/pontos críticos (Meleis et al., 2000).

A hospitalização do lactente por motivo de doença constitui-se como um evento crítico gerador de *stress*, que pode dificultar o exercício do papel parental (OE, 2015a). Por outro lado, as tarefas desenvolvimentais características de uma determinada etapa desenvolvimental, impõe aos pais uma adaptação constante e um domínio do seu papel parental, expresso através da mestria em competências parentais e numa integridade fluída (Sousa, 2012). A diversificação de novos alimentos pode ser considerada como uma tarefa desenvolvimental da segunda metade do primeiro ano de vida do lactente e, por isso, poderá ser considerada como um evento/ponto crítico no processo adaptativo dos pais.

No caso exposto, a consciencialização é expressa através da perceção, do conhecimento e do reconhecimento (Meleis et al., 2000) que o pai demonstra sobre aquilo que é o processo de transição para o exercício do seu papel parental e das mudanças que já ocorreram e poderão ocorrer, fruto das novas necessidades do filho (Sousa, 2012). Por exemplo, durante a diversificação alimentar, ser capaz de reconhecer as novas competências psicomotoras do filho, ter conhecimento sobre diferentes princípios da introdução de novos alimentos, como a evolução de texturas, os tamanhos e consistências adequadas dos alimentos, e antever que o progresso será no sentido de maior aquisição de autonomia do lactente e inserção na dieta familiar após os 12 meses, são dados relevantes sobre a consciencialização do pai. Desta forma, esta propriedade poderá fornecer informação relevante que nos remete para fatores ligados a uma integridade fluída. O envolvimento, caracterizado pelo grau em que o indivíduo demonstra envolvimento nos processos inerentes à transição, também poderá fornecer dados relativos ao processo adaptativo, constituindo-se como um dado relevante para a avaliação da transição. O envolvimento é diretamente influenciado pelo nível de consciencialização (Meleis et al., 2000).

No decorrer de uma transição, existem condições pessoais, da comunidade ou da sociedade que podem facilitar ou dificultar a transição (Meleis et al., 2000). Estes fatores são relevantes para a parceria estabelecida com os pais durante a hospitalização da criança, mesmo em contexto de urgência (Vaz & Trigo, 2020). Por este motivo, a conceção de cuidados irá espelhar a avaliação destes aspetos.

Um outro domínio da Teoria das Transições consiste nos padrões de resposta – indicadores que permitem aos enfermeiros perceber se o cliente está a vivenciar uma transição saudável e adequar as terapêuticas de enfermagem de forma a facilitar o processo adaptativo. Como

referido anteriormente, os padrões de resposta deverão ser avaliados ao longo de todo o processo e não só no fim da transição (Schumacher & Meleis, 1994). No decorrer da transição desenvolvimental, reconhecer os indicadores de processo e de resultado releva para que o enfermeiro possa prescrever e implementar terapêuticas de enfermagem ajustadas às necessidades do cliente.

A conclusão saudável de uma transição é determinada pela medida em que os indivíduos demonstram o domínio das competências e das habilidades necessárias para gerir as suas novas situações, ao qual se designa de mestria. As competências necessárias para alcançar a mestria na prestação de cuidados a um filho incluem monitorizar e interpretar sintomas, tomar decisões, agir, prestar cuidados, fazer ajustes, aceder a recursos, trabalhar em colaboração com a equipa multidisciplinar (Schumacher et al., 2000).

Este domínio resulta da combinação das competências previamente estabelecidas com as competências recentemente desenvolvidas durante o processo de transição.

O enfermeiro está numa posição privilegiada para intervir no sentido de facilitar o processo adaptativo. Conhecer e compreender as experiências parentais releva para o apoio que o enfermeiro disponibiliza aos pais no desenvolvimento da sua mestria em competências parentais.

Hospitalização no contexto de urgência

O serviço de urgência pediátrica (SUP) é responsável pelo atendimento urgente e emergente de crianças doentes desde o nascimento, até à véspera de completarem 18 anos. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem ter formação acrescida em pediatria e simultaneamente as competências necessárias para identificar precocemente situações de urgência e emergência e responder eficazmente em cada uma delas (Vaz & Trigo, 2020). Uma urgência é definida como uma situação clínica de instalação súbita, de gravidade variável, com potencial de acometimento das funções vitais (DGS, 2001).

A complexidade dos cuidados prestados num SUP é influenciada pelas diversas especificidades inerentes à condição da criança e ao seu estágio desenvolvimental, uma vez que se trata de um ser em constante desenvolvimento, com características únicas e particulares. Isto exige um conhecimento alargado sobre o desenvolvimento infantil nos diversos estádios para que se possa identificar possíveis sinais de alarme (DGS, 2018; Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2024; Neves et al., 2016; Vaz & Trigo, 2020). A primeira avaliação da criança e as avaliações subsequentes devem ser complementadas com o olhar clínico treinado de um profissional de saúde, com recurso ao triângulo de avaliação pediátrico e à abordagem ABCDE (INEM, 2024; Vaz & Trigo, 2020).

Os cuidados de enfermagem, no contexto de urgência devem ser sensíveis e ajustados às condições particulares e específicas de cada criança e pessoa significativa, tendo como clientes a criança e os pais (Neves et al., 2016; Tacsí & Vendruscolo, 2004; Vaz & Trigo, 2020).

O EEESIP é o profissional com conhecimentos e competências para atender a criança/família em situações de especial complexidade (OE, 2018a), tendo como objetivo major a promoção da saúde e prevenção de complicações da doença e, ainda, com a prossecução de elevados níveis de qualidade e de segurança nos cuidados prestados (Vaz & Trigo, 2020).

A hospitalização de uma criança no SUP, ainda que de breve duração, é sempre um momento de elevada carga emocional (Vaz & Trigo, 2020), constituindo-se, como um evento crítico para os pais, gerador de *stress* e ansiedade (Aratti & Zampini, 2024; OE, 2015a)

De facto, com a hospitalização do filho, os pais experimentam uma crise de identidade parental pautada pela dúvida e incerteza do que podem ou não fazer e/ou o que os profissionais de saúde esperam que eles façam (OE, 2015a). Considerando que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos filhos, dar resposta às necessidades deste binómio, através da valorização das expectativas dos pais e da negociação de papéis (OE, 2015a), poderá minimizar os efeitos negativos da hospitalização (Tavares, 2020), facilitando a adaptação a este evento crítico (OE, 2015a) e ao papel parental.

Por último, é de referir que os SUP devem ter uma estrutura arquitetónica acolhedora, harmonizada e humanizada, dotada de espaços físicos com características adequadas às crianças e que permitam o acompanhamento dos pais (Vaz & Trigo, 2020).

Cuidados centrados na família e parceria de cuidados

O modelo de cuidados centrados na família, onde a família é vista como uma parceira nos cuidados prestados à criança, é promotor de um acolhimento humanizado do binómio criança-mãe/ pai, com valorização do papel parental e com reconhecimento deste papel como parte essencial dos cuidados à criança, nomeadamente durante a doença (Vaz & Trigo, 2020).

O Modelo de Parceria de Cuidados trata-se de um modelo de cuidados de enfermagem pediátrica onde os pais são envolvidos ativamente nos cuidados prestados à criança, em função da sua vontade, disponibilidade e perícia (Casey, 1995). Este modelo ajuda a manter o lugar da criança na família e assegura o direito da família estar unida nos momentos mais críticos e desafiantes do processo adaptativo (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Trabalhar em parceria com os pais é uma competência indispensável para alcançar elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Brown et al., 2008; Dudley et al., 2015; Sousa et al., 2023). Baseado numa filosofia moderna de prestação de cuidados, este modelo de cuidados facilita o estabelecimento de prioridades baseadas nas necessidades e valores da

criança e da sua família (Brown et al., 2008; Dudley et al., 2015; Vaz & Trigo, 2020), cuja parceria de cuidados é orientada através dos objetivos terapêuticos e para a consecução dos resultados pretendidos, definidos no planeamento de enfermagem (Sousa et al., 2023).

No contexto de SUP, é importante que o enfermeiro observe a relação entre a criança e a/o mãe/pai e avalie o grau de participação, o conhecimento e as capacidades dos pais para dar resposta às diferentes necessidades do filho (Vaz & Trigo, 2020). A deteção de uma necessidade no papel parental permite a identificação diagnóstica e a valorização de determinados dados úteis obtidos durante a apreciação inicial e facilita a atribuição de um juízo clínico ao desempenho do papel parental (Sousa et al., 2023).

Ao empoderarem os pais, os enfermeiros trabalham em estreita interação com estes, de modo que mantenham ou adquiram confiança, conhecimento e capacidade para desempenharem o seu papel parental com autonomia, perícia e mestria (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Literacia em saúde e Informoterapia

A literacia em saúde é considerada uma estratégia de proteção da infância, promotora de segurança e bem-estar (DGS, 2022b). Menor eficiência na utilização dos serviços de saúde, maior taxa de recurso a urgências hospitalares e menor uso de cuidados preventivos estão associados a níveis mais baixos de literacia em saúde (DGS, 2018a).

A informoterapia, definida como a prescrição oportuna e a disponibilização de informação sobre a saúde, assente em evidência atualizada, para dar resposta às necessidades do cliente e apoiar a tomada de decisão informada (Mettler & Kemper, 2005), é vista como uma importante ferramenta promotora de literacia em saúde.

Independentemente do contexto, o EEESIP deve procurar trabalhar em parceria com a criança e os pais, promovendo o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados à criança doente e proporcionando educação para a saúde (OE, 2018a).

A educação dos pais, através de informoterapia em momentos-chave, é uma componente crucial para a abordagem de saúde pública na promoção da segurança e prevenção de acidentes, nomeadamente do engasgamento (Bentivegna et al., 2018).

Engasgamento em idade pediátrica

O engasgamento com asfixia constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade infantil, com destaque para crianças com idade inferior a três anos (AAP, 2019; Gilbert, 2021). É a quarta principal causa de morte em idade pediátrica (Gilbert, 2021; Rodríguez, et al., 2012).

De considerar que os lactentes são particularmente suscetíveis ao engasgamento, devidos às características físicas e psicomotoras deste estágio desenvolvimental (Awad & Alfaqih, 2024): movimentos rudimentares e pouco desenvolvidos de mastigação e deglutição; diâmetros das vias aéreas mais pequenos (AAP, 2019; Almotairy et al., 2018; Altkorn et al., 2008; Arslan et al., 2016; Holzki et al., 2017; Wani et al., 2019); não conseguem distinguir objetos comestíveis e não comestíveis; distraem-se facilmente; colocam os objetos na boca, para os explorar (Abdullat et al., 2015; Bentivegna et al., 2018; Hockenberry et al., 2019; Smith & Norris, 2003).

O engasgamento em idade pediátrica é frequentemente causado por objetos ou alimentos (AAP, 2019; Awad & Alfaqih, 2024; Bentivegna et al., 2018; Gilbert, 2021; Paiva, et al., 2023) que podem obstruir parcial ou totalmente a via aérea (Awad & Alfaqih, 2024; Gilbert, 2021; INEM, 2024). A obstrução parcial da via aérea é caracterizada por sintomas como tosse, choro gritado ou sons anormais como estridor, gorgolejo e ressonar (Awad & Alfaqih, 2024; Gilbert, 2021; INEM, 2024). Em oposição, a ausência de qualquer som/vocalização e a cianose dos lábios são atributos da obstrução total da via aérea. A obstrução da via aérea pode conduzir a alterações graves na ventilação e oxigenação da criança (AAP, 2019; Gilbert, 2021; Højgaard & Köhler, 2017).

Características como o tamanho, a forma e a consistência de alguns objetos e alimentos estão associadas a um risco maior de engasgamento (AAP, 2019). Dos alimentos, os que têm maior risco para o lactente são os alimentos pequenos de tamanho igual ao da via aérea, arredondados ou cilíndricos, com consistência dura, como os frutos secos, as uvas, as sementes, a cenoura, a maçã, as pipocas, entre outros (Awad & Alfaqih, 2024; Gilbert, 2021; Khan et al., 2023; Paiva, et al., 2023).

O engasgamento em idade pediátrica pode ser evitado ou prevenido. Os profissionais de saúde desempenham um papel importante na literacia em saúde, nomeadamente no que se reporta ao engasgamento. O conhecimento que os pais têm sobre ingestão nutricional é considerado um fator protetor da exposição da criança ao risco de engasgamento durante a alimentação (Bentivegna et al., 2018; Khan et al., 2023; Paiva, et al., 2023; Pondete et al., 2022).

Os profissionais de saúde podem ser fontes de informação fidedigna e atualizada sobre a ingestão nutricional, especialmente, sobre a prevenção de engasgamento (AAP, 2019) e devem privilegiar uma intervenção sobretudo antecipatória nos CSP (Bentivegna et al., 2018; Khan et al., 2023; Paiva, et al., 2023). Não obstante, podem-se aproveitar momentos-chave, também noutros contextos clínicos, como o SUP, para sessões de informoterapia sobre o tema (Bentivegna et al., 2018; Pondete et al., 2022).

5.2. Clientes

Cliente

Lactente | Idade: 9 meses | Masculino

Mãe/Pai

11-01-2025 21:00

11-01-2025 21:00 - Figura parental principal: pai.

11-01-2025 21:00 - Distância casa/hospital: 20.

11-01-2025 21:00 - Número de outros filhos: 0.

11-01-2025 21:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

11-01-2025 21:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

5.3. Domínios

Início

11-01-2025 21:00
 11-01-2025 21:00
 11-01-2025 21:00
 11-01-2025 21:00
 11-01-2025 21:00
 11-01-2025 21:00
 11-01-2025 21:00
 11-01-2025 21:00

Domínios

Sistema respiratório
 Mastigação
 Deglutição
 Comportamentos de ligação mãe/pai-filho
 Comportamentos de ligação filho-mãe/pai
 Desenvolvimento psicomotor
 Desenvolvimento físico
 Lactente

Fim

5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

O EEESIP cuida da criança em situações de especial complexidade, reconhecendo os momentos de instabilidade das funções vitais e de potencial de risco de vida, com maior carácter urgente e emergente, prestando cuidados de enfermagem apropriados. Para tal, mobiliza conhecimentos e competências para a rápida identificação de focos de instabilidade e para uma resposta

imediate e antecipatória (OE, 2018a). No quadro clínico em análise, o lactente tinha experienciado um episódio de caráter urgente, o engasgamento. Considerando o cenário clínico e os aspetos descritos sobre este episódio, numa perspetiva de gestão de sinais e sintomas e também de identificar ou negar hipóteses de diagnóstico, como ventilação comprometida, sinais de aspiração e dispneia, foi selecionado o domínio “sistema respiratório”.

Como descrito no enquadramento teórico, as características desenvolvimentais do lactente, especialmente no que se refere aos movimentos de mastigação e deglutição (AAP, 2019; Almotairya et al., 2018; Altkorn et al., 2008; Arslan et al., 2016; Holzki et al., 2017; Wani et al., 2019) concorrem para o risco de engasgamento. Por este motivo, considerou-se pertinente avaliar a mastigação, a deglutição e o desenvolvimento psicomotor, através da seleção dos respetivos domínios, de forma a detetar precocemente possíveis alterações ou compromissos que contribuam para um risco aumentado de engasgamento. Considerar que, face à relevância de aspetos do desenvolvimento psicomotor para a alimentação (DGS, 2019; Fewtrell et al., 2017; Gerber et al., 2010; Guerra et al., 2012; Hockenberry et al., 2019) e, possivelmente, para prevenção de situações de compromisso da ventilação associadas à ingestão de alimentos (Awad & Alfaqih, 2024), nesta situação de urgência foi importante avaliar o desenvolvimento psicomotor, com especial atenção para a postura sentada, os movimentos de preensão e manipulação, os movimentos de mastigação e a coordenação respiração-deglutição.

Adicionalmente, sabe-se que o engasgamento em idade pediátrica pode ser evitado ou prevenido e que o conhecimento que os pais têm sobre ingestão nutricional é considerado um fator protetor da exposição da criança ao risco de engasgamento durante a alimentação (Bentivegna et al., 2018; Khan et al., 2023; Paiva, et al., 2023; Pondete et al., 2022). Por este motivo, a seleção do domínio “lactente” representa a área de atenção do enfermeiro, onde se inclui não só as necessidades da criança, mas também os aspetos relacionados com o processo adaptativo do papel parental desenvolvimental, no que se refere à ingestão nutricional.

Numa perspetiva de parceria de cuidados, no contexto de SUP, é importante que o enfermeiro observe a relação entre o lactente e o pai e avalie o grau de participação, o conhecimento e as capacidades deste para dar resposta às diferentes necessidades do filho (Vaz & Trigo, 2020). Não obstante, partindo da parceria de cuidados com intencionalidade terapêutica centrada no exercício da parentalidade, releva que na primeira fase do processo de enfermagem se recolha e analise informação relativa a aspetos de saúde pertinentes, como conhecimento e capacidade dos pais para dar respostas às necessidades do filho; comportamentos de vinculação da criança e de ligação pai-filho e potencial de participação do pai nos cuidados (Sousa et al., 2023). Como foi referido no enquadramento teórico, o conhecimento e a capacidade, bem como outras condições pessoais e sociais são fatores importantes durante uma transição (Meleis et al., 2000). Assim, ao parâmetro lactente, acrescentou-se os domínios “comportamentos de ligação mãe/pai-filho” e “comportamentos de ligação filho-mãe/pai”.

Por último, a complexidade dos cuidados prestados num SUP é influenciada pelas diversas especificidades inerentes à condição da criança e ao seu estágio desenvolvimental. Isto exige um conhecimento alargado sobre o desenvolvimento infantil nos diversos estádios para que se possa identificar possíveis sinais de alarme (DGS, 2018; INEM, 2024; Neves et al., 2016; Vaz & Trigo, 2020). Avaliar o desenvolvimento físico permite detetar precocemente sinais de alarme. Em contexto de urgência/emergência, a seleção desde domínio, através do qual se avalia o peso, bem como, do domínio referente ao período desenvolvimental (lactente) releva para o cálculo de dose pediátrica de medicação (Craske & Gill, 2023; Martino et al., 2017; Moriarty & Will, 2016; Wright et al., 2023; Ziesenitz et al., 2017), para a seleção de dispositivos médicos e para a adequação de procedimentos de atuação em situações de urgência/emergência pediátrica (Resuscitation Council UK, 2024; Skellett et al., 2024; Topjian, et al., 2020).

5.4. Conceção de Cuidados

Sistema respiratório

11-01-2025 21:00

11-01-2025 21:00 - Frequência respiratória: 26 ciclos/min.

11-01-2025 21:00 - Ritmo respiratório regular.

11-01-2025 21:00 - Movimento respiratório simétrico.

11-01-2025 21:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

11-01-2025 21:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

11-01-2025 21:00 - Sem adejo nasal.

11-01-2025 21:00 - Saturação do oxigénio no sangue

11-01-2025 21:00 - Periférico(a): 99 %.

11-01-2025 21:00 - Coloração da mucosa: rosada.

11-01-2025 21:00 - Determinar evolução da ventilação

11-01-2025 21:00 - Avaliar evolução da ventilação

12-01-2025 00:00 - Frequência respiratória: 22 ciclos/min.

12-01-2025 00:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

12-01-2025 00:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

12-01-2025 00:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

12-01-2025 00:00 - Saturação do oxigénio no sangue

12-01-2025 00:00 - Periférico(a): 99 %.

12-01-2025 00:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

12-01-2025 00:00 - Coloração da mucosa: rosada.

Mastigação

11-01-2025 21:00

11-01-2025 21:00 - Movimentos do ciclo mastigatório normais para o estadio desenvolvimental

11-01-2025 21:00 - Ciclo mastigatório assimétrico

11-01-2025 21:00 - Duração do ciclo mastigatório normal (face à consistência dos alimentos)

Deglutição

11-01-2025 21:00

11-01-2025 21:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

11-01-2025 21:00

11-01-2025 21:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

11-01-2025 21:00

11-01-2025 21:00 - Comportamentos de vinculação: ativo na procura de proximidade e contacto com a mãe, através da locomoção e o agarrar; protesta na sua ausência e evidencia contentamento quando ela volta; começa a tratar estranhos com precaução.

Desenvolvimento psicomotor

11-01-2025 21:00

11-01-2025 21:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

11-01-2025 21:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

11-01-2025 21:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

11-01-2025 21:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

11-01-2025 21:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

11-01-2025 21:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

Desenvolvimento físico

11-01-2025 21:00

11-01-2025 21:00 - Peso: 8.20 Kg.

11-01-2025 21:00 - Percentil do peso: P(15).

11-01-2025 21:00 - Comprimento/Altura: 74.00 cm.

11-01-2025 21:00 - Percentil do comprimento: P(75).

11-01-2025 21:00 - Perímetro cefálico: 46.10 cm.

11-01-2025 21:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(75).

11-01-2025 21:00 - Índice de massa corporal: 14.97 Kg/m².

11-01-2025 21:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(3).

11-01-2025 21:00 - Encerramento da fontanela

11-01-2025 21:00 - Posição anterior: sem compromisso.

11-01-2025 21:00 - Posição posterior: sem compromisso.

Lactente

11-01-2025 21:00

11-01-2025 21:00 - Lactente

11-01-2025 21:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

11-01-2025 21:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: facilitador.

11-01-2025 21:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre diversificação alimentar: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para

intervir.

11-01-2025 21:00 - Capacidade da mãe/pai para alimentar a criança: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-01-2025 21:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre diversificação alimentar [RESOLVIDO] 12-01-2025 00:00

11-01-2025 21:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre diversificação alimentar [FIM] 12-01-2025 00:00

12-01-2025 00:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre diversificação alimentar: facilitador [MELHOROU].

11-01-2025 21:00 - Ensinar mãe/pai sobre diversificação alimentar [FIM]
12-01-2025 00:00

11-01-2025 21:00 - Ensinar mãe/pai sobre preparação de refeições [FIM]
12-01-2025 00:00

11-01-2025 21:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para alimentar a criança

11-01-2025 21:00 - Instruir mãe/pai a preparar refeições

5.5. Especificação das intervenções

Ensinar mãe/pai sobre diversificação alimentar

- Diferença entre gag reflex e engasgamento
- Evolução de texturas: à medida que o lactente demonstre um bom controlo da moagem/mastigação/deglutição, os alimentos podem ser oferecidos numa consistência menos homogénea e mais granulosa, até à introdução do alimento sólido; os alimentos arredondados e de pequenas dimensões (<32mm) devem ser cortados longitudinalmente ou esmagados; por volta dos 9 meses, com o desenvolvimento do movimento de pinça, os alimentos podem ser oferecidos em pedaços mais pequenos, mas com dimensões superiores a 32mm, com consistência mole
- Fontes de informação sobre alimentação fidedignas e atualizadas: DGS, Sociedade Portuguesa de Nutricionistas, American Academy of Pediatrics (AAP, 2019; Awad & Alfaqih, 2024; DGS, 2019; Gilbert, 2021; INEM, 2024)

Ensinar mãe/pai sobre preparação de refeições

- Os alimentos devem ser oferecidos com tamanho, forma e consistência adequadas
- Alimentos com maior risco de engasgamento: tamanho pequeno, forma arredondada ou cilíndrica, consistência dura e escorregadia (AAP, 2019; Awad & Alfaqih, 2024; Bentivegna et al., 2018; Gilbert, 2021; Paiva, et al., 2023)

Instruir mãe/pai a preparar refeições

- Com recurso a imagens reais, explicar como preparar alimentos de maior risco de engasgamento, nomeadamente: uvas, mirtilos, maçã, massa, frutos secos

5.6. Síntese relativa ao caso

Prioridades no planeamento de cuidados

No contexto de urgência, a prioridade no planeamento de cuidados prende-se com a determinação da evolução dos sinais e sintomas que podem comprometer a vida e/ou o bem-estar do lactente, por via do processo patológico. De facto, faz parte da ação do EEESIP a resposta na complexidade em diferentes áreas, das quais se salienta: deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às emergências (OE, 2018a). Por este motivo, foram considerados prioritários os aspetos relacionados com a vigilância de sinais e sintomas do domínio “sistema respiratório”. Também foi considerado prioritário a avaliação dos aspetos corporais, nomeadamente da mastigação, da deglutição e do desenvolvimento psicomotor que poderiam contribuir para este e outros episódios de engasgamento.

O conhecimento que os pais têm sobre ingestão nutricional é considerado um fator protetor da exposição da criança ao risco de engasgamento durante a alimentação (Bentivegna et al., 2018; Khan et al., 2023; Paiva, et al., 2023; Pondete et al., 2022). Adicionalmente, o enfermeiro que desempenha funções no SUP tem como clientes a criança e a pessoa significativa (mãe/pai) (Neves et al., 2016; Tacsí & Vendruscolo, 2004; Vaz & Trigo, 2020). Na persecução contínua da prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, o EEESIP procura estabelecer uma parceria com os pais (Vaz & Trigo, 2020), expressa através da avaliação do grau de mestria no desempenho do seu papel parental desenvolvimental (Sousa et al., 2023). Por estes motivos, surgiu como prioritário a avaliação do papel parental: ingestão nutricional.

Processo adaptativo

Relativamente ao processo adaptativo do pai, nos diagnósticos do tipo “potencial para melhorar conhecimento sobre diversificação alimentar” e “potencial para melhorar capacidade do pai para alimentar a criança” foram definidos como objetivos processuais “melhorar conhecimento”, “avaliar evolução do conhecimento” e “melhorar capacidade”, respetivamente.

