



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde  
Infantil e Pediatria  
Relatório de Estágio**

**Promoção das competências alimentares do recém-  
nascido: intervenções centradas no  
neurodesenvolvimento**

**Inês Alexandra Martins Quental**

---

**Lisboa  
2022**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde  
Infantil e Pediatria  
Relatório de Estágio**

**Promoção das competências alimentares do recém-  
nascido: intervenções centradas no  
neurodesenvolvimento**

**Inês Alexandra Martins Quental**

---

Orientadora: Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão  
Coorientadora: Professora Tânia Alexandra de Almeida Martins de  
Almeida e Silva

---

**Lisboa  
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

**"Sabemos muito mais do que julgamos,  
podemos muito mais do que imaginamos" - José Saramago (1998)**

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, à minha família pelo apoio constante e incondicional, pela ajuda e tolerância para com as minhas ausências.

Às professoras Maria Teresa Magão e Tânia Almeida pela partilha do seu conhecimento, disponibilidade, paciência, apoio e motivação constantes ao longo da jornada, não esquecendo as professoras Alice Curado e Ana Lúcia Brantes pelo apoio no início deste projeto.

A todos os enfermeiros que fizeram parte desta caminhada pela orientação e partilha do seu conhecimento.

Às minhas colegas de trabalho pela compreensão e ajuda nos momentos mais trabalhosos. Em especial à Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Chefe Graça Roldão pelo apoio e exemplo de resiliência e superação.

Aos meus amigos que me acompanharam nesta viagem, por não me deixarem desistir e pela presença constante nos momentos mais difíceis. Pela nova amizade criada durante o mestrado, à Rita Gordo por me acompanhar nesta caminhada e me fazer acreditar no (im)possível.

Por último, às famílias com quem tive o privilégio de me cruzar e de cuidar.



## **LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS**

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDI – Consulta de Desenvolvimento Infantil

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EFS-VM - *Early Feeding Skills* – Versão Modificada

IG - Idade Gestacional

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCEESIP-OE – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde  
Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-termo

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

SNN – Sucção Não Nutritiva

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

A evolução científica e tecnológica na área de enfermagem, tem ganho um destaque no cuidado ao recém-nascido, sendo que nas unidades de cuidados intensivos neonatais se tem assistido a uma mudança de cultura na promoção de cuidados holísticos e de intervenções neuroprotetoras. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos os recém-nascidos pré-termo mantêm-se vulneráveis às consequências da prematuridade, nomeadamente no que diz respeito à otimização da nutrição.

Um dos desafios dos enfermeiros é potenciar o desenvolvimento de competências do RN na transição para a alimentação oral, de forma segura e eficaz, promovendo a autonomia alimentar.

O presente Relatório de Estágio pretende evidenciar o desenvolvimento e aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica durante o percurso de formação, sob a temática escolhida: promoção das competências alimentares no recém-nascido.

O processo formativo foi suportado numa metodologia crítica e reflexiva, baseada na evidência científica e no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, enquanto referencial teórico de enfermagem, nos Cuidados Centrados na Família e nos Cuidados Não Traumáticos enquanto pilares de enfermagem pediátrica e ainda no modelo dos Cuidados para o Desenvolvimento, baseados na Teoria Sinativa de Desenvolvimento de Als.

Das atividades desenvolvidas destacam-se a realização de duas sessões de formação sobre as competências alimentares do recém-nascido e a apresentação a escala de avaliação das competências oromotoras através da escala *Early Feeding Skills Versão Modificada*.

**Palavras-chave:** Recém-Nascido; Enfermagem pediátrica; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; Comportamento alimentar

## **ABSTRACT**

The scientific and technological development in nursing has gained prominence in newborn care and neonatal intensive care units have witnessed a change of culture in the promotion of holistic care and neuroprotective interventions. Despite scientific and technological advances, preterm newborns remain vulnerable to the consequences of prematurity, particularly regarding the optimisation of nutrition.

One of the main challenges nurses face is to promote the development of the newborn's skills in the transition to oral feeding, by safely and effectively promoting feeding autonomy.

This Report aims to highlight the development and acquisition of skills as Specialist Nurse in Child Health and Paediatric Nursing, during the reflective practice, under the main problematic: promotion of feeding skills in newborns.

This learning process is based on a critical and reflective methodology, supported by scientific evidence and Betty Neuman's Systems Model, as a nursing theoretical framework.

It is also sustained by Family Centred Care and Non-Trauma Care, as pillars of paediatric nursing, and backed by Developmental Care Model, based on Als's Synactive Theory of development.

Among the activities developed, two training sessions stand out regarding the feeding skills of the newborn and the presentation of oromotor skills, using the Early Feeding Skills Modified Version assessment scale.

**Key-words:** Infant, newborn; Pediatric nursing; Neonatal Intensive Care Units; Feeding Behavior

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CIENTÍFICO</b> .....	<b>14</b>
1.1. Referenciais teóricos de Enfermagem.....	14
1.2. Cuidados para o Neurodesenvolvimento do Recém-Nascido .....	18
1.3. Intervenções de Enfermagem para a Promoção das Competências Alimentares do Recém-Nascido .....	22
<b>2. PROBLEMÁTICA</b> .....	<b>28</b>
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>30</b>
<b>4. PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b> .....	<b>33</b>
4.1. Serviço de Internamento de Pediatria.....	33
4.2. Serviço de Urgência Pediátrica .....	38
4.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais .....	41
4.4. Unidade de Saúde Familiar .....	46
4.5. Consulta de Desenvolvimento Infantil.....	52
<b>5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</b> .....	<b>56</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS</b> .....	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>64</b>

## **ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXOS**

### **ÍNDICE DE APÊNDICES**

Apêndice I – Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

Apêndice II - Cronograma de Estágio

Apêndice III – Guia orientador das atividades de estágio

Apêndice IV – Estudo de caso: Internamento de pediatria

Apêndice V- Jornal de Aprendizagem: Serviço de Urgência Pediátrica

Apêndice VI - Plano da Sessão de Formação no Serviço de Urgência Pediátrica: “Alimentação no recém-nascido – *Early Feeding Skills Versão Modificada (EFS-VM)*”

Apêndice VII – Entrevista a Enfermeira Perita da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Apêndice VIII - Plano da Sessão de Formação na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: “Escala de Observação das Competências Precoces na Alimentação Oral - *Early Feeding Skills Versão Modificada (EFS-VM)*”

Apêndice IX – Folheto informativo: “Extração e conservação do leite materno”

Apêndice X – Jornal de Aprendizagem: Consulta de Desenvolvimento Infantil

Apêndice XI – Folheto informativo: “Estratégias para o desenvolvimento das competências oromotoras”

### **ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo I – Certificado de presença FINE 1 – *Foundation Toolkit for Family Centred Developmental Care*

Anexo II - Certificado de presença na Reunião Científica “Pensar em Neonatologia: da Complexidade à Essência dos Cuidados” sob o tema “Qualidade de cuidados: importância da comunicação”

Anexo III - Certificado de presença no 1º Seminário de Investigação do Projeto NIDCare, subordinado ao tema “A Prática Baseada em Evidência: Cuidados Paliativos Neonatais”

Anexo IV - Certificado de presença no 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente, subordinado ao tema “Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar”

Anexo V - Certificado de presença nas XXVII Jornadas de Pediatria no CHULN

Anexo VI – Certificado de preletora no Seminário “Instrumentos de Suporte ao Desenvolvimento Infantil” com o tema “Escala de Avaliação das Competências Oromotoras no Recém-Nascido”

Anexo VII – Certificado de formadora no Curso “Procedimentos Neonatais”

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, integrada no 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (SIP). Pretende-se expor e analisar o percurso de aprendizagem realizado que visou o desenvolvimento de competências para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista (EE) pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e do Grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de SIP, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e intitula-se **“Promoção das competências alimentares do recém-nascido: intervenções centradas no neurodesenvolvimento”**.

As necessidades formativas iniciais e a escolha da temática permitiram conceber um Projeto de Estágio, no âmbito da UC Opção II do referido Curso de Mestrado, no qual foram definidos objetivos, atividades e recursos para desenvolver e demonstrar competências na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido (RN), criança, jovem e família. Da implementação do referido projeto, experiências vivenciadas nos diferentes locais de estágio e conseqüente reflexão crítica resulta o presente relatório, onde se pretende evidenciar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns de EE, e específicas em enfermagem de SIP, assim como de Mestre.

O Estágio teve lugar entre 11 de outubro de 2021 e 25 de fevereiro de 2022, em contextos que contribuiriam para o desenvolvimento das competências referidas, nomeadamente, numa Unidade de Saúde Familiar (USF), numa Consulta de Desenvolvimento Infantil (CDI), num Serviço de Internamento de Pediatria, num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e em duas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de nível 3.

Segundo a OE, todos os EE partilham um conjunto de domínios, definidos como competências comuns, nomeadamente competências na responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019) e, em particular, o Enfermeiro Especialista na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), presta cuidados “específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, p.19192). O

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da OE (2015b), acrescenta que o EEESIP presta cuidados de nível avançado à criança/jovem saudável ou doente, com segurança e competência, proporcionando educação para a saúde e ajudando a família a mobilizar recursos.

A escolha do tema do Projeto resultou da identificação de uma necessidade pessoal relacionada com a prestação de cuidados no meu contexto de trabalho, em particular a dificuldade sentida na prestação de cuidados ao recém-nascido pré-termo (RNPT) ou ao RN com dificuldades na alimentação, e que necessita adquirir competências alimentares para obter autonomia alimentar e da inexistência de protocolos ou normas para a introdução alimentar. A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e a aquisição de novos conhecimentos motivaram a elaboração do Projeto referido.

Assim, a promoção da alimentação no RN é o meu principal foco de atenção ao longo do meu percurso formativo. Para além disso, pretendo em todos os contextos de estágio desenvolver aprendizagens que permitam a aquisição de competências comuns e específicas de EEESIP para a prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, ao longo do seu estágio de desenvolvimento em diferentes situações de saúde e doença.

De acordo com as necessidades de aprendizagem identificadas no autodiagnóstico (Apêndice I), foram definidos os seguintes objetivos gerais para este percurso de formação:

- 1. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP, para a prestação de cuidados à criança, jovem e família, em situação de saúde e/ou doença, nos diferentes contextos de saúde e de acordo com o seu estágio de desenvolvimento;**
- 2. Desenvolver processos de cuidados facilitadores da promoção das competências alimentares da criança e adolescente, especificamente do recém-nascido, nas diferentes etapas de desenvolvimento e nos vários contextos de cuidados de saúde.**

Em todo o percurso formativo os pilares de enfermagem pediátrica, que envolvem uma prestação de cuidados não traumáticos, em parceria e Centrados na Família, são orientadores das experiências nos diferentes contextos de estágio. Segundo a OE (2018), o EEESIP aplica na sua prática “um modelo conceptual



centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. Trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre” (OE, 2018, p. 19192).

Como referencial teórico de Enfermagem elegi Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Este modelo contempla a criança e sua família como um sistema aberto e dinâmico que está sujeito a diferentes stressores, sendo que os cuidados de enfermagem são fundamentais para que o sistema criança-família consiga obter e/ou manter a estabilidade do seu sistema e alcançar o estado máximo de bem-estar (Neuman & Fawcett, 2011).

O presente relatório divide-se nas seguintes secções: enquadramento teórico e científico, descrição e análise das atividades desenvolvidas em contexto de estágio e a aquisição de competências de EEESIP, considerações finais e projetos futuros, seguindo-se os apêndices e anexos que complementam os documentos referenciados ao longo do Relatório e que ilustram as atividades realizadas e serviram de apoio à construção do mesmo. A elaboração deste relatório respeita as normas da *American Psychological Association* (APA – 7ª edição), no que diz respeito à referenciação bibliográfica e organização estrutural.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CIENTÍFICO

A utilização de referenciais teóricos, com o intuito de orientar a prática, é indispensável para facilitar a compreensão e a atribuição de significado às intervenções e aos cuidados prestados. Neste capítulo apresentam-se os referenciais teóricos de Enfermagem que sustentam o percurso formativo. Posteriormente, serão ainda abordados os cuidados para o neurodesenvolvimento do RN e as intervenções promotoras das competências alimentares.

## 1.1. Referenciais teóricos de Enfermagem

A primeira referência à enfermagem enquanto profissão surge com Florence Nightingale em meados do século XIX. Posteriormente foram desenvolvidos metaparadigmas, filosofias, modelos conceptuais, grandes teorias, teorias e teorias de médio alcance, fundamentais para o desenvolvimento e prática de enfermagem (Alligood, 2018).

Os modelos conceptuais e teóricos, quando apropriados pelos enfermeiros, proporcionam uma estrutura de pensamento que lhes permite compreender as suas intervenções, sendo por isso capazes de as fundamentar e explicar aos outros. A teoria em enfermagem orienta a prática de ensino, de formação e a investigação dentro da profissão, conduzindo à autonomia profissional (Alligood, 2018).

Os referenciais teóricos escolhidos para fundamentar o percurso de aprendizagem e orientar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP foram os Cuidados Centrados na Família (CCF), os Cuidados Não Traumáticos, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e os Cuidados para o Desenvolvimento, baseados na Teoria Sinativa de Desenvolvimento de Als.

Um dos principais pilares da enfermagem pediátrica é a filosofia dos CCF, na qual a família é reconhecida como parte integrante e uma constante na vida da criança. O enfermeiro que atua com base nos CCF, envolve e acompanha o binómio criança-família de forma constante na prestação de cuidados, estando consciente de que a sua intervenção assenta nos conceitos fundamentais da capacitação e *empowerment* dos mesmos (Hockenberry & Barrera, 2014). A OE complementa esta ideia, referindo que a criança depende dos cuidados da família, e que esta é responsável por a auxiliar a suprir as suas necessidades com vista ao crescimento e desenvolvimento saudável, pelo que, o EEESIP deve basear a sua prática num modelo conceptual centrado na criança e família, considerando esse binómio como alvo e beneficiário dos seus cuidados (OE, 2018). Podemos concluir que os CCF são

uma forma de cuidar das crianças e dos seus familiares ou pessoas significativas, garantindo a inclusão de todos na elaboração e implementação do plano de cuidados (Hockenberry & Barrera, 2014, Jolley & Shields, 2009).

Esta filosofia de cuidados assenta em quatro pilares: o Respeito e a Dignidade, onde os enfermeiros respeitam os conhecimentos, crenças, valores e cultura do seu alvo de cuidados; a Partilha de informação clara e concreta; a Participação nos cuidados e na tomada de decisão; e a Colaboração na prestação de cuidados em todo o seu processo (Conway et al, 2006; Cruz & Angelo, 2011).

Anne Casey desenvolveu, em 1988, o Modelo de Parceria de Cuidados, onde os pais são assumidos como parceiros no cuidar e considerados os melhores cuidadores dos seus filhos, devendo participar ativamente na prestação de cuidados, reforçando a sua relação e contribuindo para um ambiente promotor do seu bem-estar e desenvolvimento (Casey, 1995). Os ganhos em saúde são claros para a família, uma vez que se verifica redução do nível de ansiedade dos pais e promoção da capacitação para as suas competências parentais (*empowerment*), com a transição para a parentalidade a realizar-se de forma mais eficiente (Casey, 1995).

Os cuidados não traumáticos integram os CCF, pressupondo intervenções de enfermagem que eliminem ou diminuam a dor e o desconforto físico e psicológico vivenciado pela criança e família. Os principais objetivos passam assim pela prevenção ou minimização da separação entre a família, promoção de uma sensação de controlo, e prevenção ou minimização da lesão corporal e da dor (Hockenberry & Barrera, 2014).

O Instituto de Apoio à Criança (IAC), através da Carta da Criança Hospitalizada (1988), salienta os direitos das crianças durante a hospitalização, com o intuito de alcançar a humanização nos cuidados e diminuir o impacto negativo da hospitalização. Saliento o artigo 2º desta Carta que refere o direito da criança em permanecer acompanhada pelos seus pais ou pessoas significativas durante o internamento, a qualquer hora do dia, independentemente da sua idade ou estado clínico, e o artigo 4º, relacionado com a dor e desconforto implícitos a determinado procedimento ou acontecimento que devem ser evitados e reduzidos ao mínimo possível (IAC, 1998).

O principal objetivo da enfermagem pediátrica visa assistir a criança e família de modo a obter e/ou manter a estabilidade do seu sistema, de forma a alcançar o estado máximo de bem-estar, pelo que para que isso possa suceder, é necessário reduzir os fatores de stress através de intervenções intencionais. O Modelo de Sistemas de Betty

Neuman (figura 1) permite cuidar de forma integral e sistematizada, com o objetivo de centrar as respostas da criança e família nos stressores a que estão sujeitos, procurando evitar ou minimizar essas variáveis que afetam as reações do sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

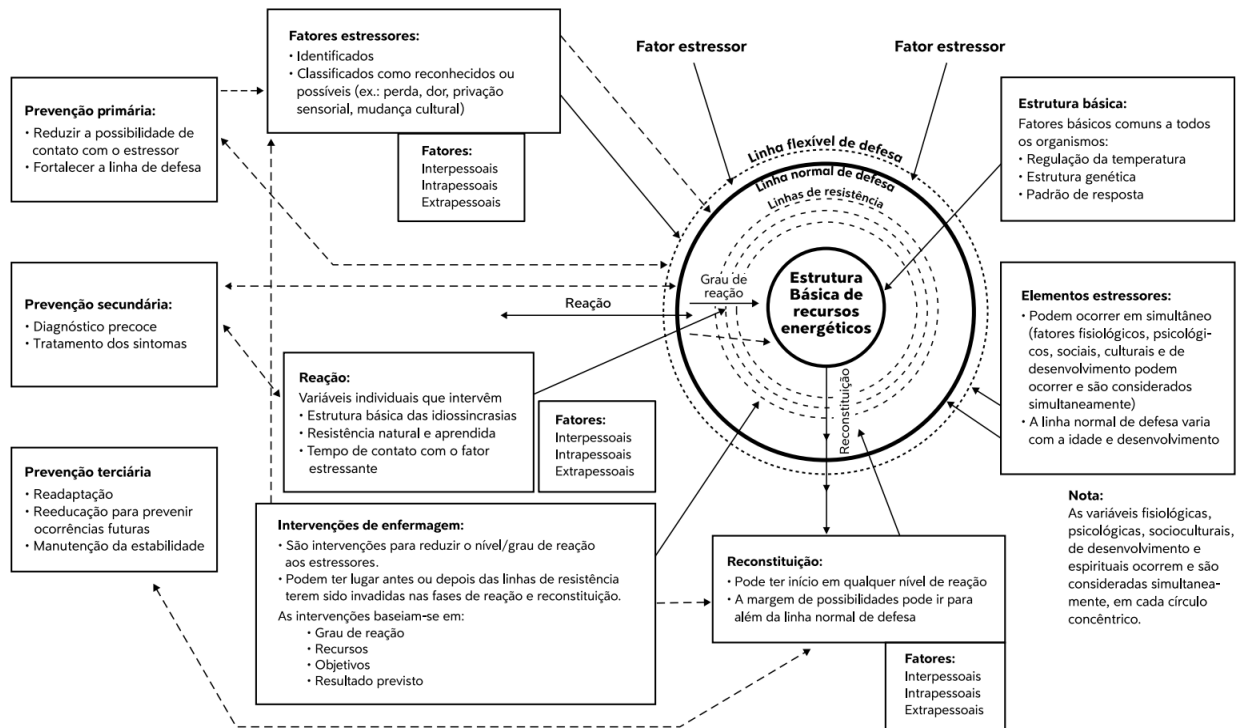


Figura 1 – Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Traduzido de: Freese, 2004)

Ao utilizar este modelo promove-se uma abordagem holística do cliente impedindo a fragmentação dos cuidados. Foi este o motivo que me levou a selecionar este modelo para orientar o Estágio.