Seguidamente, prescreveram-se intervenções do tipo informar, nomeadamente “ensinar”, com integridade referencial para melhorar o conhecimento, e “instruir”, de forma a melhorar a capacidade. Dado o contexto particular de SUP, não se considerou adequado nem ajustado prescrever intervenções do tipo “treinar”. Após discussão com o pai, tendo em conta que o SUP está atualmente integrado numa ULS e numa perspetiva de continuidade de cuidados, será possível atender a esta necessidade no contexto dos CSP.

Como forma de avaliar a eficácia das intervenções do tipo “ensinar” definiram-se critérios de

resultado que corresponderam à verbalização por parte do pai do conhecimento apreendido. A avaliação da eficácia das intervenções do tipo “instruir” terá impacto direto na capacidade do pai para preparar e oferecer os alimentos na consistência, tamanho e forma adequada ao estadio desenvolvimental do filho.

Como referido anteriormente, o pai está a vivenciar um processo de transição desenvolvimental, relacionado com o exercício do seu papel parental. A compreensão das propriedades e condições intrínsecas à transição, contribui para desenvolver as terapêuticas de enfermagem, que devem ser congruentes com as experiências singulares do cliente (lactente) e da família (pai) (Meleis et al., 2000).

Para a prescrição adequada de informação, teve-se em consideração aspetos relacionados com a postura e atitude do pai, com o interesse que demonstrava sobre o assunto e com a disponibilidade para aprender. A valorização das necessidades do pai, também pesou na atribuição de juízo ao diagnóstico do tipo “potencial”. A atitude do pai ao lidar com o internamento do filho depende não só das características pessoais do pai, mas também do tipo de assistência que recebeu da equipa e da própria condição de saúde da criança (Sousa et al., 2023). Estes fatores permitiram determinar se seria o momento oportuno para intervir.

A consciencialização sobre relação a entre o conhecimento e capacidade do pai para alimentar o filho e o risco de engasgamento, foram considerados como fatores facilitadores da transição, revelando-se como dados úteis para a definição do diagnóstico. Adicionalmente, a preparação e conhecimento prévio, o *status* socioeconómico do cliente (no sentido em que lhe permite dar resposta às necessidades da família, no que ao acesso de alimentos se refere) e a comunidade/sociedade (onde se inclui a existência, a proximidade e a facilidade de acesso aos serviços de saúde na comunidade) foram avaliados como condições facilitadoras para uma transição saudável. A preparação e o conhecimento prévio, associados às características individuais forneceram informações relevantes para dosear a quantidade de informação transmitida, com relevância para as especificações das intervenções e para o estabelecimento de critérios de resultado.

Contributos das intervenções face aos objetivos identificados

As intervenções do tipo “executar” e “avaliar evolução” de parâmetros dentro dos processos corporais, permitem melhorar e vigiar a condição clínica da criança, respetivamente. Os critérios de resultado esperados face aos processos corporais são a modificação dos dados que definiram o diagnóstico e permitem determinar se foram alcançados os resultados esperados ou se é necessário fazer ajustes ao processo de enfermagem, através da prescrição de novas intervenções.

As intervenções do tipo “ensinar”, guardam relação direta com o conceito de informoterapia e têm como principal objetivo aumentar ou melhorar o conhecimento do pai sobre a temática. Através da informoterapia, o enfermeiro prescreve informação pertinente e atualizada, assente em evidência científica, para dar resposta às necessidades do pai e apoiar o exercício do seu papel parental desenvolvimental. A informoterapia surge, assim, como uma terapêutica de enfermagem efetiva na facilitação de transições saudáveis, ajudando o cliente a satisfazer as necessidades de informação, essenciais para uma adaptação saudável (Sousa, 2012).

Como interveniente ativo e facilitador do processo adaptativo, o enfermeiro prescreve terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2000). As terapêuticas de enfermagem correspondem ao plano para alcançar os objetivos definidos, através da prescrição de intervenções de enfermagem com integridade para os problemas identificados.

Tendo por base o Modelo de Parceria de Cuidados, o enfermeiro negocia com os pais um plano de atividades, onde estão implícitas quais as metas a alcançar para que os objetivos propostos sejam atingidos, fornecendo informação e apoio, para que a participação nos cuidados esteja alicerçada em decisões informadas (Sousa et al., 2023), ou seja, literacia em saúde.

Timing da avaliação do objetivo final

Os dados expressos na conceção de dados relativos aos domínios “deglutição”, “mastigação”, “comportamentos de ligação filho-mãe/pai”, “comportamentos de ligação mãe/pai-filho”, “desenvolvimento psicomotor” e “desenvolvimento físico”, são manifestações da normatividade destes aspetos. Como se previa o contacto de apenas algumas horas com os clientes, não era expectável que durante esse tempo estes aspetos viessem a expressar alguma alteração e, por esse motivo, não se programou a avaliação do objetivo “determinar evolução”.

No que é relativo ao papel parental, a avaliação do objetivo final, expresso na conceção de cuidados como “promover papel parental desenvolvimental”, que expressa a mestria enquanto indicador de resultado, remete para a avaliação do papel parental. As intervenções do tipo “avaliar evolução do papel parental desenvolvimental” têm integridade referencial para o problema identificado e permite determinar se o objetivo estabelecido foi atingido.

Na ingestão nutricional, foi identificada uma necessidade de melhoria do conhecimento e foi programada uma intervenção do tipo “avaliar evolução”. Não existe evidência sobre o *timing* ideal para a realização desta avaliação. Sabe-se, no entanto, que apesar do SUP poder constituir-se como um contexto-chave para a intervenção do enfermeiro junto dos pais, este contacto será sempre por um curto período. Assim, após a sessão de informoterapia e aproveitando a altura da próxima refeição do lactente, foi considerado o momento oportuno para avaliar a evolução e prescrever ou adequar intervenções. Ainda relativo ao mesmo aspeto

do papel parental desenvolvimental, foi identificada uma necessidade de melhoria da capacidade. Acreditando no contributo que as intervenções do tipo “instruir” e “treinar” têm para a promoção da capacidade parental e, lembrando que este não foi considerado o contexto ideal para treinar este aspeto da capacidade, decidiu-se não se prescrever a avaliação da evolução.

A avaliação do objetivo final relativo ao “papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional” pode ser programada para quando o conhecimento e capacidade estiverem facilitadores, uma vez que estes são indicadores processuais do desempenho parental. Por esse motivo, nesta conceção de cuidados, em conjunto com o pai, optou-se por não prescrever a avaliação do objetivo final, acreditando que, numa perspetiva de continuidade de cuidados, esta seria realizada em contexto mais adequado.

Intencionalidades da parceria de cuidados

A prestação de cuidados teve subjacente uma filosofia de cuidados centrados na família e de parceria de cuidados, na qual o pai foi incentivado a manter os cuidados habituais (desenvolvimentais) ao filho. Na implementação da parceria de cuidados foi tido em consideração o perfil de necessidades do lactente, a evolução da condição deste ao longo do internamento em contexto de SUP, a duração do internamento, a vontade e disponibilidade do pai e as suas necessidades.

É importante que o enfermeiro reconheça os benefícios de envolver eficazmente os pais nos cuidados, na negociação e no processo de tomada de decisão, relativamente à satisfação das necessidades da criança (Santos et al., 2016).

De acordo com o enquadramento teórico, a parceria de cuidados promotora da parentalidade salvaguarda que no SUP a criança é acompanhada 24 horas por um dos pais, estes participam em todo o processo de tomada de decisão e estão presentes durante a realização de procedimentos mais ou menos invasivos e de exames complementares de diagnóstico (Barbarian, et al., 2021; Brown et al., 2008; Dudley et al., 2015).

O cenário em análise reporta-se a uma situação de hospitalização em SUP de um lactente cujo motivo do internamento reporta um episódio agudo de engasgamento em que, após o regresso a casa, o papel parental retoma o carácter habitual desse exercício. Neste caso, durante a permanência dos clientes em ambiente hospitalar, o pai pode participar ativamente nas atividades associadas ao papel parental habitual. Assim, a principal intencionalidade terapêutica do enfermeiro, ao promover a parceria de cuidados com o pai durante a hospitalização do lactente foi a promoção, durante a hospitalização, do desempenho do papel parental desenvolvimental habitual (Sousa et al., 2023). Dado a evolução favorável do quadro clínico e

tendo como referência aquilo que são as consequências na vida futura após episódios de engasgamento, perspetivava-se que aquando do regresso a casa, este lactente manteria apenas necessidades do tipo desenvolvimental.

Deste modo, na conceção de cuidados houve uma valorização clara pela inclusão do pai nos cuidados desenvolvimentais. Os cuidados de enfermagem estavam orientados para a manutenção do papel parental e para a promoção/ manutenção da afetividade entre pai-criança. Este tipo de parceria de cuidados caracteriza-se como um tipo de parceria entre pais e enfermeiros “de cortesia”, onde se estabelecem relações de delicadeza e urbanidade, para que a hospitalização do lactente se torne um evento “atraumático” no exercício da parentalidade. O enfermeiro foca a sua ação no conhecimento e na capacidade do papel parental especial, centrado em aspetos da hospitalização e do processo patológico, e nas dimensões papel parental desenvolvimental (Sousa et al., 2023).

De facto, é do escopo de ação do EEESIP, independentemente do contexto em que exerça funções, a avaliação e a promoção do crescimento e do desenvolvimento da criança, com orientação antecipatória à família, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (OE, 2018a).

Fatores como os atributos da hospitalização do lactente em contexto de SUP, do papel parental e dos pais, orientam para um potencial de participação dos pais nos cuidados ao filho do tipo desenvolvimental, tornando-se fatores que concorrem para este tipo de parceria de cuidados. Desta orientação decorre a diferenciação diagnóstica de disponibilidade, potencialidade ou risco de compromisso, centrada no papel parental desenvolvimental (Sousa et al., 2023).

De referir que a parceria de cuidados deve ser estabelecida não só através da negociação de cuidados, mas também com a valorização das necessidades dos pais, nomeadamente, no que se refere à existência de outros filhos, à disponibilidade de tempo (necessidade de manutenção das tarefas domésticas e do emprego) e à distância de casa ao hospital (Sousa et al., 2023). Estes elementos foram avaliados através do formulário representado no subcapítulo 5.2.

6. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O relatório do estágio de natureza profissional do MESIP conducente à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista, visa a apresentação e a descrição das atividades desenvolvidas durante a realização dos estágios. Este deve evidenciar todo o processo de desenvolvimento das competências que são comuns e específicas do enfermeiro especialista (OE, 2021). Assim, primeiramente, será explanado o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, posteriormente das competências específicas do enfermeiro especialista e, por fim, alicerçar as mesmas perante a execução do projeto de estágio.

Competências comuns do enfermeiro especialista

O enfermeiro especialista é aquele, a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, nas diferentes áreas de especialidade. Estes profissionais partilham um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Estas competências são demonstradas através da *“elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”* (DR n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019, p.4745).

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assenta em duas competências: (1) desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, dentro da área de especialidade, cujas ações estão de acordo com a deontologia profissional, os princípios éticos e as normas legais; (2) desenvolvimento de uma prática profissional que respeite as responsabilidades profissionais e os direitos humanos (DR n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019).

Na primeira competência enunciada, o enfermeiro especialista demonstra habilidades de tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, desempenha um papel de liderança nestes processos de tomada de decisão, na sua área de especialidade, e conduz uma avaliação não só dos resultados, mas também de todo o processo de tomada de decisão. No que se refere à segunda competência, o enfermeiro especialista promove a proteção dos direitos humanos e assegura a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente (DR n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019).

A Deontologia em Enfermagem constitui-se como um instrumento de fundamentação para o agir

profissional, uma vez que inclui as diferentes vertentes da prestação de cuidados e das áreas de intervenção do enfermeiro. Adicionalmente, encerra em si um conjunto de deveres relativos à ação profissional e expressa uma harmonia entre o quadro jurídico em que se insere e o respeito pelos princípios éticos que fundamentam o exercício profissional do enfermeiro (OE, 2015b).

“Os princípios éticos da infância são pedras angulares para as práticas de bem-estar das crianças” (Carnevale et al., 2015, p.517). A ética da enfermagem em saúde infantil e pediátrica centra-se na criança e na sua família e permite discutir e julgar sobre os problemas no âmbito do seu contexto e das circunstâncias específicas, de acordo com os sentimentos, as crenças e os valores dos atores envolvidos, procurando respostas mais equitativas, compassivas e adequadas (Nunes, 2020).

Na prática clínica, pretende-se que o enfermeiro especialista promova ao mais alto nível o desenvolvimento infantil, salvaguardando os melhores interesses, os valores, as crenças e os direitos da criança, considerando, também, a participação da família e a intervenção terapêutica do enfermeiro (Nunes, 2020).

Como referido ao longo deste relatório, a incorporação de uma filosofia de cuidados à criança centrada na família reconhece que o cuidar da criança inclui cuidar da família, nomeadamente no seu direito de participar no processo de tomada de decisão e na prestação de cuidados (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020; Nunes, 2020). Esta filosofia está enquadrada no direito aplicado ao binómio criança/família, através da regulamentação das responsabilidades parentais do Código Civil português (Deodato, 2020), mas também na vertente ética da enfermagem em saúde infantil e pediátrica, através da qual o EEESIP promove o desenvolvimento humano, a capacitação, a autonomia e a mestria, com valorização pelos conhecimentos e habilidades de cada interveniente, respeitando-o na sua individualidade característica (Nunes, 2020). Neste sentido, também a implementação do Modelo de Parceria de Cuidados, no decorrer dos estágios em contexto hospitalar, demonstra a preocupação do enfermeiro especialista em assumir os pais como parceiros no cuidar da criança, promovendo o seu envolvimento negociado.

A carta da criança hospitalizada veicula que esta, independentemente da idade ou estado clínico, tem direito ao acompanhamento dos pais, 24 horas por dia. Consagra, ainda, que estes devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente na assistência à criança (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2017). De facto, tanto no serviço de internamento de pediatria médico-cirúrgico, como na UCN, no momento da admissão era disponibilizado um folheto informativo com o intuito de facilitar a adaptação da família, diminuir o impacto da hospitalização na criança e nas suas pessoas significativas, e iniciar o estabelecimento de uma parceria efetiva promotora da parentalidade.

No ponto quatro, o mesmo documento estabelece que as crianças e os pais têm direito à informação, desde que esta seja adequada à idade e à sua compreensão, promovendo a

participação nas decisões que lhes dizem respeito (IAC, 2017). Nos quatro contextos de estágio, incluir tanto a criança, como as suas pessoas significativas, ao longo de todo o processo de enfermagem, com destaque para as intervenções que lhes são dirigidas, chamando-os a participar na decisão, na medida da sua capacidade, permitiu explorar a aquisição desta competência comum de enfermeiro especialista. Acreditando, assim, ter contribuído para salvaguardar a proteção jurídica da criança, no respeito pelos seus direitos e pela sua dignidade.

No internamento de pediatria, fazia parte das funções do responsável de turno, habitualmente um EEESIP, a alocação das crianças recém-admitidas às enfermarias. Esta distribuição tinha em consideração a etapa desenvolvimental da criança, procurando colocá-la, sempre que possível, num quarto com a estrutura mais ajustada à sua idade e condição clínica (tendo em conta os recursos físicos e materiais disponíveis em cada enfermaria) e em proximidade com outras crianças dentro de etapas desenvolvimentais próximas. Esta atitude diferenciadora vai de encontro ao preconizado na carta da criança hospitalizada, que reitera que as crianças devem ficar reunidas em grupos etários, a fim de beneficiarem de jogos e atividades educativas adaptadas à idade (IAC, 2017).

O respeito pelo direito à privacidade e confidencialidade da informação clínica e a garantia do dever de sigilo profissional, foi uma preocupação transversal a todos os contextos clínicos. No entanto, no contexto particular no SUP, devido à infraestrutura do mesmo, por vezes surgiram desafios na manutenção da privacidade, durante o contacto com os clientes. Este aspeto foi alvo de reflexão e de discussão com a enfermeira tutora e, também, com alguns dos enfermeiros especialistas com funções de coordenador de turno.

Ainda no que se refere a este domínio de competências comuns do enfermeiro especialista, importa mencionar que a tomada de decisão de acordo com o Código Deontológico, os princípios e valores foram demonstradas em contexto de estágio, através do suporte baseado no conhecimento e experiência, na construção da decisão em equipa e na promoção do exercício profissional de acordo com a deontologia profissional. A avaliação do processo e dos resultados da tomada de decisão, decorrentes dos casos clínicos expressos neste relatório e da reflexão e discussão, sobre os cuidados de enfermagem prestados a todos os clientes durante os estágios, com as enfermeiras tutoras e com as professoras orientadoras, são exemplos patentes do exercício perante a normas deontológicas, no decurso dos estágios efetuados, especialmente no que se reporta à avaliação de todo o processo de tomada de decisão.

Domínio da melhoria da qualidade

O domínio da melhoria da qualidade está dividido em três competências: (1) desempenhar um papel dinamizador e de apoio à operacionalização das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; (2) desenvolver práticas de qualidade através da gestão e colaboração nos programas de melhoria da qualidade; e (3) garantir um ambiente terapêutico e seguro (DR n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019).

Na primeira competência, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades que promovam a melhoria contínua da qualidade e orienta os projetos institucionais nesta área. A segunda competência traduz-se na avaliação da qualidade das práticas clínicas e no planeamento e liderança de programas de melhoria contínua. A terceira competência é expressa através da promoção de um ambiente físico, cultural, psicossocial e espiritual gerador de proteção e segurança dos clientes e, ainda, da participação do enfermeiro especialista na gestão do risco ao nível institucional (DR n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem norteiam os enfermeiros portugueses na procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Para os EEESIP os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem constituem-se como um instrumento balizador e de referência para a qualidade dos cuidados especializados, que estimula a reflexão contínua sobre este domínio do exercício profissional (OE, 2015c).

Adotar um código deontológico e um estatuto disciplinar através do qual o enfermeiro rege o seu exercício profissional é, também, garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem aos clientes. Na Deontologia de Enfermagem, a ação do enfermeiro deve ser fundamentada em conhecimentos científicos e técnicos adequados, com vista à melhoria da qualidade. Isto implica uma necessidade constante de atualização e o desenvolvimento de esforços de formação, de forma a que, no aplicar de todas as suas competências, o enfermeiro se encontre em condições para prestar cuidados equitativos, de acordo com as necessidades e expectativas dos cidadãos ou proporcionar as condições para que estes sejam possíveis (OE, 2015c).

Na perspetiva do desenvolvimento das competências caracterizadoras do domínio da qualidade, em todos ensinamentos clínicos teve lugar a partilha da mais recente evidência científica, confrontando-a com as práticas em uso e dando oportunidade à reflexão conjunta com elementos da equipa de enfermagem sobre os conteúdos estudados. Destes, considera-se importante destacar: (1) os já incluídos nos casos clínicos apresentados, como a gestão de oxigenoterapia e dos dispositivos utilizados para o efeito, a implementação de regimes de isolamento como medida adicional preventiva na propagação de microrganismos em ambiente hospitalar, e a gestão de acessos venosos periféricos; (2) os que foram identificados como uma proposta de melhoria nos cuidados prestados, como a alimentação do RN através de copo e a gestão de acessos venosos centrais em pediatria; e (3) os que derivaram dos resultados do projeto de investigação.

Relativamente ao segundo ponto, importa referir que para auxiliar a partilha de conhecimento sobre as vantagens e desvantagens da alimentação do RN através de copo, se criou um documento, em formato A4, conforme as sugestões da enfermeira tutora e da enfermeira-chefe da UCN onde decorreu o estágio. Esta necessidade foi identificada no segundo momento de estágio, o que não permitiu o agendamento oportuno de um momento formal de formação em

serviço para a partilha e divulgação do conhecimento adquirido. O estudo orientado sobre a gestão de acessos venosos centrais em idade pediátrica serviu de suporte a um momento formal de formação em serviço e, num futuro próximo, terá como principal finalidade a criação de um protocolo institucional sobre o tema, de forma a melhorar os cuidados de enfermagem neste âmbito.

Através do projeto de investigação, referido no ponto três, foi possível: (1) melhorar o conhecimento sobre a ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (2) melhorar o conhecimento orientado à promoção do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (3) divulgar os resultados obtidos na síntese da evidência científica disponível sobre a temática (ANEXO I); (4) desenvolver competências centradas na satisfação das necessidades desenvolvimentais da criança com especial atenção para a ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (5) desenvolver competências centradas na promoção do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional no primeiro ano de vida; (6) identificar as necessidades dos contextos clínicos relacionadas com a ingestão nutricional no primeiro ano de vida e com a promoção do papel parental neste aspeto do desenvolvimento infantil do RN e do lactente; e (7) desenvolver competências de conceção e documentação de cuidados de enfermagem, com especial atenção ao domínio do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional durante o primeiro ano de vida, expressas e refletidas nos casos clínicos um e três, apresentados nos capítulos três e cinco deste relatório.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, envolver os pais e/ou pessoas significativas para a criança, assegurando a satisfação das necessidades culturais e espirituais; garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas, através da dupla confirmação; e adotar medidas para a segurança de dados e de registos, tendo em conta os princípios do regime da proteção de dados, especialmente no que se refere a dados sensíveis, foram ações promotoras de um ambiente terapêutico seguro, que se traduzem no desenvolvimento desta competência no domínio da qualidade.

Domínio da gestão de cuidados

O domínio da gestão de cuidados é expresso através de duas competências: (1) gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta de toda a equipa e garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas; e (2) adaptar a gestão dos recursos e a liderança às situações e a cada contexto.

Na primeira competência descrita, o enfermeiro especialista otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e supervisiona as tarefas delegadas, de forma a assegurar a segurança e a qualidade (DR n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019).

A tomada de decisão está associada ao processo de raciocínio diagnóstico, que através da recolha de informação pertinente e atualizada, permite identificar corretamente as

necessidades em saúde dos clientes (OE, 2015b). Para além do *improvement* na recolha e partilha de informação, otimizar o processo de tomada de decisão pressupõe disponibilizar assessoria a todos os elementos da equipa, colaborar nas decisões multidisciplinares e referenciar para outros elementos da equipa de saúde (DR n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019). Também o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro estabelece como princípio a complementaridade funcional (Decreto-Lei n.º 161/96), realçando que quando a natureza dos cuidados implica o trabalho em equipa, o enfermeiro deve exercer as suas funções de forma autónoma, no âmbito da sua competência, e trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde, reconhecendo a especificidade das diferentes profissões e respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma (OE, 2015b).

De acordo com a Deontologia de Enfermagem, o enfermeiro tem responsabilidade sob o processo de tomada de decisão clínica, pelos cuidados prestados por si ou por outros a quem atribuiu essa função e, ainda, pela garantia da qualidade e continuidade dos cuidados de saúde delegados, através da sua supervisão. Isto implica que a transferência da ação seja para um segundo profissional com competências para a executar e pressupõe, impreterivelmente, a sua supervisão, através da provisão de acompanhamento, orientação e avaliação do desempenho da tarefa delegada (OE, 2015b). Assim, na procura da excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista, contribui para a máxima eficácia na gestão dos cuidados, otimizando o processo ao nível da tomada de decisão, articulando-se com os demais profissionais e supervisionando as tarefas delegadas (DR n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019).

Adicionalmente, o domínio da gestão dos cuidados engloba o desenvolvimento de capacidade de liderança e de gestão de recursos. De facto, no que se refere à segunda competência, o enfermeiro especialista otimiza o trabalho da equipa através da adequação dos recursos aos cuidados necessários e ajusta o seu estilo de liderança ao local de trabalho, tendo em consideração o clima organizacional, e procurando obter a melhor resposta do grupo e de cada elemento (DR n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019).

A adequação dos recursos aos cuidados de enfermagem nasce da aplicação das políticas, leis e procedimentos institucionais e profissionais de gestão dos cuidados e desenvolve-se a partir da implementação de métodos de organização do trabalho, da coordenação da equipa e da utilização e negociação dos recursos necessários para prestar cuidados de forma eficiente, com segurança e qualidade (DR n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019). Os utentes e as suas pessoas significativas têm direito a cuidados seguros, o que implica dotações de recursos humanos em número suficiente e com competências adequadas (OE, 2015b).

De forma a adaptar o estilo de liderança, o enfermeiro especialista deve reconhecer as funções e competências de todos os elementos da equipa, promover um ambiente positivo e motivador, ajustar a sua atitude e forma de atuar aos contextos, ao grupo e a cada colaborador e, ainda,

potenciar a introdução de inovações no exercício profissional especializado (DR n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019). Esta competência acrescenta o domínio da gestão das relações e do trabalho em equipa, aos deveres de solidariedade, respeito e lealdade de todos os demais enfermeiros (OE, 2015b) que no cumprimento das normas éticas e deontológicas, contribuem para a elevação da profissão.

No decorrer dos estágios, foi possível aprofundar e solidificar conhecimentos que sustentaram a partilha de informação e facilitaram a tomada de decisão no processo de cuidar, face às necessidades de saúde identificadas em conjunto com os clientes e as suas famílias. Por outro lado, ao acompanhar os enfermeiros tutores que, sendo EEESIP, acumulavam recorrentemente funções de supervisão, assessoria e coordenação da equipa, houve a oportunidade de assistir à aplicação das competências no domínio da gestão e refletir sobre estas.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais assenta em duas competências: (1) desenvolvimento de assertividade e de autoconhecimento; e (2) desenvolvimento de uma prática clínica especializada assente em evidência científica (DR. n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019).