Neste modelo cada indivíduo é considerado um sistema aberto e dinâmico em constante interação com o ambiente, constituído por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento, apresentando uma estrutura básica, com características individuais, encontrando-se protegido por linhas de resistência, de defesa normal e de defesa flexível. A linha de defesa normal rodeia o indivíduo e representa a estabilidade do sistema, incluindo variáveis e comportamentos do mesmo. A linha de defesa flexível rodeia e protege a linha de defesa normal e pode ser rapidamente alterada num curto espaço de tempo. A linha de resistência refere-se a uma série de anéis quebrados que rodeiam a estrutura nuclear básica, constituída pelos mecanismos de coping que ajudam o cliente a enfrentar um stressor (Freese, 2004).

Betty Neuman integra os conceitos de saúde, pessoa, enfermagem e ambiente no seu modelo. A saúde é vista como um bem-estar contínuo e dinâmico, no qual existem períodos de desequilíbrio. O ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa, onde os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são descritos como forças ambientais que interagem e alteram potencialmente a estabilidade do sistema. Neuman considera a enfermagem uma profissão única na medida em que esta se encontra relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao stress (Freese, 2004; Neuman & Fawcett, 2011).

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman assenta numa visão sistémica, situando o cliente numa perspetiva alargada em interação com suprassistemas. Ou seja, as trocas com o ambiente são recíprocas, sendo que tanto o cliente como o ambiente podem ser afetados positiva ou negativamente um pelo outro. Este modelo baseia-se em dois principais elementos: o stress e a reação ao stress (Freese, 2004; Neuman & Fawcett, 2011). Neuman define o stress como a resposta não-específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito. Já os stressores são estímulos, produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema do cliente e que resultam em stress, podendo ser positivos ou negativos. Como EE é importante compreender quais os tipos de stressores que podem influenciar a criança/família, sendo eles de três tipos: intrapessoal, como as respostas imunitárias ou comportamentos nocivos; interpessoal relacionado com os padrões de relação familiar ou com os pares; e extrapessoal relacionados com a cultura, meio socioeconómico ou comunidade (Freese, 2004).

A forma como o indivíduo reage aos stressores depende da relação que se estabelece entre as variáveis – fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, que determinam a natureza e o grau de reação ao stressor. Segundo Neuman, a maior preocupação do enfermeiro é manter a estabilidade do sistema através da avaliação dos efeitos de stressores ambientais e assistir o cliente de forma a atingir o máximo de bem-estar possível (Neuman & Fawcett, 2011).

Assim, os cuidados de enfermagem são vistos como intervenções intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema criando vínculos com o cliente, o ambiente, a saúde e a enfermagem. Estas intervenções dividem-se em três níveis de prevenção: primária, dirigida a obter o bem-estar (da criança e família) que se baseia na prevenção; secundária referente à deteção precoce de stressores e permite diminuir a consequência do contato com estes, com

o intuito de atingir o bem-estar; e terciária destinadas à promoção e manutenção do bem-estar, através da reconstituição do sistema, prevenindo novas reações aos stressores (Neuman & Fawcett, 2011).

A aplicabilidade deste modelo na UCIN parece-nos evidente a partir da altura em que o equilíbrio do sistema (RN e família) é interrompido pela hospitalização e doença. Neuman & Fawcett (2011), referem que a enfermagem é a única profissão que identifica os stressores ambientais em todas as suas dimensões, intrapessoal, extrapessoal e interpessoal, e procura intervir no sentido de atingir um nível ótimo de desenvolvimento e bem-estar do cliente.

## **1.2. Cuidados para o Neurodesenvolvimento do Recém-Nascido**

Atualmente constata-se uma significativa diminuição da mortalidade e morbilidade neonatal, tanto em RN de termo como nos pré-termo. O avanço científico e tecnológico, com o aparecimento de novas técnicas e tratamentos inovadores, tem permitido aumentar a probabilidade de sobrevivência e viabilidade dos RN, sendo que o aumento da ocorrência de partos prematuros tem acompanhado esta tendência (Oliveira et al., 2008; Chora & Azougado, 2015).

Este desenvolvimento técnico-científico permitiu a sobrevivência de RNPT, mesmo em situações de doença com grau de complexidade elevado, com necessidade de cuidados cada vez mais especializados e com prognóstico reservado. Os custos associados aos cuidados de saúde, o aumento dos dias de hospitalização e a morbilidade associadas à prematuridade são inevitavelmente uma preocupação nos cuidados de saúde (Chora & Azougado, 2015). A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) refere que nascem anualmente, em todo o mundo, 15 milhões de prematuros, ou seja, 1 em cada 10 bebés nasce prematuro. Verificamos um aumento significativo na sobrevivência dos RNPT nas últimas décadas, com as complicações associadas à prematuridade a tornarem-se cada vez mais comuns, não só pela complexidade e pela qualidade dos cuidados prestados, como pelo desenvolvimento técnico-científico e aumento do tempo de internamento na UCIN, como referido anteriormente (SPP, 2012).

O trauma inerente ao RN internado na UCIN é deveras um fator importante a ter em atenção na prática de cuidados. O ambiente de uma UCIN, com estimulação e manipulação excessivas para o RN, onde são realizados inúmeros procedimentos agressivos e dolorosos, associados a luz e ruído intensos, podem provocar alterações

fisiológicas e comportamentais no RN (Askin & Wilson, 2014; Altimier, Kenner & Damus, 2015; Chora & Azougado, 2015).

Os profissionais de saúde, em particular os EE, devem reconhecer o impacto negativo provocado pelo ambiente da UCIN, procurando promover cuidados não-traumáticos, diminuindo o impacto negativo do internamento, minimizando as manipulações agressivas a que o RN está sujeito e aumentando as experiências positivas. O desenvolvimento destas experiências é essencial para promover o saudável neurodesenvolvimento do RNPT e a sua recuperação (Coughlin, 2017).

Neste sentido, em 1982, Heidelise Als desenvolve a Teoria Sinativa do Desenvolvimento, dada a preocupação com o impacto negativo que o ambiente da UCIN tem no desenvolvimento cerebral do RNPT internado (Als, 1982, 1986). O Neurodesenvolvimento é um processo dinâmico que implica a interação entre os subsistemas do RN. A Teoria Sinativa de Als (1982) permite compreender o comportamento e desenvolvimento do RNPT através da interação dos seus cinco subsistemas: o sistema autónomo ou fisiológico, o sistema motor, o sistema dos estados comportamentais, o sistema de atenção/interação social, e o de autorregulação e equilíbrio.

Segundo Als (1982), o processo de desenvolvimento é descrito como uma série de círculos concêntricos, iniciando-se no sistema autónomo que impulsiona o funcionamento da linha de base do organismo. Em torno dele, encontra-se o sistema motor, desenvolvendo-se em estádios embrionários precoces com a postura de flexão reconhecível, movimentos dos membros e tronco, e tornando-se cada vez mais diferenciado. O terceiro círculo refere-se ao sistema dos estados comportamentais, no qual existe uma evolução de estados distintos de consciência de um sono difuso para estados de consciência cada vez mais diferenciados de sono, vigília e excitação. Em torno deste, temos o círculo do estado de atenção/interação, no qual ocorre uma evolução gradual do estado desperto para estados mais complexos. Estes subsistemas estão em constante proximidade e, muitas vezes, em interação, influenciando e apoiando-se uns aos outros ou infringindo a estabilidade relativa uns dos outros. Assim, o RN desenvolve-se através da interação entre os cinco subsistemas, com os sistemas em interação contínua entre si e com o meio envolvente, pelo que ao haver desequilíbrio num dos subsistemas todos os outros são afetados (Als, 1982).

O RNPT não é um RN de termo inadequadamente desenvolvido, no entanto tem capacidade para se adaptar e funcionar apropriadamente no seu estádio, num

ambiente diferente do esperado, geralmente na UCIN. Após o nascimento, o ambiente no qual se desenvolve o RNPT muda repentinamente, ou seja, em vez do organismo materno, a tecnologia médica auxilia as suas funções respiratórias, cardíacas, digestivas e de controlo da temperatura. É fundamental perceber em que estágio o RN se encontra, a cada momento, de modo a planear as intervenções que promovem o seu desenvolvimento e permitem a manutenção do equilíbrio dos subsistemas; quais os estímulos e os stressores a que o RN está sujeito e ultrapassam o equilíbrio e a modulação de vários subsistemas; e quais são totalmente inadequadas para o RN naquele momento. Torna-se perceptível que é essencial desenvolver intervenções personalizadas para cada RN, para que este não seja submetido a manipulações excessivas (Als, 1982).

Als (1982) refere a importância de dar particular atenção à linguagem corporal dos RN em desenvolvimento e definiu um conjunto de comportamentos específicos que são úteis para perceber o atual funcionamento do bebé. Os sinais de stress e os sinais de estabilidade podem ser agrupados em sinais de stress autónomo/fisiológico, sinais de stress motor e sinais de stress relacionados com o estado de autorregulação. A conceitualização subjacente a essa abordagem é que a estimulação utilizada inadequadamente no tempo, pela qualidade e/ou intensidade, fará com que o organismo se afaste e se proteja. A estimulação, se adequadamente planeada e apropriada em qualidade e intensidade, fará com que o organismo a procure e evolua, mantendo-se em equilíbrio. Todos esses comportamentos são identificáveis na observação dos RN (Als, 1982).

O nascimento de um RN doente ou prematuro, constitui por si só uma situação de stress para o próprio RN e para a família, podendo ser agravada pelo compromisso no estabelecimento da vinculação pais/bebé, causada pelo distanciamento do internamento destes RN nas UCIN. Porém este acontecimento não deve prejudicar o desenvolvimento emocional e psicológico da criança e família, pelo que o enfermeiro pode intervir como agente facilitador no estabelecimento da relação precoce pais/bebé e orientar os pais a manter o contacto regular com o seu filho (Jorge, 2004).

A evolução científica e tecnológica tem ganho um papel primordial no cuidado ao RNPT. Nas UCIN tem-se assistido a uma transformação na cultura neonatal com vista à promoção de cuidados holísticos e neuroprotetores. O Programa Individualizado de Cuidados para o Desenvolvimento e de Avaliação do RN (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program – NIDCAP*), foi concebido por Als e Gibs para implementar cuidados para o desenvolvimento. O



programa destaca o papel primordial que os enfermeiros podem desempenhar a identificar as necessidades do RN, criando um plano de cuidados individualizado. O ambiente envolvente, a estimulação tátil e sensorial, o uso do método canguru, o enfaixamento e contenção do RN, a diminuição da luminosidade e do ruído na UCIN, contribuem para o bem-estar e desenvolvimento do RN (Als, 1982; Altimier & Phillips, 2015).

Para reduzir o impacto negativo da hospitalização na UCIN e promover o desenvolvimento adequado do RN é imperativo organizar cuidados e definir programas para o cuidar do RN internado nestas unidades, com vista à proteção do cérebro em desenvolvimento. Os cuidados neuroprotetores são intervenções capazes de prevenir a morte e lesão celular neuronal, permitindo a sua recuperação através do desenvolvimento de novas conexões para a sua funcionalidade (Altimier, Kenner & Damus, 2015).

De modo a estabelecer uma linha orientadora da prática em unidades neonatais foi desenvolvido por Altimier e Phillips (2013, 2016) o Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal. Este modelo tem por base sete medidas neuroprotetoras centradas nos cuidados para o desenvolvimento, sendo estas o ambiente terapêutico, parceria com as famílias, posicionamento e manipulação, minimização do stress e da dor, proteção da pele, proteção do sono e otimização da nutrição (figura 2).



Figura 2 – Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal (Fonte: Altimier & Phillips, 2013)

Neste modelo os estímulos externos que provêm do ambiente, através das experiências vividas pelo bebê, podem influenciar e alterar a expressão dos genes, produzir alterações das células cerebrais e, conseqüentemente, alterar o seu desenvolvimento de forma positiva ou negativa. O principal objetivo do modelo consiste em utilizar medidas neuroprotetoras como estratégias para suportar a criação de conexões neuronais ideais, promover o desenvolvimento adequado e prevenir as alterações físicas, comportamentais e neurológicas (Altimier, Kenner & Damus, 2015).

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, os RNPT mantêm-se vulneráveis às conseqüências da prematuridade, pelo que é essencial auxiliar o seu crescimento e desenvolvimento, de modo a diminuir os efeitos adversos do ambiente da UCIN. Os cuidados para o desenvolvimento na UCIN são fulcrais uma vez que a neuroplasticidade tem o seu pico no início da vida, sendo este um período de rápido crescimento cerebral com a rápida e intensa criação de novas sinapses (sinaptogénese). As estratégias neuroprotetoras são intervenções utilizadas para suportar o desenvolvimento cerebral ou facilitar a recuperação após uma lesão neural, de modo a diminuir a morte das células neurais e permitir o restabelecimento através do desenvolvimento de novas conexões. Intervenções neuroprotetoras que promovem o normal desenvolvimento e previnem deficiências incluem medidas organizacionais, terapêuticas e modificadoras do ambiente (Altimier & Phillips, 2013, 2016).

Deste modo, o próximo capítulo refere-se à medida “Optimização da Nutrição”, através da identificação de intervenções neuroprotetoras para a promoção das competências alimentares do RN.

### **1.3. Intervenções de Enfermagem para a Promoção das Competências Alimentares do Recém-Nascido**

A prestação de cuidados centrados no neurodesenvolvimento do RNPT deve ser alvo da preocupação dos profissionais de saúde, tanto médicos como enfermeiros, por contribuírem para um melhor desenvolvimento do RN (Askin & Wilson, 2014; Altimier, Kenner & Damus, 2015; Chora & Azougado, 2015)

Um parto prematuro interrompe o desenvolvimento intrauterino do feto, e conseqüente maturidade cerebral, o que provocará: uma dificuldade na adaptação ao ambiente extrauterino; dificuldade na reação a estímulos externos; maior suscetibilidade a lesões cerebrais e alterações neurológicas; assim como alterações no sono e presença de reflexos diminuídos e descoordenados (Tamez, 2017; Cole,

2014). Apesar das dificuldades, o RN tem a capacidade de desenvolver as suas competências alimentares após o nascimento, sendo benéfico e estando recomendado, em casos de estabilidade fisiológica do RN, o início de estimulação oral precoce. Os RNPT mesmo com IG inferior a 26 semanas apresentam os seus recetores de odores e sabores funcionais, sendo possível iniciar a preparação para a alimentação oral através da estimulação destes sentidos num primeiro contacto com o leite materno, pela exposição à mama no contacto pele a pele. Entre as 26 e 28 semanas pode ser iniciada a sucção não nutritiva (SNN), com o dedo ou a chupeta. (Askin & Wilson, 2014).

Um dos grandes desafios para os profissionais de saúde na área da neonatologia consiste em ajudar o RN a adquirir ou desenvolver competências para a alimentação de forma segura e eficiente (Crowe, Chang, & Wallace, 2016). Assim, tornou-se fulcral compreender a prática dos cuidados de enfermagem, relativamente à transição da alimentação por gavagem para a alimentação oral, especialmente no RNPT.

O início da alimentação oral no RNPT é uma das intervenções mais complexas, uma vez que o RN apresenta dificuldades no estabelecimento das competências alimentares, devido às características fisiológicas inerentes à prematuridade, como a imaturidade dos reflexos de sucção e deglutição e a diminuição do tónus muscular (Curado, Marôco, Vasconcellos, Gouveia & Thoyre, 2017).

As dificuldades na alimentação continuam a ser um motivo importante no adiamento da alta dos RNPT, pelo que se torna fundamental desenvolver intervenções eficazes com o objetivo de melhorar o desempenho do RN na alimentação (Fucile, Gisel, Mcfarland & Lau, 2011; Lau 2016).

Na grande maioria das UCIN, a primeira vez que se oferece alimentação oral ao RNPT, quer seja biberon ou mama, faz-se de forma intuitiva, experimental, onde o pediatra prescreve o volume de leite de acordo com o peso e a idade gestacional (Gelfer, McCarthy, & Spruill, 2015; Pickler, 2004). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia, nos Consensos de Neonatologia referem que a introdução da alimentação oral no RNPT baseia-se, numa fase inicial, no peso, IG, estabilidade fisiológica e estado de saúde (Macedo, Alexandrino, Pissarra, & Cardoso, 2014). Apesar destes pressupostos conferirem uma mais-valia na avaliação do RN, nem sempre dão resposta às necessidades individuais do RN, pelo que não deverão ser os únicos fatores a serem considerados quando se decide a prontidão do RNPT para a alimentação oral. A maturidade do neurodesenvolvimento e o comportamento

do bebê são também fatores a considerar quando se decide o início da alimentação oral (Gennattasio, Perri, & Baranek, 2015).

A prática mais comum para a transição para a alimentação e para o seu início foca-se entre as 32 e as 34 semanas, com estratégias de tentativa e erro, aumentando o aporte nutricional conforme a maturidade e a coordenação do RN (McGuire, 2015).

A avaliação das competências para a alimentação oral deve ser realizada de forma individualizada, sabendo “ler” o comportamento do bebê e entender se este se encontra organizado, em equilíbrio com o ambiente que o rodeia e sem sinais de desorganização (Chrupcala, Edwards, & Spatz, 2015; Gennattasio, Perri, & Baranek, 2015).

A transição para uma alimentação oral segura requer maturidade e prontidão para coordenar a sucção, a deglutição e a respiração para evitar aspirações e comprometimento respiratório. A introdução precoce com base nas mensagens individualizadas, estado e comportamento do RN, em vez de um cronograma de alimentação predeterminado, tem mostrado benefícios para levar à alimentação oral completa e diminuição do tempo de internamento (McGuire, 2015; Harding, 2009). Estas mensagens incluem o choro, o estado de alerta, colocar as mãos na boca, procurar com a boca - reflexo de busca (Chrupcala, Edwards, & Spatz, 2015).

É de extrema importância que os cuidadores, nomeadamente os enfermeiros, reconheçam o interesse que o RN mostra para se alimentar, ou seja, o seu estado de alerta, o estado fisiológico e as mensagens que envia, indicando que está pronto para ser alimentado, para que possam implementar medidas de apoio ao sucesso da alimentação (Harding, Mynard, & Hills, 2018).

Uma das intervenções descritas como apresentando benefícios na prontidão para a alimentação oral consiste na estimulação da sucção não nutritiva (SNN). Os RNPT que realizam SNN necessitam de menos tempo para iniciar a alimentação oral, verificando-se a redução do risco de síndrome de morte súbita, organização do recém-nascido em procedimentos dolorosos, com minimização da dor e redução do refluxo gástrico pela estimulação dos movimentos peristálticos do esófago (Lau, 2016). A possibilidade de SNN durante a alimentação por gavagem diminui significativamente o tempo de permanência no hospital e facilita a transição para a alimentação oral (McGuire, 2015; Harding, 2009). Para além disso, a SNN permitirá facilitar a organização do neurodesenvolvimento, a maturação neurocomportamental e otimizar a ventilação não invasiva no RNPT (Harding, 2009).

Obter sucesso na alimentação oral é promover uma experiência positiva para o RN. Este caminho passa por reconhecer as mensagens transmitidas pelo RN, com o objetivo de prestar cuidados centrados e individualizados, respeitando o desenvolvimento e diminuindo as experiências stressantes, promovendo uma experiência alimentar organizada e prazerosa. Pickler (2004), denominou este cuidado de “*contingent caregiving*”, ou seja, cuidados dependentes das mensagens que o RN emite em relação à prontidão para a alimentação oral e que promovem a organização neurocomportamental do RN e por sua vez as competências alimentares, tornando o processo mais seguro, menos stressante e menos desgastante (Cormier, 2015). Quando não se promove o “*contingent caregiving*” para além de se prolongar o internamento na UCIN, promovem-se comportamentos de recusa e aversão alimentar no futuro (Cormier, 2015).

Existem instrumentos que permitem não só avaliar o momento adequado para o início da alimentação, bem como o desempenho do RN durante este processo, permitindo personalizar o plano de cuidados e desenvolver intervenções em parceria com as famílias (Curado et al., 2017).

A *Early Feeding Skills - Versão Modificada (EFS-VM)* é um instrumento de medida de observação que avalia as competências precoces do RNPT para a alimentação oral facilitando a tomada de decisões e os ajustamentos necessários ao plano de cuidados. Esta escala foi avaliada num estudo de avaliação das competências alimentares no biberon e na mama, apresentando um melhor desempenho psicométrico (Pados, Park, & Estrem, 2016).

A EFS-VM permite fazer a avaliação das competências para a prontidão da alimentação oral do RNPT e do bebé de termo até às 52 semanas de idade pós-concepcional. Esta escala permite não só a avaliação das competências alimentares do RN, por parte dos profissionais, mas também pelos pais, depois de devidamente ensinados, de forma a participarem na prestação dos cuidados e na aplicação da escala. Foi desenvolvida para uniformizar a avaliação da competência alimentar do RNPT e promover o “*contingent caregiving*”. Curado e colegas (2017) adaptaram-na e validaram-na estatisticamente para a população neonatal portuguesa sendo publicada com o nome “Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral” (Curado et al., 2017).

Realçar ainda que a escala se adapta quer a alimentação seja realizada na mama ou através de tetina e até aos 6 meses de idade corrigida, ajudando assim os profissionais de saúde a incentivar a amamentação, facilitando o atingir da meta da

Organização Mundial de Saúde (OMS), que pretende que 50% das crianças, de todo o mundo, sejam alimentadas exclusivamente de leite materno durante os primeiros 6 meses de vida até o ano de 2025 (Zinoni, Herrero, Lamuño & Terán, 2021).

Este instrumento permite avaliar todo o processo de alimentação que inclui a observação das competências precoces para a alimentação oral, em três dimensões fundamentais ao processo de alimentação: a Capacidade para organizar o funcionamento oromotor (COFO), a Capacidade para coordenar a deglutição (CCD) e a Capacidade para manter a estabilidade fisiológica (CMEF). A dimensão COFO reflete a maturação das estruturas envolvidas na alimentação e a capacidade neurológica para as coordenar e é composta por 7 itens. A dimensão CCD permite verificar a coordenação entre deglutição, sucção e respiração, e se esta é feita de forma tranquila e segura permitindo a passagem de ar suficiente para manter a homeostasia entre as deglutições; esta dimensão é composta por 5 itens. A dimensão CMEF permite avaliar sinais fisiológicos como: a coloração da pele, a saturação de oxigênio, a frequência respiratória e cardíaca e também os surtos de sucção e é composta por 10 itens (Curado, Maroco, Vasconcellos, Gouveia & Thoyre, 2017).

O objetivo de observar e avaliar as competências na alimentação oral é descrever o melhor que o RN demonstrou durante todo o processo de alimentação oral e, desta forma, os autores apresentam como criar condições para o desempenho ótimo na alimentação. Sugerem que se escolha um local calmo sem distrações, que o RN esteja calmo e com fome, bem como que se avaliem as condições fisiológicas de base do RN, que este seja posicionado de forma adequada, entre outras. A aplicação da escala EFS-VM permite que se identifiquem as competências e as dificuldades do RN para que se possam planejar intervenções e avaliar a sua eficiência. É descrito pelos autores que a pessoa que alimenta o RN tem vantagens no preenchimento da escala, contrariamente a alguém que está apenas a observar, no entanto, estes últimos, também a conseguem preencher com sucesso (Curado et al., 2017).

A utilização da EFS-VM permite a atuação do EEESIP nos três níveis de prevenção, segundo o modelo de Betty Neuman, nomeadamente, através da promoção e facilitação dos comportamentos de prontidão alimentar, avaliados antes de se iniciar a alimentação e da promoção da amamentação (prevenção primária); da deteção precoce e controlo dos stressores que influenciam o desempenho alimentar do RNPT, através da avaliação dos sinais de stress durante a alimentação (prevenção secundária). A avaliação do desenvolvimento das competências alimentares

possibilita a detecção da existência de uma regressão após um período de doença e implementar intervenções para a sua recuperação (prevenção terciária).

A otimização da nutrição preconiza como principais objetivos assegurar uma alimentação funcional, estimulante e apropriada ao estágio de desenvolvimento; aprimorar a nutrição pela individualização de todas as práticas de cuidados com a alimentação, prevenir as aversões orais com garantia de uma experiência positiva para o RN, capacitar mãe na promoção e autonomia da amamentação. Como intervenções a implementar devemos facilitar e promover o contacto pele a pele, fornecer suporte à mãe na estimulação e extração de leite, minimizar a estimulação perioral negativa (adesivos e sondas), promover a SNN, na mama ou utilizar uma chupeta, durante a alimentação quer seja por gavagem ou perfusão, fornecer o sabor e cheiro do leite materno durante as alimentações, priorizar a qualidade da estimulação por via oral em vez da quantidade fornecida (Altimier & Phillips, 2013, 2016).

Concluindo, é essencial promover o desenvolvimento das competências alimentares e compreender como estas permitem ajudar o RN a atingir ou manter a sua estabilidade ao nível da alimentação oral, uma vez que esta é uma das competências que o RN pode adquirir ou desenvolver após o seu nascimento. A estimulação oral precoce está comprovada como uma intervenção eficaz para a aquisição de autonomia alimentar. A existência de protocolos ou *guidelines* que orientam a prática parece ser uma mais-valia para auxiliar a avaliação das competências do RN e, por conseguinte, permitir a obtenção da prontidão alimentar e da alta precoce. Salvaguarda-se que a alimentação é uma intervenção autónoma do enfermeiro, pelo que podemos ter uma função facilitadora no momento de transição para a alimentação oral.

## 2. PROBLEMÁTICA

O aumento do nascimento de RNPT com uma idade gestacional (IG) cada vez mais baixa, acarreta inúmeras complicações que influenciam o desenvolvimento adequado do RN, sendo que a aquisição da autonomia alimentar passa a ser uma das competências afetadas. Neste contexto, os RNPT necessitam de uma equipa multidisciplinar com competências para promover a transição da alimentação entérica para a autonomia oral com segurança e eficiência, devendo ser o EEESIP um dos principais facilitadores deste processo de aprendizagem e promotor da mobilização dos seus pares para a necessária exigência de cuidados de qualidade (MCEESIP-OE, 2013).

A problemática que sustenta este Relatório de Estágio deriva da inconsistência das práticas de cuidados de enfermagem no que respeita ao início da alimentação oral e à avaliação das competências alimentares no RNPT. Durante o meu exercício profissional na UCIN tenho vindo a constatar que a transição para a alimentação oral é muitas vezes realizada pelo profissional de saúde de forma intuitiva e sem ter em conta os sinais neurocomportamentais do RN, pelo que se torna necessário uniformizar práticas que facilitem a transição para a alimentação oral e consequente aquisição de competências alimentares. Através da prática reflexiva ao longo dos anos a trabalhar numa UCIN, foi possível identificar que existe dificuldade na interpretação dos sinais de prontidão alimentar do RNPT e na introdução da alimentação oral.

Este percurso formativo permitirá aprofundar, evidenciar e identificar as intervenções de enfermagem e as competências do EE para prestar cuidados que visam a promoção das competências alimentares do RN através de intervenções centradas no seu neurodesenvolvimento. A avaliação das competências precoces para a alimentação oral é de extrema importância para a sua introdução com segurança e eficiência no RN, através da individualização dos cuidados. É uma área de interesse para diversos investigadores que, ao longo dos anos, têm feito estudos para compreender melhor as suas vertentes, tendo em conta a sua complexidade e a forma como é um marco no desenvolvimento e crescimento do RN. A otimização da nutrição do RN permite um melhor neurodesenvolvimento, pelo que se torna imperativa a identificação de condutas que permitam a uniformização e padronização de cuidados.

Por conseguinte, os principais focos passam por uniformizar os cuidados de enfermagem na introdução da alimentação oral, estabelecer uma linguagem comum



relativamente às competências alimentares dos RNPT com o intuito de facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e também para promover a segurança durante a alimentação por biberão.

Através da identificação desta lacuna na prática, pretendo contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados baseada na melhor evidência científica, pois segundo a OE o EESIP “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”, contribuindo para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Para além disso, o EESIP atua precocemente nas situações de especial complexidade, prestando cuidados específicos de acordo com as necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, respeitando a sua individualidade e da sua família (OE, 2018).

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

O processo formativo para responder aos objetivos identificados, assenta numa metodologia prática, crítica e reflexiva, facilitadora da aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

O percurso formativo de desenvolvimento profissional do enfermeiro é construído através das experiências nos diferentes contextos profissionais ao longo da sua vida profissional (OE, 2009). Alarcão e Rua (2005) referem que é nos contextos da prática, os estágios clínicos, que se transforma o conhecimento. Através da prática reflexiva o enfermeiro mobiliza os conhecimentos teóricos adquiridos para a prática, construindo o conhecimento cognitivo resultante da reflexão sobre e na ação (Alarcão & Rua, 2005).

De acordo com Kolb (1984), o ser humano é capaz de aprender a partir da sua experiência (aprendizagem experiencial), com a reflexão consciente sobre a mesma. A reflexão sobre a prática implica um processo reflexivo que permite a integração de novas aprendizagens, a aquisição e desenvolvimento de competências (Kolb, 1984). É da prática que a teoria se desenvolve para construir conhecimento clínico e para dar resposta aos problemas emergidos da prática (Benner, Tanner & Chesla, 2009). Alarcão (2001) refere ainda que uma experiência para ser formativa tem de ser conceptualizada e refletida, esta experiência pode assim constituir uma aprendizagem, sendo esta definida como uma construção pessoal que resulta de um processo experiencial e que se traduz numa alteração de comportamentos na prática.

O modelo defendido por Benner et al. (2009) refere cinco níveis de competências na prática de enfermagem: iniciante, iniciante avançado, competente, proficiente e perito. No processo de aquisição de competências, o enfermeiro reflete sobre situações específicas de cuidados, articulando a sua formação teórica com a prática clínica, fundamental para o desenvolvimento das aprendizagens. Enquanto perito, o EE apresenta conhecimentos teóricos consolidados que lhe permitem tomar decisões, mesmo na gestão de situações complexas; desenvolver espírito crítico e de iniciativa; ser responsável, mantendo ao longo do seu percurso uma conduta ética e deontológica exímia (Benner et al., 2009).

O EE deve deter “um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (OE, 2009, p. 10).

Este relatório de estágio assenta na evidência científica e pretende evidenciar as competências desenvolvidas, com particular interesse na prestação de cuidados à criança, jovem e família, em situação de saúde e/ou doença, nos diferentes contextos de saúde e de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e na área da promoção das competências alimentares do RN, desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio.

Ao longo do percurso de estágio procuro responder às necessidades de formação identificadas aquando da realização do autodiagnóstico (Apêndice I) relativo às competências específicas do EESIP, à problemática identificada decorrente da minha prática e às orientações da OE para a atribuição do título de especialista.

No início do estágio a elaboração de um guia orientador de atividades (Apêndice III) é uma estratégia facilitadora para estruturar, definir e sistematizar o percurso a desenvolver. Este documento é apresentado e discutido no início de cada estágio com os enfermeiros chefes dos serviços e EEESIP orientadores, nele estando evidente a problemática identificada, o plano de trabalho e métodos, o cronograma do percurso de estágio, os objetivos delineados, as atividades definidas e as competências a desenvolver.

O percurso formativo será desenvolvido em locais de estágio diferentes, ao longo de 18 semanas, selecionados e devidamente planeados (Apêndice II) tendo em consideração os contextos obrigatórios definidos pela OE. A seleção de cada campo de estágio tem ainda em conta os objetivos do projeto e o autodiagnóstico de competências de EEESIP, com o intuito de permitir o desenvolvimento de competências enquanto futura EE. Conforme já referido, foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos, para aprofundar e desenvolver as competências comuns e específicas de EEESIP:

**1. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP, para a prestação de cuidados à criança, jovem e família, em situação de saúde e/ou doença, nos diferentes contextos de saúde e de acordo com o seu estágio de desenvolvimento.**

- a. Analisar as práticas do EEESIP nos vários contextos de saúde;

- b. Prestar cuidados à criança, jovem e família em parceria, com foco na promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento e atendendo ao seu projeto de saúde.

**2. Desenvolver processos de cuidados promotores das competências alimentares da criança e adolescente, especificamente do recém-nascido, nas diferentes etapas de desenvolvimento e nos vários contextos.**

- a. Adquirir/aprofundar conhecimentos e competências relacionados com a promoção das competências alimentares da criança e jovem;
- b. Definir as estratégias promotoras das competências alimentares.

Considerando os objetivos delineados, pretendo sensibilizar para a problemática na prática e promover uma mudança nos cuidados de enfermagem, numa ótica de promoção da transição segura para a alimentação oral e ganho da autonomia alimentar dos RN.

Procurarei também desenvolver e adquirir as competências comuns e específicas de EEESIP, como contributo para a qualidade dos cuidados prestados, maximização da saúde, segurança e bem-estar da criança e sua família, com recurso e fundamento na melhor evidência, refletindo sobre os cuidados, identificando lacunas e problemáticas numa perspetiva de evolução, melhoria e ganhos em saúde.

O capítulo seguinte descreve e analisa as atividades realizadas e as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio nos diferentes contextos, através de uma análise reflexiva e respetiva articulação entre a teoria e a prática.

## **4. PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O presente capítulo pretende descrever e analisar de uma forma crítica o percurso e as atividades realizadas ao longo do estágio nos diferentes contextos, com o intuito de refletir sobre as práticas e apresentar as competências desenvolvidas e adquiridas enquanto futura EEESIP.

Os contextos selecionados foram o Serviço de Internamento de Pediatria, o Serviço de Urgência de Pediatria (SUP), a UCIN, os Cuidados de Saúde Primários (CSP), mais especificamente a Unidade de Saúde Familiar (USF) e a Consulta de Desenvolvimento Infantil (CDI).

### **4.1. Internamento de Pediatria**

Iniciei o meu percurso formativo num internamento de Pediatria, entre 12 de outubro e 7 de novembro de 2021. Durante essas 4 semanas de estágio desenvolvi atividades: na área da gestão diferenciada da dor, utilizando estratégias farmacológicas e não farmacológicas; na preparação da criança, jovem e família para a cirurgia; no cuidado à criança em situação crónica e em situação aguda de doença.

Neste serviço estão internados recém-nascidos, crianças e adolescentes com patologias complexas, vindos do serviço de urgência, do bloco operatório, do hospital dia, dos cuidados intensivos pediátricos e neonatais. Para além das vagas de internamento, ainda apresenta quartos de isolamento, um de pressão negativa e vagas de cuidados intermédios.

Ao longo do estágio foram consultados e analisados os procedimentos, manuais, protocolos e folhetos informativos em vigor no internamento. Estes documentos proporcionaram-me uma base sólida de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de competências no âmbito de uma prática de enfermagem especializada.

Durante o estágio acompanhei o percurso de hospitalização de crianças/jovens e famílias, desde o acolhimento até ao momento da alta. O momento do acolhimento ou da primeira interação com a criança e a família deve permitir o estabelecimento de relações com a equipa de saúde, através da confiança, da valorização do conhecimento dos pais e da criança e da promoção dos seus direitos (Hockenberry & Barrera, 2014). Foi possível acompanhar e colaborar com a EE na prestação de

cuidados, aplicar os conhecimentos teóricos na prática, adequando ao nível de desenvolvimento e às necessidades da criança e família, promovendo a sua adaptação à hospitalização<sup>1</sup>.

Ao longo deste contexto prestei cuidados ao RN, crianças, jovens e suas famílias, sempre com o intuito de estabelecer uma relação de confiança, através de uma postura assertiva, empática e uma comunicação efetiva<sup>2</sup>, fornecendo informações precisas e adequadas sobre os cuidados, com o intuito de promover a participação dos pais ou pessoas significativas nos cuidados. Desenvolvi intervenções de enfermagem com base num planeamento realizado em cooperação com os pais, era acordado qual a melhor altura para realizar determinado procedimento, a melhor forma de intervir e de realizar esses mesmos procedimentos<sup>3</sup>. Era frequente o internamento de crianças e jovens com doenças crónicas, pelo que, para além de existir confiança com determinados elementos da equipa, a família conhece as estratégias adequadas utilizadas anteriormente, dado o seu historial de internamento e de gestão da ansiedade e medo, como a utilização do telemóvel com vídeos ou jogos preferidos da criança utilizados como distração para a realização de procedimentos, como a colheita de sangue.

As intervenções foram realizadas num modelo de parceria de cuidados com base na negociação com a criança e família, tendo em conta as preferências e experiências prévias de ambos com vista à promoção do controlo e segurança. A experiência da dor varia de acordo com as vivências prévias e o estágio de desenvolvimento da criança, contudo devemos adotar intervenções de prevenção e controlo da mesma (prevenção primária). Em idade pediátrica, o medo altera a capacidade da criança para enfrentar as situações diferentes e adversas. É perentório atender à gestão do medo enquanto intervenção de enfermagem, com o intuito de minimizar e evitar as repercussões negativas no desenvolvimento da criança decorrentes dos medos vivenciados durante os procedimentos (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

---

<sup>1</sup> Competência específica 1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; 2.5 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (OE, 2018)

<sup>2</sup> Competência específica 3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2018)

<sup>3</sup> Competência específica 1.1.— Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (OE, 2018)

Durante a prestação de cuidados, tive a oportunidade de cuidar de uma criança de 9 anos com drepanocitose, internada por crise vaso-oclusiva. Esta é uma patologia limitativa e que, muitas vezes, influencia negativamente a qualidade de vida da criança e da família. Por este motivo, senti necessidade de aprofundar conhecimentos relacionados com a patologia e no âmbito das estratégias farmacológicas e não farmacológicas indicadas para a prevenção e controlo da dor nesta situação específica (apêndice IV), com particular ênfase para os contributos emanados pela Ordem dos Enfermeiros (MCEESIP-OE, 2013). A teoria de Betty Neuman permitiu-me uma perspetiva mais abrangente na abordagem dos problemas identificados, através de uma abordagem global, que leva a compreender como o todo (o sistema criança-família) é afetado pelas suas variáveis internas e externas, quais os recursos (externos e internos) e as intervenções que podem ser implementadas, com o objetivo da reconstituição do sistema.

Na situação anterior foi possível observar a utilização do *Livopan®* para aliviar a dor durante os procedimentos realizados. A utilização autónoma, por parte dos enfermeiros, deste procedimento segue um protocolo, sendo que uma das premissas é ser administrado quando as terapias não farmacológicas não surtem efeito, de facto, não conhecia a utilização deste procedimento e a sua eficácia é sem dúvida uma mais-valia para a minimização do impacto da dor em crianças mais velhas.