Tendo em consideração a importância do enfermeiro na equipa multidisciplinar e nas relações terapêuticas com os clientes, no que se refere à primeira competência enunciada, o enfermeiro especialista deve demonstrar capacidade de autoconhecimento, enquanto pessoa e profissional, e adaptabilidade individual e organizacional (DR. n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019).

O exercício profissional da enfermagem está centrado na prestação de cuidados a um ou mais clientes. Este cuidado concretiza-se no estabelecer de uma relação interpessoal entre o indivíduo e o enfermeiro e, sendo de natureza profissional, tem como objeto da relação o outro e as necessidades dos cuidados ao outro (OE, 2015b). Trata-se, portanto, de uma relação terapêutica, que tem como finalidade ajudar o cliente a vivenciar de forma saudável os seus processos de vida, com impacto na sua saúde (Meleis et al., 2000). No entanto, não se pode subtrair a personalidade do enfermeiro, enquanto segundo interveniente desta relação (OE, 2015b) e, para isso, importa que este se torne capaz de reconhecer os seus recursos e limites pessoais e profissionais, identificar os fatores que podem interferir no relacionamento com o cliente e com a equipa de saúde, tome consciência da influência pessoal na relação profissional e aprenda a gerir as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda (DR n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019).

Durante o percurso decorrente dos ensinamentos clínicos, foi possível otimizar o autoconhecimento de forma a melhorar o relacionamento com o cliente e a equipa multidisciplinar e reconhecer quais os limites pessoais e profissionais. Ficou patente a procura constante por um agir assertivo, sobretudo em momentos de pressão e na antecipação de eventuais conflitos. A capacidade para

a gestão de sentimentos e emoções foi uma mais-valia para uma resposta eficiente nos cuidados. Estes aspetos facilitaram a integração nas diferentes equipas, ao longo de todo o percurso formativo.

O enfermeiro, no desenvolvimento da sua capacidade de autoconhecimento, analisa o seu trabalho e a gestão dos recursos, clarificando os aspetos positivos e os constrangimentos ou dificuldades percecionadas. Isto potencia uma mudança de atitude, numa lógica de desenvolvimento profissional e de construção de competências. A mudança de atitude deve sustentar-se na investigação, especialmente no que à atualização dos saberes diz respeito (OE, 2015b)

Relativamente à segunda competência, o enfermeiro especialista tem como responsabilidade facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho e suportar o exercício profissional em evidência (DR n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019).

Qualquer disciplina do conhecimento científico, tem como pedra basilar a investigação, e o conhecimento disponível e apreendido só adquire verdadeiro sentido quando é partilhado e difundido (Néné & Sequeira, 2022).

No contexto particular da Enfermagem, a investigação serve de suporte à ação destes profissionais, nos diferentes domínios de atuação. Consequentemente, adquire especial relevância, na medida em que são necessárias as melhores evidências científicas para apoiar o processo de tomada de decisão, especificamente, no que se reporta à identificação das necessidades dos clientes e a nível da prescrição das intervenções de enfermagem que aportam mais ganhos em saúde. Por outro lado, a prática clínica suportada em investigação permite diminuir a margem de erro nos cuidados prestados, o que contribui para a melhoria na segurança e na qualidade em saúde (Néné & Sequeira, 2022).

No decurso dos ensinamentos clínicos, foi possível identificar necessidades formativas nas diferentes equipas e ajudar a colmatá-las através de pesquisas orientadas e da posterior partilha dos resultados, tal como explorado no ponto relativo ao domínio da qualidade, deste capítulo. Estes conteúdos vieram fundamentar e apoiar a tomada de decisão clínica. Estar a par da evidência científica mais atualizada e mobilizá-la para os contextos da prática, facilitou a demonstração de conhecimentos na prestação de cuidados especializados seguros e competentes.

Adicionalmente, também se procedeu à realização de uma *umbrella review*, sobre a ingestão nutricional no primeiro ano de vida, de acordo com o referencial do *Joanna Brigs Institute* (JBI), cujos resultados se apresentam mais à frente neste relatório.

A conceção de cuidados em enfermagem, durante os estágios, expressa neste relatório nos capítulos referentes aos casos clínicos, também permitiu: (1) estimular a reflexão sobre a prática clínica; (2) dar consistência e consolidar o conhecimento em enfermagem, especialmente no âmbito da saúde infantil e pediátrica; (3) diminuir a imparcialidade das

intervenções em diferentes clientes; (4) avaliar a eficácia das intervenções prescritas; (5) ajudar os clientes a viver processos de transição saudáveis; e (6) contribuir para melhorar a prática clínica, sustentada na evidência.

Competências específicas do enfermeiro especialista

Dentro de cada área de especialidade, os enfermeiros especialistas detêm um conjunto de competências específicas que resultam das respostas humanas aos processos de vida, relacionadas com o campo de intervenção da sua área de especialidade, demonstradas através da adequação dos cuidados às necessidades de saúde dos clientes (DR n.º 26, de 6 de fevereiro, 2019).

O EEESIP detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase determinante do ciclo de vida, compreendida pelo período entre o nascimento e os dezoito anos (OE, 2018a) e tem como clientes a criança e a família. Este profissional especializado estabelece uma relação de proximidade e referência com este binómio e desenvolve a sua atividade em qualquer contexto de cuidados.

No âmbito da sua atuação, promove o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente, proporciona educação para a saúde e identifica e mobiliza recursos de suporte à família. Tem diversas e complexas áreas de atuação para as quais deve deter conhecimentos e competências para antecipar e responder às situações de emergência, bem como para avaliar a família e dar resposta às necessidades identificadas, particularmente no que a adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar diz respeito (OE, 2018a).

Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

O alvo dos cuidados especializados do EEESIP é a criança e as suas pessoas significativas, com quem este estabelece uma parceria promotora do desenvolvimento infantil e da parentalidade, tendo sempre em consideração a natural dependência da criança e a aquisição gradual e progressiva de autonomia (OE, 2018a). O estabelecimento desta parceria negociada, surge naturalmente da implementação do Modelo de Parceria de Cuidados.

Estabelecer uma parceria de cuidados entre os enfermeiros e os pais nos serviços hospitalares pediátricos é visto como a melhor forma para alcançar os resultados desejados (AAP, 2012; Dones et al., 2020; Park et al., 2024; Phiri et al., 2020; Rosenberg et al., 2016; Wojnar & Sztéfko, 2023), e, por isso, no reconhecimento dos benefícios da implementação deste modelo, ao longo dos ensinamentos clínicos, houve uma preocupação constante de que este estivesse naturalmente integrado no agir profissional. Assim, num primeiro momento, procurou-se conhecer os clientes, as suas necessidades, capacidades, limitações e vontades, para que, posteriormente, fosse possível estabelecer uma relação de confiança com a criança e a sua família. Para além desta

atenção ao modo como a parceria deve ser estabelecida, também foi importante explorar a sua intencionalidade terapêutica, de forma a que o exercício do futuro enfermeiro especialista estivesse naturalmente orientado, não só para os focos, mas também para os objetivos e resultados estabelecidos.

Através do recurso constante a este modelo de parceria de cuidados intencionalmente focado na parentalidade e aliando-o ao processo de enfermagem, foi possível: (1) recolher e analisar informação relativa aos aspetos de saúde relevantes (como necessidades desenvolvimentais e especiais da criança; conhecimentos e habilidades dos pais para satisfazer estas necessidades do filho; comportamentos de vinculação e de ligação mãe/pai-filho; potencial de participação dos pais nos cuidados); (2) identificar as necessidades em cuidados de enfermagem e ajuizar clinicamente sobre elas; (3) determinar as prioridades de ação e planear as intervenções de enfermagem orientadas através de objetivos e critérios de resultado; (4) implementar as intervenções; e (5) avaliar o todo o processo e determinar a necessidade de proceder a alterações ou reajustes nas intervenções, com vista ao atingimento do objetivo final.

Para ajuizar clinicamente sobre as necessidades em cuidados de enfermagem, mencionadas no ponto dois, foi, não só importante recolher e analisar informação sobre a estrutura e o contexto familiar (ponto 1), mas também sobre as condições e recursos da comunidade envolvente.

No que à comunidade diz respeito, numa das ULS onde decorreram dois dos ensinamentos clínicos, há que salientar a articulação dos recursos de saúde da comunidade, nas pessoas da equipa de saúde familiar e da equipa de saúde da comunidade que, em mais do que uma situação, mantiveram o contacto constante com a equipa hospitalar e com os clientes, no sentido de melhorar a acessibilidade em saúde e facilitar o processo adaptativo às novas condições de saúde/doença. Para além destes, também os enfermeiros da consulta externa de pediatria iniciavam um contacto precoce com os clientes, ainda, durante os primeiros dias de internamento, constituindo-se em si agentes facilitadores de todo o processo e permitindo que o regresso a casa fosse mais precoce, mas não menos preparado ou apoiado.

Também no contexto de estágio na comunidade, foi possível intervir em programas no âmbito da saúde escolar, nomeadamente da alimentação saudável, em turmas do terceiro ano, do primeiro ciclo. Este programa pretende contribuir para melhorar o nível de literacia em saúde, em idade escolar e o estilo de vida desta população. Na procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a criança na adoção de comportamentos potenciadores de saúde, através de estratégias motivadoras, as atividades estruturadas de informoterapia tiveram como objetivos principais a promoção de competências e habilidades de autogestão, de tomada de decisão e de pensamento crítico sobre a saúde.

Ao acompanhar a equipa de saúde escolar, conseguiu-se colaborar no processo de inclusão de crianças com necessidades de saúde especiais e ajudar a capacitar a comunidade educativa na aquisição de competências adequadas ao acompanhamento destas crianças.

Participar nas reuniões semanais do NACJR, permitiu desenvolver esta competência de enfermeiro especialista, particularmente, no que se refere à identificação de situações de risco para as crianças e jovens, ao acompanhamento e encaminhamento, quando necessário, dos casos sinalizados e à sensibilização de pais e educadores/professores da comunidade abrangida, através de sessões de informoterapia nas escolas.

Na UCC, ao assistir às sessões de um programa de promoção da parentalidade positiva, cujo público-alvo eram pais de crianças entre os três e os oito anos, foi possível observar a ação diferenciadora do EEESIP no desenvolvimento de competências parentais e no seu impacto na diminuição dos problemas comportamentais infantis e no desenvolvimento de competências académicas, sociais e emocionais das crianças.

Através de três visitas domiciliárias a uma instituição responsável por acolher crianças e jovens, de todas as faixas etárias, em situação de risco, ficou perceptível a importância do estabelecimento de uma parceria entre o EEESIP e os agentes da comunidade para a melhoria da acessibilidade da criança aos cuidados de saúde. Este acompanhamento permitiu assegurar a vigilância e a promoção da saúde das crianças institucionalizadas através do planeamento e da implementação de ações de vacinação e de informoterapia, dando assim resposta às necessidades de cuidados em enfermagem previamente identificadas.

Em todos os contextos de estágio, quando foram detetadas necessidades em saúde cuja resposta saía do escopo de atuação do EEESIP, foi feita a identificação do profissional de saúde indicado, após a qual, com o apoio dos enfermeiros tutores, se iniciou o processo de referenciação e encaminhamento dos clientes.

Ter autoconhecimento, ajustar a atitude e adequar a comunicação verbal e não verbal à criança, tendo em consideração o seu estágio desenvolvimental e as suas características individuais facilitou o estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança e permitiu o desenvolvimento desta competência.

Ainda, no que se refere a esta competência, no decorrer do ensino clínico em internamento de pediatria e no SUP, foi possível desenvolver e consolidar conhecimentos sobre as doenças comuns às várias faixas etárias e implementar respostas apropriadas. A título exemplificativo, pode-se referir: as doenças respiratórias, gastrointestinais e infecciosas, características da época sazonal; e os traumatismos e acidentes, mais frequentes em lactentes, nos *toddler* e nas crianças em idade pré-escolar e escolar.

O segundo e terceiros casos clínicos, explanados e discutidos no quarto e quinto capítulos deste relatório, refletem a aquisição e desenvolvimento não só desta unidade de competência, mas também de outras que estão incluídas no assistir a criança, em conjunto com a família, na maximização da saúde.

Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

O cuidar da criança nas situações de especial complexidade, durante o exercício profissional de enfermeiro especialista, enfatiza a importância da mobilização adequada dos recursos, em situações complexas (OE, 2018a). De facto, a intervenção de uma enfermagem especializada na prestação de cuidados à criança, requer a demonstração de conhecimentos e habilidades para reconhecer antecipadamente sinais e sintomas de instabilidade clínica e permitir a tomada de decisão e a ação atempadas de forma a prevenir e/ou corrigir os problemas identificados.

A complexidade que aqui se discute, pode ter na sua génese situações de emergência e/ou instabilidade das funções vitais, gestão da dor, decorrentes de um processo de doença ou de um procedimento de enfermagem ou, ainda, doenças crónicas e/ou raras (OE, 2018a).

Os estágios ocorridos em contexto hospitalar foram marcados pelo contacto com situações não de emergência, mas de instabilidade das funções vitais que requeriam um olhar treinado e um nível de perícia diferenciadora no acompanhamento e na forma de gestão e atuação perante o acontecimento. No internamento de pediatria, envolveu a vigilância e a monitorização de crianças com doenças respiratórias agudas ou crónicas agudizadas, com hemorragia cerebral e com o acompanhamento no pós-operatório. No SUP, incluíram casos em que houve um agravamento do quadro inicial, com necessidade de re-triagem e nova priorização de cuidados. Na UCN, estas situações estiveram relacionadas não só com o diagnóstico de doenças neonatais complexas, como as cardiopatias congénitas, mas também com o facto de se tratar de RN prematuros e/ou com baixo peso. Também nesta unidade, houve contacto com duas situações de fim de vida: uma em contexto de encefalopatia e outra no caso de gémeos prematuros extremos.

A enfermagem tem como finalidade o cuidar do outro e *“visa contribuir para o bem-estar e o bem viver a todas as pessoas que têm direito, considerando na promoção do «bem-viver» uma vida digna que tem, como situação limite, uma morte digna”* (OE, 2015b, p.69). Nos dois casos mencionados, o objetivo dos cuidados não foi preservar a saúde, mas sim a dignidade humana e a ação do enfermeiro foi orientada pela preocupação efetiva em promover a qualidade de vida máxima no tempo de vida restante dos RN, em garantir cuidados de suporte, e em compreender, de forma empática, as emoções vividas pelos pais, permitindo a livre expressão das mesmas.

No exercício do seu papel, o EEESIP destaca-se pela gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança (OE, 2018a). Atualmente, a gestão adequada da dor em saúde é considerada como um padrão da qualidade em saúde (DGS, 2010), no qual o enfermeiro especialista pode ter uma ação diferenciadora através da prescrição de intervenções de enfermagem de gestão da dor (medidas farmacológicas e não farmacológicas) (OE, 2015c; OE, 2018a) e do rigor científico e técnico na implementação das respetivas intervenções (OE, 2015c).

A dor pode ser descrita como uma experiência pessoal, desagradável, multidimensional de grande variabilidade na forma como é percebida e expressa ou transmitida (DGS, 2010). De modo genérico, pode-se afirmar que a dor está presente na generalidade dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (Correia et al., 2020; DGS, 2010; DGS, 2012) e que esta é, frequentemente, acompanhada e agravada pelo medo e ansiedade (DGS, 2012). Isto reforça a necessidade de, em qualquer contexto, o enfermeiro especialista ter uma atenção particular na abordagem e interação com a criança e com as pessoas significativas (OE, 2024). Durante os cuidados pediátricos, este profissional de saúde poderá: (1) informar a criança e os pais, com linguagem ajustada ao estágio desenvolvimental e às características individuais; (2) permitir a escolha através da apresentação de alternativas, o que confere poder num ambiente onde habitualmente tanto as crianças, como os pais estão desprovidos do mesmo; (3) normalizar os medos e as respostas comuns e providenciar apoio emocional (Lerwick, 2016); (4) encorajar a presença e participação dos pais; (5) adequar o ambiente ao estágio desenvolvimental e às necessidades da criança e da família; e (6) proporcionar a manutenção das rotinas e hábitos de vida (Fernandes, 2020).

O valorizar a dor das crianças advém do reconhecimento de que estas experienciam a dor de uma forma particular, guardam memória da dor e que esta quando não tratada, pode ter repercussões negativas futuras (DGS, 2010).

A dor em idade pediátrica é caracterizada por uma grande variabilidade, própria não só de cada criança, como ser individual que é, mas também, da etapa desenvolvimental em que se encontra. Por exemplo, os RN pré-termo têm uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos, muito por via da imaturidade das vias de controlo descendentes. Por isso, repetidas experiências de dor durante o período neonatal podem influenciar as experiências futuras, especialmente, no que se refere à sensibilidade aos estímulos dolorosos e aos processos de *coping* em situações de *stress* (DGS, 2010).

A gestão da dor, cujo sucesso depende da avaliação e reavaliação sistemáticas, é um dever dos profissionais de saúde (DGS, 2010; OE, 2024) e um direito das crianças salvaguardado na carta da criança hospitalizada (IAC, 2017).

A avaliação da dor, enquanto quinto sinal vital, com recurso a instrumentos adaptados à população e ao cliente, é de extrema importância. Os instrumentos de avaliação devem ser fiáveis, válidos e adequados ao estágio desenvolvimental, tipo de dor e situação clínica (DGS, 2010; Santos et al., 2018). A avaliar a dor, para além de identificar uma necessidade em saúde, ajuda a caracterizar este fenómeno e a uniformizar a linguagem dentro da equipa multidisciplinar, promovendo a tomada de decisões homogéneas, a personalização das intervenções de gestão da dor e a avaliação da eficácia destas intervenções, procedendo ao seu ajuste, sempre que necessário (DGS, 2010).

A adoção de medidas, farmacológicas e não-farmacológicas, para gestão da dor em idade

pediátrica tem-se constituído como uma área de interesse e investimento crescente no contexto da saúde (OE, 2024; Santos et al., 2018), com o objetivo de diminuir o impacto negativo associado à hospitalização e promover uma experiência hospitalar menos traumática (OE, 2024). Para além disso, ao nível da prática de cuidados, deve-se contemplar a implementação de protocolos internos de gestão da dor em idade pediátrica e de medidas promotoras de uma parceria de cuidados com as crianças e os pais (Correia et al., 2020).

Faz parte das competências do EEESIP, no exercício do seu papel diferenciado, a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para diminuir a dor (OE, 2018a).

A implementação de estratégias não farmacológicas, como o recurso ao uso de contenção, ao posicionamento, à amamentação e à sucção não nutritiva com sacarose foram úteis no controlo e diminuição da dor em RN e lactentes, durante os ensinamentos clínicos. A distração e o reforço positivo foram particularmente importantes em crianças em idade *toddler*, pré-escolar e escolar. A preparação antecipada, através do fornecimento de informação sobre o procedimento e os exercícios respiratórios constituíram-se como estratégias não-farmacológicas eficazes no controlo da dor, do medo e da ansiedade em adolescentes.

Para além disso, é importante referir que, no internamento de pediatria onde decorreu o estágio: antes de qualquer procedimento com agulha era aplicado sobre a pele anestesia tópica; e, no protocolo da criança submetida a internamento cirúrgico, a inserção de cateter venoso periférico era realizada apenas na sala de bloco operatório e após a sedação inicial.

Em complementaridade, em todos os contextos de ensino clínico foram implementadas medidas promotoras do estabelecimento de uma parceria de cuidados promotora da parentalidade e do desenvolvimento infantil, já amplamente discutidas ao longo deste relatório.

Cuidar da criança nas situações de especial complexidade, envolve, ainda, a demonstração de conhecimentos sobre doenças raras e uma resposta de enfermagem adequada, ambos fundamentados em evidência científica atualizada (OE, 2018a).

No decorrer do estágio em SUP, houve contacto com algumas crianças com necessidades de cuidados específicos, pela particularidade das suas doenças raras. Nestes casos, num primeiro momento os pais foram a principal fonte de informação sobre o filho com esta condição clínica. De facto, nos casos de crianças com o diagnóstico prévio de uma doença rara, os pais são detentores de um conjunto de conhecimentos e habilidades que lhes permitem responder adequadamente às necessidades especiais do filho. Mais uma vez, com vista à prestação de cuidados diferenciados e com qualidade, o EEESIP, reconhece que, à partida, os pais são aqueles que melhor conhecem a criança e procuram criar uma relação terapêutica de proximidade, de negociação e de partilha dos cuidados (Sousa, 2012; Sousa et al., 2023). Nestes casos, a parceria estabelecida com os pais durante o ensino clínico teve como intencionalidade terapêutica promover o desempenho do papel parental complexo, uma vez que estes

demonstraram ter capacidade parental complexa efetiva, e reduzir a sobrecarga parental dos pais através da diminuição do desempenho durante a hospitalização.

Durante o estágio em contexto de internamento em pediatria houve contacto com uma criança em idade pré-escolar com o diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1 inaugural, o que proporcionou uma oportunidade excelente para desenvolver esta competência de enfermeiro especialista, no âmbito da promoção da adaptação da criança e da família à doença crónica. Neste contexto, foi possível: (1) identificar as necessidades especiais da criança; (2) capacitar os pais para responder eficazmente às necessidades especiais do filho; (3) colaborar com a equipa da consulta externa de pediatria, nomeadamente com a EEESIP perita no acompanhamento com crianças diagnosticadas com diabetes, no sentido facilitar o acesso aos cuidados de saúde de referência e facilitar o processo adaptativo dos pais; e (4) mobilizar os recursos da comunidade, nomeadamente da equipa de saúde escolar da área de residência, com o objetivo de preparar precocemente o regresso a casa e facilitar a reintegração da criança na creche.

Neste caso descrito, durante o internamento, os pais iniciaram uma nova transição situacional associada a uma alteração do seu papel parental, que deixava de ser apenas desenvolvimental para passar a ser especial. Estes pais tiveram de se adaptar às necessidades especiais, complexas e permanentes do filho e reformular o seu projeto de parentalidade. A intencionalidade por de trás do estabelecimento de uma parceria com os pais foi promover, durante a hospitalização, a capacidade parental face aos cuidados especiais da criança.

Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança

Tendo em consideração as necessidades, especificidades e os desafios desenvolvimentais de todas as etapas da infância do ciclo vital, o EEESIP procura, no exercício do seu papel: promover o desenvolvimento infantil; promover a vinculação de forma sistemática, especialmente no caso de RN doentes ou com necessidades complexas; comunicar com a criança e a família, tendo em conta aspetos relacionados com a cultura e com os estádios desenvolvimentais; e promover a autoestima e a literacia em saúde do adolescente (OE, 2018a).

O ensino clínico ocorrido nos CSP adquiriu particular destaque no desenvolvimento desta competência, constituindo-se como o local com as condições e os recursos ideais e com mais casuística, no que à promoção do desenvolvimento infantil diz respeito.

Nos CSP, a consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil constitui-se como um espaço privilegiado da prática clínica para promover o potencial máximo de desenvolvimento infantil (Fernandes & Andrade, 2020). Por forma a respeitar a prática sistematizada e de cariz científico, durante as consultas, recorreu-se às orientações do PNSIJ, do PNV, do Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral e ao conhecimento formal, científico e atualizado do desenvolvimento humano durante a infância, explorado na introdução deste relatório. Assim, durante as

consultas, foi possível: (1) recolher os dados relevantes, tendo por base os aspetos anteriormente mencionados; (2) identificar diagnósticos de enfermagem que refletiam as necessidades de cuidados decorrentes dos processos de vida da criança e das pessoas significativas; (3) planear, priorizar e implementar intervenções de enfermagem; e (4) avaliar a eficácia das intervenções através da consecução dos critérios de resultado com integridade referencial para os objetivos definidos.

A prioridade de cuidados neste contexto esteve relacionada não só com as necessidades desenvolvimentais da criança, mas também com a valorização de cuidados antecipatórios, enquanto fatores de promoção da saúde e de prevenção da doença.

O primeiro caso clínico apresentado neste relatório (capítulo 3), é um exemplo efetivo de todo o processo de tomada de decisão em enfermagem, no contexto particular da consulta de saúde infantil.

Não obstante, aprez ressaltar que nos restantes contextos de estágio em internamento hospitalar, ainda que não como uma primeira prioridade, a promoção do desenvolvimento infantil, relativa a cada faixa etária, continuou a ser um objetivo da ação diferenciadora do futuro enfermeiro especialista, uma vez que: (1) as diferentes etapas desenvolvimentais expressam necessidades que continuam a ser um foco de atenção do enfermeiro e às quais este tem de dar resposta na ausência dos pais, de acordo com os pressupostos do modelo de parceria de cuidados; (2) as competências cognitivas e comportamentais, características de cada estágio desenvolvimental, determinam a intervenção e a ação do enfermeiro e fornecem dados que relevam para determinar se a criança já tem competências desenvolvimentais para iniciar o processo adaptativo; (3) o contexto hospitalar pode afetar negativamente o desenvolvimento infantil e, por isso, é essencial que, durante o internamento, se procure manter as rotinas da criança, nomeadamente, no que se refere à supressão das necessidades relacionadas com os processos corporais e com o desenvolvimento físico e psicomotor; (4) a avaliação de aspetos relacionados com o desenvolvimento físico e psicomotor permite a identificação precoce de sinais de alarme nestes domínios; e (5) o internamento pode ser um momento-chave para avaliar o papel parental desenvolvimental na satisfação destas necessidades da criança (Sousa et al., 2023).

Ainda no que concerne à prestação de cuidados específicos em respostas às necessidades desenvolvimentais, o ensino clínico em UCN foi crucial no desenvolvimento desta competência, particularmente no que se reporta à promoção da vinculação em RN doentes ou com necessidades especiais.

O RN corresponde aos primeiros 28 dias de vida, ao qual tipicamente se designa de período neonatal (Martorell et al., 2019; Vilaça & Ramos, 2020).

A teoria da vinculação de Bowlby explica que, durante os três primeiros meses de vida, o

desenvolvimento de comportamentos de vinculação ocorre por meio da orientação e de sinais com uma discriminação limitada da figura de vinculação (Ainsworth, 1991; Bowlby, 1982). Esta teoria sugere que à medida que o cuidador responde aos sons emitidos pelo RN, este ganha confiança na acessibilidade e na capacidade de resposta do cuidador. Este sistema de comportamento promove a relação mãe/pai-filho, facilita a proteção parental e, por conseguinte, a sobrevivência infantil (Ainsworth, 1991; Ainsworth & Bowlby, 1991; Bowlby, 1982; Bowlby, 1990).

Complementarmente, a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson descreve o estabelecimento de confiança como a principal tarefa desenvolvimental do período neonatal. Este estágio está dependente das experiências iniciais e dos comportamentos sensíveis, responsivos e coerentes do cuidador, em resposta às necessidades da criança (Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019). O RN desenvolve um equilíbrio entre confiança (que facilita o estabelecimento de relações vinculativas e próximas) e desconfiança (que permite que se proteja). Se predominar a confiança, a criança sabe que as suas necessidades são supridas. Se prevalecer a desconfiança, a criança vê o mundo como hostil e imprevisível e tem dificuldade em estabelecer vínculos (Martorell et al., 2019).

As áreas cerebrais responsáveis pela informação sensorial desenvolvem-se rapidamente durante os primeiros meses de vida, permitindo ao RN ter uma perceção razoável do que o rodeia, através dos órgãos dos sentidos. O sistema sensorial mais maduro e que se desenvolve em primeiro lugar é o tato. Os sentidos do olfato e do paladar começam a desenvolver-se no útero e a preferência por odores e sabores adocicados é apreendida durante os primeiros dias após o nascimento. Durante a gestação, o feto responde a sons e o reconhecimento de vozes e da linguagem ouvida no útero parece estar na base do relacionamento com a mãe. Ao terceiro dia de vida, o neonato já é capaz de distinguir novos sons de fala dos que ouviu anteriormente. Em contrapartida, a visão é o sentido menos desenvolvido. O RN é capaz de focar melhor a uma distância de 30 cm (tipicamente a distância da face da pessoa que o segura no colo). O campo de visão é muito estreito e duplica entre a segunda e a décima semana de vida (Martorell et al., 2019).

As UCN são responsáveis pelo cuidado e tratamento dos RN de elevado risco, que apresentam elevada morbidade e mortalidade, independentemente do peso ao nascimento e da idade gestacional (Hockenberry et al., 2019).

O RN que está em UCN, para além da dor que deriva da patologia diagnosticada, está sujeito a múltiplas e, por vezes, repetidas agressões, como os estímulos visuais, auditivos e/ou táteis, intubação endotraqueal, ventilação mecânica e aspiração de secreções (Silva et al., 2007; SPP, 2006). Por este motivo, e seguindo as recomendações nacionais e internacionais, bem como as mais recentes evidências científicas (*European Foundation for the Care of Newborn Infants [EFCNI]*, 2022; Kocherlakota, 2014; Silva et al., 2007; SPP, 2006; Sociedade Portuguesa de

Neonatologia, 2016), no decurso do ensino clínico na UCN, instituiu-se medidas para prevenção do *stress* e da dor nos RN. As medidas ambientais incluíram a presença dos pais, a promoção do contacto pele a pele, a redução do ruído, a proteção da luz intensa e a promoção de ciclos dia/noite. As medidas comportamentais englobaram a monitorização não invasiva, o posicionamento do RN com os membros fletidos e com recurso a ninho, a manipulação mínima e com movimentos suaves, a diminuição do uso de adesivos na pele, a promoção da sucção não nutritiva, a minimização das colheitas de sangue e dos procedimentos invasivos e a utilização de analgesia adequada antes destes procedimentos.

Por outro lado, como referido anteriormente, a hospitalização do RN por motivo de doença constitui-se, como um evento crítico para os pais, gerador de *stress* (OE, 2015a), medo, culpa e insegurança, com sensação de perda de autonomia nos cuidados ao filho. Para além disto, a necessidade de internamento numa UCN pode inibir o contacto entre esta díade, interferindo no processo de vinculação (Balbino et al., 2016; Brødsgaard et al., 2019; EFCNI, 2022; Fonseca et al., 2020).

De facto, com a hospitalização do filho, os pais experimentam uma crise de identidade parental pautada pela dúvida e incerteza do que podem ou não fazer e/ou o que os profissionais de saúde esperam que eles façam (OE, 2015a). Considerando que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos filhos, foi importante dar resposta às necessidades deste binómio, através da valorização das expectativas dos pais e da negociação de papéis, tendo em vista a minimização dos efeitos negativos da hospitalização e a adaptação ao evento crítico e ao novo papel parental.

Para além disso, também se analisou e refletiu sobre a forma como as UCN são concebidas atualmente, por forma a apoiar a segurança e o tratamento dos RN através da presença irrestrita dos pais, do uso de suporte sensorial material e de instalações de trabalho ideais, promovendo uma colaboração estreita entre as famílias e a equipa nos cuidados aos RN doentes (EFCNI, 2020).

De forma a potenciar ao máximo o desenvolvimento infantil e com vista a obtenção de ganhos em saúde, é essencial que o EEESIP comunique com a criança e com a família de forma adequada ao estágio desenvolvimental e à cultura (OE, 2018a).

A comunicação é a pedra basilar e indissociável da relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente e pode ajudar a delinear um contexto mais favorável à prestação de cuidados com qualidade (Matos et al., 2020; Silva & Cruz, 2019). Por este motivo, importa que, independentemente das circunstâncias, o enfermeiro atente, com igual rigor, ao conteúdo do que transmite e à forma como o faz (Silva & Cruz, 2019). No sentido de operacionalizar a comunicação, o enfermeiro pode, de acordo com a situação, utilizar determinadas técnicas. Em todos os contextos de estágio houve oportunidade de mobilizar conhecimentos e desenvolver competências de comunicação. Primeiramente, foi importante tomar consciência das diversas

variáveis interpessoais que podem influenciar a comunicação durante a interação com os clientes, tais como o estágio desenvolvimental, as emoções, os valores, a cultura, o género, o ambiente e o conhecimento prévio sobre o conteúdo.

A comunicação é mediada pelos processos cognitivos e afetivos, uma vez que da cognição resulta a comunicação verbal, que permite a transmissão das mensagens através de palavras; das emoções e sensações, transmitidas através de sinais corporais, resulta a linguagem não-verbal (Moya et al., 2019; Silva & Cruz, 2019). Nos ensinamentos clínicos, ficou patente que, mesmo antes de se iniciar a comunicação verbal, pode-se estar já a comunicar através da comunicação não-verbal e que esta, em diversas situações, pode ser utilizada de forma intencional e com um objetivo específico. De entre estas formas de comunicação não verbal, pode-se mencionar: a aparência física, os gestos, a postura, as expressões faciais, o sorriso, o contacto ocular e o toque.

Durante a comunicação verbal, procurou-se estar atento aos fatores que a promovem eficazmente, tais como: o ambiente, a disponibilidade, a linguagem e o vocabulário, a clareza e a concisão, a entoação, o ritmo e o *feedback*. Para além disso, de acordo com as circunstâncias e com os clientes, foram utilizadas técnicas de comunicação como: a colocação de perguntas abertas e fechadas, a empatia, a exploração, a explicitação/clarificação, a focalização, o parafraseamento, o *feedback*, a validação, o silêncio e, ainda, a sumarização/síntese.

Com ao vista o estabelecimento de uma parceria negociada e de uma relação terapêutica entre enfermeiro e clientes, estes profissionais devem considerar os processos de comunicação para informar e influenciar a tomada de decisão sobre comportamentos promotores de saúde e o *empowerment* dos indivíduos (Fernandes & Andrade, 2020). Assim, de forma a promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação, a comunicação terapêutica teve um lugar de destaque ao longo dos ensinamentos clínicos. Através da utilização de ferramentas como a informoterapia, promoveu-se a literacia em saúde, com impacto na adoção de comportamentos saudáveis.

O percurso de vida realizado pelo adolescente tem como finalidade a aquisição crescente e gradual de autonomia e a responsabilização sob a sua saúde (Baptista et al., 2020; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019), onde o enfermeiro especialista pode atuar como facilitador do processo adaptativo (Meleis et al., 2000). Nas interações com adolescentes, nos estágios de internamento de pediatria, de SUP e nos CSP, primou-se pela adequação da comunicação a esta etapa desenvolvimental, pelo incentivo à comunicação expressiva de emoções e pelo apoiar as tomadas de decisão informadas, com vista à obtenção do máximo potencial de desenvolvimento juvenil.

Nas consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, durante as entrevistas clínicas com adolescentes, para além de seguir os princípios orientadores dos planos nacionais, recorreu-se à menmónica HEEADSSSS, como forma de nortear os conteúdos abordados: *Home* – onde e com

quem vive, dinâmica familiar, adulto de referência, antecedentes familiares relevantes; *Education* - ano de escolaridade, local, aproveitamento, relacionamento com pares e professores, planos futuros; *Eating habits* - padrão alimentar, imagem corporal e aceitação; *Activities* - ocupações nos tempos livres, desportos, grupo de pares, saídas noturnas, segurança; *Drugs* - tipo de drogas, circunstâncias do consumo (quantidade e frequência), dependência, comportamentos de risco associados à ingestão/administração de drogas; *Suicide* - sentimentos de culpa, irritabilidade, isolamento social, ideação vs plano suicida, antecedentes de suicídio ou de depressão; *Sleep* - padrão, hábitos e rotina de sono; *Sexuality* - afeto e atividade sexual; conhecimentos sobre contraceção e infeções sexualmente transmissíveis; início da atividade sexual; antecedentes de infeções sexualmente transmissíveis, gravidez, atividade sexual sob o efeito de drogas, antecedentes pessoais e/ou familiares de abusos sexuais; *Strengths* - qualidades do adolescente, de acordo com a sua perspetiva ou identificadas pelos pares, família, ou outras pessoas relevantes (DGS, 2013a; Monahan et al., 2024; Smith & McGuinness, 2017; Thabrew et al., 2019).

O projeto de estágio e o desenvolvimento de competências

Alinhada com o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente, no que se refere ao fundamentar a prática clínica especializada em evidência científica (DR n.º 26, de 6 de fevereiro, 2019) e, simultaneamente, com o desenvolvimento de duas das competências específicas do EEESIP, designadamente “*assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” e “*prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” (OE, 2018a, p.19192), selecionou-se como temática para o projeto “Ingestão nutricional no primeiro ano de vida: promoção do papel parental desenvolvimental”.

O primeiro ano de vida é o período em que ocorrem grandes mudanças na vida de uma criança (Gerber et al. 2010; Hockenberry et al., 2019; Pinto, 2009; Martorell et al., 2019; Serrano, 2018). Promover e otimizar a saúde durante este período de vulnerabilidade inclui não só a vigilância contínua do RN e do lactente (Chora, 2020; Gerber et al. 2010; Hockenberry et al., 2019; Martorell et al., 2019; Serrano, 2018; Vilaça & Ramos, 2020), mas também a orientação e esclarecimento aos pais (DGS, 2013a). A aquisição de competências necessárias ao cuidado da criança é mediada pelo enfermeiro (AAP, 2019; Bentivegnaa et al., 2018; Khan et al., 2023; Paiva, et al., 2023) que, para além de prestar cuidados à criança, proporciona educação para a saúde e identifica e mobiliza recursos para apoiar a família. A promoção de cuidados antecipatórios centra-se em diferentes aspetos do papel parental desenvolvimental, nomeadamente na ingestão nutricional (DGS, 2013a), e é feita através da informoterapia, que promove a literacia em saúde dos pais (Sousa et al., 2023).

O processo de investigação inerente ao projeto surgiu da necessidade de identificar o

conhecimento científico disponível sobre a ingestão nutricional no primeiro ano de vida. Tendo em consideração o número elevado de estudos primários sobre a temática, optou-se por realizar uma *umbrella review*. Trata-se de um método de síntese de evidência de última geração, geralmente utilizado para abordar um âmbito alargado de questões de investigação, fornecendo um resumo abrangente e completo das evidências existentes (Aromataris et al., 2015; Aromataris et al., 2024; Bonczar et al., 2023; Donato & Donato, 2024). A realização de uma *umbrella review* ofereceu a possibilidade de abordar várias questões relacionadas com a ingestão nutricional em recém-nascidos e lactentes não amamentados, bem como analisar se a base de evidências disponíveis é consistente ou se existem resultados contraditórios ou discrepantes. Por outro lado, a visão ampla obtida a partir da condução de uma revisão sistemática das revisões existentes mostrou-se ideal para avaliar, explorar e detalhar as razões envolvidas na consistência ou contradição (Aromataris et al., 2024; Bonczar et al., 2023; Donato & Donato, 2024).

O estudo assentou na questão de investigação: “Quais os conceitos relacionados com a ingestão nutricional em lactentes e recém-nascidos não amamentados, presentes nas sínteses de investigação já realizadas e quais os níveis de evidência passíveis de serem extraídos?”.

Seguindo as orientações do JBI, realizou-se uma *umbrella review*. Partindo da estratégia população, contexto, conceito e tipos de fontes de evidências (Aromataris et al., 2024; Donato & Donato, 2024) definiu-se como critério de inclusão: qualquer aspeto da ingestão nutricional de recém-nascidos e/ou lactentes saudáveis, com menos de 12 meses, incluído em estudos de revisão. A pesquisa foi limitada aos idiomas inglês, português e espanhol. Como se pretendia uma abordagem alargada da temática, não foram definidos limites temporais até à data da pesquisa. Considerou-se como critérios de exclusão: (1) artigos que incluíam recém-nascidos prematuros ou de extremo baixo peso; (2) alimentação entérica por qualquer dispositivo médico; (3) alimentação em situações de emergência ou catástrofe; e (4) amamentação.

Construiu-se a frase booleana com recurso a termos Decs (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*), complementados com termos livres (Aromataris et al., 2015; Aromataris et al., 2024; Bonczar et al., 2023; Donato & Donato, 2024). Foram utilizadas as bases de dados EBSCO, SCOPUS, WebOfScience e Cochrane, e a pesquisa foi realizada a dois de abril de 2024. Obteve-se um total de 685 artigos.

Os resultados obtidos foram organizados com recurso ao instrumento *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Aromataris et al., 2024; Donato & Donato, 2024), disponibilizado pela plataforma JBI-SUMARI. Dois investigadores independentes triaram os artigos por título e resumo. Os conflitos, à elegibilidade dos estudos, foram resolvidos por um terceiro elemento. Após o *screening* inicial, 251 artigos foram incluídos para a leitura do texto integral. Seguindo a estrutura da plataforma utilizada, nesta fase da investigação foram removidos os duplicados. Dos 117, 58 foram excluídos por o texto integral não estar disponível

(n = 9) e por questões de ilegibilidade quanto: ao desenho do estudo (n=11); ao fenómeno de interesse (n=10), sendo que a maioria destes englobavam nos resultados estudos primários de questões relacionadas com a amamentação; às características dos participantes (n = 23), no que se refere à idade e/ou quanto ao diagnóstico de doenças; aos resultados (n=3); e, ainda, quanto à duplicação de resultados (n=2), uma vez que apresentavam sobreposição de estudos primários, optando-se por incluir apenas uma terceira revisão, mais recente e com maior número de estudos primários analisados. Assim, 59 estudos integraram a revisão.

De seguida, procedeu-se à avaliação da qualidade metodológica, com recurso ao instrumento *JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Synthesis*. Cada um dos dez itens corresponde a uma questão sobre o rigor metodológico e a qualidade da revisão e esta foi classificada como “sim”, “não” ou “não claro” (Aromataris et al., 2024). À resposta “sim” atribuiu-se uma pontuação de um e às restantes uma pontuação de zero. A decisão final para a inclusão foi baseada num score pré-determinado (Aromataris et al., 2024).

Apesar da pesquisa não ter sido limitada temporalmente, a janela de publicações das 59 revisões incluídas não foi muito alargada, variando entre 2011 e 2024. A maioria (n= 52) das publicações remete-se aos últimos 10 anos, e dessas 25 reportam-se aos últimos cinco anos. O que por um lado, justifica a escolha da metodologia de investigação (Aromataris et al., 2024; Donato & Donato, 2024) e, por outro lado, revela que esta área temática tem sido alvo de interesse acrescido para a investigação. O número de estudos primários incluídos nas diferentes revisões variou de 4 a 138. O número total de estudos primários nesta revisão foi de 1685. De salientar que neste número não se encontram incluídos os resultados de três revisões, dado que duas destas (Billich et al., 2024; Cheng et al., 2022) em vez de analisarem estudos primários, fizeram uma análise metódica e rigorosa de fontes/recursos *online* sobre o fenómeno em estudo (uma analisou 1067 fontes e outra 74), e uma terceira analisou não só estudos descritivos, mas também relatórios/inquéritos/dados estatísticos de vigilância e documentos oficiais que descrevem as políticas e os programas nacionais do contexto da revisão (Nguyen et al., 2011).

Das 59 incluídas, 40 eram revisões sistemáticas (Ahmed et al., 2021; Appleton et al., 2018; Bąbik et al., 2021; Bazzano et al., 2017; Bergmeier et al., 2014; Blaney et al., 2015a, 2015b; Cameron et al., 2012; Cheng et al., 2022; Chmielewska et al., 2017; Dattilo et al., 2020; Deeney & Harris-Fry, 2020; Dhami et al., 2021; Fu et al., 2021; Güngör et al., 2019; Guo et al., 2022; Harrison et al., 2017; Heller & Mobley, 2019; Hurley et al., 2011; Jackson et al., 2021; Lassi et al., 2013; Locks et al., 2023; Manikam et al., 2017; Manikam et al., 2018a, 2018b, 2018c; Matvienko-Sikar et al., 2019; Mitchell et al., 2023; Monge-Montero et al., 2024; Nieri et al., 2022; Nguyen et al., 2011; Pieścik-Lech et al., 2017; Qasem et al., 2015; Sarkar et al., 2023; Silva et al., 2021; Spill et al., 2019; Sunguya et al., 2013; Szajewska & Chmielewska, 2013; Tauriello et al., 2023; Vilar-Compte et al., 2022; Wallingford & Barber, 2019), seis eram revisões integrativas (Aguayo, 2017; Arantes et al., 2018; Bahorski et al., 2019; Kotowski et al., 2020; Lindsay et al., 2017; Nelson et al., 2023), cinco eram revisões sistemáticas com meta-análise (Anitha et al.,

2022; Panjwani & Heidkamp, 2017; Pinto-Sánchez et al., 2016; Temesgen et al., 2018; Zhang et al., 2023), três eram *scoping reviews* (Angulo et al., 2024; Barnett et al., 2022; Billich et al., 2024) e quatro eram revisões narrativas (Koplin et al., 2019; Pantoja-Mendoza et al., 2015; Reverri et al., 2018; Sirkka et al., 2022).

Considerando a questão de investigação e a heterogeneidade dos resultados obtidos, definiram-se categorias para a sua apresentação. Segue-se uma breve descrição da evidência obtida.

Alimentação com leite de fórmula e leite humano

Como referido anteriormente, duas revisões, ambas relativas ao contexto australiano, analisaram os recursos disponibilizados ao público sobre aspetos da ingestão nutricional, nomeadamente sobre a alimentação com leite de fórmula. Ambas salientam que mais de metade dos recursos foram escritos com linguagem apropriada, o que permite um nível de leitura aceitável por parte do público (Cheng et al., 2022; Billich et al., 2024).

A revisão sistemática empreendida por Cheng et al. (2022) analisou 74 fontes *online* (provenientes do governo australiano, dos serviços de saúde, ou de organizações parentais sem fins lucrativos) que disponibilizam informações sobre as fórmulas infantis e os biberões, quanto à acessibilidade e ao conteúdo disponível. Nestes recursos *online*, pode-se encontrar informações sobre: (1) a preparação do leite de fórmula, mais especificamente como preparar o pó e a água e como transportar, como esterilizar/lavar o material e, ainda, como prevenir a contaminação bacteriana; (2) a utilização de dispositivos para alimentar o bebé com leite de fórmula, que compreende subtópicos como a quantidade de fórmula necessária, a forma adequada de alimentar através de biberão, o uso de tetinas e o uso de copo de alimentação; (3) a necessidade de discutir a introdução de leites de fórmula com os profissionais de saúde; (4) especificidades dos diferentes leites de fórmula; e (5) o flúor na alimentação infantil.

Destes tópicos, os menos abordados são o flúor na alimentação infantil e o uso de copo de alimentação. Nas fontes que abordam o tópico “uso de leite de fórmula”, os itens menos abordados são: utilização de tetinas de biberão de maior fluxo (não abordado em 19 das 22 fontes); verificação de fissuras e risco de bactérias e frequência da substituição das tetinas (21 de 22 recursos); não mergulhar as tetinas em substâncias açucaradas (19 em 20 fontes); imitação do movimento de parar e iniciar, da amamentação, na alimentação responsiva (32 de 37 recursos); identificação e exemplos dos sinais para uma alimentação responsiva, como por exemplo, pausas na alimentação (31 de 37 características); e, ainda, indicação de que pode ocorrer obstipação após a introdução de leite de fórmula (18 em 22 recursos). Os itens que foram abordados incorretamente com maior frequência são: descartar a fórmula mantida à temperatura ambiente por mais de uma hora (abordado incorretamente em oito de 50 recursos); alimentação com biberão de acordo com o apetite e a necessidade do lactente (três em 41 recursos); necessidades aproximadas de fórmula desde o nascimento até aos 12 meses (dois a quatro de 12 a 13 recursos); não utilizar o micro-ondas para aquecer o leite de fórmula

(dois de 50); e utilização de tetinas de biberão com maior fluxo (dois de 22 características).

Não obstante, os resultados obtidos por uma outra investigação revelam que, no que é relativo à informação sobre ingestão nutricional nos primeiros cinco anos de vida, disponibilizada na Austrália, 45% são recursos em papel, 47% são conteúdos *online* e 8% são recursos audiovisuais. Dos conteúdos analisados, 24% fornecem informação sobre amamentação/alimentação com leite de fórmula (Billich et al., 2024).

O biberão é um dos dispositivos utilizados para administrar leite aos lactentes. A proporção de lactentes alimentados com biberão tem aumentado ao longo do tempo (Nguyen et al., 2011).

Os resultados da revisão realizada por Kotowski et al. (2020) revelam que os lactentes saudáveis alimentados com biberão utilizam movimentos semelhantes da língua e da mandíbula, podem criar sucção e utilizar sequencialmente a compressão da tetina para obter leite, com diferenças mínimas na saturação de oxigénio e nos padrões de sucção-deglutição-respiração, quando comparados com os lactentes amamentados (Kotowski et al., 2020). Adicionalmente, demonstram que as características do biberão e da tetina podem afetar a alimentação infantil e a ingestão de leite (Kotowski et al., 2020).

A evidência revela, ainda, que a ingestão de leite com recurso a biberão tem uma forte associação com a interação entre o lactente e os pais/cuidadores (Kotowski et al., 2020). Quando a mãe demonstra um *pressuring feeding style*, o lactente é incentivado a consumir mais leite, enquanto as que apresentam um estilo de alimentação restritivo, o lactente tem uma menor ingestão de leite. Verifica-se que as mães com estilos de alimentação restritivos ou responsivos respondem melhor aos sinais de fome/saciedade do lactente (Kotowski et al., 2020).

Quanto à composição do leite de fórmula, os estudos demonstram que a adição de *20-fucosyllactose* é segura, bem tolerada e absorvida e excretada com uma eficiência semelhante ao *20-fucosyllactose* presente no leite humano. Além disso, os lactentes alimentados com leite de fórmula com *20-fucosyllactose* demonstram ter benefícios imunológicos, menos infeções respiratórias e melhoria dos sintomas de intolerância ao leite adaptado fórmula. Isto parece sugerir que a fórmula infantil com *20-fucosyllactose* promove a saúde imunológica e intestinal e está mais próxima em termos de composição e funcionalidade do leite humano (Reverri et al., 2018).

A revisão de Güngör et al. (2019) pretendia analisar a relação entre o risco de desenvolver alergias alimentares, rinite alérgica, asma ou dermatite atópica com: (1) nunca ter sido alimentado com leite humano ou já ter sido; (2) períodos mais curtos e mais longos de qualquer tipo de alimentação com leite humano; (3) períodos mais curtos e mais longos de alimentação exclusiva com leite humano, antes da introdução da fórmula infantil; (4) maior ou menor intensidade de leite humano, em lactentes a fazer aleitamento misto; (5) a alimentação com maior intensidade de leite humano por biberão vs amamentação. No entanto, nenhum dos

estudos as duas últimas relações e apenas um artigo examinou a duração da alimentação exclusiva com leite humano antes da introdução de leite de fórmula (que os autores não exploram na apresentação e análise dos resultados).

Relativamente aos pontos um e dois, as evidências sugerem que a alimentação com leite humano por períodos curtos ou nenhuns está associada a um maior risco de asma infantil. As evidências sobre alergias alimentares, rinite alérgica e dermatite atópica são limitadas e contraditórias (Güngör et al., 2019).