O EEESIP deve estar sensibilizados para as questões relacionadas com a dor, com as medidas preventivas para a mesma e para o seu alívio<sup>4</sup>. A evidência científica demonstra que a gestão do medo associado à realização de procedimentos representa um dos principais focos de atenção, constituindo uma intervenção autónoma de enfermagem (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). O medo relacionado com a lesão corporal e dor são dos principais stressores relacionados com os cuidados de saúde em todas as etapas do desenvolvimento da criança, sendo por isso a gestão do medo e da ansiedade um fator de especial atenção nos cuidados em pediatria. Os outros medos estão relacionados com a separação da família, a perda de controlo e o ambiente desconhecido (Sanders, 2014).

Nos procedimentos realizados foram utilizadas várias estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor, como o brincar terapêutico, a distração e o humor terapêutico. Durante os momentos de intervenção foi utilizado pelos enfermeiros o kit “sem dói-dói”, que permite, de acordo com a faixa etária da

---

<sup>4</sup> Competência específica 2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (OE, 2018)

criança, ser um instrumento de preparação para procedimentos e facilitador da comunicação, utilizando assim os recursos já existentes para a prestação de cuidados não traumáticos<sup>5</sup>. Este Kit apresenta um conjunto de material lúdico adequado a cada faixa etária de forma a ser um instrumento disponível para auxiliar os profissionais de saúde a prevenir a dor na criança em determinados momentos de dor (como a colheita de sangue ou vacinação), através da aplicação de estratégias não farmacológicas que incluam o “brincar”. A utilização do KIT permite uma intervenção planeada, face aos procedimentos que possam provocar dor, com posterior registo na folha de enfermagem da estratégia usada e do seu resultado. Assim, as competências desenvolvidas assentaram na aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor (OE,2018; Sanders, 2014).

Em relação à problemática do meu projeto, consegui cuidar de um lactente com dificuldades na alimentação, que apresentava como diagnóstico uma fenda do palato. Conseguimos não só encontrar estratégias promotoras das competências alimentares, mas também envolver a família nos cuidados, em particular a mãe, estabelecendo uma parceria de cuidados em todo este processo. O EE deve acompanhar a família nas etapas de transição alimentar e em todos marcos do desenvolvimento da criança, para que em parceria sejam implementadas estratégias adequadas às necessidades apresentadas pela criança e família<sup>6</sup>. Este momento de intervenção concedeu-me a oportunidade de trabalhar com a família e com a criança, na adoção de comportamentos potenciadores de saúde através da adequação das competências parentais e de transmitir orientações antecipatórias para a maximização do desenvolvimento infantil (OE, 2018). Dentro das intervenções realizadas, destaco os ensinamentos realizados relativos ao posicionamento durante a alimentação, foram pedidas tetinas mais adequadas e reforçados ensinamentos relativos às manobras de desengasgamento.

Relativamente ao objetivo, identificar estratégias de comunicação utilizadas pelo EEESIP com as crianças, os jovens e as suas famílias, observei a EE no estabelecimento de uma comunicação efetiva, iniciando a conversa com a sua apresentação, permitindo o início de uma relação de confiança<sup>7</sup>. Nesse sentido, foi

---

<sup>5</sup> Competência específica 2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (OE, 2018)

<sup>6</sup> Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018)

<sup>7</sup> Competência específica 1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (OE, 2018)



estabelecida uma comunicação aberta/frequente/empática e mobilizadas técnicas de comunicação eficazes (como a escuta ativa, questões abertas, assertividade, contacto visual, toque e reforço positivo) partilho informação relevante sobre a criança, incentivo a tomada de decisão dos pais e a participação ativa nos cuidados. Em relação às técnicas de relação terapêutica procurei reconhecer e compreender as experiências pessoais, facilitar a expressão de sentimentos, fornecer apoio, mostrar disponibilidade e ajustar as expectativas da família à realidade.

O brincar terapêutico é utilizado, não só para minimizar as consequências negativas da doença e da hospitalização, como a ansiedade, o medo e as insónias, mas é também utilizado na preparação da criança para procedimentos invasivos (Jorge, 2004; Sanders, 2014).

Um dos direitos da criança hospitalizada é a presença dos pais ou seus cuidadores informais. Neste internamento, todas as crianças têm o direito à presença permanente de um dos cuidadores, o que diminui também os efeitos da hospitalização e o impacto no desenvolvimento das crianças. Esta prática vai ao encontro dos Direitos da Criança, artigo 9º, que refere que a criança não pode ser separada dos pais se não for essa a sua vontade (UNICEF, 1989) e da Carta da Criança Hospitalizada, que refere que a criança tem direito a ter sempre os seus pais, ou substitutos, junto a si, independentemente da sua idade ou estado de saúde (IAC, 1998).

O cuidar em pediatria é indissociável da família, sendo imprescindível incluir a mesma numa ótica de parceria de cuidados, pelo que condicionar a sua participação na prestação de cuidados conduz à criação de barreias na relação enfermeiro-família. O enfermeiro que atua com base nos CCF, acompanha e envolve constantemente o binómio criança e família na prestação de cuidados, consciente de que a sua intervenção assenta nos conceitos fundamentais da capacitação e do *empowerment* dos mesmos (Hockenberry & Barrera, 2014). A OE (2018) complementa esta ideia, referindo que a criança depende dos cuidados da família para suprir as suas necessidades, com vista ao crescimento e desenvolvimento saudável.

Outras estratégias utilizadas durante o internamento para minimizar o impacto negativo da hospitalização passam pela existência de um ambiente lúdico e a participação em atividades lúdicas, adequadas ao desenvolvimento da criança, de forma a promover um clima de afetividade e de segurança, com o intuito de ajudar a criança a ultrapassar a ansiedade e o medo do desconhecido (OE, 2018). Tão importante quanto as terapêuticas farmacológicas a utilizar, devemos sempre

considerar o brincar como parte integrante das nossas intervenções, de forma a melhorar as condições de hospitalização. Mesmo quando as crianças estão em isolamento ou acamadas existem um conjunto de intervenções adotadas pela equipa para tornar o ambiente envolvente mais acolhedor<sup>8</sup>, um trabalho de equipa realizado pela enfermeira e educadora para escolherem brinquedos adequados para levar para o quarto. No caso de crianças internadas que possam sair do quarto, existe uma sala com livros e brinquedos, e onde as crianças podem interagir.

O serviço de pediatria tem um projeto na área da promoção do Sono, designado “A enfermaria amiga do sono” que incentiva o desenvolvimento de intervenções promotoras do sono saudável na criança hospitalizada<sup>9</sup>. O sono tem uma importância inquestionável no desenvolvimento infantil, influenciando a dimensão física, psicológica e cognitiva da criança, pelo que permitiu a aplicação de inúmeras intervenções promotoras do ambiente terapêutico pediátrico, como reduzir o volume dos alarmes dos monitores, baixar o tom de voz, evitar fechar e abrir gavetas, portas e janelas, antecipar os alarmes das bombas e seringas infusoras, entre outras.

A preparação do regresso a casa tem um impacto significativo nas famílias, pois um adequado planeamento da alta, não só reduz o tempo de internamento, mas também previne readmissões. Neste sentido, eram avaliadas as competências da família para cuidar da criança, gerir o regime terapêutico e fornecidas orientações antecipatórias de cuidados. Para além disso, a continuidade de cuidados era assegurada para a comunidade, através da carta de alta de enfermagem e da orientação para consultas<sup>10</sup>.

#### **4.2. Serviço de Urgência Pediátrica**

O segundo contexto de estágio foi realizado num SUP de um Hospital Central de Lisboa e decorreu entre 8 de novembro e 3 de dezembro de 2021. A maioria das crianças e jovens que recorrem ao SUP têm alta no próprio dia, contudo, algumas têm de ficar sob observação. O internamento no SUP é efetuado nas Unidades de Internamento de Curta Duração (UICD) não excedendo habitualmente as 48 horas. As crianças e os jovens que necessitem de internamento são transferidos para outros serviços, como o internamento de pediatria ou para os cuidados intensivos, durante o

---

<sup>8</sup> Competência comum B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019)

<sup>9</sup> Competência específica 3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (OE, 2018)

<sup>10</sup> Competência comum C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (OE, 2019)

estágio foi possível realizar a transferência de duas crianças para o internamento, assegurando a continuidade dos cuidados prestados.

Durante o estágio foi possível acompanhar a enfermeira orientadora na triagem, sala de tratamentos e UICD. Na triagem, é estabelecido o primeiro contato com o cliente e família, respondendo prontamente à necessidade de cuidados. O enfermeiro necessita ter formação no programa informático, em específico no Sistema de Triagem de Manchester (DGS, 2018).

Durante a experiência na triagem, tive oportunidade de observar a prática da EE na realização da Triagem de Manchester e prestei cuidados imediatos, quando eram necessários, como por exemplo, em situações de febre ou dor. Neste caso a minha intervenção passou por fornecer informação aos pais sobre sinais e sintomas de agravamento, além da recomendação de retorno à triagem durante o tempo de espera, se sentissem necessidade, por não existir melhoria da situação. Outra situação que mereceu a minha reflexão relaciona-se com o atendimento em simultâneo de duas crianças na triagem com o seu acompanhante, que coloca questões éticas no que respeita à privacidade, confidencialidade da informação e proteção de dados. Nesta situação o EEESIP não assegura a confidencialidade e a segurança da informação oral e o respeito do cliente à sua privacidade, colocando-se também questões relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados<sup>11</sup>.

A passagem pela sala de tratamentos foi fundamental para a realização de intervenções de suporte educativo<sup>12</sup>, nomeadamente na administração de inaladores com a câmara expansora, lavagem nasal e prevenção de infeções urinárias. Desta forma, era fornecida informação através de uma comunicação adequada, primeiramente com a demonstração da técnica em conjunto, posteriormente com o treino em conjunto e supervisão. O ensino, a instrução e o treino da família, indo ao encontro das necessidades identificadas no SUP, foi uma das atividades que desenvolvi durante o estágio, essenciais para a alta médica.

Foi minha preocupação ao longo do estágio no SUP, o desenvolvimento de competências de comunicação com a criança de acordo com a sua idade,

---

<sup>11</sup> Competência comum A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019)

<sup>12</sup> Competência Específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; 1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; 1.1.4 - Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais (OE, 2018)

desenvolvimento e cultura e de acordo com a literacia da família<sup>13</sup>. A comunicação eficaz, permite a exposição aberta e confiante das preocupações por parte dos pais, crianças e jovens, tornando-se fundamental para a prestação de cuidados. Procurei reconhecer e compreender as experiências pessoais, facilitar a expressão de sentimentos, fornecer apoio, mostrar disponibilidade e ajustar expectativas orientado os pais para a realidade.

A ida à urgência é um momento stressante para a criança, jovem e sua família. Esta experiência complexa e muitas vezes inesperada pode ser traumática, independentemente da idade da criança ou do jovem. As respostas emocionais, tal como a ansiedade, medo (da dor, da separação dos pais, da hospitalização), choro, fuga, podem ser exacerbadas pelo ambiente desconhecido, desconfortável e ameaçador, com a perspetiva de vir a sofrer procedimentos dolorosos e a perda de controlo da autonomia. A intervenção do EESIP ao longo da prestação de cuidados deve ser sempre centrada na criança e na família, trabalhando em parceria com o objetivo de atingir o mais elevado nível de saúde possível (OE, 2018). Desta forma, é fundamental que os enfermeiros tenham conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e quais os medos característicos nas diferentes faixas etárias, só assim é possível planear intervenções para a gestão dos medos (Karlsson, Rydstrom, Enskar & Englund, 2014; Sanders, 2014).

Para os pais os momentos de stress relacionam-se com o medo do desconhecido e a incerteza no diagnóstico e prognóstico, uma das intervenções que diminui o stress é o fornecimento de informação concisa (Sanders, 2014). O EESIP deve explicar o funcionamento da triagem, facultar cuidados antecipatórios no que respeita aos sinais de alerta a que devem estar despertos, envolvendo os pais no processo de cuidar.

Outro momento de reflexão teve por base uma situação de cuidados a uma criança em idade pré-escolar, em que realizei um procedimento e tive uma importante intervenção na gestão da dor e da ansiedade, não só da criança, mas também do seu prestador de cuidados, neste caso a mãe (Apêndice V).

Neste contexto, tive oportunidade de prestar e observar cuidados a crianças e jovens com patologias muito diferenciadas, atendendo a múltiplas situações, de

---

<sup>13</sup> Competência Específica 1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (OE, 2018)

diferentes níveis de complexidade e com diferentes cargas emocionais<sup>14</sup>. Reconheci situações de instabilidade das funções vitais e possível risco de morte, e prestei cuidados de enfermagem apropriados. Tive oportunidade identificar uma situação de dificuldade respiratória no RN, um adolescente com diagnóstico de pneumotórax inaugural, e uma criança em idade escolar na sala de reanimação com uma crise convulsiva. Durante todas estas situações os pais foram acompanhados, e houve a preocupação de os esclarecer acerca do que estava a acontecer.

Durante os cuidados, prestei cuidados maioritariamente na sala de tratamentos, desde RN aos adolescentes, desenvolvendo intervenções personalizadas. Na maior parte das vezes consegui tranquilizar a criança e família, utilizando a comunicação para explicar o procedimento, compreender os medos (da dor, hospitalização, desconhecido) da criança e família e prepará-las para a realização do mesmo, recorrendo também à negociação e *empowerment*, mobilizando sempre técnicas de comunicação adequadas ao estadió de desenvolvimento. Desenvolvi estratégias de comunicação adequadas a cada criança/jovem e sua família, ao seu estadió de desenvolvimento, cultura e de acordo com o conhecimento que detém. A transmissão de informação assume um papel fundamental na diminuição dos níveis de stress e ansiedade, não só à criança/jovem, mas também à sua família.

Após o diagnóstico das necessidades formativas da equipa feita em colaboração com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe, considerei pertinente desenvolver uma sessão de formação em serviço sobre as competências alimentares no RN e dar a conhecer a escala EFS-VM (Apêndice VI), que se revelou adequada aos cuidados prestados no SUP e às necessidades da equipa de enfermagem.

### **4.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

O percurso na UCIN foi dividido em duas fases: a primeira durante uma semana num Hospital onde era aplicada a EFS-VM, e a segunda no contexto onde exerço funções.

A passagem pelo primeiro local de estágio teve como principal objetivo a observação das práticas ao cuidar do RNPT ou RN de termo com dificuldades na

---

<sup>14</sup> Competência Específica 2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; 2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (OE, 2018)

alimentação. Uma das principais atividades desenvolvidas neste período, foi a realização de uma entrevista exploratória (Apêndice VII) a uma das enfermeiras peritas que colaborou na validação da escala para a população portuguesa, sendo uma das enfermeiras responsáveis pela implementação da escala na UCIN e pela formação em serviço realizada para promover a aquisição das competências alimentares dos RN. Através da entrevista procurei compreender a importância da aplicação da escala na prática dos cuidados ao RN, as principais diferenças sentidas desde que começaram a utilizar a escala na prática de cuidados de enfermagem e os principais constrangimentos e dificuldades sentidos pela equipa na execução da mesma.

Durante a permanência neste contexto destaco a importância de um sistema de registos para a organização dos cuidados de enfermagem, em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros quando refere que é necessária “a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (OE, 2001, p. 18).

No segundo contexto foi realizado um diagnóstico de necessidades de formação dos enfermeiros da unidade, através de entrevistas que permitiram identificar as principais lacunas na avaliação do RNPT para a introdução da alimentação, refletir sobre os conhecimentos da equipa de enfermagem na avaliação das competências oromotoras do RN e sobre a importância da utilização da EFV-VM.

Em conjunto com a enfermeira orientadora e de acordo com a informação recolhida nas entrevistas foi planeada a realização de uma formação sobre a EFS-VM (Apêndice VIII), uma vez que nesta UCIN não é utilizado qualquer instrumento que avalie as competências oromotoras do RN. Como já referido anteriormente, a inexistência de protocolos, normas ou escalas implementadas para a introdução da alimentação, especialmente no RNPT, traduz-se muitas vezes em cuidados que não facilitam a transição para uma alimentação segura.

A partilha de conhecimentos baseados na evidência científica é uma das competências do EE que “colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação” (p.4747) e “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em

contexto de trabalho” (p. 4749), contribuindo para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros<sup>15</sup> (OE, 2019)

Ao realizar este estágio no meu contexto de trabalho consegui, não só treinar a aplicação da escala, como também observar as práticas de outros enfermeiros na avaliação, na implementação de estratégias para promover o desenvolvimento das competências oromotoras do RN. Desta forma, foi possível junto das colegas intervir quanto ao posicionamento mais adequado para a alimentação, na avaliação e identificação dos sinais de prontidão alimentar, na escolha da técnica de alimentação oral mais adequada para o desenvolvimento das competências alimentares e incentivar a participação da família relativamente a todas estas questões.

Nas UCIN temos assistido a uma mudança de cultura para a promoção de cuidados holísticos e neuroprotetores, nomeadamente através de programas como o NIDCAP, cujo principal foco consiste na implementação de cuidados para o desenvolvimento. Este programa pretende a criação de um plano individual de cuidados individualizado para o RN, através de medidas que vão influenciar o seu desenvolvimento e que contribuem para o seu bem-estar, como o ambiente envolvente, a estimulação tátil e sensorial, o método canguru, a contenção do RN, a diminuição da luminosidade e do ruído.

O Modelo Neonatal de Cuidados Centrados no Neurodesenvolvimento (Altimier & Phillips, 2013, 2016) tem por base sete medidas neuroprotetoras centradas nos cuidados para o desenvolvimento, sendo elas o ambiente terapêutico, parceria com as famílias, posicionamento e manipulação, minimização do stress e da dor, proteção da pele, proteção do sono e otimização da nutrição. Este modelo de cuidados para o desenvolvimento do RN este presente durante o estágio, através da negociação de cuidados com a família, onde tento combinar com os pais a melhor altura para os ensinamentos do banho ou para a realização do canguru<sup>16</sup>. Outras atividades implementadas na UCIN passam pela promoção da amamentação, orientações antecipatórias para prevenção de acidentes em casa, demonstração das manobras de engasgamento, da promoção de cuidados para o desenvolvimento e do reforço da importância do sono<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Competência Comum B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019)

<sup>16</sup> Competência específica 3.2. - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais (OE, 2018)

<sup>17</sup> Competência específica 3.1 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; 3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (OE, 2018)

O papel parental fica comprometido com o internamento do RN numa UCIN, uma vez que este é separado fisicamente dos pais e colocado numa incubadora, o que constitui uma barreira importante no contacto com os pais e interfere no seu processo de vinculação (Hockenberry & Barrera, 2014). A presença dos pais na UCIN ainda se mantém restrita dada a pandemia, o que altera a interação RN/família, e, em caso de emergência, os pais têm de se ausentar da unidade, não só devido ao espaço existente, como ao privilégio pela privacidade de outros RN. Contudo, as práticas têm-se modificado, com o objetivo de prestar cuidados individualizados e promotores do desenvolvimento do RN<sup>18</sup>.

Na UCIN senti ainda necessidade de refletir sobre uma situação de cuidados relacionada com a promoção da parentalidade e esperança. Nesta situação foi possível acompanhar uma família de um RN de termo com diagnóstico de encefalopatia hipóxico-isquémica, uma situação de elevada complexidade e que implica cuidados especializados de enfermagem.