Os motivos mais comumente referidos para o aleitamento misto estão relacionados com a perceção de satisfazer as necessidades do lactente (preocupações com a fome do lactente/perceção de insuficiência de leite materno ou dificuldades na amamentação), seguidos pelos fatores associados a uma necessidade percebida (o filho dormir melhor, melhor para o funcionamento familiar, mais conveniente, maior flexibilidade) e à pressão percebida (regresso ao trabalho, profissionais de saúde, família extensa/pares). Os fatores associados à necessidade percebida são maioritariamente relatados em relação a lactentes mais novos (até aos três meses), enquanto os fatores associados à pressão percebida são expressos com maior frequência durante a gravidez e pelas mães de lactentes com mais de três meses (Monge-Montero et al., 2024).

De facto, a evidência revela que os comportamentos dos RN ou lactentes influenciam as práticas de ingestão nutricional nos primeiros meses de vida. Comportamentos como choro intenso e muito frequente, agitação, tosse ou cuspir e o sono desorganizado ou os despertares frequentes tem impacto na perceção de autoeficácia para amamentar, na redução ou interrupção da amamentação e na consequente introdução do leite de fórmula (Vilar-Compte et al. 2023).

No caso particular do sono, a maioria dos estudos (67%) analisados por Fu et al. (2021) reporta a existência de diferenças na duração do sono, noturno e diurno, dos lactentes com menos de seis meses a serem alimentados com leite adaptado, comparativamente com os amamentados em exclusivo. Contudo, após os seis meses, a maioria dos estudos (>65%) refere que os lactentes alimentados com leite adaptado dormem mais à noite e no total das 24 horas (Fu et al., 2021).

Ainda relativamente à alimentação com leite de fórmula, um estudo primário demonstra que as mães que não querem ou não podem amamentar sentem-se confortáveis com a escolha de recorrer ao leite adaptado (Dattilo et al., 2020). No entanto, os estudos evidenciam que estas reportam mais sentimentos de vergonha (Dattilo et al., 2020; Jackson et al., 2021), estigma (Dattilo et al., 2020) ou culpa (Dattilo et al., 2020; Jackson et al., 2021). A culpa é mais pronunciada quando as intenções de alimentação idealizadas durante a gravidez, não são cumpridas após o nascimento do lactente (a culpa é maior nas mulheres que, durante a gravidez, tinham intenção de amamentar em exclusivo, mas que após o nascimento do filho

administram exclusivamente leite de fórmula) (Jackson et al., 2021). Tanto a culpa como a vergonha podem ser exacerbados pelo *feedback* e pelas atitudes dos profissionais de saúde (Jackson et al., 2021).

A alimentação com leite de adaptado, conduz, frequentemente, à dissociação da identidade materna e a uma atitude defensiva em relação ao método de alimentação do lactente (Jackson et al., 2021). A decisão de não amamentar também está associada à autoculpabilização e à depressão pós-parto (Jackson et al., 2021).

Nelson et al. (2023) procuraram rever a literatura existente sobre a relação entre os sintomas de ansiedade e depressão dos pais e os estilos de alimentação parental, de pais de lactentes alimentados com biberão. Os resultados obtidos revelam que não existe relação entre os sintomas de ansiedade e depressão e os estilos de alimentação responsivo e não responsivo. Os estudos salientam que os pais que apresentam mais sintomas de depressão: têm maior probabilidade de deitar os lactentes na cama com biberão ou têm maior tendência para colocar cereais nos biberões de leite, o que está relacionado com um *pressuring feeding style* (Nelson et al., 2023).

Alimentação complementar

A evidência indica que o início da alimentação complementar é orientado tanto por sinais físicos, como por pistas comportamentais dos lactentes. Os sinais físicos englobam: (1) a capacidade de se sentar; (2) a presença de dentes e a capacidade de controlar a deglutição dos alimentos sólidos; e (3) o desenvolvimento físico. Este é uma fonte de preocupação para as mães, e para além de conduzir à suplementação com leite de fórmula, também induz a introdução precoce de alimentos. As pistas comportamentais referem-se: (1) ao interesse do lactente pela comida, expresso através do olhar para e/ou o tentar alcançar a comida; (2) às expressões faciais e o ao comportamento oral, como os movimentos de mastigação; (3) à felicidade e o contentamento, que não só motivam a introdução precoce de alimentos sólidos, mas também propiciam a sobrealimentação, em alguns casos; e (4) à ausência de doença aguda (utilizada como marcador para uma alimentação segura) (Harrison et al., 2017).

Apesar das diretrizes de alimentação para lactentes da OMS serem adotadas em diversos contextos, as práticas alimentares ainda se encontram abaixo do ideal (Manikam et al., 2017; Manikam et al., 2018a, 2018b, 2018c; Pantoja-Mendoza et al., 2015; Sirkka et al., 2022): tanto no que se refere ao *timing* de início da introdução de novos alimentos (Lindsay et al., 2017; Manikam et al., 2017; Manikam et al., 2018a, 2018b, 2018c; Nguyen et al., 2011; Pantoja-Mendoza et al., 2015; Sirkka et al., 2022), como quanto à diversidade alimentar mínima e à frequência mínima das refeições (Manikam et al., 2017; Manikam et al., 2018b, 2018c; Sirkka et al., 2022). A baixa qualidade dos alimentos disponíveis é um dos principais desafios da alimentação complementar adequada (Nguyen et al., 2011; Sirkka et al., 2022) e a ingestão de alimentos desaconselhados é uma realidade durante esta etapa do desenvolvimento infantil

(Pantoja-Mendoza et al., 2015; Sirkka et al., 2022), com tendência a aumentar à medida que a criança vai crescendo (Pantoja-Mendoza et al., 2015).

A revisão conduzida por Blaney et al. (2015a), que se reporta apenas à Indonésia, explana que: (1) a maioria dos lactentes entre os seis e os oito meses recebe alimentação complementar; (2) a maioria dos lactentes entre os seis e os 23 meses recebe três refeições diárias (o indicador para avaliar a frequência mínima das refeições); (3) a adequação da frequência das refeições diárias diminui com o aumento da idade da criança (mais alta em lactentes dos seis aos oito meses, do que os dos nove aos 17 meses); (4) a percentagem de lactentes que receberam alimentos diariamente de pelo menos quatro grupos alimentares (critérios de adequação em termos de diversidade alimentar) foi inferior à da frequência mínima das refeições e aumenta com a idade; (5) o consumo de alimentos ricos em ferro varia entre 3% a 88%; os alimentos ricos em vitamina A eram geralmente consumidos pela maioria das crianças com menos de três anos. Quanto aos alimentos ricos em ferro, o seu consumo aumenta com o aumento da idade do lactente (Blaney et al., 2015a).

No exercício da prática clínica, existem diversos instrumentos que podem ser utilizados para avaliar as práticas de alimentação complementar. A revisão sistemática conduzida por Silva et al. (2021) revela que, atualmente, existem 22 instrumentos originais e 14 instrumentos adaptados que podem ser utilizados em crianças com menos de dois anos. Os instrumentos diferem quanto ao número e aos itens avaliados, podendo englobar os seguintes parâmetros: consumo de alimentos, de grupos de alimentos e/ou de alimentos processados e outras práticas alimentares e características alimentares, como a consistência da dieta.

A diversificação alimentar precoce é motivada pelos benefícios percebidos pelas mães, que incluem: o fortalecimento do desenvolvimento ósseo, o aumento da capacidade para deglutir outros alimentos, para além do leite, o crescimento estável ou acelerado e a melhoria do sistema digestivo, com base na aparência das fezes dos lactentes (Lindsay et al., 2017).

Por outro lado, a saúde mental dos pais também pode influenciar as práticas de precoces de alimentação complementar (Nelson et al., 2023). As mães com sintomas de depressão introduzem alimentos sólidos prematuramente com maior frequência e utilizam-nos com o objetivo de acalmar os lactentes, exibindo, maioritariamente, um *pressuring feeding style* (Nelson et al., 2023).

Mesmo os pais saudáveis, optam por introduzir precocemente os alimentos sólidos com o objetivo de controlar os aspetos negativos do comportamento infantil (Harrison et al., 2017).

Os estudos também sugerem que existem fatores relacionados com os lactentes que dificultam as práticas recomendadas de alimentação complementar, dos quais: o cuspir durante a refeição ou recusa em comer; estar doente; e a não demonstração de interesse ou apetite por alimentos de origem animal (Bazzano et al., 2017). Nestes casos, a introdução de novos alimentos é vista

como uma boa opção para ajudar a tranquilizar o lactente.

A revisão realizada por Sunguya et al. (2013) também permite concluir que a formação sobre ingestão nutricional dirigida aos profissionais de saúde tem impacto na alimentação complementar dos seis meses aos dois anos, nomeadamente no que se refere à ingestão energética, à frequência e à diversidade alimentar.

Importa não esquecer que para além das mães, durante o primeiro ano de vida, a alimentação dos lactentes pode ser providenciada por outros cuidadores, como os pais, os avós ou outros cuidadores formais. Tal como as mães, estes cuidadores variam na medida em que os seus conhecimentos e as suas atitudes apoiam as práticas alimentares recomendadas e na medida em que exibem estilos e práticas alimentares responsivas (Nieri et al., 2022).

No âmbito da ingestão nutricional infantil, é possível recorrer a instrumentos para avaliar as práticas responsivas. A investigação conduzida por Heller e Mobley (2019), salienta que existem 15 instrumentos diferentes que permitem avaliar as práticas responsivas relacionadas com a alimentação de crianças dos zero aos dois anos, dos quais nove estão validados para o primeiro ano de vida. Cada instrumento avalia um a quatro dos cinco parâmetros relacionados com a alimentação responsiva: pressão para comer, controlo parental da ingestão, responsividade aos sinais/autonomia da criança, recompensas alimentares e alimentação emocional.

Relativamente aos métodos de alimentação complementar, a evidência sugere que, nos lactentes que experienciam o método *baby-led weaning*: a duração do aleitamento materno é substancialmente maior; a introdução alimentar inicia-se por volta dos seis meses; há uma maior probabilidade dos lactentes consumirem os mesmos alimentos que a família e de partilhar os mesmos horários das refeições (Arantes et al., 2018; Cameron et al., 2012); e não existe aumento no número de episódios de engasgamento (Arantes et al., 2018).

Na perspetiva das mães, este método de diversificação alimentar: “faz sentido”, “parece lógico” e “é natural”; facilita os hábitos alimentares saudáveis (Arantes et al., 2018; Cameron et al., 2012) e contribui para o refinamento da motricidade fina e do desenvolvimento oral dos filhos (Arantes et al., 2018). As mães também referem: que têm pouco controlo sobre a quantidade de alimentos ingeridos pelas crianças (o que nem sempre é visto como algo positivo) (Arantes et al., 2018), níveis significativamente mais baixos de preocupação com o peso dos bebés, com a pressão para comer e com as restrições alimentares; menos tempo passado a observar os lactentes a comer durante as refeições (Arantes et al., 2018; Cameron et al., 2012); menos ansiedade; elevados níveis de confiança na capacidade dos filhos para regular a duração das refeições e escolher o tipo e a quantidade de alimentos (Arantes et al., 2018); e menos *stress* durante as refeições (Arantes et al., 2018; Cameron et al., 2012), menor custo/despesa nos produtos alimentares (Cameron et al., 2012). Adicionalmente, foram notadas sucessivas preocupações quanto: à capacidade dos lactentes em orientarem a sua própria alimentação, à quantidade de alimentos ingeridos, ao aporte nutricional (Arantes et al., 2018), e ao risco de

engasgamento (Cameron et al. 2012). A sujidade e o desperdício alimentar decorrentes da prática deste método foram considerados os maiores desafios (Arantes et al., 2018; Cameron et al., 2012).

Os estudos incluídos salientam, ainda, que aqueles que aderiram ao método tradicional utilizam com maior frequência o apoio dos profissionais de saúde para esclarecer dúvidas sobre a dieta complementar (Arantes et al., 2018).

Os profissionais de saúde associam algumas vantagens à utilização deste método de alimentação complementar, referindo que proporciona a partilha das refeições em família, incentiva hábitos alimentares saudáveis (Arantes et al., 2018; Cameron et al., 2012), estimula o desenvolvimento oral através da mastigação, estimula o desenvolvimento das capacidades motoras finas (Arantes et al., 2018), há menos pressão e *stress* para os cuidadores durante as refeições, uma vez que o processo é inteiramente controlado pelo lactente (Arantes et al., 2018; Cameron et al., 2012). Apesar de considerarem a abordagem benéfica, a maioria não se sentiu totalmente convencida em recomendá-la, sobretudo pela preocupação com o risco de asfixia; além disso, acreditam que a prática do *baby-led weaning* pode afetar negativamente a ingestão calórica e o aporte adequado de ferro (Arantes et al., 2018; Cameron et al., 2012).

Relativamente aos níveis de ferro, a revisão sistemática conduzida por Qasem et al. (2015) reporta a existência de níveis significativamente mais elevados de hemoglobina nos lactentes que iniciaram a alimentação complementar aos quatro meses, em comparação com os que iniciaram aos seis meses (nos países de médio/baixo rendimento). A meta-análise incluída nesta investigação também mostra níveis mais elevados de ferritina sérica no grupo dos quatro meses, tanto nos países de alto rendimento, como nos países de médio/baixo rendimento. No entanto, importa salvaguardar que os autores reportam como principais limitações os tamanhos das amostras e os períodos curtos de seguimento.

A revisão realizada por Bąbik et al. (2021) centrou-se na associação entre as dificuldades de alimentação em qualquer idade para além dos 12 meses e as características de alimentação no primeiro ano de vida, nomeadamente o *timing* de início da alimentação complementar, incluindo o momento da introdução de texturas alimentares específicas; e o método utilizado para introduzir alimentos sólidos (*baby-led weaning* vs alimentação tradicional com colher). As evidências relativas ao *timing* foram contraditórias. Quanto ao método de introdução e as dificuldades posteriores na alimentação, apenas um dos cinco estudos analisados reportava que o *baby-led weaning* foi associado a uma menor confusão (do original "*fussiness*") durante as refeições nas crianças com idades entre os 12 e os 36 meses (Babik et al., 2021).

Os estudos não reportam associação entre o início da diversificação alimentar e a duração do sono do lactente (Fu et al., 2021).

As evidências relativas ao *timing* de introdução do glúten são contraditórias. Por exemplo, em

estudos primários com números aproximados e elevados de participantes, um estudo primário indica que se a introdução for após os sete meses, existe um risco aumentado de alergia e outro diz que não existe qualquer alteração no risco (Chmielewska et al., 2017).

Também não existem evidências que sustentem que a introdução precoce de glúten na dieta infantil aumente o risco de doença celíaca. No entanto, comparativamente com o momento de introdução recomendado (entre os quatro e os seis meses), a introdução tardia (> sete meses) pode estar associada a um aumento do risco de doença celíaca (Pinto-Sánchez et al., 2016).

Em crianças com risco elevado de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 1, parece existir uma relação positiva entre a introdução precoce de glúten (aos três meses) e o risco de desenvolver Diabetes Mellitus tipo 1 (Pieścik-Lech et al., 2017).

Por último, os resultados analisados por Angulo et al. (2024) revelam uma associação significativa entre a ingestão alimentar dos cuidadores e a dos lactentes, tanto no que é relativo à ingestão de alimentos ou de grupos alimentares específicos, como aos padrões alimentares ou à diversidade alimentar.

Ingestão nutricional e desenvolvimento físico

A evidência demonstra que, durante o primeiro ano de vida, os parâmetros do desenvolvimento físico são influenciados por diferentes aspetos ligados à ingestão nutricional (Anitha et al., 2022; Appleton et al., 2018; Arantes et al., 2018; Bergmeier et al., 2014; Cameron et al., 2012; Hurley et al., 2011; Koplin et al., 2019; Spill et al., 2019; Szajewska & Chmielewska, 2013; Tauriello et al., 2023; Wallingford & Barber, 2019; Zhang et al., 2023).

Cinco revisões sintetizaram informação sobre a relação da alimentação com leite de fórmula e aspetos do desenvolvimento físico (Appleton et al., 2018; Koplin et al., 2019; Szajewska & Chmielewska, 2013; Wallingford & Barber, 2019; Zhang et al., 2023).

Os estudos indicam que, nos lactentes saudáveis, a suplementação do leite de fórmula com *Bifidobacterium lactis Bb12* e/ou *Lactobacillus rhamnosus GG*, em comparação com as fórmulas não suplementadas, não tem impacto no aumento do peso, do comprimento ou do perímetro cefálico (Szajewska & Chmielewska, 2013). Em oposição, os lactentes alimentados com leite de fórmula enriquecido com *Sn-2-palmitato* apresentaram um maior aumento de peso, do que os alimentados com leite de fórmula padrão. No entanto, quando comparados com os lactentes alimentados com leite materno, não existe qualquer diferença no peso (Zhang et al., 2023).

A revisão conduzida por Wallingford e Baber (2019) revela que uma alteração isocalórica na composição de macronutrientes (proteínas, lípidos e/ou hidratos de carbono) do leite de fórmula, também não produz efeitos nos mesmos parâmetros do desenvolvimento físico. Estes dados são parcialmente corroborados pela revisão de Koplin et al. (2019), cujos 21 estudos primários não encontraram diferenças significativas no peso médio aos três meses de vida, nos

lactentes alimentados com diferentes concentrações proteicas nos leites de fórmula à base de leite de vaca. Contrariamente, nos estudos primários analisados por Appleton et al., (2018) as alterações nutricionais relativas à quantidade de proteína, à utilização de proteína hidrolisada e à densidade energética parecem ter um impacto no peso: (1) leites de fórmula com maior teor de proteína ou com uma concentração energética mais elevada estão associados a um aumento de peso mais rápido; (2) as fórmulas com baixo teor de proteína ou com proteína hidrolisada podem atenuar parte do risco de aumento rápido ou excessivo de peso. Um estudo primário randomizado analisado por Koplin et al., (2019), com mais de 1000 lactentes, revela que não houve diferenças significativas nas trajetórias do IMC até aos 10 anos de idade. A exceção foram os lactentes alimentados com fórmula de caseína extensivamente hidrolisada que apresentaram um ganho mais lento do IMC, ajustado ao sexo, entre a oitava e a 48ª semana de vida, algo que não se manteve após o primeiro ano de vida.

Por outro lado, a revisão conduzida por Appleton et al (2018) também encontrou dois estudos que analisaram a relação do tamanho e tipo de biberão com o aumento do peso. Os resultados indicam que o tipo de biberão, quanto à existência de sistema de vácuo, não apresenta relação significativa com o aumento do peso. Enquanto os lactentes alimentados com um biberão de maiores dimensões apresentam maior ganho de peso entre os dois e os seis meses.

O desenvolvimento físico é um parâmetro do desenvolvimento infantil valorizado pelas mães e é, frequentemente, visto como fonte de preocupação, especialmente, no que se refere ao aumento de peso, o que motiva a suplementação com leite de fórmula infantil e o início precoce da alimentação complementar (Harrison et al., 2017).

No que à alimentação complementar diz respeito, não parece haver diferenças significativas no impacto da introdução de alimentos complementares aos quatro vs aos seis meses, no peso, no comprimento, no IMC ou na massa gorda dos lactentes (Koplin et al., 2019).

Relativamente a aspetos da composição da dieta, como a ingestão de proteínas, de gordura, de energia, de frutas e vegetais, de ácidos gordos polinsaturados e de vitamina D, nenhum dos sete estudos mostrou qualquer diferença na composição corporal, no IMC ou excesso de peso (Koplin et al., 2019). A substituição de arroz por *millet*, parece ter um efeito significativo no peso, no comprimento, no perímetro do braço e no perímetro do peito. De ressaltar que, quando é assegurada uma dieta variada, completa e diversificada, a substituição do arroz por *millet* tem apenas uma melhoria mínima no aumento da circunferência do peito (Anitha et al., 2022).

Quanto ao método de alimentação complementar, foi identificada relação significativa entre o tipo de método e o peso infantil. Os lactentes que seguem o método *baby-led weaning* demonstram maior preferência por hidratos de carbono e IMC mais baixos, enquanto os que seguem o método tradicional apresentam preferência por alimentos doces, IMC mais elevados e maior suscetibilidade ao aumento de peso (Arantes et al., 2018). Adicionalmente as mães que

seguiram o método *baby-led weaning* relataram menos alimentação restritiva, menos pressão para comer e menor preocupação e monitorização do peso do lactente (Cameron et al., 2012).

Os estudos demonstram uma relação significativa entre a alimentação responsiva vs não responsiva e o peso do lactente (Hurley et al., 2011; Koplin et al., 2019; Spill et al., 2019); no entanto, a direção das associações, por vezes, é contraditória (Hurley et al., 2011; Spill et al., 2019).

Nenhum dos quarenta estudos analisados por Bahorski et al. (2019) revelou uma associação significativa entre a perceção de autoeficácia parental e o aumento de peso infantil.

Na revisão realizada por Bergmeier et al. (2014), os resultados revelaram uma associação entre o temperamento infantil e o IMC. Um temperamento caracteristicamente mais difícil está significativamente associado às taxas de aumento de peso nos lactentes. Os resultados sugerem, também, que o temperamento infantil está associado a comportamentos alimentares maternos que comprovadamente influenciam o excesso de peso e a obesidade infantil, como o uso de práticas alimentares restritivas com crianças percebidas como tendo baixa autorregulação, e a oferta de alimentos e bebidas menos saudáveis a lactentes que exibam comportamentos mais externalizantes (Bergmeier et al., 2014). Isto é corroborado pela investigação de Tauriello et al., (2023), que revela que o temperamento difícil está frequentemente ligado a práticas alimentares parentais não responsivas, enquanto a elevada emotividade e a diminuição da autorregulação infantil estavam ligadas a comportamentos alimentares desadaptados e a um menor controlo inibitório da adiposidade. Em contraste, os estudos analisados não evidenciam uma relação entre a evolução do peso e a reatividade negativa ou os fatores de autorregulação (Tauriello et al., 2023).

Por último, a evidência demonstra uma associação entre as intervenções de educação sobre ingestão nutricional dirigidas aos pais e os parâmetros do desenvolvimento físico (Koplin et al., 2019; Lassi et al., 2013; Panjwani & Heidkamp, 2017; Spill et al., 2019).

Papel parental desenvolvimental: Ingestão nutricional

No que à ingestão nutricional se reporta, no exercício do papel parental desenvolvimental, os pais podem encontrar fatores pessoais (Aguayo, 2017; Bazzano et al., 2017; Blaney et al., 2015a, 2015b; Dattilo et al., 2020; Deeney & Harris-Fry, 2020; Dhami et al., 2021; Guo et al., 2022; Harrison et al. 2017; Lindsay et al., 2017; Manikam et al., 2017; Manikam et al., 2018a, 2018b, 2018c; Nguyen et al., 2011), da comunidade (Bazzano et al., 2017; Blaney et al., 2015a; Dattilo et al., 2020; Deeney & Harris-Fry, 2020; Dhami et al., 2021; Harrison et al. 2017; Jackson et al., 2021; Manikam et al., 2018a) ou da sociedade (Bazzano et al., 2017; Deeney & Harris-Fry, 2020; Nguyen et al., 2011) que podem dificultar o processo adaptativo.

Os fatores pessoais dificultadores englobam: (1) a falta de conhecimento sobre a ingestão nutricional (Bazzano et al., 2017; Deeney & Harris-Fry, 2020; Harrison et al. 2017; Manikam et

al., 2017; Manikam et al., 2018a, 2018b, 2018c; Nguyen et al., 2011), nomeadamente sobre aspetos relacionados com os sinais físicos e as pistas comportamentais dos lactentes para iniciarem a diversificação alimentar, sobre a forma de preparar e confeccionar os alimentos sólidos (Bazzano et al., 2017; Harrison et al. 2017), sobre quais são as recomendações para uma alimentação saudável e como implementá-las, sobre o impacto de uma dieta pouco saudável na saúde infantil e adulta (Harrison et al. 2017) e, também, sobre o preço e as características nutricionais dos alimentos infantis processados, quando comparados com os alimentos frescos não processados (Harrison et al. 2017); (2) a baixa escolaridade (Blaney et al., 2015a; Dhami et al., 2021; Lindsay et al., 2017; Manikam et al., 2017; Manikam et al., 2018b, 2018c; Nguyen et al., 2011); (3) a existência de crenças culturais que determinam o momento e os tipos de alimentos fornecidos (Dattilo et al., 2020; Deeney & Harris-Fry, 2020; Harrison et al. 2017; Manikam et al., 2018b, 2018c) (por exemplo: os líquidos como infusões de ervas são administrados durante o primeiro ano de vida para ajudar a aquecer o lactente e protegê-lo de doenças; os alimentos considerados refrescantes, como a fruta, são evitados por se acreditar que causam ou agravam doenças; providenciar alimentos espessos ajuda a parar a diarreia; os lactentes subnutridos devem ser alimentadas com menos frequência para evitar doenças; os suplementos estão associados ao aumento da saúde infantil ou a efeitos adversos, como diarreia) (Deeney & Harris-Fry, 2020); (4) a autoconfiança para preparar adequadamente os alimentos (Bazzano et al., 2017; Harrison et al. 2017); (5) a falta de poder nas decisões financeiras familiares (Bazzano et al., 2017; Dhami et al., 2021; Deeney & Harris-Fry, 2020); (6) a sobrecarga de trabalho (Blaney et al., 2015b); (7) o baixo *status* socioeconómico (Dhami et al., 2021; Deeney & Harris-Fry, 2020; Lindsay et al., 2017; Manikam et al., 2017; Manikam et al., 2018b, 2018c); e (8) questões relacionadas com a dinâmica familiar, das quais a falta de tempo para preparar alimentos específicos para o lactente (Aguayo, 2017; Bazzano et al., 2017; Deeney & Harris-Fry, 2020).

Como fatores dificultadores da comunidade são descritos aspetos ligados: (1) à família, nomeadamente a pressão exercida sobre os pais (Harrison et al. 2017) e falta de conhecimento sobre a alimentação complementar (Bazzano et al., 2017; Deeney & Harris-Fry, 2020; Harrison et al. 2017) e sobre o risco de engasgamento com alimentos (Bazzano et al., 2017); (2) ao contexto (viver em áreas rurais) (Blaney et al., 2015a); e (3) aos serviços de saúde, referidamente as mães frequentarem menos de seis consultas pré-natais (Dhami et al., 2021), as informações sobre ingestão nutricional disponibilizadas pelos profissionais de saúde não estarem atualizadas (Dattilo et al., 2020), serem generalistas, rígidas, contraditórias ou desajustadas da vontade (Dattilo et al., 2020; Jackson et al., 2021) ou das características pessoais e culturais dos clientes (Dattilo et al., 2020; Harrison et al. 2017; Jackson et al., 2021) e, a pressão exercida pelos profissionais de saúde para os pais seguirem as recomendações sobre ingestão nutricional infantil (Jackson et al., 2021).

Os fatores sociais, apontados como dificultadores, reportam-se: à falta de aplicação e

cumprimento do código de comercialização dos leites de fórmula (Nguyen et al., 2011); à sazonalidade dos alimentos, à pouca acessibilidade, diversidade (Bazzano et al., 2017; Deeney & Harris-Fry, 2020) e quantidade de alimentos, à falta de água para cozinhar, e à insegurança alimentar (mais acesso e disponibilidade de alimentos de menor qualidade nutricional por tempo de seca ou por questões socioeconómicas) (Bazzano et al., 2017).

Em oposição, a evidência esclarece que fatores pessoais (Bazzano et al., 2017; Blaney et al., 2015a, 2015b; Dhimi et al., 2021; Guo et al., 2022; Harrison et al. 2017; Lindsay et al., 2017; Manikam et al., 2017; Manikam et al., 2018a, 2018b, 2018c; Mitchell et al., 2023; Sarkar et al., 2023; Temesgen et al., 2018), da comunidade (Aguayo, 2017; Ahamed et al. 2021; Bazzano et al., 2017; Blaney et al., 2015a, 2015b; Dhimi et al., 2021; Lindsay et al., 2017; Manikam et al., 2018a; Mitchell et al., 2023; Nguyen et al., 2011; Temesgen et al., 2018) ou da sociedade (Aguayo, 2017; Ahamed et al. 2021; Bazzano et al., 2017; Blaney et al., 2015a, 2015b; Dattilo et al., 2020; Dhimi et al., 2021; Nguyen et al., 2011; Temesgen et al., 2018), também, podem influenciar positivamente o exercício do papel parental, no que se refere à ingestão nutricional.

Como fatores pessoais são apontados: (1) o conhecimento sobre ingestão nutricional (Manikam et al., 2018a, 2018b, 2018c; Mitchell et al., 2023); (2) o reconhecimento da importância das práticas recomendadas de diversificação alimentar (Bazzano et al., 2017; Blaney et al., 2015b; Harrison et al. 2017); (3) a maior escolaridade (Blaney et al., 2015a; Dhimi et al., 2021; Lindsay et al., 2017; Manikam et al., 2018b, 2018c; Sarkar et al., 2023); (4) o *status* socioeconómico mais elevado (Blaney et al., 2015a; Dhimi et al., 2021; Lindsay et al., 2017; Manikam et al., 2018a, 2018c); (5) a maior poder sobre as decisões familiares, quer quanto à saúde e à alimentação dos lactentes (Blaney et al., 2015b; Temesgen et al., 2018), quer sobre questões de gestão do orçamento familiar (Blaney et al., 2015b; Dhimi et al., 2021); (6) a elevada paridade (Dhimi et al., 2021); e (7) o maior nível de aculturação dos pais migrantes à cultura ocidental (Lindsay et al., 2017).

Os fatores da comunidade, vistos como facilitadores são relativos: à família, quando esta apoia e segue as práticas de alimentação infantil adequadas (Bazzano et al., 2017; Lindsay et al., 2017; Mitchell et al., 2023); ao contexto (viver em áreas urbanas beneficia práticas de ingestão nutricional adequadas) (Blaney et al., 2015a; Dhimi et al., 2021; Temesgen et al., 2018); e aos serviços de saúde, através da disponibilização de aconselhamento e de informação fidedigna e atualizada sobre a ingestão nutricional infantil (Aguayo, 2017; Ahamed et al. 2021; Bazzano et al., 2017; Blaney et al., 2015b; Lindsay et al., 2017; Mitchell et al., 2023), ao acompanhamento pré-natal (Dhimi et al., 2021; Temesgen et al., 2018) e pós-natal (Temesgen et al., 2018), e ao parto assistido por um profissional de saúde (Dhimi et al., 2021).

Também a sociedade pode facilitar a adoção de práticas alimentares adequadas durante o primeiro ano de vida, através: (1) da disponibilidade (Bazzano et al., 2017; Blaney et al., 2015b), da acessibilidade e do custo aos alimentos adequados (Aguayo, 2017; Dattilo et al., 2020); (2)

da rotulagem correta dos alimentos processados; (3) da existência de políticas, planos ou estratégias nacionais para apoiar as práticas alimentares recomendadas (Ahamed et al. 2021; Blaney et al., 2015b; Nguyen et al., 2011); e (4) do acesso aos media (Dhami et al., 2021; Temesgen et al., 2018).

Ainda relativamente aos fatores relacionados com a sociedade, a revisão conduzida por Deeney e Harris-Fry (2020) salienta que as políticas nacionais têm efeitos positivos no conhecimento sobre alimentação infantil, mas pouco impacto efetivo nas práticas alimentares durante a infância.

No caso particular da alimentação durante os primeiros meses de vida, a investigação levada a cabo por Dhami et al. (2021) indica que os fatores associados à alimentação com biberão incluíam o parto assistido por pessoas que não profissionais de saúde, menor tamanho do RN à nascença, maior educação materna, emprego materno, maior estatuto socioeconómico, residência urbana e maior exposição aos media.

Por outro lado, as mulheres com nível de escolaridade mais baixo têm maior tendência para adotarem o aleitamento misto (Nguyen et al., 2011). Uma revisão sistemática mais recente, contrapõe estes dados, revelando que nos 13 estudos analisados, a média de mães com um nível de escolaridade equivalente à licenciatura ou superior, varia entre 55% e 11%, não se distanciando muito dos valores das mães que amamentam ou da população em geral dos contextos analisados (59-11% e 49-12%, respetivamente) (Monge-Montero et al., 2023).

Para além destas condições pessoais, os resultados obtidos por Mitchell et al. (2023) evidenciam que outros fatores da sociedade, como o *marketing* e a promoção generalizada dos leites de fórmula, bem como a sua disponibilização nas maternidades influenciam o papel parental desenvolvimental, no que à ingestão nutricional diz respeito.

As evidências relativas à relação da perceção de autoeficácia com as práticas de alimentação infantil, que não a amamentação, são escassas (Bahorski et al., 2019). No entanto, a investigação conduzida por Bahorski et al., (2019) salienta que a perceção de autoeficácia (associada ao exercício do papel parental desenvolvimental, no que à ingestão nutricional se refere), está associada aos estilos parentais de alimentação. A autoeficácia está relacionada com um estilo restritivo (que está ligado a uma menor ingestão calórica e à diminuição da alimentação inadequada, como a utilização de alimentos para acalmar o lactente ou fornecer alimentos com baixo valor nutritivo). Os estudos indicam que uma maior perceção de autoeficácia pelas mães está positivamente correlacionada com as práticas de alimentação infantil de acordo com as recomendações, nomeadamente no que se refere ao *timing* de início da alimentação complementar, ao comer em família e ao aumentar o consumo de frutas e legumes (Bahorski et al., 2019).

As intervenções que englobam informação, educação e aconselhamento têm impacto nas

práticas de alimentação complementar durante o primeiro ano de vida (Aguayo, 2017; Barnett et al., 2022; Deeney & Harris-Fry, 2020; Locks et al., 2023; Matvienko-Sikar et al. 2019). Os estudos demonstram que este tipo de intervenções, conduzidas por diferentes profissionais, dos quais, enfermeiros, melhoram o *timing* de início (Aguayo, 2017), a frequência, a diversidade e a adequação mínima da alimentação complementar dos lactentes (Aguayo, 2017; Deeney & Harris-Fry, 2020).

Por último, a evidência destaca que estas intervenções, administradas individualmente ou em sessões de grupo podem ajudar a melhorar a alimentação infantil (Ahamed et al. 2021; Barnett et al. 2022; Deeney & Harris-Fry, 2020). Complementarmente, também a definição de objetivos, pelas mães, tem um impacto nas práticas de alimentação complementar (Deeney & Harris-Fry, 2020).

Materializada através deste relatório, a síntese dos resultados produzidos por esta investigação permitiu resumir o conhecimento científico disponível sobre a ingestão nutricional no primeiro ano de vida, melhorar, aprofundar e atualizar os conhecimentos sobre a temática e, ainda, nortear o exercício profissional.

“As ciências da nutrição estão em permanente evolução e em áreas sensíveis como a saúde das crianças mais pequenas, onde a alimentação é um determinante essencial do desenvolvimento saudável, é fundamental uma atualização permanente” (DGS, 2019, p.15) dos profissionais.

A análise e posterior reflexão dos resultados obtidos deixa patente o papel ativo e positivo que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, podem ter na promoção do desenvolvimento infantil durante o primeiro ano de vida e na facilitação do processo adaptativo dos pais, no que à ingestão nutricional se refere, particularmente através da implementação de terapêuticas de enfermagem, como a informoterapia.

Para além de, sucintamente, apresentar a investigação produzida no âmbito do projeto de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, neste último eixo do relatório, pretende-se refletir sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio que permitiram alcançar os objetivos pré-definidos (expressos no fim do primeiro capítulo deste documento), no que é relativo especificamente ao tema do projeto: “Ingestão nutricional no primeiro ano de vida: promoção do papel parental desenvolvimental”.

As atividades foram organizadas de acordo com o projeto de desenvolvimento profissional, no sentido de apoiar a sua implementação, promover a melhoria do conhecimento e criar oportunidades de partilha e discussão da temática. Estas oportunidades tiveram lugar tanto em ambientes da prática clínica, através de reuniões informais com a equipa multidisciplinar (enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas, médicos, nutricionistas, assistentes sociais

e psicólogos), como no contexto escolar, durante as aulas de orientação tutorial e dos seminários do MESIP.

Desta forma, ao longo dos ensinamentos clínicos, a divulgação da informação com evidência científica atualizada e fidedigna sobre a temática, permitiu uniformizar construtos nas equipas de enfermagem, nomeadamente, no que é relativo à alimentação com leite de fórmula, à alimentação complementar, a aspetos da ingestão nutricional que têm impacto no desenvolvimento físico do lactente e aos fatores que podem influenciar o papel parental desenvolvimental, e potencializar o exercício profissional sustentado pela evidência.

Apesar de não ter havido oportunidade e disponibilidade de participar em eventos públicos de investigação em saúde, através da apresentação de um póster ou de uma comunicação livre, centrados no tema do projeto, os resultados preliminares obtidos na síntese da evidência científica disponível sobre ingestão nutricional no primeiro ano de vida foram divulgados numa aula do Mestrado Integrado em Nutrição, no âmbito de uma parceria estabelecida entre a ESEP e a Faculdade de Nutrição do Porto (Anexo I).

Os CSP foram o contexto de estágio de eleição para desenvolver e implementar ações de promoção de saúde, especialmente no que se refere à ingestão nutricional. Na USF, através das consultas de saúde infantil durante o primeiro ano de vida, foi possível avaliar e acompanhar o desenvolvimento de recém-nascidos e de lactentes, bem como identificar as necessidades em cuidados de enfermagem relativos à promoção do papel parental desenvolvimental, com enfoque na ingestão nutricional. Neste contexto, a prescrição e a implementação de sessões individuais de informoterapia, como terapêutica de enfermagem, tiveram impacto na melhoria do conhecimento e da capacidade dos pais para responderem a esta necessidade desenvolvimental dos filhos.

Para além de se tratar de uma área tipicamente caracterizada pela promoção da saúde, com características e recursos propícios ao desenvolvimento de ações neste âmbito, a EEESIP responsável pelas consultas de saúde infantil e juvenil, conhece e mobiliza as condições facilitadoras da comunidade que podem facilitar o processo adaptativo dos pais. Esta enfermeira, como profissional de saúde a quem é conferido um papel diferenciador e de proximidade com os clientes, constituiu-se, em si, como um agente facilitador da transição.

Adicionalmente, através de processos de referência institucional e de acordo com a vontade e a disponibilidade dos pais, estes podem integrar o projeto de apoio à parentalidade, desenvolvido pela UCC. Este projeto pode ser visto como um recurso crucial da comunidade, com impacto na promoção do papel parental desenvolvimental.

Neste âmbito, a EEESIP a exercer funções na UCC, programa anualmente diversas sessões de informoterapia, em grupo, cujo um dos temas é a alimentação complementar. Assim, durante o estágio, foi possível implementar uma sessão de informoterapia presencial para pais de crianças

que se preparavam ou já tinham iniciado a alimentação complementar, suportada pelas evidências científicas sobre a temática do projeto de desenvolvimento de competências. Também foram desenvolvidos materiais de apoio à sessão, dos quais os documentos necessários para a divulgação, uma apresentação em formato *powerpoint* e um *e-book*. No final, os pais expressaram uma excelente receptividade não só à temática e aos conteúdos abrangidos, mas também à forma de exposição. Adicionalmente, valorizaram a partilha do conhecimento e de experiências em grupo, bem como a criação de uma rede de apoio de pares, após a sessão, referindo-os como aspetos positivos que facilitam a adaptação ao seu papel parental desenvolvimental, durante o evento crítico da diversificação alimentar.

Portanto, ficou perceptível que, quando comparados com os contactos individuais, este tipo de sessões de grupo, acrescentam um nível de partilha e de discussão dos conteúdos, entre pais, com impacto no processo adaptativo. Contudo, como se parte de uma sessão geral, previamente programada, poderão não ser completamente ajustadas às necessidades dos clientes.

No decorrer do estágio, em contexto de internamento de pediatria e de urgência pediátrica, também houve oportunidade de identificar necessidades de melhoria do conhecimento e da capacidade dos pais para darem resposta às necessidades desenvolvimentais dos filhos, com enfoque na ingestão nutricional. Nestes locais, a informoterapia era prescrita e implementada como uma terapêutica individual e, por esse motivo, havia um nível de adequação e de doseamento de informação ajustados às necessidades particulares dos clientes.

Assim, fica claro que nestes três contextos de estágio, foi possível desenvolver competências centradas na satisfação das necessidades desenvolvimentais da criança, com especial atenção para a ingestão nutricional no primeiro ano de vida. Paralelamente, também foram desenvolvidas competências promotoras do papel parental, no que se refere à ingestão nutricional, contribuindo para melhorar o conhecimento e a capacidade dos pais para satisfazerem esta necessidade desenvolvimental do RN e do lactente.

Durante o estágio, em contexto de internamento em pediatria, foi possível identificar os recursos disponíveis para a satisfação das necessidades da criança relacionadas com a ingestão nutricional no primeiro ano de vida. O serviço disponha de um local apropriado à preparação de leites adaptados, acessível aos profissionais. Diariamente, o enfermeiro responsável de turno, confirmava e afixava a lista de leites adaptados necessários para o dia, de acordo com as especificidades dos lactentes e recém-nascidos internados. Os assistentes operacionais, supervisionados pelos enfermeiros, preparavam os leites adaptados e separavam o material reutilizável do descartável. O material reutilizável era enviado para a cozinha ou para o serviço de esterilização, conforme a sua natureza e proveniência. A gestão de *stock* destes materiais, como não era englobada no sistema de reposição de materiais pelo método *Kaisen*, era da responsabilidade da equipa de enfermagem. Todas as enfermarias dispunham de lavatórios, que

permitted a correct hand hygiene before meals. In addition, the service provided high chairs, with tray, for lactating infants who had already started complementary feeding.

Daily, nurses make the computer requisition of diets for each child, based on the institution's diet manual. This manual was reformulated and updated in 2023 and contemplates the characteristics, the nutritional composition and the adequacy of all hospital diets available, the variants, the type of preparation, as well as the allowed and excluded foods for each type of diet. Diets are adjusted to the characteristics and conditions of individual and clinical cases of hospitalized patients. In the case of pediatrics, diets are divided according to age groups, in order to satisfy nutritional needs in different stages of infant development. In the first year of life, there are six types of diets: four months; five months; six months; seven months; eight to 11 months; and up to two years. At the initial requisition, a second level of prescription can be added, corresponding to a change in the consistency of the diet. In the selected pediatric diet, it is possible to add one or more specifications, such as low microbial content, restricted in fibers and residues, free of simple sugars, gluten or lactose, among others. Notwithstanding, whenever necessary, in accordance with the child's needs and in articulation with the parents, it is possible to require a personalized diet, which will correspond to an individual plan elaborated by the nutritionist who usually integrates the multidisciplinary team of pediatrics.

It should be noted, however, that this ULS provides *online* an informative document on infant feeding during the first year of life. This is accessible to anyone, through the institution's main page, although the access is not direct, nor intuitive. After reading and analyzing the document, it was found that it was dated 2014 and that it would benefit from an update of content, in line with the scientific evidence currently available. This aspect was discussed with the nurses tutors of the CSP and of the internships in pediatrics.

In the implementation of the project, it was possible to develop competencies of conception and documentation of nursing care, with special attention to the domain of "parental developmental role: nutritional intake", during the first year of life, through the use of the E4Nursing platform to conceive and document nursing care, in different contexts of internship (chapters 3 and 5).

Thus, it is believed that through the development of the activities described previously, in addition to having achieved the objectives outlined for the project, along this path, it was possible to acquire specific competencies of EEESIP, namely: (1) in the provision of specific care in response to the needs of the life cycle and of infant development, in what refers to the demonstration of knowledge about growth and infant development, its evaluation and the transmission of anticipatory orientations to parents

para a promoção do máximo potencial de desenvolvimento do RN e do lactente; e (2) na assistência da criança, em conjunto com a família, para a maximização da saúde, através da procura sistemática de oportunidades para trabalhar com os pais, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, e da promoção da melhoria de conhecimentos parentais relativos à saúde do filho, com uma atenção privilegiada para a ingestão nutricional.

7. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A concretização deste relatório permitiu a explanação e reflexão na ação sobre o percurso desenvolvido durante o estágio de natureza profissional do MESIP, com particular atenção para o desenvolvimento das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista.

A partir das experiências clínicas realizadas nos diferentes contextos de cuidados foi possível demonstrar conhecimentos atualizados sobre os principais conceitos e referenciais teóricos fundamentais e transversais à saúde infantil e pediátrica, desenvolver competências de conceção de cuidados com os estudos de caso e analisar de forma crítica e fundamentada as competências especializadas desenvolvidas ao longo do estágio.

O impacto da temática selecionada para este projeto, que serviu de fio condutor ao desenvolvimento de competências de EEESIP, refletiu-se na mobilização de conhecimentos fundamentados em evidência científica recente e atualizada. Estes serviram de pilar não só ao processo de tomada de decisão, mas também ao agir profissional especializado, especialmente, no que se refere à promoção do papel parental desenvolvimental, no âmbito da ingestão nutricional durante o primeiro ano de vida.

A escolha de um tema com interesse pessoal e com uma importância premente e inegável para a saúde infantil e pediátrica facilitou a vivência de todo este trajeto académico. Complementarmente, neste longo percurso de investigação transpareceu a valorização do compromisso de uma prática clínica fundamentada, com o objetivo primordial de contribuir para a qualidade dos cuidados de saúde especializados.

Na investigação conduzida e, face aos objetivos delineados no projeto, foi possível sintetizar evidência sobre: (1) alimentação com leite de fórmula e leite humano – relativamente aos recursos/fontes de informação e aos conteúdos disponibilizados, à alimentação através de biberão, à composição do leite de fórmula, ao risco de desenvolvimento de alergias alimentares, rinite alérgica, asma ou dermatite atópica, aos motivos comuns para aleitamento misto, aos fatores infantis e parentais que influenciam a escolha de recorrer ao leite de fórmula, e, ainda, ao impacto da escolha na vivência da maternidade; (2) alimentação complementar – nomeadamente sobre os sinais de prontidão (físicos e comportamentais) dos lactentes, as práticas alimentares e os seus principais fatores influenciadores/motivadores, os instrumentos de avaliação das práticas de alimentação complementar e das práticas de alimentação responsiva, os métodos de diversificação alimentar e, ainda, a influência da alimentação complementar no sono, no risco de alergia ao glúten, no risco de desenvolvimento de doença celíaca ou de diabetes *mellitus* tipo 1; (3) impacto da ingestão nutricional no desenvolvimento

infantil – inclusive sobre a relação do peso, do comprimento e/ou do IMC com a alimentação com leite de fórmula, com a utilização do biberão, com o *timing* de introdução de novos alimentos, com o método de alimentação complementar, com a composição da dieta infantil, com o tipo de estilo parental (responsivo e não responsivo), com a percepção de autoeficácia parental, com o temperamento infantil, a reatividade negativa e os fatores de autorregulação e, por último, com as intervenções de educação sobre ingestão nutricional; e (4) papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional – mais especificamente sobre as condições facilitadoras e dificultadoras do exercício do papel parental, a percepção de autoeficácia e, ainda, as intervenções dos profissionais que podem facilitar o processo adaptativo dos pais.

As evidências conseguidas permitiram desenvolver não só competências de conceção, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem especializados, mas também competências específicas que dão resposta às necessidades de saúde das crianças e dos pais que decorrem das experiências inerentes aos processos de vida.

Este projeto constituiu-se como um veículo de promoção de práticas clínicas especializadas nas equipas, com impacto na facilitação do processo adaptativo dos pais, especialmente no que se reporta à ingestão nutricional no primeiro ano de vida.

A partilha dos resultados obtidos com as equipas multidisciplinares, com as professoras orientadoras, assim como com os pais permitiu refletir sobre o papel diferenciador do EEESIP: (1) na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, nomeadamente à transmissão de orientações antecipatórias aos pais de forma a promover o potencial máximo de desenvolvimento infantil; e (2) na assistência da criança, em conjunto com a família, para a maximização da saúde, através da procura sistemática de oportunidades para trabalhar com os pais, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, e da promoção da melhoria de conhecimentos parentais relativos à saúde do filho, com uma atenção privilegiada para a ingestão nutricional.

Sintetizar de forma clara todo o percurso vivenciado no decorrer do estágio profissional, foi, em última análise, um desafio evidente durante a realização deste relatório. Se por um lado, se pretendia refletir, ao máximo, as experiências enriquecedoras e particulares de cada um dos contextos do estágio, por outro lado, era importante tornar a leitura mais fluída e agradável. Felizmente, os contributos das professoras orientadoras, mas também dos colegas enfermeiros que partilharam este percurso académico, permitiram encontrar um fio condutor para a estruturação deste relatório e para a partilha das experiências e das atividades que auxiliaram o processo de aquisição de competências de EEESIP.

A conciliação da vida pessoal com a profissional, com as condições atuais da sociedade, da maternidade e da profissão de enfermagem, é por si só um desafio. Ao adicionar a estas, uma vertente académica, que pressupõe uma disponibilidade de tempo, energia e de recursos, impôs um estado de desequilíbrio notório, de difícil superação. Esta, foi sem dúvida alguma, a maior

dificuldade durante estes dois anos. Ainda assim, na reflexão final fica não só a satisfação e o orgulho por, mais uma vez, ter investido na formação e no desenvolvimento profissional, mas também, pelo assumir de um compromisso no investimento e na consolidação das competências de EEESIP, mobilizando-as, sempre, em resposta às necessidades em saúde das crianças e das pessoas significativas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdullat, E., Ader-Rahman, H., Ali, R., & Hudaib, A. (2015). Choking among infants and young children. *Jordan Journal of Biological Sciences*, 8(3), pp. 205-209. <https://jjbs.hu.edu.jo/files/v8n3/Paper%20Number%207m.pdf>

Aguayo, V. (2017). Complementary feeding practices for infants and young children in South Asia: A review of evidence for action post-2015. *Maternal & Child Nutrition*, 13(S2:e12439), pp. 1-13. <https://doi.org/10.1111/mcn.12439>

Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A., & Pereira-Barbosa, M. (2017). Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 25(1), pp. 9-26. https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/terapeutica-inalatria-tcnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf

Ahmed, K., Agho, K., Page, A., Arora, A., Ogbo, F., & on behalf the Global Maternal and Child Health Research collaboration (GloMACH) (2021). Interventions to improve infant and young child feeding practices in Ethiopia: A systematic review. *British Medical Journal Open*, 11(8), pp. 1-18. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048700>

Ainsworth, M. D. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. Em C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris. *Attachment Across the Life Circle* (pp. 33-51). Routledge.

Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), pp. 333-341. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.46.4.333>

Almotairya, N., Kumar, A., Trulsson, M., & Grigoriadis, A. (2018). Development of the jaw sensorimotor control and chewing - a systematic review. *Physiology & Behavior*, 194(1), pp. 456-465. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.06.037>

Altkorn, R., Chen, X., Milkovich, S., Stool, D., Rider, G., Bailey, C., Haas, A., Riding, K., Pransky, S., Reilly, J. (2008). Fatal and non-fatal food injuries among children (aged 0-14 years). *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 72, pp. 1041-1046. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2008.03.010>

Alves, A. M., Fortaleza, L. M., Nascimento, L. D., Pessoa, D. R., & Júnior, R. B. (2016). Oximetria de pulso: Princípios de funcionamento e aplicações. *Educação e Ciência para a Cidadania Global*, 20(40). <https://doi.org/10.18066/revistaunivap.v22i40.1186>

American Academy of Pediatrics. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>

American Academy of Pediatrics. (2019). Policy statement - Prevention of choking among (2010, reaffirmed 2019). *125*(3), pp. 601-607. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2862>

Angulo, S., Nezami, B., Martin, S., Kay, M., Richardson, T., & Wasser, H. (2024). Concordance in dietary intake among caregivers and infants during the period of complementary feeding: A scoping review. *Appetite*, 194, pp. 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.107178>

Anitha, S., Givens, D., Subramaniam, K., Upadhyay, S., Kane-Potaka, J., Vogtschmidt, Y., Botha, R., Tsusaka, T., Nedumaran, S.; Rajkumar, H., Rajendran, A., Parasannanavar, D., Vetriventhan, M., Bhandari, R. (2022). Can feeding a millet-based diet improve the growth of children? - A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 14(1), pp. 1-16. <https://doi.org/10.3390/nu14010225>

Appleton, J., Russell, C., Laws, R., Fowler, C., Campbell, K., & Denney-Wilson, E. (2018). Infant formula feeding practices associated with rapid weight gain: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 14(e12602), pp. 1-14. <https://doi.org/10.1111/mcn.12602>

Arantes, A., Neves, F., Campos, A., & Netto, M. (2018). The baby-led weaning method (BLW) in the context of complementary feeding: a review. *Revista Paulista de Pediatria*, 36(3), pp. 353-363. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;3;00001>

Aratti, A., & Zampini, L. (2024). Caregiver burden, parenting stress and coping strategies: The experience of parents of children and adolescents with osteogenesis imperfecta. *Healthcare*, 12(10), pp. 1-13. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101018>

Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Khalil, H., & Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), pp. 132-140. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000055>

Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Khalil, H., & Tungpunkom, P. (2024). Umbrella Reviews. Em E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan, *JBIM manual for evidence synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-08>

Arslan, S., Demir, N., Dolgun, A., & Karaduman, A. (2016). Development of a new instrument for determining the level of chewing function in children. *Journal of Oral Rehabilitation*, 43, pp. 488-495. <https://doi.org/10.1111/joor.12399>

Australian Breastfeeding Association. (2022). *Cup-feeding*. <https://www.breastfeeding.asn.au/resources/cup-feeding>

Avelar, A., Peterlini, M., & Pedreira, M. (2013). Assertividade e tempo de permanência de

cateteres intravenosos periféricos com inserção guiada por ultrassonografia em crianças e adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 47(3), pp. 539-546. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300003>

Awad, A., & Alfaqih, I. (2024). Pediatric emergencies: Guidelines for recognizing and responding to common pediatric emergencies like choking, drowning, and allergic reactions. *Scholars Academic Journal of Pharmacy*, 13(5), pp. 200-207. <https://doi.org/10.36347/sajp.2024.v13i05.010>

Bąbik, K., Patro-Gołąb, B., Zalewski, B., Wojtyniak, K., Ostaszewski, P., & Horvath, A. (2021). Infant feeding practices and later parent-reported feeding difficulties: A systematic review. *Nutrition Reviews*, 79(11), pp. 1236-1258. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa135>

Bahorski, J., Childs, G., Loan, L., Azuero, A., Morrison, S., Chandler-Laney, P., Hodges, E., Rice, M. (2019). Self-efficacy, infant feeding practices, and infant weight gain: An integrative review. *Journal of Child Health Care*, 23(2), pp. 280-310. <https://doi.org/10.1177/1367493518788466>

Balbino, F., Balieiro, M., & Mandetta, M. (2016). Avaliação da percepção do cuidado centrado na família e do estresse parental em unidade neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(e2753), pp. 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0710.2753>

Baptista, Â., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V., & Silva, T. D. (2020). O jovem. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp.193-216). Lidel.

Barbarian, M., Bishop, a., Alfaro, P., Biron, A., Brody, D., Cunningham-Allard, G., & Dubrovsky, A. (2021). Patient-reported experience in the pediatric emergency department: What matters most? *Journal Patient Safety*, 17(8), pp. e1166-e1170. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000472>

Barbieri-Figueiredo, M. C. (2015). Cuidados centrados na família: do discurso à prática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6), pp. 3-4. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500083>

Barnett, I., Meeker, J., Roelen, K., & Nisbett, N. (2022). Behaviour change communication for child feeding in social assistance: A scoping review and expert consultation. *Maternal & Child Nutrition*, 18(e13361), pp. 1-14. <https://doi.org/10.1111/mcn.13361>

Batalha, L., Costa, L., Almeida, D., Lourenço, P., Gonçalves, A., & Teixeira, A. (2010). Fixação de cateteres venosos periféricos em crianças. *Escola Anna Nery*, 14(3), pp. 511-581. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300012>

Bathory, E., & Tomopoulos, S. (2017). Sleep regulation, physiology and development, sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, toddlers, and preschool-age children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(2), pp. 1-14. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1538544216301225?via%3Dihub>

- Bazzan, J. S., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I., Cordeiro, F. R., Freitag, V. L., & Schwartz, E. (2020). O processo de adaptação familiar à hospitalização infantil em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018056203614>
- Bazzano, A., Kaji, A., Felker-Kantor, E., Bazzano, L., & Potts, K. (2017). Qualitative studies of infant and young child feeding in lower-income countries: A systematic review and synthesis of dietary patterns. *Nutrients*, 9(10: 1140), pp. 1-49. <https://doi.org/10.3390/nu9101140>
- Bentivegna, K., Borrupa, K., Clougha, M., & Schoem, S. (2018). Basic choking education to improve parental knowledge. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 113, pp. 234-239. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2018.08.002>
- Bergmeier, H., Skouteris, H., Horwood, S., Hooley, M., & Richardson, B. (2014). Associations between child temperament, maternal feeding practices and child body mass index during the preschool years: A systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 15(1), pp. 9-18. <https://doi.org/10.1111/obr.12066>
- Billich, N., Dix, C., Palmer, J., Swyripa, C., & Murawski, B. (2024). A scoping review of Australian nutrition resources for feeding children under 5 years of age. *Nutrition & Dietetics*, 81(4), pp. 371-383. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12871>
- Bitencourt, E., Leal, C., Boostel, R., Mazza, V., Felix, J., & Pedrolo, E. (2018). Prevalência de flebite relacionada ao uso de dispositivos intrevenosos periféricos em crianças. *Cogitare Enfermagem*, 23(1). <https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.49361>
- Blaney, S., Februhartanty, J., & Sukotjo, S. (2015a). Feeding practices among Indonesian children above six months of age: A literature review on their magnitude and quality (part 1). *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 24(1), pp. 16-27. <https://doi.org/10.6133/apjcn.2015.24.1.13>
- Blaney, S., Februhartanty, J., & Sukotjo, S. (2015b). Feeding practices among Indonesian children above six months of age: A literature review on their potential determinants (part 2). *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 24(1), pp. 28-37. <https://doi.org/10.6133/apjcn.2015.24.1.14>
- Bodzenta-Lukaszyk, A., Dymek, A., McAulay, K., & Mansikka, H. (2011). Fluticasone/formoterol combination therapy is as effective as fluticasone/salmeterol in the treatment of asthma, but has a more rapid onset of action: An open-label, randomized study. *BMC Pulmonary Medicine*, 11(28), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-11-28>
- Bonczar, M. O., D'Antoni, A., Tubb, R., Iwanaga, J., Ghosh, S., Klejbor, I., Kuniewicz, M., Walocha, J., Moryś, J., Koziej, M. (2023). How to write an umbrella review? A step-by-step tutorial with tips and tricks. *Folia Morphol (Warsz)*, 82(1), pp. 1-6. <https://doi.org/10.5603/FM.a2022.0104>

Bowlby, J. (1982). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. Martins Fontes.

Bowlby, J. (1990). *Apego: a natureza do vínculo*. Martins Fontes.

Brødsgaard, A., Pedersen, J., Larsen, P., & Weis, J. (2019). Parents' and nurses' experiences of partnership in neonatal intensive care units: A qualitative review and meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17-18), pp. 3117-3139. <https://doi.org/10.1111/jocn.14920>

Brown, K., Mace, S., Dietrich, A., Knazik, S., & Schamban, N. (2008). Patient and family-centred care for pediatric patients in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 10(1), pp. 38-43. <https://doi.org/10.1017/S1481803500009994>

Cameron, S., Heath, A., & Taylor, R. (2012). How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients*, 4, pp. 1575-1609. <https://doi.org/10.3390/nu4111575>

Carnevale, F., Campbell, A., Collin-Vézina, D., & Macdonald, M. (2015). Interdisciplinary studies of childhood ethics: Developing a new field of inquiry. *Children & Society*, 29(6), pp. 511-523. <https://doi.org/10.1111/chso.12063>

Carnevali, L. F. (2020). *Psicologia pediátrica: hospitalização infantil e sistema familiar*. Universidade Federal de Santa Catarina. <https://koan.emnuvens.com.br/psisaude/article/view/18/3>

Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), pp. 1058-1062. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>

Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Cuidados centrados na família. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 28-32). Lidel.

Cevolane, L., Santos, A., Vinco, G., Fazolo, L., Donatelli, S., & Canal, F. (2017). Desenvolvimento humano: um esboço da perspectiva de Jean Piaget. *Revista Dimensão Acadêmica*, 2(1), pp. 63-78.

<https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/revista-dimensao-academica-v02-n01-artigo-05.pdf>

Cheng, H., Rossiter, C., Size, D., & Denney-Wilson, E. (2022). Comprehensiveness of infant formula and bottle feeding resources: A review of information from Australian healthcare organisations. *Maternal & Child Nutrition*, 18(e13309), pp. 1-15. <https://doi.org/10.1111/mcn.13309>

Chmielewska, A., Piescik-Lech, M., Shamir, R., & Szajewska, H. (2017). Systematic review: Early infant feeding practices and the risk of wheat allergy. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 53(9), pp. 889-896. <https://doi.org/10.1111/jpc.13562>

- Chong-Silva, D., Pastorino, A., Anna, M., Wandalsen, G., Chong-Neto, H., Terse-Ramos, R., Filho, N., Silva, L., Sano, F., Solé, D. (2020). Guia prático de aerossolterapia na criança e no adolescente: Documento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, 4(3), pp. 277-288. <http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20200044>
- Chora, M. (2020). O lactente. Em A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 135-146). Lidel.
- Correia, S., Aparício, G., Condeço, L., & Martins, M. (2020). Gestão da dor em pediatria: contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem. *Millenium*, 2(5), pp. 85-193. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.19.00309>
- Craske, J., & Gill, A. (2023). Oral paracetamol dosing in hospitalised children in the UK. *Archives of disease in childhood*, 8(7), pp. 589-590. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-325598>
- Dantas, D., Oliveira, T., Vianna, T., Chícharo, S., Primo, A., & Silva, J. (2021). Saberes acerca da punção venosa periférica no cenário oncopediátrico: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(17), pp. 1-11. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24428>
- Dattilo, A., Carvalho, R., Feferbaum, R., Forsyth, S., & Zhao, A. (2020). Hidden realities of infant feeding: Systematic review of qualitative findings from parents. *Behavioral sciences*, 10(5), pp. 1-13. <https://doi.org/10.3390/bs10050083>
- Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Diário da República: I série - A. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008). Diário da República: 1ª série, n.º 38. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- Decreto-Lei n.º 26/2019. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República: 2ª série, n.º 26. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Diário da República: 1ª série, n.º 150. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Decreto-Lei n.º 103/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Diário da República: 1ª série, n.º 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Deeney, M., & Harris-Fry, H. (2020). What influences child feeding in the Northern Triangle? A mixed-methods systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 16(e13018), pp. 1-25. <https://doi.org/10.1111/mcn.13018>
- Delaney, A., & Arvedson, J. (2008). Development of swallowing and feeding: Prenatal through first

- year of life. *Development Disabilities Research Reviews*, 14(2), pp. 105-117.
<https://doi.org/10.1002/ddrr.16>
- Deodato, S. (2020). O direito aplicado no cuidado à criança, jovem e família. Em L. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 57-64). Lidel.
- Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde. (2009). *Regulamento da Organização e do Funcionamento*. Diário da República: 2.ª série, n.º 74.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: 2.ª série, n.º 153.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 3762/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: 2.ª série, n.º 73.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/04/073000000/0918609187.pdf>
- Dhami, M., Ogbo, F., Akombi-Inyang, B., Torome, R., Agho, K., & GloMACH, o. B. (2021). Understanding the enablers and barriers to appropriate infants and young child feeding practices in india: A systematic review. *Nutrients*, 13(3), pp. 1-34.
<https://doi.org/10.3390/nu13030825>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência*.
https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação 014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças.
https://www.spp.pt/userfiles/file/evidencias%20em%20pediatria/orientacao%20dgs_014.2010%20de%20dez.2010.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Norma 019/2012: Diagnóstico e tratamento da pneumonia adquirida na comunidade em idade pediátrica.
https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS_019.2012.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). Norma 010/2013: programa nacional de saúde infantil e juvenil.
https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_010_2013-05.2013.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). Norma 029/2012, atualizada a 31/10/2013: Precauções básicas do controlo da infeção.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Programa nacional para as doenças respiratórias 2012-2016: Manual para a abordagem da sibilância e asma em idade pediátrica.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-para-abordagem-da-sibilancia-e-asma-em-idade-pediatica-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015). Relatório de avaliação do pedido de comparticipação do medicamento para uso humano: DCI - Fluticasona + Formoterol. https://www.infarmed.pt/documents/15786/1437513/Fluticasona_%252B_Formoterol_Flutiform_Antiasm%25E1ticos+e+Broncodilatadores_Parecer_Net.pdf/3d7ba5ec-aaf1-4e93-92ba-d9964227fc34

Direção-Geral da Saúde. (2017a). Orientação 010/2017: Ensino e avaliação da técnica inalatória na asma. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0102017-de-26072017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa de distribuição de alimentos: Considerações para a adequação nutricional da oferta alimentar. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2019/12/Programa-de-distribuicao-de-alimentos.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2018a). Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2018b). Norma 002/2018: Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2018c). Processo assistencial integrado da febre de curta duração em idade pediátrica: versão resumida para uso clínico.

Direção-Geral da Saúde. (2019). Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de orientação para profissionais e educadores (1ª ed.) <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>

Direção-Geral da Saúde. (2020). Plano nacional de vacinação 2020. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2021). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025. (Ministério da Saúde, Ed.) <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2021/10/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2022a). Plano Nacional de Saúde 2030. <https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2022b). Relatório - Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021. <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030040.pdf>

Donato, H., & Donato, M. (2024). Revisão das revisões (revisões umbrella): Guia passo a passo. *Acta Médica Portuguesa*, 37(7-8), pp. 547-555. <https://doi.org/10.20344/amp.21796>

Dones, R. O., Im, M., & Park, J. (2020). Pediatric nurses' perspectives on family-centered care in Sri Lanka: A mixed-methods study. *Child Health Nursing Research*, 26(1), pp. 72-81. <https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.72>

Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K., Snow, S., American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians Pediatric Emergency Medicine Committee, Emergency Nurses Association Pediatric Committee. (2015). Patient and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 135(1), pp. e255–e272. doi:10.1542/peds.2014-3424

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024). *E4Citizens*. <https://i-d.esenf.pt/e4citizens/>

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024). Conheça o projeto E4Nursing.pt. <https://i-d.esenf.pt/artigo-182/>

European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2022). Standards europeus de cuidados de saúde ao recém-nascido: Folheto informativo. https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2022/05/2022_05_18_ESCNH_Information-brochure_PT.pdf

Feliciano, J. A., & Delou, C. M. (2019). *Manual para observação dinâmica dos marcos do desenvolvimento em crianças de 0 a 3 anos*. Perse: Editora Universidade Federal Fluminense. <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/586844/2/EBook%20-%20Manual%20para%20observa%C3%A7%C3%A3o%20din%C3%A2mica%20dos%20Marcos%20do%20Desenvolvimento%20em%20crian%C3%A7as%20de%200%20a%203%20anos.pdf>

Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 40-55). Lidel.

Fernandes, A., Lomba, A., Monteiro, A., Couto, A., Ribas, A., Teixeira, C., Mota, D., Peres, D., Nunes, E., Miranda, I., Veloso, I., Farinha, J., Freitas, J., Matinez, J., Pinto, L., Nova, O., Ribeiro, P., Alves, P., Brois, P., Melo, R., Guedes, R. (2024). Boas práticas na seleção e utilização de luvas de exame nos cuidados de saúde: Link entre doente e profissional de saúde. <https://www.aeop.pt/ficheiros/Boas-Praticas-Luvas.pdf>

Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Apreciação em enfermagem da criança e do jovem. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 81-94). Lidel.

Ferreira, A. (2023). *Preparação de terapêutica farmacológica: Manual prático para enfermeiros*. Lidel.

Ferreira, C., & Guilherme, M. (2020). Sibilância recorrente em idade pré-escolar: Abordagem terapêutica. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 28(4), pp. 217-229. <http://doi.org/10.32932/rpia.2020.12.045>

Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domello, M., Embleton, N., Mis, N., Hojsak, I., Hulst, J., Indrio, F., Lapillonne, A., Molgaard, C. (2017). Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(1), pp. 119-132. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1097/MPG.0000000000001454>

Floriano, C., Pedreira, M., Avelar, A., & Peterlini, M. (2017). Sucesso na punção intravenosa periférica realizada em crianças em situação de emergência. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 17(1), pp. 21-29. doi:10.31508/1676-3793201700004

Fonseca, S., Silveira, A., Fransoi, M., & Motta, E. (2020). Cuidado centrado na família na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): experiências de enfermeiras. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(2), pp. 170-190. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.1908>

Fu, X., Lovell, A., Braakhuis, A., Mithen, R., & Wall, C. (2021). Type of milk feeding and introduction to complementary foods in relation to infant sleep: A systematic review. *Nutrients*, 13(11), pp. 1-23. <https://doi.org/10.3390/nu13114105>

Gerber, R., Wilks, T., & Erdie-Lalena, C. (2010). Developmental milestones: Motor development. *Pediatrics in Review*, 31(7), pp. 267-279. <https://doi.org/10.1542/pir.31-7-267>

Gerber, R., Wilks, T., & Erdie-Lalena, C. (2011). Developmental milestones 3: Social-emotional development. *Pediatrics in Review*, 32(12), pp. 533-537. <https://doi.org/10.1542/pir.32-12-533>

Gilbert, G. H. (2021). Chapter 24: Choking. Em D. Cone, J. Brice, T. Delbridge, & J. Myers. *Emergency medical services: Clinical practice and systems oversight, third edition* (Vol. 1: Clinical aspects of EMS, pp. 222-227). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781119756279.ch24>

Goh, P., Ser, T., Cooper, S., Cheng, L., & Liaw, S. (2020). Nursing teamwork in general ward settings: A mixed-methods exploratory study among enrolled and registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 9(19-20), pp. 3802-3811. <https://doi.org/10.1111/jocn.15410>

Gomes, B., Gomes, A., Lopes, J., Barbosa, H., Souto, D., Maciel, A., & Magalhães, D. (2020). Conhecimento da equipe de enfermagem sobre inserção, manutenção e complicações relacionados ao cateter venoso periférico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(8), p. e3408. <https://doi.org/10.25248/reas.e3408.2020>

- Gorski, L. (2017). The 2016 infusion therapy standards of practice. *Home Healthcare Now*, 35(1), pp. 10-18. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000481>
- Green, J., Simione, M., Révérend, B., Wilson, E., Richburg, B., Alder, M., Valle, M., Loret, C. (2017). Advancement in texture in early complementary feeding and the relevance to developmental outcomes. *Nestlé Nutrition Institute Workshop Series*, 87, pp. 29-38. <https://doi.org/10.1159/000448935>
- Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(5), pp. 17-34. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Alimentacao_Nutricao_Lactente.pdf
- Güngör, D., Nadaud, P., LaPergola, C., Dreibelbis, C., Wong, Y., Terry, N., Abrams, S., Beker, L., Jacobovits, T., Järvinen, K., Nommsen-Rivers, L., O'Brien, K., Oken, E., Pérez-Escamilla, R., Ziegler, E., Spahn, J. (2019). Infant milk-feeding practices and food allergies, allergic rhinitis, atopic dermatitis, and asthma throughout the life span: A systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(Suppl.7), pp. 772S-799S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy283>
- Guo, S., Wang, Y., Fries, L., Li, Y., Zhang, N., Zhang, H., Wei, H., Jiang, X., Shang, L. (2022). Infant and preschooler feeding behaviors in Chinese families: A systematic review. *Appetite*, 168(1), pp. 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105768>
- Gwinn, B. R., & Seidman, J. (2004). *The Ix evidence based: using information therapy cross the quality chasm*. Center for Information Therapy. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=c51b28acd4d90e4353c719fa506edcce4831ab39>
- Harrison, M., Brodribb, W., & Hepworth, J. (2017). A qualitative systematic review of maternal infant feeding practices in transitioning from milk feeds to family foods. *Maternal & Child Nutrition*, 13(e12360), pp. 1-12. <https://doi.org/10.1111/mcn.12360>
- Heller, R., & Mobley, A. (2019). Instruments assessing parental responsive feeding in children ages birth to 5 years: A systematic review. *Appetite*, 138, pp. 23-51. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.006>
- Hiscock, H., & Davey, M. J. (2018). Sleep disorders in infants and children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 54(9), pp. 941-944. <https://doi.org/10.1111/jpc.12033>
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11^o ed.). Elsevier.
- Højgaard, H., & Köhler, D. (2017). 3. Choking children - Should we be scared? *British Medical Journal Open*, 7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-EMSabstracts.3>
- Holzki, J., Brown, K., Carroll, R., & Coté, C. (2017). The anatomy of the pediatric airway: Has our

knowledge changed in 120 years? A review of historic and recent investigations of the anatomy of the pediatric larynx. *Pediatric Anesthesia*, 28, pp. 1-10. <https://doi.org/10.1111/pan.13281>

Huh, A., & Shin, J. H. (2021). Person-Centered Care Practice, Patient safety competence, and patient safety nursing activities of nurses working in geriatric hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), pp. 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105169>

Hurley, K., Cross, M., & Hughes, S. (2011). A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *The Journal of Nutrition*, 141(3), pp. 495-501. <https://doi.org/10.3945/jn.110.130047>

Infarmed. (2010). Ampicilina Labesfal - Folheto informativo: informação para o utilizador. <https://diluir.me/files/Ampicilina.pdf>

Infarmed. (2023). Ben-u-ron 40 mg/ml xarope - Folheto informativo: Informação para o utilizador. https://www.benefarmaceutica.pt/wp-content/uploads/2023/10/ben-u-ron-40mg-ml-xarope_FI.pdf

Instituto de Apoio à Criança. (2017). *Carta da criança hospitalizada* (5ª ed.). <https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/carta-crianca-hospitalizada-5-edicao.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024). *TAS - Emergências pediátricas*. <https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1716974304.pdf>

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas demográficas 2023*. <file:///E:/Utilizador/Downloads/ED2023.pdf>

Jackson, L., Pascalis, L., Harrold, J., & Fallon, V. (2021). Guilt, shame, and postpartum infant feeding outcomes: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 17(e13141), pp. 1-29. <https://doi.org/10.1111/mcn.13141>

Khan, S., Patterson, K., & Fidler, K. (2023). Service evaluation: identification of gaps in choking prevention advice for children in the South Coast of England, UK. *Family Medicine and Community Health*, 11(e001966), pp. 1-5. <https://doi.org/10.1136/fmch-2022-001966>

Kocherlakota, P. (2014). Neonatal abstinence syndrome. *Pediatrics*, 134(2), pp. e547-e562. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3524>

Kokorelias, K., Gignac, M., Naglie, G., & Cameron, J. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BioMed Central Health Services Research*, 19(564), pp. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>

Koplin, J., Kerr, J., Lodge, C., Garner, C., Dharmage, S., Wake, M., & Allen, K. (2019). Infant and young child feeding interventions targeting overweight and obesity: A narrative review. *Obesity Reviews*, 20(S1), pp. 31-44. <https://doi.org/10.1111/obr.12798>

Kotowski, J., Fowler, C., Hourigan, C., & Orr, F. (2020). Bottle-feeding an infant feeding modality: An integrative literature review. *Maternal & Child Nutrition*, 16(e12939), pp. 1-20. <https://doi.org/10.1111/mcn.12939>

Lassi, Z., Das, J., Zahid, G., Imdad, A., & Bhutta, Z. (2013). Impact of education and provision of complementary feeding on growth and morbidity in children less than 2 years of age in developing countries: A systematic review. *BioMed Central Public Health*, 13(Suppl 3), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S13>

Lee, Y., & Moon, M. (2016). Utilization and content evaluation of mobile applications for pregnancy, birth and child care. *Health Informatics Research*, 22(2), pp. 73-80. <http://dx.doi.org/10.4258/hir.2016.22.2.73>

Lerwick, J. (2016). Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5(2), pp. 143-150. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v5.i2.143>

Li, J., Talari, P., Kelly, A., Latham, B., Dotson, S., Manning, K., Thornsberry, L., Swartz, C., Williams, M. (2018). Interprofessional Teamwork Innovation Model (ITIM) to promote communication. *British Medical Journal Quality & Safety*, 27(9), pp. 700-709. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007369>

Lindsay, A., Le, Q., & Greaney, M. (2017). Infant feeding beliefs, attitudes, knowledge and practices of chinese immigrant mothers: An integrative review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1), pp. 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph15010021>

Locks, L., Newell, K., Imohe, A., Moloney, G., Shaker-Berbari, L., Paudyal, N., & Jefferds, M. (2023). The effect of interventions distributing home fortification products on infant and young child feeding (IYCF) practices: A systematic narrative review. *Maternal & Child Nutrition*, 19(3 e13488), pp. 1-14. <https://doi.org/10.1111/mcn.13488>

Maia, A., Fernandes, J., Leite, M., Santos, H., & Pereira, S. (2016). Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: estudo observacional. *Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar*, 32(4), pp. 248-56. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i4.11825>

Manikam, L., Robinson, A., Kuah, J., Vaidya, H., Alexander, E., Miller, G., Singh, K., Dawe, V., Ahmed, S., Lingam, R., Lakhanpaul, M. (2017). A systematic review of complementary feeding practices in South Asian infants and young children: the Bangladesh perspective. *BioMed Central Nutrition*, 3(56), pp. 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40795-017-0176-9>

Manikam, L., Lingam, R., Lever, I., Alexander, E., Amadi, C., Milner, Y., Shafi, T., Stephenson, L., Ahmed, S., Lakhanpaul, M. (2018a). Complementary feeding practices for south asian young children living in high-income countries: A systematic review. *Nutrients*, 10(11), pp. 1-22. <https://doi.org/10.3390/nu10111676>

Manikam, L., Prasad, A., Dharmaratnam, A., Moen, C., Robinson, A., Light, A., Ahmed, S., Lingam, R., Lakhanpaul, M. (2018b). Systematic review of infant and young child complementary feeding practices in South Asian families: the India perspective. *Public Health Nutrition*, 21(4), pp. 637-654. <https://doi.org/10.1017/S136898001700297X>

Manikam, L., Sharmila, A., Dharmaratnam, A., Alexander, E., Kuah, J., Prasad, A., Ahmed, S., Lingam, R., Lakhanpaul, M. (2018c). Systematic review of infant and young child complementary feeding practices in South Asian families: the Pakistan perspective. *Public Health Nutrition*, 21(4), pp. 655-668. <https://doi.org/10.1017/S1368980017002956>

Martino, M., Chiarugi, A., Boner, A., Montini, G., & Angelis, G. (2017). Working towards an appropriate use of ibuprofen in children. *Drugs*, 77, pp. 1295-1311. <https://doi.org/10.1007/s40265-017-0751-z>

Martorell, G., Papalia, D., & Feldman, R. (2019). *O mundo da criança, da infância à adolescência* (13ª ed.). McGraw Hill.