A encefalopatia neonatal é definida como um processo de hipóxia e/ou isquemia que pode provocar lesões neuronais e desencadear quadro de coma e convulsões no período perinatal. Um dos tratamentos possíveis é a hipotermia induzida, que consiste no arrefecimento controlado da temperatura corporal do RN, atingindo os 33,5°C durante 72 horas, de forma a diminuir a mortalidade e as sequelas, principalmente a nível cerebral (Graça, et al., 2012). Nesta situação de saúde do RN, pela sua vulnerabilidade associada à condição de saúde; o ambiente físico rodeado de máquinas e de ruídos desconhecidos; e os próprios cuidados que implicam procedimentos invasivos e dolorosos, são vários stressores que interferem com a parentalidade, para além do afastamento do RN dos pais. Durante o acolhimento da família alertamos para estes fatores e para a necessidade de se tentarem abstrair deles. É fundamental providenciar informação precisa sobre os cuidados e procedimentos, responder com sinceridade, esclarecer dúvidas, escutar ativamente os pais sobre as suas expectativas e medos.

A prestação de cuidados promotores da parentalidade, operacionalizou-se nesta situação através da promoção da presença da família, estimulação da vinculação desde a observação do RN e numa fase inicial através do toque, e valorizar a importância das significativas melhorias e conquistas. Apesar do tratamento a que este sujeito, o RN apresenta risco de vida e elevada probabilidade de apresentar

---

<sup>18</sup> Competência específica 3.2. - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais (OE, 2018)



alterações no desenvolvimento, pelo que foi necessária a mobilização de estratégias promotoras de esperança realista<sup>19</sup>. Foi importante trabalhar com esta família a esperança realista, sendo explicada a situação de saúde do RN e a necessidade de necessitar de seguimento em várias consultas, como a de desenvolvimento ou de neurologia, devido às alterações que podia apresentar.

Promover a esperança deve estar intrínseco no cuidar de enfermagem e proporciona a motivação necessária para diminuir o impacto dos stressores no equilíbrio do sistema familiar (Magão, 2012). Algumas das intervenções promotoras de esperança passam pela identificação dos valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos<sup>20</sup>, pela identificação dos recursos da família para enfrentar a doença crónica; ensinar sobre a condição crónica da criança e negociar a participação dos pais nos cuidados, assistindo-os no desempenho do papel parental<sup>21</sup>.

Na UCIN, a EE orientadora do estágio, assume a função de chefe de equipa, tendo a responsabilidade de gestão dos recursos materiais e humanos<sup>22</sup>, mas também do cuidado ao RN e família, pelo que foi de extrema importância, observar a sua prática diferenciada como EESIP para conseguir gerir os cuidados e ainda orientar estudantes da especialidade<sup>20</sup>.

Ainda durante este estágio procurei atividades que contribuíssem para adquirir e desenvolver o meu conhecimento<sup>23</sup> relativamente aos cuidados neuroprotetores do RN, através da frequência no curso *Foudation Toolkit for Family Centred Developmental Care* (FINE1 - Family Infant Neurodevelopment Education), realizado pelo São João NIDCAP Training Center em colaboração o Centro Hospitalar Universitário de São João (Anexo I).

---

<sup>19</sup> Competência específica 3.3. - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais; E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista (OE, 2018)

<sup>20</sup> Competência comum A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019)

<sup>21</sup> Competência específica 1.1. - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (OE, 2018)

<sup>22</sup> Competência Comum C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

<sup>23</sup> Competência Comum D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; D2.1 - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; D2.2- Suporta a prática clínica em evidência científica (OE, 2019)

Outra das atividades foi a presença na Reunião Científica “Pensar em Neonatologia: da Complexidade à Essência dos Cuidados” sob o tema “Qualidade de cuidados: importância da comunicação” (Anexo II), onde foi reforçada a importância da comunicação eficaz nos cuidados de saúde, como uma ferramenta terapêutica poderosa que promove o envolvimento na família nos cuidados e na tomada de decisão consciente e informada<sup>24</sup>, e a presença no 1º Seminário de Investigação do Projeto *NIDCare* com o tema “A Prática Baseada em Evidência: Cuidados Paliativos Neonatais” (Anexo III).

#### **4.4. Unidade de Saúde Familiar**

No contexto da comunidade, o estágio teve lugar numa USF, teve a duração de 4 semanas e ocorreu de 17 de janeiro a 11 de fevereiro de 2022. A USF foi o meu primeiro contacto fora do hospital, e sem ser em contexto de doença ou de internamento, o que constituiu um grande desafio para mim. A USF caracteriza-se pelo método de trabalho de enfermeiro de família, ou seja, cada enfermeiro tem as suas famílias atribuídas. O enfermeiro de família representa uma metodologia de trabalho que visa a prestação de cuidados à família, nos vários processos de saúde/doença, ao longo de todo o seu ciclo de vida, e permite a continuidade de cuidados e a construção de uma relação de confiança entre os elementos da família e os profissionais de saúde.

Esta USF abrange uma população muito diversificada, a nível cultural e socioeconómico, com populações empobrecidas e em risco de exclusão social. Os enfermeiros devem assim compreender estas particularidades e influências sociais, culturais e religiosas, de forma a prestar cuidados personalizados<sup>25</sup>.

O estágio na USF foi fundamental para o desenvolvimento de competências no âmbito da vigilância de saúde e da promoção do desenvolvimento infantil, através da realização de consultas de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil preconizadas no PNSIJ. Estas consultas são realizadas em idades-chave para a avaliação do desenvolvimento físico, psicomotor, emocional e cognitivo, onde se incluí também a

---

<sup>24</sup> Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, das capacidades para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (OE, 2018)

<sup>25</sup> Competência específica 1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2018).

avaliação do estado de saúde e de crescimento, e a qualidade do relacionamento entre os pais e a criança<sup>26</sup>.

Para além das consultas de Saúde Infantil e Juvenil, participei também nas consultas de planeamento familiar com adolescentes entre os 16 e 18 anos de idade, onde foi possível negociar o seu contrato de saúde e promover a autoestima do adolescente, a expressão de emoções e sentimentos, a tomada de decisão responsável nas escolhas relativas à sua saúde e na adoção de comportamentos saudáveis<sup>27</sup>. Em adolescentes acompanhados pelo familiar, era solicitado que aguardasse na sala de espera, no sentido de salvaguardar a privacidade. Para além disso, era referido que eles podiam recorrer ao centro de saúde, para abordar algum assunto, que era sempre tratado de forma confidencial<sup>28</sup>.

Durante o diagnóstico das necessidades formativas foi possível verificar que a mobilização de princípios e técnicas na comunicação com o adolescente era um dos desafios para o percurso formativo, visto ser uma das faixas etárias com quem menos contactei na prestação de cuidados. Senti necessidade assim de proceder à pesquisa bibliografia, nomeadamente a Entrevista ao Adolescente do Guia Orientador de Boas Práticas da OE (2010).

Na consulta a um adolescente com 15 anos procurei temas que eram do seu interesse, como o futebol e os videojogos para facilitar a comunicação. Durante a consulta, foram utilizadas técnicas como as perguntas abertas, a escuta ativa e reflexiva, foram realçados os pontos fortes como a prática de uma atividade desportiva, o futebol, que permitiu introduzir a importância de estabelecer também uma alimentação saudável, visto que a sua dieta incluía quase diariamente refrigerantes e *fast-food*. Apesar disto, foi essencial não realizar juízos de valor, reforçando as suas capacidades, comportamentos positivos e autoestima. Foi colocado espaço para dúvidas e para a expressão de sentimentos e emoções<sup>29</sup>.

---

<sup>26</sup> Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2019).

<sup>27</sup> Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018)

<sup>28</sup> Competência comum A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, A2.1: Promove a proteção dos direitos humanos (OE, 2019)

<sup>29</sup> Competência específica E3.3. - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2018).

A importância de escutar efetivamente o adolescente é fundamental, sendo o enfermeiro necessita deter conhecimentos sobre o seu desenvolvimento e de conhecer estratégias de comunicação. Deve ainda realizar um acolhimento adequado, utilizando uma linguagem simples e realista, demonstrando disponibilidade, assegurando confidencialidade e o direito à privacidade (OE, 2010)<sup>30</sup>.

Dada a minha necessidade em desenvolver competências técnicas, relacionais e comunicacionais no cuidado ao adolescente participai ainda no 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente, subordinado ao tema “Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar” (Anexo IV).

A autonomia da EESIP para agendar uma consulta para vigilância em relação à perda de peso dos RN, evitavam muitas vezes idas ao SU. O acompanhamento do RN e da sua família foi bastante interessante e, por ser um estágio de 4 semanas, permitiu-me realizar uma avaliação mais completa, uma vez que consegui ter contacto com o mesmo RN e com a sua família, em mais do que um momento. Nessa consulta foi possível identificar dificuldades na adaptação à mama, nomeadamente em relação à pega e aos sinais de fome, reforçar a importância da amamentação, promover a vinculação e reforçar a parentalidade, no sentido de reforçar os cuidados que eram prestados<sup>31</sup>.

Este contexto de saúde é privilegiado para uma melhor intervenção na comunidade, quer pelo conhecimento das famílias e da sua trajetória de vida, quer pela noção das necessidades e dos recursos, o que permite aos enfermeiros uma deteção precoce de situações complexas e situações de risco<sup>32</sup>.

Estas consultas iniciam-se com o acolhimento personalizado da criança/família, onde o enfermeiro se desloca à sala de espera e convida a criança/família para o acompanhar até ao gabinete, estabelecendo o início de uma relação terapêutica, aproveitando esse momento para observar a interação entre a criança e família.

Durante a consulta foram desenvolvidas inúmeras estratégias para a minimização da dor e do stress na realização de procedimentos, principalmente na vacinação nos vários grupos etários, utilizando sempre técnicas de comunicação

---

<sup>30</sup> Competência específica 3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2018); Competência Comum A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos (OE, 2019)

<sup>31</sup> Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem; 3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais (OE, 2018)

<sup>32</sup> Competência específica 1 - 1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (OE, 2018)

adequadas ao estadió de desenvolvimento<sup>33</sup>. O brincar foi utilizado durante as consultas como estratégia na comunicação, mas também como estratégia não farmacológica de alívio da dor, principalmente durante a realização de procedimentos dolorosos, como a vacinação. O brincar contribui para a criação de um ambiente de cuidados acolhedor e de confiança, diminuindo o stress e a ansiedade de separação e afastamento do seu ambiente familiar, possibilita à criança/jovem a expressão dos seus sentimentos e emoções, aumenta o sentimento de segurança face a um ambiente desconhecido, minimizando assim o impacto dos stressores identificados.

Foi realizado reforço positivo às crianças/jovens após a vacinação, promovendo o elogio e a recompensa, através de desenhos ou autocolantes. Foram também desenvolvidas intervenções de gestão e alívio da dor, através de estratégias não farmacológicas, nomeadamente intervenções cognitivas, comportamentais, cognitivo-comportamentais, como o reforço positivo, a distração, imaginação guiada, a informação antecipatória (intervenções cognitivas), os exercícios de respiração diafragmática (intervenções comportamentais), a massagem, o posicionamento e aplicação de frio/calor (intervenções cognitivo-comportamentais)<sup>34</sup> (OE, 2010).

A vacinação é uma das principais intervenções dos enfermeiros que trabalham em CSP, sendo da sua responsabilidade a vigilância e monitorização da cobertura vacinal, de forma a obter ganhos em saúde, não só da própria família como da comunidade (MCEESIP, 2013). A intervenção do enfermeiro na prevenção da dor da criança sujeita à vacinação é fundamental para a manutenção do equilíbrio do sistema/cliente. A DGS emanou orientações técnicas sobre a avaliação da dor, recomendando a utilização de diferentes instrumentos de acordo com a idade da criança (DGS, 2010).

Neste contexto a maioria dos procedimentos dolorosos são devidos à vacinação, mesmo noutros procedimentos que constituem um momento de stress para a criança, como a avaliação de tensão arterial. Numa das consultas realizadas a uma família com 2 irmãos com idades aproximadas, foi utilizada a “caixa de brincar” já existente no contexto, e que permitiu, através do brincar, comunicar com as crianças promovendo, e facilitando, a comunicação expressiva de emoções. Esta caixa

---

<sup>33</sup> Competência específica 2 Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade; 2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (OE, 2018)

<sup>34</sup> Competência específica 2 Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade; 2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (OE, 2018)

apresenta um conjunto de brinquedos adequados a cada faixa etária. Tentei sempre ganhar a confiança das crianças, realizando o procedimento primeiro no brinquedo.

Durante a consulta a uma criança de 5 anos, foi necessário realizar a administração de uma vacina, utilizando o brincar e o telemóvel, que permitiu a preparação para o procedimento. Foi negociada a colaboração dos pais na realização do procedimento, uma vez que sua presença promove a diminuição do stress, da ansiedade e do medo, promovendo simultaneamente o reforço da parentalidade. Nos *toddlers*, crianças mais velhas e adolescentes, a utilização de técnicas de distração, através do diálogo, recursos a brinquedos e livros de histórias e a tecnologias, vão ao encontro das recomendações do guia orientador de boa prática (OE,2013).

No âmbito de estratégia não farmacológicas utilizadas na gestão da dor, destaca-se também a amamentação e a utilização da sacarose durante a administração da vacina BCG ou da realização do diagnóstico precoce em RN. Durante a realização do diagnóstico precoce ou na administração de vacinas é prática comum a administração de vacinas ao colo dos pais, se possível com recurso à mama ou a chupeta, com intuito de diminuir os fatores de stress (OE, 2013).

Na consulta do RN, trabalhei aspetos como a promoção da amamentação, e nos casos em que não se verificava a amamentação, eram trabalhadas questões relacionadas com o leite adaptado, dosagem, frequência, modo de preparação e cuidados a ter na preparação. Estas últimas questões foram identificadas como uma problemática na população-alvo, pelo que foi desenvolvido um folheto informativo (Apêndice IX), de forma a sistematizar informação e promover a capacitação parental<sup>35</sup>.

Durante a consulta de enfermagem foi possível aplicar a escala de avaliação do desenvolvimento infantil de *Mary Sheridan* modificada. No decorrer das consultas apliquei a escala, tendo sido realizada uma avaliação para cada estágio de desenvolvimento, através da observação do comportamento da criança, da estimulação realizada com recurso aos brinquedos disponíveis e da entrevista aos pais. O registo dos parâmetros avaliados foi realizado no sistema informático.

Nas consultas, utilizando a escala de *Mary Sheridan* modificada, destaco a avaliação do desenvolvimento de RN, um lactente e uma criança 4 anos de idade, onde foi possível envolvendo os pais, reforcei e valorei os aspetos positivos da

---

<sup>35</sup> Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; 1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (OE, 2018)

avaliação de forma a potenciar a vinculação e para avaliar o desenvolvimento da parentalidade. Ao longo das consultas, a aplicação da escala não foi realizada de uma forma rígida, resultou de uma observação do comportamento da criança. No lactente Na criança mais velha foi possível verificar a exploração do espaço que a rodeava, esta observação permitiu compreender melhor o seu comportamento, uma vez que ela se sentia à vontade.

A avaliação do desenvolvimento infantil permite objetivar e compreender o nível do desenvolvimento da criança e se este se encontra dentro do expectável para a sua faixa etária. Esta avaliação serve como base orientadora da intervenção do EEESIP, seja na orientação dos pais para a estimulação da criança, seja na identificação precoce de alterações do desenvolvimento, que podem carecer de intervenção especializada. Para além disso, desenvolvi estratégias para a promoção do desenvolvimento e para atingir as competências ainda não adquiridas, através do envolvimento e capacitação parental<sup>36</sup>, onde os familiares são informados sobre como potenciar o desenvolvimento do seu filho, nomeadamente quanto à exploração do ambiente, estimulação da linguagem e desenvolvimento de atividades lúdicas que promovam a autonomia progressiva da criança. Outra das estratégias passou por reconhecer utilizadas as potencialidades do seu filho ao invés das limitações, realizando reforço positivo das competências desenvolvidas, promovendo também a vinculação<sup>37</sup>.

O registo dos parâmetros avaliados foi realizado no sistema informático e no boletim individual de saúde infantil. Por exemplo, uma das crianças a qual foi realizada a avaliação do desenvolvimento tinha 3 anos e apresentava alterações ao nível do desenvolvimento da fala e foi realizada a respetiva referenciação.

Em determinados momentos oportunos aproveitei para fornecer orientações antecipatórias de acordo com o PNSIJ (2013), nomeadamente em relação à alimentação, higiene, segurança, e vigilância da saúde, com o intuito a transmitir orientações antecipatórias à família, no sentido de maximizar o potencial de

---

<sup>36</sup> Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (OE,2018)

<sup>37</sup> Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.

desenvolvimento infantil<sup>38</sup>. A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil constitui uma oportunidade privilegiada de intervenção na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação em situações de risco. O diagnóstico de situações de risco, assim como a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas, devem ser numa prioridade (PNSIJ, 2013).

Destaco ainda a realização de uma consulta a uma criança de 2 anos, que foi diagnosticada com drepanocitose e foi necessário gerir o stress dos pais, a sua revolta, bem como prepará-los para o percurso de doença que se seguia, dada a experiência adquirida no contexto de estágio do serviço de internamento de pediatria. Nesta situação foram identificados os stressores que influenciam a parentalidade, neste caso no que respeita ao diagnóstico da doença, foram avaliadas as respostas e as necessidades dos pais, de modo a implementar intervenções que promovam a vinculação e o exercício da parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Neste sentido, foram fornecidas informações sobre a patologia, os recursos existentes na comunidade, os principais sintomas, no tratamento e na importância da gestão diferenciada da dor<sup>39</sup>.

Verifica-se que neste contexto as intervenções de enfermagem se situam ao nível prevenção primária no sentido de capacitar e empoderar os pais de estratégias e conhecimentos que fortaleçam as linhas flexíveis de defesa e diminuam a exposição a stressores. Torna-se assim fulcral que o EEESIP possua uma visão sistémica da família por forma a prevenir situações de desequilíbrio ou rutura do sistema/criança (Neuman & Fawcett, 2011).

Dados os constrangimentos relacionados com a pandemia por Covid19 e à escassez de recursos humanos, não foi possível realizar visitas domiciliares, como estava previsto no meu projeto. Outra das atividades que não foi possível realizar foi a participação em programas no âmbito de saúde escolar, que estavam todos suspensos.

---

<sup>38</sup> Competência específica 3 - 3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (OE, 2018)

<sup>39</sup> Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (OE, 2018). Competência Comum D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica (OE, 2019)



#### 4.5. Consulta de Desenvolvimento Infantil

O último contexto de estágio foi na CDI inserida na consulta externa de pediatria de um hospital, onde foi possível constatar a intervenção da EE na aplicação do processo de enfermagem à criança, jovem e família com fatores de risco identificados. É da competência do EE a avaliação do crescimento e nível de desenvolvimento da criança/jovem, do seu estado de saúde, da educação e, conseqüentemente, o aconselhamento dos pais ou pessoa significativa, de forma a atingir maior autonomia, bem-estar e dignidade (OE, 2010). A respetiva avaliação requer a identificação precoce dos sinais de alerta, que podem determinar alterações desenvolvimento.

Nesta consulta foram aprofundados conhecimentos com base na evidência científica sobre alterações do neurodesenvolvimento e as principais perturbações do desenvolvimento infantil<sup>40</sup>, como os transtornos do comportamento, a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), dificuldades de aprendizagem e perturbações do espectro do autismo.

O SNIPI é um dos programas de intervenção precoce que permite a intervenção em famílias e crianças dos 0 aos 6 anos de idade, que apresentem: alterações nas funções ou estruturas do corpo que influenciam o seu normal desenvolvimento e a participação nas atividades quotidianas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento para a idade e contexto social respetivo; e/ou apresentem um elevado risco de atraso de desenvolvimento pela existência de determinadas condições (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009). Numa das oportunidades de aprendizagem foi realizada a referenciação para o SNIPI de uma criança com 3 anos, foi possível assistir à consulta médica e à avaliação do desenvolvimento de acordo com a escala de Desenvolvimento de *Growing Skills*. Nesta atividade identificou-se a falta de conhecimento que a mãe tinha sobre o crescimento/desenvolvimento do seu filho e a valorização que não atribuía a essas alterações (Apêndice X).

O PNSIJ alerta para a ocorrência de situações de risco ou de maus-tratos, principalmente em crianças/jovens com necessidades especiais, exigindo o desenvolvimento de estratégias de intervenção adequadas por parte dos serviços de saúde (DGS, 2013). A Rede Nacional de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (RNACJR) assegura a adequada transição para outros contextos educativos e

---

<sup>40</sup> Competência comum D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (O2, 2019)

promove os direitos das crianças e jovens, prevenindo a exposição a fatores de risco e detecção de sinais de alarme para a ocorrência de maus-tratos

Destaco a prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/família com doença crónica, dada a complexidade da situação e ao desafio predominante na maximização da sua saúde e potencial de desenvolvimento. Colaborei nas consultas de desenvolvimento, abordando os seus hábitos de vida diária, as preferências alimentares, a escola e se queriam abordar algum assunto na consulta, estabelecendo uma comunicação adequada à idade e estágio de desenvolvimento da criança/jovem e à compreensão dos pais<sup>41</sup>.

A doença crónica tem um forte impacto na família, uma vez que as famílias passam a ter novas responsabilidades e preocupações, como o acesso a outros serviços de saúde, a outros sistemas educacionais, a incertezas quanto ao futuro e a reações da comunidade de estigmatização (McElfresh & Merck, 2014). O EESIP promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, desenvolvendo estratégias e cuidados específicos que contribuam para a melhor adaptação<sup>42</sup>.

Durante este percurso tive oportunidade de aplicar a escala de avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada disponível na plataforma informática. Através, não só dessa escala, com limitação na idade, mas também da realização das outras consultas, é possível orientar e referenciar as crianças/jovens, com dificuldades de aprendizagem, na linguagem ou na aquisição de determinadas competências, para o pediatra do desenvolvimento, que realiza o encaminhamento da situação à restante equipa multidisciplinar, psicólogo, fisioterapeuta ou terapeuta da fala<sup>43</sup>.

Nesta CEDI era realizado seguimento de crianças/jovens que apresentavam excesso de peso, aumentando o risco de desenvolvimento patologias cardiovasculares, podendo influenciar negativamente o seu desenvolvimento. Nestes casos, na consulta eram proporcionados conhecimentos orientados para conhecer os estilos de vida da família, com o intuito de promover as atividades preferidas da criança, para estimular o exercício físico, o estabelecimento de hábitos alimentares e

---

<sup>41</sup> Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem; E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2019).

<sup>42</sup> Competência específica 2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

<sup>43</sup> Competência específica 2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (OE,2018)

rotinas de sono saudáveis<sup>44</sup>. Colaborei ainda na consulta a uma adolescente com diagnóstico de diabetes tipo I, onde foram realizados ensinamentos adequados e fornecido o apoio necessário, de forma a promover a adaptação à doença<sup>45</sup>.

Realizei um folheto informativo para a promoção das competências alimentares no primeiro ano de vida, de acordo com as necessidades do serviço na área da alimentação, adequando o meu projeto de estágio à realidade encontrada (Apêndice XI). A implementação do projeto de capacitação parental é uma das várias atividades desenvolvidas pelas enfermeiras na CDI para proporcionar à família estratégias, conhecimentos, capacidades e habilidades para cuidar do seu filho (prevenção terciária), isto é, permite a estimulação da envolvimento dos pais no crescimento e desenvolvimento da criança/jovem<sup>46</sup>. Apesar de não ter sido possível assistir a nenhuma, devido ao volume de trabalho na consulta, a enfermeira orientadora mostrou-me as sessões e o que era abordado em cada sessão. Para além disso, essas sessões eram adaptadas a cada família, tendo em conta as suas especificidades.

Neste contexto clínico as intervenções promotoras da maximização da saúde da criança, do jovem e da sua família situam-se maioritariamente no nível de prevenção terciária (Neuman & Fawcett, 2011), possibilitando a implementação de estratégias promotoras da adaptação da criança, do jovem e da família à doença crónica<sup>47</sup>.

Ainda durante este estágio estive presente nas XXVII Jornadas de Pediatria no CHULN (Anexo V) onde destaco a discussão sobre impacto da pandemia COVID-19 nos cuidados de saúde em Pediatria e gestão da doença crónica e transição de cuidados.

---

<sup>44</sup> Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; 1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (OE, 2018)

<sup>45</sup> Competência específica 2.5. - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (OE, 2018)

<sup>46</sup> Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; 1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (OE, 2018)

<sup>47</sup> Competência específica 2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (OE, 2018).

## 5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

De acordo com o documento orientador da UC “Estágio com Relatório”, a finalidade desta passa pela conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados ao RN, criança/jovem e à família através do desenvolvimento de competências.

As atividades realizadas e as aprendizagens descritas nos capítulos anteriores, refletem competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, assim como capacidade reflexiva para a tomada de decisão. O fio condutor deste percurso teve por base os objetivos previamente estabelecidos para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP definidas pela OE (2018, 2019).

O desenvolvimento de Competências Comuns e de Competências Específicas de EESIP foram uma constante preocupação ao longo do estágio, nos diferentes contextos. Relativamente às competências Comuns do EE tiveram o seu foco principal na melhoria contínua da qualidade e na gestão dos cuidados. A aquisição e desenvolvimento das mesmas foram concretizados através de uma prática de cuidados que respeitou os direitos da criança, as preferências da criança, do jovem e família e as responsabilidades profissionais, com foco na melhoria da qualidade.

Tendo como linha orientadora os objetivos gerais e específicos definidos, bem como atividades a desenvolver programadas para cada contexto. Os objetivos e atividades definidas visam dar resposta às três áreas de competência do EEESIP: assiste a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde, cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018). De forma atingir os objetivos definidos, foi fundamental a realização do guia orientador das atividades de estágio (Apêndice III).

Relativamente ao primeiro grande objetivo geral do Relatório - **Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP, para a prestação de cuidados à criança, jovem e família, em situação de saúde e/ou doença, nos diferentes contextos de saúde e de acordo com o seu estágio de desenvolvimento**, onde se insere o primeiro objetivo específico - **Analisar as práticas do EEESIP nos vários contextos de saúde**, este foi transversal a todos os contextos de estágio. Neste sentido destaque, a importância de conhecer a dinâmica organizacional, estrutural do contexto de estágio e a identificação de filosofias e modelos orientadores da prática de cuidados. Para a sua concretização, foi realizada uma reunião de apresentação e

discussão das atividades propostas com o enfermeiro chefe e com o EE (orientador), onde foi discutida a finalidade do estágio e do projeto.

Consultei normas/protocolos e projetos existentes nos serviços, observei as práticas de cuidados de enfermagem e da sua metodologia de trabalho. Estas atividades permitiram compreender a dinâmica organizacional. Para além disso, foi importante toda a pesquisa bibliográfica e a atualização do conhecimento<sup>48</sup>.

O segundo objetivo específico - **Prestar cuidados à criança, jovem e família em parceria, com foco na promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento e atendendo ao seu projeto de saúde**, foi também transversal a todos os contextos de estágio. Este foi possível atingir através do acompanhamento e da observação das práticas de cuidados de enfermagem, e através da pesquisa bibliográfica, sobre a gestão diferenciada da dor, sobre o desenvolvimento infantil e estratégias de comunicação nas diferentes faixas etárias<sup>49</sup>.

No internamento de pediatria e na USF destaco o brincar, o “kit sem dói-dói” e a “caixa de brincar”, que permitiu, comunicar com a criança de forma eficaz, possibilitando a expressão de sentimentos e medos. O brincar terapêutico permite minimizar os *stressores* relacionados com os medos dos procedimentos e ansiedade devido à hospitalização (Sanders, 2014), para além disso permite o desenvolvimento de uma relação de confiança. No internamento de pediatria destaco o desenvolvimento de estratégias na gestão diferenciada da dor, através da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, adequadas ao estágio de desenvolvimento do RN, criança e jovem, e de estratégias para a promoção do sono no RN.

No SUP saliento a observação da intervenção do EE na triagem, o aprofundamento de conhecimentos relativas à avaliação da criança/jovem em situação de urgência e emergência, a gestão emocional na preparação para a realização de procedimentos dolorosos, através da identificação de intervenções de enfermagem que visam a gestão do medo e ansiedade;

---

<sup>48</sup> Competência Comum D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica; D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (OE, 2019)

<sup>49</sup> Competência específica 1.1. - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E2.2. - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2018)

No UCIN através do trabalho em parceria com a família, a negociação dos cuidados foi possível promover cuidados promotores da parentalidade e vinculação. A importância de um ambiente neuroprotetor ganhou ainda mais destaque ao longo de toda a experiência de estágio. Os stressores da UCIN vão influenciar a adaptação dos pais e do RN, podendo esta influência ser positiva ou negativa, daí a importância dos cuidados centrados no neurodesenvolvimento. O ambiente da UCIN, embora imprescindível para a sobrevivência do RNPT apresenta uma tecnologia sofisticada que lhe assegura a vida, no entanto inclui a constante exposição à luz, o alto nível sonoro e as muitas intervenções que podem repercutir-se no desenvolvimento inadequado do sistema nervoso central e na maturação dos subsistemas (Chora & Azougado, 2015).

Na USF foi determinante o acompanhamento e participação nas consultas realizadas no âmbito da Saúde e do Desenvolvimento Infantil, que permitiu aplicação da escala de avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada, o desenvolvimento de competências comunicacionais e de estratégias na gestão diferenciada da dor em situações de vacinação.

Por último, na CDI foi possível acompanhar e participar na prestação de cuidados à criança/ jovem e família com alterações no desenvolvimento infantil e aprofundar conhecimentos sobre alterações do neurodesenvolvimento e as principais perturbações do desenvolvimento infantil.

O segundo objetivo geral - **Desenvolver processos de cuidados facilitadores para a promoção das competências alimentares da criança e adolescente, especificamente do recém-nascido, nas diferentes etapas de desenvolvimento e nos vários contextos**, divide-se em dois objetivos específicos - **Adquirir/aprofundar conhecimentos e competências relacionados com a promoção das competências alimentares da criança e jovem e definir as estratégias promotoras das competências alimentares.**

Os diferentes contextos de estágio proporcionaram-me experiências que possibilitaram atingir os objetivos anteriores e identificar intervenções de enfermagem nos três níveis de prevenção, com foco nas competências alimentares.

Na USF foi possível analisar a intervenção de enfermagem ao nível da prevenção primária através de cuidados antecipatórios dirigidos à família capacitando-a e promovendo o seu potencial de saúde (Neuman & Fawcett, 2011; OE, 2011a). Na consulta de vigilância de saúde infantil e pediatria aos RN desenvolvi intervenções da promoção da amamentação e, nos casos em que não se verificava a amamentação,

eram trabalhadas questões relacionadas com o leite adaptado, dosagem, frequência, modo de preparação e cuidados a ter na preparação.

Numa das consultas realizadas foram inicialmente identificadas as necessidades parentais relativamente à alimentação e negociado com os pais estratégias para a promoção da amamentação eficaz, nomeadamente através da identificação dos sinais de fome e do posicionamento do RN para a amamentação. Numa segunda consulta, essa família já se encontrava mais confiante nos cuidados ao filho. O EEESIP através da promoção da amamentação, demonstra competências para favorecer a maximização da vinculação pais/RN (OE, 2018).

No internamento e no SUP as intervenções encontram-se ao nível da prevenção secundária e são dirigidas a crianças e às suas famílias em situação de doença que frequentemente envolvem a necessidade de hospitalização (Neuman & Fawcett, 2011). Na hospitalização da criança/jovem existem inúmeros stressores que vão ter impacto no equilíbrio do sistema cliente/família. Nestes dois contextos anteriores destaco como stressores extrapessoais a separação e afastamento da família, e como stressores interpessoais, os procedimentos dolorosos e a comunicação entre os profissionais de saúde. Desta forma, cabe ao EE a implementação de intervenções para diminuir o impacto destes stressores, através da promoção da adaptação dos pais à doença e hospitalização, fornecer e validar a informação sobre a situação clínica e negociar a sua participação nos cuidados para promover a parentalidade durante a hospitalização (OE, 2018; OE, 2015b).

Na CDI, foram desenvolvidas intervenções ao nível da prevenção terciária, na promoção da adaptação da família à condição crónica. Cabe ao EE implementar e gerir, em parceria, um processo de cuidar, promotor da parentalidade o qual maximize o bem-estar da criança e família, para isso, deve negociar a participação destes ao longo de todo o processo de cuidar, proporcionar conhecimento e aprendizagens individualizadas, nomeadamente ao nível das capacidades e promoção das competências alimentares, promovendo o máximo de independência e bem-estar da criança e família.

As principais atividades desenvolvidas no SUP passaram pela realização de uma sessão de formação sobre as competências alimentares do RN e a EFS-VM para responder às necessidades formativas identificadas. No internamento de pediatria pelo cuidar de RN/lactentes com dificuldades na alimentação e na aquisição da autonomia alimentar. Na UCIN realço a realização de entrevistas exploratórias para identificar necessidades formativas para a operacionalização da sessão

formativa sobre a escala de avaliação das competências oromotoras do RNPT (EFS-VM). Por fim, na USF, destaco a realização de um panfleto, no âmbito da educação para a saúde, sobre a extração e conservação de leite materno, que visa a capacitação parental.

Relativamente à aplicação da EFS-VM, no primeiro nível de prevenção é possível identificar sinais de fome e de prontidão alimentar, podemos destacar aqui a promoção da amamentação e de um ambiente tranquilo e seguro para a alimentação. Ao nível da prevenção secundária realço a importância de detetar sinais de stress durante a alimentação, de forma a intervir rapidamente junto do RN/lactente para que ele se organize e não apresente sinais de stress para continuar a alimentação. No que respeita à prevenção terciária, a avaliação do desenvolvimento das competências alimentação permite a identificação de alterações no desempenho alimentar, pelo que devemos intervir para a sua recuperação.

O planeamento e a realização de sessões de formação (Apêndice VI e VII), pertinentes para a equipa de enfermagem, implicou a avaliação das necessidades da equipa e a mobilização de conhecimentos. A elaboração de folhetos informativos para a família (Apêndice IX e XI), permitiu desenvolver práticas de promoção da capacitação parental. Este processo permitiu o desenvolvimento das competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, e a reflexão contínua sobre a importância destas sessões no âmbito da equipa de enfermagem.

Para além da realização das formações fui convidada como preletora, numa sessão letiva do Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica na ESEL, no Seminário “Instrumentos de Suporte ao Desenvolvimento Infantil” com o tema “Escala de Avaliação das Competências Oromotoras no Recém-Nascido” (Anexo VI), que vai ao encontro do desenvolvido durante este percurso formativo. Fui também formadora convidada no Curso “Procedimentos Neonatais” pelo Centro de Formação no Curso “Procedimentos Neonatais” (Anexo VII).

No domínio da gestão de cuidados tive a oportunidade de acompanhar as enfermeiras orientadoras responsáveis pela gestão dos recursos humanos e materiais, colaborando na gestão de equipamentos, no controlo e monitorização da terapêutica. Outra das intervenções passou pela articulação na equipa de saúde com os restantes recursos na comunidade, nomeadamente o SNIPI.

No que concerne às Competências Específicas do EESIP, e à primeira competência “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, transmiti informação sobre a situação de saúde da criança, promovi a negociação da



participação parental nos cuidados, envolvendo os mesmos na tomada de decisão sobre os cuidados aos seus filhos. Para além da promoção do papel parental a família foi considerada como parceira no cuidar, tendo envolvido os pais nos cuidados e apoiado nas situações mais stressantes. Durante os estágios contactei com crianças/jovens com várias idades, estabelecendo sempre uma comunicação adequada ao seu desenvolvimento e à sua cultura.

Relativamente à competência “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, a minha intervenção esteve presente sobretudo ao nível da avaliação e gestão da dor. Esta avaliação baseou-se na aplicação de escalas apropriadas e de medidas farmacológicas e não farmacológicas, reavaliando os resultados da intervenção com base nas respostas da criança/jovem, e nos protocolos existentes nos diferentes serviços. Os ensinamentos à família no âmbito da gestão da dor, visou a participação e o envolvimento nas decisões em relação à terapêutica, garantindo a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor.

Quanto à competência “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” destaco o suporte emocional e informativo à criança/família, com vista à minimização do stress e ansiedade, estabelecendo uma relação terapêutica, baseada na confiança e na promoção de esperança.

Por último, a competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, foi desenvolvida através da promoção do envolvimento e participação dos pais nos cuidados, com a transmissão de orientações antecipatórias e através de uma comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem. A avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil foi desenvolvida também a partir da aplicação da escala de *Mary Sheridan*.

Este percurso formativo evidencia o desenvolvimento de competências EEESIP através da capacidade de adaptação nos diferentes contextos de cuidado, com aumento progressivo da exigência, o que me permitiu a prática de intervenções de enfermagem nos vários níveis de prevenção ao cliente e família, maximizando o seu potencial de desenvolvimento e saúde.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS**

O presente percurso formativo contribuiu para o meu desenvolvimento profissional como EE, de acordo com o preconizado pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018).

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman contribuiu para orientar as atividades e atingir os objetivos propostos, ajudando a obter uma perspetiva sistémica e a refletir sobre os processos de saúde-doença. Este modelo permitiu compreender de que forma os enfermeiros intervêm para diminuir ou evitar a exposição a stressores que se encontram no ambiente e que influenciam o equilíbrio do sistema.

A elaboração deste relatório representa o culminar desse percurso e das aprendizagens resultantes da reflexão e análise crítica sobre as experiências vivenciadas ao longo de todo o estágio, o que permitiu consolidar conhecimento e tornar as intervenções realizadas mais conscientes. Os contextos de estágio escolhidos contribuíram para a aquisição de conhecimentos que permitiram desenvolver competências para prestação de cuidados de nível avançado à criança, jovem e família, em situação de saúde e/ou doença, nos diferentes contextos de saúde e de acordo com o seu estágio de desenvolvimento.

Com a realização deste relatório consegui dar resposta a um problema real sentido na prática de cuidados, com o intuito de melhorar os resultados em saúde, baseados na melhor evidência disponível, através do desenvolvimento de práticas de cuidados ao RNPT e sua família para o desenvolvimento das competências alimentares, sem prejuízo do seu neurodesenvolvimento.

A intervenção do EE na introdução da alimentação oral do RNPT torna-se uma das intervenções mais complexas dos cuidados neonatais. Nesse sentido, pretendo potenciar e capacitar os enfermeiros na identificação das competências para a introdução da alimentação oral dos RNPT para promover, de forma eficiente e segura, práticas que permitam iniciar a alimentação oral o mais precocemente possível de acordo com os sinais neurocomportamentais do RN. As intervenções na alimentação oral devem estar assentes em protocolos bem definidos, suportados por ferramentas de avaliação estruturadas, que facilitem a avaliação objetiva das competências do RNPT durante todo o processo de alimentação.

Este percurso traz com ele a responsabilidade de ser agente de mudança e referência na prática. Os projetos futuros visam dar continuidade às atividades desenvolvidas durante o percurso formativo como EEESIP, destacando a importância

da promoção das competências alimentares do RNPT ou do RN com dificuldades na aquisição da autonomia alimentar. Assim, pretendo continuar a contribuir para o desenvolvimento de um programa de formação no meu serviço sobre as competências alimentares do RN, através da continuação da formação em serviço, da revisão de normas/protocolos, da implementação da escala EFS-VM no serviço e na sua integração no sistema de informação hospitalar.