Matos, A., Mendes, M., Bispo, S., & Amendoeira, J. (2020). A influência da comunicação terapêutica em enfermagem na transição para o estatuto familiar-cuidador. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), pp. 31-41. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19876>

Matvienko-Sikar, K., Toomey, E., Delaney, L., Flannery, C., McHugh, S., McSharry, J., Byrne, M., Queally, M., Heary, C., Kearney, P. (2019). Behaviour change techniques and theory use in healthcare professional-delivered infant feeding interventions to prevent childhood obesity: A systematic review. *Health Psychology Review*, 13(3), pp. 277-294. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1605838>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, pp. 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Melo, D. S., & Frizzo, G. B. (2017). Depressão, ansiedade e suporte familiar para mães na primeira hospitalização dos filhos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), pp. 814-827. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180315>

Mettler, M., & Kemper, D. (2003). Information therapy: Health education one person at a time. *Health Promotion Practice*, 4(3), pp. 214-217. <https://doi.org/10.1177/1524839903004003004>

Mettler, M., & Kemper, D. W. (2005). Information therapy: the strategic role of prescribed information in disease self-management. *APLAR Journal of Rheumatology*, 8, pp. 69-76. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8077.2005.00132.x>

Michaelsen, K. (2015). 1.1 Child growth. Em B. Koletzko, *Pediatric nutrition in practice* (Vol. 113, pp. 1-5). World Review of Nutrition and Dietetics (ed.). <https://doi.org/10.1159/000360310>

Mindell, J. A., Leichman, E. S., Composto, J., Lee, C., Bhullar, B., & Walters, R. M. (2016). Development of infant and toddler sleep patterns: Real-world data from a mobile application. *Journal of Sleep Research, 25*(5), pp. 508-516. <https://doi.org/10.1111/jsr.12414>

Ministério da Saúde. (2023). *Rede de Referência Hospitalar Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia*.
<https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/02/Proposta-Rede-de-Referenciacao-Hospitalar-em-Obstetricia-Ginecologia-e-Neonatalogia.pdf>

Mitchell, F., Walker, T., Hill, K., & Browne, J. (2023). Factors influencing infant feeding for Aboriginal and Torres Strait Islander women and their families: A systematic review of qualitative evidence. *BioMed Central Public Health, 23*(1), pp. 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14709-1>

Monahan, L., Eaves, C., Watson, J., Friese, J., McKenna, L., & Estrada-Ibarra, E. (2024). Improving adolescent psychosocial assessment through standardized patient simulation: An interdisciplinary quality improvement initiative. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 21*(3), pp. 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030283>

Monge-Montero, C., Merwe, L., Tagliamonte, S., Agostoni, C., & Vitaglione, P. (2024). Why do mothers mix milk feed their infants? Results from a systematic review. *Nutrition Reviews, 82*(10), pp. 1355-1371. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuad134>

Monteiro, A., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 33-38). Lidel.

Moriarty, C., & Will, C. (2016). Paracetamol: Pharmacology, prescribing and controversies. *Archives of disease in childhood - Education and practice, 101*, pp. 331-334. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307287>

Nascimento-Carvalho, C. (2020). Community-acquired pneumonia among children: the latest evidence for an updated management. *Jornal de Pediatria, 96*(1), pp. 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.08.003>

Nelson, T., Caiola, C., & Tyndall, D. (2023). Integrative review of mental health and feeding styles in parents of bottle-fed infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 52*(1), pp. 21-35. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2022.11.001>

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em enfermagem - Teoria e prática*. Lidel.

Neves, F., Moraes, J., Morais, R., Souza, T., Ciuffo, L., & Oliveira, I. (2016). O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. *Escola Anna Nery, 20*(3), pp. 1-7. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160063>

Nguyen, P., Menon, P., Ruel, M., & Hajeerhoy, N. (2011). A situational review of infant and young child feeding practices and interventions in Viet Nam. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 20(3), pp. 359-374.

Nieri, T., Zimmer, A., Vaca, J., Tovar, A., & Cheney, A. (2022). A systematic review of research on non-maternal caregivers' feeding of children 0-3 years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21 14463), pp. 1-20. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114463>

Nunes, L. (2020). A ética no cuidado à criança, jovem e família. Em L. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 65-80). Lidel.

O'Grady, N., Alexander, M., Burns, L., Dellinger, P., Garland, J., Heard, S., Lipsett, P., Masur, H., Mermel, L., Pearson, M., Raad, I., Randolph, A., Rupp, M., Saint, S., & Committee, Healthcare Infection Control Practices Advisory. (2011). *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections, 2011. USA.* <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/intravascular-catheter-related-infection/index.html>

Onis, M., & Branca, f. (2016). Childhood stunting: A global perspective. *Maternal & Child Nutrition*, 12, pp. 12-26. <https://doi.org/10.1111/mcn.12231>

Ophoff, D., Slaats, M. A., Boudewyns, A., Glazemakers, I., Van Hoorenbeeck, K., & Verhulst, S. L. (2018). Sleep disorders during childhood: a practical review. *European Journal of Pediatrics*, 177(5), pp. 641-648. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3116-z>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Proposta da Ordem dos Enfermeiros: Modelo organizacional da unidade de cuidados na comunidade (UCC).* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/eventos/Documents/2008/2008_05_12_Proposta%20UCC.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - volume I.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Guia orientador de boa prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidatedepositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia profissional de enfermagem.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento n.º 351/2015: *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados*. Diário da República: 2.ª série, n.º 119 <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer n.º 6/2017: *Aplicação de calor em seroma provocado por infiltração de soroterapia em lactentes*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4806/parecer-n%C2%BA-6_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Regulamento n.º 422/2018 - *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Diário da República: 2ª série, n.º 133. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Parecer n.º 10/2018 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cálculo das dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9405/pparecerplusn%C2%BAplus10_2018_31082018_mceesip_dota%C3%A7%C3%B5esplusseguras_iniciativaplusdaplusmesa_alt_anonimiz.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2024). Parecer n.º 01/2024 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Administração de mistura equimolar de oxigénio e protóxido de azoto sem a presença de médico*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/37214/parecer-n%C2%BA-01_2024_ce-e-mceesip_administra%C3%A7%C3%A3o-mistura-equimolar-de-oxig%C3%A9nio-e-prot%C3%B3xido-de-azoto_anonimizado.pdf

Ordem dos Farmacêuticos. (2023). *O uso seguro do paracetamol*. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/o-uso-seguro-do-paracetamol/>

Paiva, C., Nunes, L., Bernardi, J., Moreira, P., Mariath, A., & Gomes, E. (2023). Choking, gagging and complementary feeding methods in the first year of life: A randomized clinical trial. *Jornal de Pediatria*, 96(6), pp. 574-581. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2023.05.011>

Panjwani, A., & Heidkamp, R. (2017). Complementary feeding interventions have a small but significant impact on linear and ponderal growth of children in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nutrition*, 147(11: 2169S), pp. 1-10. <https://doi.org/10.3945/jn.116.243857>

- Pantoja-Mendoza, I., Meléndez, G., Guevara-Cruz, M., & Serralde-Zúñiga, A. (2015). Review of complementary feeding practices in mexican children. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), pp. 552-558. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.7668>
- Park, S., Yun, J., & Cho, I. (2024). Research trends in nurse-parent partnership: A scoping review of the paediatric field in South Korea. *Nursing Open*, 11(e2248), pp. 1-22. <https://doi.org/10.1002/nop2.2248>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Oliveira, A. (2023). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. Capítulo 3 - Gestão das organizações de saúde. Em P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. Martins, M. Santos, & M. Souza, *Gestão nas Organizações de Saúde: Volume 2 - Pessoas, formação e desenvolvimento profissional* (Vol. 2, pp. 147-193). Ordem dos Enfermeiros; Associação de Apoio aos Cuidados de Saúde dos Pequenos; Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (Ed.).
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work methods for nursing care delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), pp. 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, A. Beth, Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., Rosen, C. L., Troester, M. M., Wise, M. (2016). Consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine on the recommended amount of sleep for healthy children: methodology and discussion. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(11), pp. 1549-1561. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6288>
- Penny, F., Judge, M., Brownell, E., & McGrath, J. (2018). Cup feeding as a supplemental, alternative feeding method for preterm breastfed infants: An integrative review. *Maternal and Child Health Journal*, 22(11), pp. 1568-1579. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2632-9>
- Pereira, R., Rosa, J., & Santiago, M. (2022). Precauções baseadas na transmissão - Para uma enfermagem promotora da segurança do doente. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(5), pp. 123-140. [doi.org/ 10.51891/rease.v8i5.5460](https://doi.org/10.51891/rease.v8i5.5460)
- Phiri, P., Chan, C., & Wong, C. (2020). The scope of family-centred care practices, and the facilitators and barriers to implementation of family-centred care for hospitalised children and their families in developing countries: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 55, pp. 10-28. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.05.018>
- Pieścik-Lech, M., Chmielewska, A., Shamir, R., & Szajewska, H. (2017). Systematic review: Early infant feeding and the risk of type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(3), pp. 454-459. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001293>
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(6), pp. 677-687. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>

Pinto-Sánchez, M., Verdu, E., Liu, E., Bercik, P., Green, P., Murray, J., Guandalini, S., Moayyedi, P. (2016). Gluten introduction to infant feeding and risk of celiac disease. *Journal of Pediatrics*, 168(e3), pp. 132-143. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.09.032>

Pírez, C., Peluffo, G., Giachetto, G., Menchaca, A., Pérez, W., & Machado, K. (2020). Oxigenoterapia. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 91(S1), pp. 26-28. <https://adp.sup.org.uy/index.php/adp/article/view/169/108>

Pondete, M., Barlianto, W., & Suryanto, S. (2022). Education for parents regarding choking prevention and handling on children: a scoping review. *International Journal of Public Health Science*, 1(2), pp. 672-679. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v11i2.21119>

Pontes, A. F., Barros, N. H., Rodrigues, N. A., Albuquerque, M. L., Cabral, M. G., Lucena, M. C., Júnior, L., Paixão, T. B., Araújo, S. L., Andrade, Â. R. (2022). The impact of hospitalization on the child and family. *Research, Society and Development*, 11(12). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34161>

Portaria nº82/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República 1ª série, nº71. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/04/07100/0236402366.pdf>

Qasem, W., Fenton, T., & Friel, J. (2015). Age of introduction of first complementary feeding for infants: A systematic review. *BioMed Central Pediatrics*, 15(107), pp. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0409-5>

Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Instrumentos de avaliação a utilizar em crianças jovens e família. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp.311-322). Lidel.

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República: II série - Parte E, n.º 184. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Resuscitation Council UK. (2024). *Paediatric emergency algorithms & resource - Version 3*. <https://www.resus.org.uk/sites/default/files/2024-07/RCUK%20Paediatric%20emergency%20algorithms%20and%20resources%20Jun%202024%20V3.pdf>

Révérend, B., Edelson, L., & Loret, C. (2014). Anatomical, functional, physiological and behavioural aspects of the development of mastication in early childhood. *British Journal of Nutrition*, 111, pp. 403-414. <https://doi.org/10.1017/S0007114513002699>

Reverri, E., Devitt, A., Kajzer, J., Baggs, G., & Borschel, M. (2018). Review of the clinical experiences of feeding infants formula containing the human milk oligosaccharide 2'-fucosyllactose. *Nutrients*, 10(10), pp. 1-11. <https://doi.org/10.3390/nu10101346>

Rocha, C., Ferraz, C., & Vaz, M. L. (2014). Pneumonia simples. Em A. Afonso, *Algoritmos de*

decisão em pediatria (pp. 58-59). Lidel.

Rodríguez, J., Reyes, M., & Jorquera, R. (2017). Oxigenoterapia en pediatria. *Revista Pediatría Electrónica*, 14(1), pp. 13-25. <https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2017/vol14num1/pdf/OXIGENOTERAPIA.pdf>

Rosenberg, R., Rosenfeld, P., Silber, B., Deng, S., & Sullivan-Bolyai, S. (2016). Parents' perspectives on "keeping their children safe" in the hospital. *Journal of Nursing Care Quality*, pp. 1-9. <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000193>

Sampaio, I., Constant, C., Fernandes, R., Bandeira, T., & Trindade, J. (2010). Fenotipos de sibilância em idade pré-escolar: Factores de risco para persistência, orientações para o diagnóstico e utilidade clínica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, pp. 222-229. [https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/24/20110303110853_Art_Actualizacao_Sampaio_I_41\(5\).pdf](https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/24/20110303110853_Art_Actualizacao_Sampaio_I_41(5).pdf)

Santos, L., Conceição, T., Silva, C., Tavares, S., Rocha, P., & Avelar, A. (2022). Cuidados relacionados ao cateterismo intravenoso periférico em pediatria realizados por técnicos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2), pp. 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0611>

Santos, M., Dias, P., & Gonzaga, M. (2017). Processo de enfermagem: Sistematização da assistência em enfermagem - SAE. *Revista Saúde em Foco*, pp. 679-683.

Santos, M., Lopes, N., & Sousa, P. (2016). OC40 - Family participation in caring for hospitalized children - nurses' perspectives. *Nursing Children and Young People*, 28(4), p. 82. <https://doi.org/10.7748/ncyp.28.4.82.s71>

Santos, S., Santos, E., & Lacerda, A. (2018). Dor Crónica em Pediatria: Orientações Para os Profissionais de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 49, pp. 167-177. <https://doi.org/10.21069/APP.2018.13014>

Sarkar, P., Rifat, M., Bakshi, P., Talukdar, I., Pechtl, S., Battle, T., & Saha, S. (2023). How is parental education associated with infant and young child feeding in Bangladesh? A systematic literature review. *BioMed Central Public Health*, 23(510), pp. 1-46. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15173-1>

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), pp. 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Serrano, P. (2018). *O desenvolvimento da autonomia dos 0 aos 3 anos*. Editora Papa Letras.

Siegel, J., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & Committee, H. I. (2017). *Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings; last update, october 2017*. USA: Centers for Disease Control and Prevention.

<https://www.cdc.gov anthrax/pdf/infection-control-guidelines-for-healthcare-setting-2007.pdf>

Silva, G. (2020). A criança do 1 aos 3 anos. Em A. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 147-158). Lidel.

Silva, P., Lyrio, A., Cruz, S., Santos, L., & Gubert, M. (2021). Indexes to assess feeding practices of children under 2 years old: A systematic review. *Public Health Nutrition*, 24(8), pp. 2033-2049. <https://doi.org/10.1017/S1368980021000410>

Silva, Y., Gomez, R., Máximo, T., & Silva, A. (2007). Sedação e analgesia em neonatologia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(5), pp. 575-587. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942007000500013>

Sirkka, O., Abrahamse-Berkeveld, M., & Beek, E. (2022). Complementary feeding practices among young children in China, India, and Indonesia: A narrative review. *Current Developments in Nutrition*, 6(6), pp. 1-9. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzac092>

Skelleth, S., Maconochie, I., Bingham, B., Worrall, M., Scholefield, B., Johnson, M., Page, M., Andre, L., Wyllie, J., Lockey, A., Hampshire, S. (2024). *Paediatric advanced life support Guidelines*. Resuscitation Council UK. <file:///E:/Utilizador/Downloads/Paediatric%20advanced%20life%20support%20Guidelines.pdf>

Smith, A., & Norris, B. (2003). Reducing the risk of choking hazards: mouthing behaviour of children aged 1 month to 5 years. *Injury Control and Safety Promotion*, 10, pp. 145-154. <https://doi.org/10.1076/icsp.10.3.145.14562>

Smith, G., & McGuinness, T. (2017). Adolescent psychosocial assessment: The HEEADSSS. *Journal of Psychosocial Nursing*, 55(5), pp. 24-27. <https://doi.org/10.3928/02793695-20170420-03>

Smith, W. (2018). Concept analysis of Family-Centered Care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, pp. 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Consenso clínico: RN de mãe toxicodependente*. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-RN_de_mae_toxicodependente.pdf

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2006). Analgesia e sedação no recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 37(4), pp. 168-173. https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/38/20121227103132_consensos_recomendacoes_SPP_168.pdf

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2007). Pneumonia adquirida na comunidade - Orientações para actuação. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(2), pp. 90-92. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_SPP/Pneumonia_Adquirida_Comunidade.pdf

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). *Recomendações sps-spp: Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf

Sonika, R., Sharma, V., & Singh, A. (2015). Information therapy: Bridging the information gap between doctors and patients. *South East Asia Journal of Public Health*, 4(2), pp. 47-50. <https://doi.org/10.3329/SEAJPH.V4I2.23695>

Sousa, P. C. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13972>

Sousa, P. C., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: Modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15(1), pp. 4-17. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>

Spill, M., Callahan, E., Shapiro, M., Spahn, J., Wong, Y., Benjamin-Neelon, S., Birch, L., Black, M., Cook, J., Faith, M., Mennella, J., Casavale, K. (2019). Caregiver feeding practices and child weight outcomes: A systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 9(Suppl 7), pp. 990S-1002S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy276>

Sunguya, B., Poudel, K., Mlunde, L., Shakya, P., Urassa, D., Jimba, M., & Yasuoka, J. (2013). Effectiveness of nutrition training of health workers toward improving caregivers' feeding practices for children aged six months to two years: A systematic review. *Nutrition Journal*, 12(66), pp. 1-14. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-12-66>

Szajewska, H., & Chmielewska, A. (2013). Growth of infants fed formula supplemented with Bifidobacterium lactis Bb12 or Lactobacillus GG: A systematic review of randomized controlled trials. *BioMed Central Pediatrics*, 13(185), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-185>

Tacsi, Y., & Vendruscolo, D. (2004). A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(3), pp. 477-484. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300005>

Tauriello, S., Moding, K., Aronoff, N., Kubinieć, E., & Anzman-Frasca, S. (2023). Examining links between child temperament and feeding, eating, and weight outcomes: An updated systematic review of the literature. *Eating behaviors*, 49, pp. 1-26. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101739>

Tavares, P. (2020). No contexto do internamento. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 95-103). Lidel.

Teixeira, P., Almeida, P., Vieira, R., Oliveira, L., Pinto, J., Mesquita, L., Mesquita, P., Mendes, Y.,

- Silva, A. (2021). Cateterismo venoso periférico: a qualidade dos cuidados de enfermagem na inserção do cateter venoso periférico. *Global Academic Nursing Journal*, 2(3), pp. 1-8. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200180>
- Temesgen, H., Negesse, A., Woyraw, W., & Mekonnen, N. (2018). Dietary diversity feeding practice and its associated factors among children age 6–23 months in Ethiopia from 2011 up to 2018: A systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 44(109), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13052-018-0567-9>
- Thabrew, H., Corter, A., Goodyear-Smith, F., & Goldfinch, M. (2019). Comparison of YouthCHAT, an electronic composite psychosocial screener, with a clinician interview assessment for young people: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(12 e13911), pp. 1-8. <https://doi.org/10.2196/13911>
- Tomada, I., Ferreira, R. M., & Rêgo, C. (2015). Diminuição do apetite de causa não orgânica na primeira infância. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 1, pp. 10-14. <https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2016/05/n01a03.pdf>
- Topjian, A., Raymond, T., Atkins, D., Chan, M., Duff, J., Joyner, B., Lasa, J., Lavonas, E., Levy, A., Mahgoub, M., Meckler, G., Roberts, K., Sutton, R., Schexnayder, S. (2020). Part 4 - Pediatric basic and advanced life support: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 142(12), pp. S469-S523. doi:10.1161/CIR.0000000000000901
- Vaz, F., & Trigo, R. (2020). A criança e o jovem em contexto de urgência. Em A. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 293-310). Lidel.
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), pp. 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Faria, A., Barros, S., Melo, R., Forte, E., Ribeiro, O. (2023). Escala de avaliação dos métodos de trabalho dos enfermeiros: um estudo de validação de conteúdo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(2), pp. 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0396pt>
- Vilaça, S., & Ramos, M. (2020). O recém-nascido. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 105-115). Lidel.
- Vilar-Compte, M., Pérez-Escamilla, R., Orta-Aleman, D., Cruz-Villalba, V., Segura-Pérez, S., Nyhan, K., & Richter, L. (2022). Impact of baby behaviour on caregiver's infant feeding decisions during the first 6 months of life: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 18(S3:e13345), pp. 1-11. <https://doi.org/10.1111/mcn.13345>
- Wallingford, J., & Barber, C. (2019). A review of studies on the growth of infants fed infant

formula. *Current Developments in Nutrition*, 3(9), pp. 1-13. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzz095>

Wani, T., Bissonnette, B., Engelhardt, T., Buchh, B., Arnous, H., AlGhamdi, F., & Tobias, J. (2019). The pediatric airway: Historical concepts, new findings, and what matters. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 121, pp. 29-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.02.041>

Wojnar, A., & Sztefko, K. (2023). Family-centred care in a paediatric hospital as seen from the perspective of a nurse and a parent. *Nursing Problems*, 31(3), pp. 107-114. <https://doi.org/10.5114/ppiel.2023.133334>

World Health Organization. (2020a). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep: For children under 5 years of age*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311664/9786500208764-por.pdf?sequence=61&isAllowed=y>

World Health Organization. (2020b). *Baby-friendly hospital initiative training course for maternity staff: Participant's manual*. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF) (Ed.). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333675/9789240008953-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization. (2023). *WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>

Wright, K., Craske, J., Gill, A., Jenson, J., & Arnold, P. (2023). 14 - A comparison of age-banded and weight-based oral paracetamol dosing in hospitalised children. *Archives of Disease in Childhood*, 108(e10), pp. 5-14. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-ESDPPP.14>

Zhang, Z., Wang, Y., Li, Y., Lin, X., Hong, Z., Huang, J., Zhang, X., Yang, Y., Su, Y. (2023). Effects of Sn-2-palmitate-enriched formula feeding on infants' growth, stool characteristics, stool fatty acid soap contents and bone mineral content: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 63(30), pp. 10256-10266. <https://doi.org/10.1080/10408398.2022.2079606>

Ziesenitz, V., Zutter, A., Erb, T., & Anker, J. (2017). Efficacy and safety of ibuprofen in infants aged between 3 and 6 months. *Pediatric Drugs*, 19, pp. 277-290. <https://doi.org/10.1007/s40272-017-0235-3>

9. ANEXOS

Anexo I

Declaração

Declara-se para os devidos efeitos que Flávia Raquel Silva Caseira, cartão de cidadão nº 14183797, colaborou na UC Papel dos Profissionais de Saúde na Gestão e Intervenção em Nutrição Pediátrica do Mestrado de Nutrição Pediátrica, apresentando o tema “Ingestão nutricional em crianças não amamentadas” no dia 07 de dezembro de 2024, num total de 2 horas.

Porto, 13 de abril de 2025

A Regente da Unidade Curricular

Prof.^a Doutora Paula Sousa
Professora Coordenadora