Este foi um percurso muito enriquecedor tanto ao nível profissional como pessoal do qual fica a vontade e a expectativa de conseguir trazer mudanças para a prática, adequando da melhor forma os cuidados às necessidades dos RN, com base na melhor evidência científica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Revista Referência*, 6, 53-59.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14 (3), 373–382. DOI: 10.1590/S0104-07072005000300008.
- Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9<sup>th</sup> edition). Elsevier Mosby.
- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229-243. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(198224\)3:4<229::AID-IMHJ2280030405>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198224)3:4<229::AID-IMHJ2280030405>3.0.CO;2-H)
- Als, H. (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 6(3-4), 3-53. [https://doi.org/10.1080/J006v06n03\\_02](https://doi.org/10.1080/J006v06n03_02)
- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230-244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Altimier, L., Kenner, C., & Damus, K. (2015). The Wee Care Neuroprotective NICU Program (Wee Care): The Effect of a Comprehensive Developmental Care Training Program on Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care of Premature Neonates. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15(1), 6–16. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.01.006>
- Askin, D. F., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In Hockenberry, M., & Wilson, D. WONG, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9<sup>a</sup> ed., Vol 1, pp.331-411). Loures: Lusociência.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics* (2<sup>nd</sup> edition). Springer Publishing Company.

- Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058-1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Chora, M., & Azougado, C. (2015). Influência da Promoção do Sono no Desenvolvimento do Recém-Nascido Pré-Termo: Uma Revisão Narrativa. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1 (3), 357-371;
- Chrupcala, K. A., Edwards, T. M., & Spatz, D. L. (2015). A Continuous Quality Improvement Project to Implement Infant-Driven Feeding as a Standard of Practice in the Newborn/Infant Intensive Care Unit. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 44(5), 654–664. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12727>
- Cole, S. (2014). *Desafios da amamentação facilitados para recém-nascidos prematuros: o guia para enfermeiros e consultores de lactação*. Nova Iorque, NY: Springer Publishing Company.
- Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P., & Simmons, L. (2006). *Partnering with Patients and Families to Design a Patient- and Family-Centered Health Care System: A Roadmap for the Future*. Wisconsin Avenue: Institute for Family-Centered Care.
- Cormier, D. M. (2015). A Review of the Principles and Benefits of Cue- Based Feeding A Review of the Principles and Benefits of Cue-Based Feeding. *DNP Forum*, 1(1). Retrieved from: <https://fisherpub.sjfc.edu/dnpforum/vol1/iss1/5>
- Coughlin, M. E. (2017). *Trauma-Informed Care in the NICU*. In *Trauma-Informed Care in the NICU*. New York, USA: Springer Publishing Company.
- Crowe, L., Chang, A., & Wallace, K. (2016). Instruments for assessing readiness to commence suck feeds in preterm infants: effects on time to establish full oral feeding and duration of hospitalisation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016(8), 1-22. doi:10.1002/14651858.CD005586.pub3
- Coughlin, M. E. (2017). *Trauma-Informed Care In The NICU - Evidence-Base Practice Guidelines For Neonatal Clinicians*. Springer Publishing Company, LLC
- Decreto-Lei n.º281/2009 de 6 de Outubro (2009). *Diário da República I Série*, Nº 193 (06-10-2009) 7298-7301.
- Direção Geral de Saúde (2011). *Maus-Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. [http://spp.pt/UserFiles/file/Noticias/Guia\\_Maus\\_tratos.pdf](http://spp.pt/UserFiles/file/Noticias/Guia_Maus_tratos.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.

- Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Norma N.º 002/2018. Sistemas de Triagem de Serviços urgência e Referenciação Interna Imediata. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Curado, M. A. S., Marôco, J. P., Vasconcellos, T., Gouveia, L. M., & Thoyre, S. (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 131-142. <https://doi.org/10.12707/RIV16070>
- Harding, C., Mynard, A., & Hills, E. (2018). Identification of premature infant states in relation to introducing oral feeding. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(2), 104–110.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspectivas de Enfermagem Pediátrica. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Freese, B.T. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (Autores). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ªed., pp. 335-375). Loures: Lusociência.
- Fucile, S., Gisel, E., Mcfarland, D. & Lau, C. (2011). Oral and non-oral sensorimotor interventions enhance oral feeding performance in preterm infants. *Development Medicine et Child Neurology*, 53 (9), 29–835.
- Gelfer, P., McCarthy, A., & Spruill, C. T. (2015). Infant Driven Feeding for Preterm Infants: Learning Through Experience. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15(2), 64–67. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.04.004>
- Gennattasio, A., Perri, E. A., & Baranek, D. (2015). Contact Hours Oral Feeding. *Journal of Pediatric Nursing*, 40(2).
- Graça, A., Pinto, F., Vilan, A., Dinis, A., Sampaio, I., Matos, C., . . . Neves, F. (2012). Consenso Nacional da Secção de Neonatologia. *Hipotermia Induzida No Tratamento Da Encefalopatia Hipoxico-Isquémica Neonatal*.
- Jorge, A. (2004). Família e Hospitalização da Criança (Re)pensar o Cuidar em Enfermagem. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Karlsson, K., Englund, A. C., Enskär, K., & Rydström, I. (2014). Parents' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9, 23759. DOI:10.3402/qhw.v9.23759.
- Kolb, D. A. (1984). (*Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*) By Kolb, David A. (Author) Paperback on. December. [https://www.researchgate.net/profile/David\\_Kolb/publication/235701029\\_Experiential\\_Learning\\_Experience\\_As\\_The\\_Source\\_Of\\_Learning\\_And\\_Development/links/00b7d52aa908562f9f000000/Experiential-Learning-Experience-As-TheSource-Of-Learning-And-Development.pdf](https://www.researchgate.net/profile/David_Kolb/publication/235701029_Experiential_Learning_Experience_As_The_Source_Of_Learning_And_Development/links/00b7d52aa908562f9f000000/Experiential-Learning-Experience-As-TheSource-Of-Learning-And-Development.pdf)
- Lau, C. (2016). Development of infant oral feeding skills: What do we know? *American Journal of Clinical Nutrition*, 103(2), 616S–621S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.109603>
- Macedo, I., Alexandrino, A. M., Pissarra, S., & Cardoso, M. (2014). Nutrição Entérica Na Criança Nascida Pré-Termo : Revisão Do Consenso Nacional. *Acta Pediatr Port*, 45(4), 326–339.
- Magão, M. T. (2012). Práticas promotoras de esperança dos pais de crianças com doença crónica. In M. L. Basto, *Cuidar em enfermagem – Saberes da prática*. (1ª ed., pp. 49-106). Coimbra: Formasau.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros [MCEESIP-OE]. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf)
- McElfresh, P., & Meck, T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente* (897-930). Loures: Lusociência;
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). The Betty Neuman Model. (L. Alexander, Ed.) (5th ed.). Pearson Education.
- Ordem Dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2009). Cadernos Temáticos: Modelo de desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE), (2010). Guia orientador de boa prática: entrevista ao adolescente. Promover o desenvolvimento Infantil da Criança. Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Série 1: nº1: vol. 1. (pp. 11-61). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). Regulamento n.º 351/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República, 2.ª Série, 119*, 16660-16665. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2.ª série, 133*, 19192-19194. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série, 26*, 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Oliveira, A., Cunha, M., Ferreira, L., Figueiredo, H., Cadete, A. & Machado, M. C. (2008). Cuidar para o desenvolvimento: intervenção no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. *EssFisiOnline: Desenvolvimento Profissional*, 44-61. [http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol4n2/pdfs/desenvprof\\_recem\\_nascido.pdf](http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol4n2/pdfs/desenvprof_recem_nascido.pdf)
- Pados, B. F., Park, J., & Estrem, H. (2016). Evidence-Based Practice Brief Assessment Tools for Evaluation of Oral Feeding in Infants Younger Than 6 Months, *16*(2), 143–150. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000255>
- Pickler, R. H. (2004). A Model of Feeding Readiness for Preterm Infants. *Neonatal Intensive Care, 17*(4), 31–36.



- Phillips, L. A. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), pp. 9 - 22. doi:10.1053/j.nainr.2012.12.002
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, 2012). Unidade de vigilância Pediátrica, SCPE - Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos. Crianças nascidas entre 2001 e 2005.
- Shaker, C. S. (2013). Cue-Based Feeding in the NICU: Using the Infant's Communication as a Guide. *Neonatal Network: The Journal of Neonatal Nursing*, 32(6), 404–408. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.32.6.404>
- Thoyre, S. M., Pados, B. F., Shaker, C. S. & Fuller, C. (2018). Psychometric properties of the early feeding skills assessment tool. *Adv Neonatal Care*, 18(5), E13-E23. doi:10.1097/ANC.0000000000000537
- Thoyre, S. M., Shaker, C. S., & Pridham, K. F. (2005). The early feeding skills assessment for preterm infants. *Neonatal Network*, 24(3), 7-16. doi:10.1891/0730-0832.24.3.7
- Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Zinoni, M. M., Herrero, L. C., Lamuño, D. G., & Terán, I. C. (2021). Traducción y estudio de propiedades métricas de la herramienta *Early Feeding Skills Assessment* en el nacido prematuro. *Anales de Pediatría*, 95(2), 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05>

**APÊNDICES**

**Apêndice I – Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem**

## Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

### Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

#### Competência E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Descritivo: considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado <1 >4
<p><b>E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</b></p> <p>E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p>	<p>Na unidade de Neonatologia onde exerço funções os cuidados são centrados no recém-nascido e família. Presto cuidados à família, envolvendo-a nos mesmos. Vejo a família como parceria de cuidados, promovendo a parentalidade ao longo de todo o internamento, incentivando-a à participação ativa nos cuidados. Os cuidados prestados têm em conta o contexto familiar, as suas crenças e valores e os recursos disponíveis na comunidade.</p> <p>Necessito desenvolver a comunicação com crianças/adolescentes, em outros estádios de desenvolvimento. Apesar de ter experiência em contexto de estágio na licenciatura, como enfermeira num curto período de tempo no serviço de urgência pediátrica e também em contexto de internamento de adulto, onde intervim junto de jovens adultos.</p> <p>Não tenho muita experiência na participação em programas de intervenção escolar, no trabalho na comunidade e na inclusão de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3__X___4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3__X___4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2___X__3_____4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2___X__3_____4</p> <p>Observações:</p>

<p><b>E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</b></p> <p>E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.</p> <p>E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>	<p>Em relação à Neonatologia demonstro as competências pretendidas.</p> <p>Necessito de desenvolver esta competências para as restantes idades. Na teoria demonstro os conhecimentos pretendidos, contudo necessito de adquirir experiência na prática.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p>
---	---	--

## Competência E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo - Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
<p><b>E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</b></p> <p>E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.</p> <p>E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.</p> <p>E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.</p>	<p>Diariamente sou confrontada no meu exercício profissional com situações de instabilidade, identificando rapidamente a situação, estabeleço prioridades nos meus cuidados e intervenho mobilizando os conhecimentos necessários.</p> <p>Aplico conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.</p> <p>A par das outras unidades de competência necessito de adquirir experiência no contexto pediátrico. Contudo penso que a minha experiência em internamento de adultos me ajudou a adquirir competências de comunicação com o jovem adulto.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Observações:</p>
<p><b>E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</b></p> <p>E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem.</p> <p>E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.</p> <p>E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.</p>	<p>Na minha prestação de cuidados tenho sempre em conta o bem-estar do recém-nascido, aplicando várias medidas não farmacológicas para alívio de dor e, quando necessário, medidas farmacológicas.</p> <p>Apresento também os conhecimentos teóricos para mobilizar em situação clínica nos grupos etários. Assim como reconheço a importância da avaliação e gestão da dor e de encontrar estratégias para alívio da dor.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Observações:</p>

<p><b>E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.</b>  E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas.  E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.</p>	<p>Esta unidade de competência está em constante desenvolvimento. Sempre que necessário procuro evidência científica sobre novas doenças, assim como procuro responder às necessidades da criança/família de acordo com a sua patologia, prestando cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>O encaminhamento destas situações de cuidados especiais é de extrema importância, assim como o trabalho em equipa multidisciplinar.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios  1_____2_____3___X___4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito  1_____2_____3___X___4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica  1_____2_____3___X___4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)  1_____2_____3___X___4</p> <p>Observações:</p>
<p><b>E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.</b>  E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem.  E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem.  E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar</p>	<p>Reconheço a importância da musicoterapia como terapia complementar na prática de enfermagem.  O enfermeiro é responsável e autónomo para a mobilização de terapias complementares, baseado na melhor evidência científica disponível e fundamentando as suas intervenções para garantir e promover o bem-estar da criança.</p> <p>A experiência em relação à aplicação e mobilização de outras terapias de enfermagem necessita ser desenvolvida.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios  1_____2_____3___X___4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito  1_____2___X___3_____4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica  1_____2___X___3_____4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)  1_____2___X___3_____4</p> <p>Observações:</p>

<p><b>E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</b></p> <p>E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.</p> <p>E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.</p> <p>E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.</p> <p>E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário.</p> <p>E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.</p> <p>E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.</p>	<p>Na neonatologia já experienciei situações de doença crónica, doença oncológica e deficiência/incapacidade. Procuro adequar o suporte familiar e comunitário necessário, e encontrar estratégias para promover a esperança</p> <p>Não tenho muita experiência destas situações com outras crianças/jovens, principalmente para capacitá-los para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3___X___4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3___X___4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2___X___3_____4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____X_3_____4</p> <p>Observações:</p>
---	--	--



### E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Descritivo - Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
<p><b>E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</b></p> <p>E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p>	<p>Ao exercer funções na neonatologia desempenho um papel de extrema importância para alertar os cuidadores para a promoção e maximização do potencial de desenvolvimento.</p> <p>As intervenções neuroprotetoras são fundamentais para promover o desenvolvimento dos RN e prevenir lesões neurológicas e/ou comportamentais.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Observações:</p>
<p><b>E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.</b></p> <p>E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade.</p> <p>E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo.</p> <p>E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.</p> <p>E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN.</p> <p>E3.2.5 — Promove a amamentação.</p> <p>E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.</p> <p>E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.</p>	<p>Nesta competência penso demonstrar no exercício das minhas funções os objetivos pretendidos.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1____ 2____ 3__ X__ 4</p> <p>Observações</p>

<p><b>E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</b>  E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.  E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.  E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>	<p>A unidade onde exerço funções recebe famílias de várias culturas, o que aumentou o meu conhecimento sobre as mesmas e para a implementação de estratégias e técnicas de comunicação.</p> <p>Procuo desenvolver mais competências comunicacionais de acordo com o seu estágio de desenvolvimento.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios  1_____ 2_____ 3___ X ___ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito  1_____ 2_____ 3___ X ___ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica  1_____ 2___ X ___ 3_____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)  1_____ 2___ X ___ 3_____ 4</p> <p>Observações:</p>
<p><b>E3.4 — Promove a autoestima do adolescente e a sua auto -determinação nas escolhas relativas à saúde.</b>  E3.4.1— Facilita a comunicação expressiva de emoções.  E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário.  E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.  E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável.  E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.</p>	<p>Esta será uma competência bastante desafiante.</p> <p>Necessito desenvolver a comunicação com adolescentes, apesar de ter experiência em contexto de estágio na licenciatura, como enfermeira num curto período de tempo no serviço de urgência pediátrica e também em contexto de internamento de adulto, onde interviro junto de jovens adultos.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios  1_____ 2_____ 3___ X ___ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito  1_____ 2_____ 3___ X ___ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica  1_____ 2___ X ___ 3_____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)  1_____ 2___ X ___ 3_____ 4</p> <p>Observações:</p>

**Notas Finais**

Estudante \_\_\_\_\_

## **Apêndice II - Cronograma de Estágio**

# CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

ANOS	2021										2022									
MESES	OUTUBRO			NOVEMBRO				DEZEMBRO			JANEIRO				FEVEREIRO					
DIAS	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	FÉRIAS NATAL	3	10	17	24	31	7	14	21	
	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17		7	14	21	28	4	11	18	25	
SEMANAS	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª		11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	
Internamento de Pediatria	■																			
Serviço de Urgência				■																
Unidade Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN)										■			■							
Centro de Saúde – Unidade de Saúde Familiar (USF)														■						
Consulta de Desenvolvimento																			■	
Elaboração e Apresentação do Relatório Final	■												■							

Legenda:

■ Atestado médico

**Apêndice III – Guia orientador das atividades de estágio**



**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Enfermagem Saúde Infantil e**  
**Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO**

**Inês Alexandra Martins Quental**

  
**Lisboa**  
**2022**

## ÍNDICE

<b>Introdução</b>	<b>3</b>
<b>1. Enquadramento teórico</b>	<b>4</b>
<b>2. Objetivos e atividades de estágio</b>	<b>8</b>
<b>Referências bibliográficas</b>	<b>19</b>

## Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, foi proposta a elaboração de um guia orientador das atividades de estágio com o objetivo de orientar e promover a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) no que respeita à prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família.

O projeto intitula-se “**Promoção das competências alimentares do recém-nascido: intervenções centradas no neurodesenvolvimento**”. Este projeto surgiu por necessidade pessoal relacionada com a prestação de cuidados no meu contexto de trabalho, com vista à melhoria contínua do cuidado de enfermagem e à aquisição de novos conhecimentos. A problemática identificada surgiu pela dificuldade sentida na prestação de cuidados ao recém-nascido pré-termo (RNPT) ou no RN com dificuldades na alimentação e que necessita adquirir competências alimentares para obter autonomia alimentar.

A intervenção do enfermeiro é fundamental para que a aquisição das competências alimentares do RN seja realizada de forma uniforme e por toda a equipa, baseada na melhor evidência disponível e sustentada na existência de protocolos, normas ou escalas sobre esta temática. Assim, pretendo contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, com recurso e fundamento na melhor evidência, refletindo os cuidados, identificando lacunas e problemáticas numa perspetiva de evolução, melhoria e ganhos em saúde, promovendo a uniformização de cuidados e elaborando orientações práticas.

O presente trabalho está estruturado em três capítulos: enquadramento (breve justificação da problemática); objetivos e atividades em cada contexto de estágio; e, por fim, as referências bibliográficas. A elaboração deste guia respeita as normas da *American Psychological Association* (APA – 7ª edição), no que diz respeito à referenciação bibliográfica e organização estrutural.



## 1. Enquadramento teórico

Atualmente constata-se uma significativa diminuição da mortalidade e morbidade neonatal, tanto em recém-nascidos (RN) de termo como nos pré-termo (PT). A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, 2012) refere que nascem anualmente, em todo o mundo, 15 milhões de prematuros, ou seja, 1 em cada 10 bebés nasce prematuro. Assim, a ocorrência de um parto prematuro é um acontecimento cada vez mais frequente, a probabilidade de sobrevivência e a viabilidade dos RN têm vindo a aumentar, essencialmente devido ao avanço científico e tecnológico, com o aparecimento de novas técnicas e tratamentos inovadores (Oliveira et al., 2008). A sobrevivência dos RNPT aumentou significativamente nas últimas décadas, pelo que as complicações da prematuridade se tornaram cada vez mais comuns devido à maior taxa de sobrevivência e ao aumento do tempo de internamento nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) (SPP, 2012).

O nascimento prematuro está associado a numerosas complicações agudas relacionadas com a imaturidade fisiológica, mas o RNPT é vulnerável para efeitos a longo prazo relacionados com o neurodesenvolvimento, que contribuem para um maior número de doenças crónicas relacionadas com prematuridade na vida adulta. A evolução científica, tecnológica e da disciplina de enfermagem tem ganho preponderância no cuidado ao RNPT, sendo que nas UCIN temos assistido a uma transformação na mudança de cultura para a promoção de cuidados neuroprotetores para o desenvolvimento.

A evidência disponível mostra que é efetivamente importante que a sociedade, os profissionais de saúde e os cuidadores reconheçam a necessidade de alterar a forma como se cuida dos RN internados nas UCIN de forma a protegê-los do ambiente agressivo e stressor que caracteriza as mesmas. As intervenções dos cuidadores devem focar-se nas necessidades dos RN e da sua família, promovendo cuidados não-traumáticos (Coughlin, 2017), de forma a diminuir as experiências negativas e a promover experiências positivas. Als (1982), Anne Casey (1988), Altimier e colegas (2013), Coughlin, (2017), referem que a combinação de medidas de proteção e promoção do desenvolvimento deverão ser implementadas de forma a promover o saudável neurodesenvolvimento dos RN e assim, fomentar um futuro melhor, mais saudável para a criança, família e sociedade.

O nascimento de um RN doente ou prematuro condiciona o estabelecimento da vinculação pais/bebé, pelo distanciamento criado através do internamento destes recém-nascidos nas UCIN o que lhes provoca um elevado sofrimento. Porém este acontecimento não deve prejudicar o desenvolvimento emocional e psicológico da criança e sua família,

devendo o enfermeiro intervir como facilitador no estabelecimento da relação precoce pais/bebé e orientar os pais a manter o contacto regular com o seu filho (Jorge, 2004).

O desenvolvimento do conhecimento científico permitiu reconhecer o RN como um indivíduo singular, com necessidades únicas e que necessitava de intervenções promotoras do seu desenvolvimento – Cuidado Holístico. Em 1973, Brazelton e colaboradores desenvolveram a Neonatal Behavior Assessment Scale (NBAS) – que permite a avaliação neuro-comportamental do RN e a prestação de cuidados individualizados envolvendo os pais nos mesmos e reforçando a sua importância no que respeita ao desenvolvimento saudável (Hauser-Cram, Nugent, Thies, & Travers, 2014). Em 1982, Heidelise Als desenvolve a Teoria Sinativa do Desenvolvimento permite a compreensão da relação entre os vários subsistemas do organismo (autonómico, motor e estágio de auto-regulação/ interação) e o desenvolvimento dos RNPT e em 1994, baseando-se nos estudos de Brazelton, desenvolve o programa NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care Assessment Program) onde apresenta um conjunto de cuidados individualizados, neuroprotetores, focados nas necessidades do bebé e da família (Als, 2009).

A Teoria Sinativa do Desenvolvimento (Als, 1982) que descreve a organização comportamental do RN e o seu desenvolvimento em relação ao equilíbrio, a interação da criança com o ambiente e os seus subsistemas neurocomportamentais. Derivada desta interação e dos estímulos do meio ambiente, o RN responde com sinais de aproximação ou retraimento, no primeiro o RN está disponível para a interação ou para o estímulo, enquanto no segundo o RN está sujeito a um evento que lhe causa stress, ou seja, a uma estimulação excessiva (Als, 2009).

De modo a estabelecer uma linha orientadora da prática nas UCIN foi desenvolvido por Altimier e Phillips (2013) o “Modelo Neonatal de Cuidados Centrados no Neurodesenvolvimento”. Este modelo tem por base sete medidas neuro-protetoras centradas nos cuidados para o desenvolvimento, sendo elas o ambiente terapêutico, a parceria com as famílias, o posicionamento e manipulação, a minimização do stress e da dor, a proteção da pele, a proteção do sono e a otimização da nutrição.

A otimização da nutrição, preconiza como principais objetivos, assegurar uma alimentação funcional, estimulante e apropriada ao estágio de desenvolvimento; aprimorar a nutrição pela individualização de todas as práticas de cuidados com a alimentação, prevenir as aversões orais com garantia de uma experiência positiva para o bebé, capacitar mãe na promoção e autonomia da amamentação. Como intervenções a implementar

devemos facilitar e promover o contacto pele-a-pele, fornecer suporte à mãe na estimulação e extração de leite, minimizar a estimulação perioral negativa (adesivos e sondas), promover a sucção não nutritiva (SNN) na mama ou utilizar uma chupeta durante a alimentação quer seja por gavagem ou perfusão, fornecer o sabor e cheiro do leite materno durante as alimentações, priorizar a qualidade da estimulação por via oral em vez de quantidade (Altimier & Phillips, 2013).

A alimentação oral do RNPT é uma das intervenções mais complexas e, na maioria das vezes, este apresenta dificuldades no estabelecimento desta competência. Não só por ser complexa, mas também pelas características fisiológicas inerentes ao RNPT (Curado, Maroco, Vasconcellos, Gouveia & Thoyre, 2017). A avaliação das competências para a alimentação oral é de extrema importância para a introdução da alimentação oral com segurança no RN, sendo um dos marcos mais desafiantes no desenvolvimento do RNPT (Crowe, Chang & Wallace, 2016).

A dificuldade na alimentação oral do RNPT é uma problemática identificada por vários autores, uma vez que tem impacto não só no crescimento e desenvolvimento do RN, mas é também um motivo de adiamento de alta das UCIN (Lau, 2016).

Obter sucesso na alimentação oral é também promover uma experiência nutritiva positiva para o bebé. É fundamental que os profissionais de saúde possuam um conhecimento aprofundado sobre o desenvolvimento das competências da alimentação oral de RNPT, a fim de otimizar a segurança na administração do leite e capacidade na transição eficiente para a alimentação oral (Lau, 2016).

Lau (2016) refere que a transição do RN para a alimentação oral é uma das preocupações primárias dos cuidadores, no entanto, este não identifica critérios que permitam avaliar a prontidão do RN e a alimentação oral é introduzida à base de “tentativa-erro”. Os RN demonstram prontidão diferente para a alimentação oral e, durante a alimentação, não são sempre consistentes no que diz respeito à sua competência, os que não estão prontos para a alimentação oral estão em maior risco de fazer pneumonia de aspiração, readmissão na UCIN, fadiga, dispêndio maior de energia, hipoxia, bradicardia e apneia de deglutição (Crowe, Chang & Wallace, 2016). Isto vem reforçar a importância de ter uma escala que avalie a prontidão para a alimentação oral, a tolerância à alimentação e a recuperação do RN após alimentação.

Concluindo, é essencial promover o desenvolvimento das competências alimentares e como estas permitem ajudar o RN a atingir ou manter a sua estabilidade ao nível da

alimentação oral, uma vez que esta é uma das competências que o RN pode adquirir ou desenvolver após o seu nascimento.

A existência de protocolos ou *guidelines* que orientam a prática, parece ser uma mais-valia para auxiliar na avaliação das competências do RN e, por conseguinte, permitir a obtenção da prontidão alimentar e a alta precoce. A destacar que a identificação dos sinais de prontidão alimentar e a avaliação das competências alimentares do RN são intervenções autónomas do enfermeiro, pelo que podem ter uma função facilitadora no momento de transição para a alimentação oral.

## **2. Objetivos e atividades de estágio**

O presente percurso formativo pretende contribuir para a reflexão dos cuidados de enfermagem prestados à criança, jovem e família em situações de saúde/doença, nos diferentes contextos. No âmbito do projeto formativo foram delineados os seguintes objetivos (gerais e específicos) para aprofundar e desenvolver as competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de EEESIP.

- 1) Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP, para a prestação de cuidados à criança, jovem e família, em situação de saúde e/ou doença, nos diferentes contextos de saúde e de acordo com o seu estágio de desenvolvimento:**
  - a) Analisar práticas de EEESIP nos vários contextos de saúde;
  - b) Prestar cuidados à criança, jovem e família em parceria, com foco na promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento e atendendo ao seu projeto de saúde.
  
- 2) Desenvolver processos de cuidados facilitadores da promoção das competências alimentares da criança e adolescente, especificamente do recém-nascido, nas diferentes etapas de desenvolvimento e nos vários contextos de cuidados de saúde.**
  - a) Aprofundar conhecimentos e competências relacionados com a promoção das competências alimentares do RN, criança e jovem;
  - b) Definir as estratégias promotoras das competências alimentares.

## Objetivo Geral

1) Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP, para a prestação de cuidados à criança, jovem e família, em situação de saúde e/ou doença, nos diferentes contextos de saúde e de acordo com o seu estágio de desenvolvimento

Objetivo específico	Instituição	Duração	Atividades
<b>Analisar as práticas do EEESIP nos vários contextos de saúde.</b>	Transversal a todos os contextos de estágio	11/10/2021 a 25/02/2022	<ul style="list-style-type: none"><li>• Observação do EEESIP na prestação de cuidados;</li><li>• Identificação de modelos e filosofias na prática de cuidados de enfermagem;</li><li>• Realização de consulta bibliográfica de protocolos, normas, guidelines e projetos desenvolvidos ou em desenvolvimento, no serviço;</li><li>• Identificação das intervenções do EEESIP e a sua área de atuação;</li><li>• Realização de uma entrevista exploratória com o enfermeiro especialista (orientador), acerca da finalidade do estágio e do projeto.</li></ul>

<p><b>Prestar cuidados à criança, jovem e família em parceria, com foco na promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento e atendendo ao seu projeto de saúde</b></p>	<p>Transversal a todos os contextos de estágio</p>	<p>11/10/2021 a 25/02/2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboração com EESIP em reuniões multidisciplinares;</li> <li>• Verificação da articulação entre os diferentes contextos;</li> <li>• Colaboração com o EEESIP na prestação de cuidados;</li> <li>• Observação e colaboração na prestação de cuidados ao RN, criança/jovem e família;</li> <li>• Reflexão das estratégias utilizadas para promover a expressão de emoções na criança, no jovem e na família;</li> <li>• Desenvolvimento de conhecimentos relacionados com a prática de cuidados não-traumáticos e centrados na família;</li> <li>• Identificação das intervenções do EEESIP nos 3 níveis de prevenção ao longo do desenvolvimento da criança/jovem, em situações de saúde e doença;</li> <li>• Promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica.</li> </ul>
	<p>Internamento de Pediatria</p>	<p>12/10/2021 a 07/11/2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de estratégias na gestão diferenciada da dor, através da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, adequadas ao estágio de desenvolvimento do RN, criança e jovem;</li> <li>• Desenvolvimento de estratégias para a promoção do sono no RN, criança e jovem;</li> <li>• Realização de um estudo de caso relacionado com a gestão diferenciada da dor.</li> </ul>

	Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)	08/11/2021 a 05/12/2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação da intervenção do EE na triagem;</li> <li>• Adquisição de conhecimentos teórico-práticos sobre a sala de tratamentos, sala de reanimação e sala de observação, através da observação participante;</li> <li>• Aquisição de conhecimentos relativas à avaliação da criança/jovem em situação de urgência e emergência e atuação perante situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte;</li> <li>• Desenvolvimento de competências comunicacionais e de gestão emocional de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança/jovem;</li> <li>• Identificação das intervenções de enfermagem que visam a gestão do medo e ansiedade relacionados com a realização de procedimentos dolorosos;</li> <li>• Desenvolvimento estratégias na gestão diferenciada da dor, através da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, adequadas à idade e estágio de desenvolvimento;</li> <li>• Realização do Jornal de aprendizagem sobre uma situação significativa no âmbito de gestão diferenciada da dor e gestão emocional.</li> </ul>
--	--------------------------------------	-------------------------------	---



	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)	06/12/2021 a 19/12/2021 - 10/01/2022 a 16/01/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestação de cuidados ao RN e família internados na UCIN;</li> <li>• Participação nos cuidados promotores da parentalidade e vinculação;</li> <li>• Mobilização dos conhecimentos teóricos para a prática de cuidados, adequados ao nível de desenvolvimento do RN e família;</li> <li>• Desenvolvimento de estratégias na gestão diferenciada da dor no RN;</li> <li>• Desenvolvimento de estratégias promotoras de um ambiente neuroprotetor.</li> </ul>
	Unidade de Saúde Familiar (USF)	17/01/2022 a 6/02/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação na prestação de cuidados à criança, jovem e família nas consultas realizadas no âmbito da Saúde e do Desenvolvimento Infantil;</li> <li>• Aplicação da escala de avaliação do Desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i> modificada;</li> <li>• Desenvolvimento de competências comunicacionais de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e do jovem, a sua condição de saúde e o nível de compreensão dos pais;</li> <li>• Desenvolvimento de estratégias na gestão diferenciada da dor em situações de vacinação, adequadas à idade e estágio de desenvolvimento.</li> </ul>

	Consulta de Desenvolvimento Infantil (CDI)	14/02/2022 a 25/02/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação na prestação de cuidados à criança/ jovem e família com alterações no desenvolvimento infantil;</li> <li>• Identificação de instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil;</li> <li>• Desenvolvimento de conhecimentos sobre alterações do neurodesenvolvimento e as principais perturbações do desenvolvimento infantil;</li> <li>• Realização de um jornal de aprendizagem com base numa consulta de enfermagem de vigilância e numa CDI.</li> </ul>
--	--	-------------------------------	--

**Objetivo Geral:**

**2) Desenvolver processos de cuidados facilitadores para a promoção das competências alimentares da criança e adolescente, especificamente do recém-nascido, nas diferentes etapas de desenvolvimento e nos vários contextos**

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Instituição</b>	<b>Duração</b>	<b>Atividades</b>
<b>Adquirir/aprofundar conhecimentos e competências relacionados com a promoção das competências alimentares da criança e jovem</b>	Transversal a todos os contextos de estágio	11/10/2021 a 25/02/2022	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação de modelos e filosofias que sustenta a prática de cuidados;</li><li>• Realização de consulta bibliográfica de protocolos, normas, guidelines e projetos desenvolvidos ou em desenvolvimento, no serviço;</li></ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboração o EESIP nas reuniões multidisciplinares;</li> <li>• Realização pesquisa bibliográfica sobre as competências alimentares e a sua influência no neurodesenvolvimento;</li> <li>• Realização de entrevistas exploratórias a profissionais peritos na área, sobre a sua experiência da influência do neurodesenvolvimento nas competências alimentares;</li> <li>• Observação das intervenções do EEESIP na tomada de decisão relativas às competências alimentares;</li> <li>• Observação e análise das práticas de enfermagem a cuidar do RN, criança e jovem para a implementação de tomadas de decisão em relação às competências alimentares;</li> <li>• Identificação de instrumentos mobilizados para avaliação das competências alimentares.</li> </ul>
<b>Definir estratégias promotoras das competências alimentares</b>	Transversal a todos os contextos de estágio	11/10/2021 a 25/02/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação das estratégias promotoras das competências alimentares;</li> <li>• Observação e participação nas intervenções de EEESIP que permitem identificar as alterações, nas competências alimentares ao longo das diferentes etapas de desenvolvimento;</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de consulta bibliográfica de protocolos, normas, guidelines e projetos desenvolvidos ou em desenvolvimento, no serviço;</li> <li>• Observação das intervenções e estratégias promotoras utilizadas na tomada de decisão em relação à otimização da alimentação;</li> <li>• Identificação de instrumentos mobilizados na avaliação das competências alimentares.</li> </ul>
	SUP	08/11/2021 a 05/12/2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação das necessidades de formação no que diz respeito às competências alimentares;</li> <li>• Realização de uma sessão de formação sobre as competências alimentares do RN e a EFS-VM.</li> </ul>

	UCIN	06/12/2021 a 19/12/2021; 10/01/2022 a 16/01/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação das intervenções promotoras das competências alimentares;</li> <li>• Realização de entrevista exploratória a uma enfermeira perita, na aplicação da EFS-VM;</li> <li>• Observação e participação nas intervenções do EEESIP que permitem identificar as alterações nas competências alimentares;</li> <li>• Realização de entrevistas exploratórias para identificar necessidades formativas dos enfermeiros do serviço;</li> <li>• Realização de uma sessão formativa sobre a escala de avaliação das competências promotoras do RNPT (EFS-VM).</li> </ul>
	USF	17/01/2022 a 6/02/2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação e participação nas intervenções do EEESIP que permitem identificar as alterações nas competências alimentares ao longo das diferentes etapas de desenvolvimento;</li> <li>• Identificação das intervenções promotoras das competências alimentares;</li> <li>• Observação das intervenções e estratégias promotoras utilizadas na tomada de decisão em relação à alimentação;</li> <li>• Realização de um panfleto, no âmbito da educação para a saúde, sobre a extração e conservação de leite materno.</li> </ul>

-	CDI	14/02/2022 a 25/02/2022	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação das intervenções promotoras das competências alimentares;</li><li>• Observação e participação nas intervenções do EEESIP, que permitem identificar as alterações nas competências alimentares ao longo das diferentes etapas de desenvolvimento;</li><li>• Realização de um folheto informativo para a promoção das competências alimentares, no primeiro ano de vida.</li></ul>
---	-----	-------------------------------	--

## Referências bibliográficas

- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229–243. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(198224\)3:43.0.CO](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198224)3:43.0.CO)
- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Development Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13 (1), 9-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Casey, A. (1993). Development and use the partnership model of nursing care. In Glasper, E.A. & Tucker, A. *Advances in child health nursing*. London.
- Coughlin, M. E. (2017). *Trauma-Informed Care In The NICU - Evidence-Base Practice Guidelines For Neonatal Clinicians*. Springer Publishing Company, LLC.
- Crowe, L., Chang, A., & Wallace, K. (2016). Instruments for assessing readiness to commence suck feeds in preterm infants: effects on time to establish full oral feeding and duration of hospitalisation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016(8), 1- 22. doi:10.1002/14651858.CD005586.pub3
- Curado, M. A., Maroco, J. P., Vasconcellos, T., Gouveia, L. M., & Thoyre, S. M. (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(12), 131-42. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16070>
- Hauser-Cram, P., Nugent, J. K., Thies, K. & Travers, J. (2014). *Development of Children and Adolescents*. Wiley.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança (Re)pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Lau, C. (2016). Development of infant oral feeding skills: what do we know? *Am J Clin Nutr*, 103(Suppl), 616S-21S.
- Oliveira, A., Cunha, M., Ferreira, L., Figueiredo, H., Cadete, A. & Machado, M. C. (2008). Cuidar para o desenvolvimento: intervenção no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. *EssFisiOnline: Desenvolvimento Profissional*, 44-61. [http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol4n2/pdfs/desenvprof\\_recem\\_nascido.pdf](http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol4n2/pdfs/desenvprof_recem_nascido.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, 2012) - Unidade de vigilância Pediátrica, SCPE - Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos. Crianças nascidas entre 2001 e 2005.



**Apêndice IV – Estudo de caso: Internamento de pediatria**



**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Enfermagem Saúde Infantil e**  
**Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**ESTUDO DE CASO**  
**INTERNAMENTO DE PEDIATRIA**

**Inês Alexandra Martins Quental**

---

**Lisboa**  
**Novembro, 2021**

## ÍNDICE

<b>Introdução</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Identificação</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Caracterização da etiologia e da patologia</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1. Epidemiologia</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2. Apresentação clínica</b> .....	<b>6</b>
<b>2.3. Diagnóstico</b> .....	<b>6</b>
<b>2.4. Tratamento</b> .....	<b>7</b>
<b>3. História de enfermagem</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1. Avaliação inicial</b> .....	<b>9</b>
<b>4. Identificação dos stressores</b> .....	<b>12</b>
<b>5. Tratamentos relacionados</b> .....	<b>14</b>
<b>6. Plano de cuidados</b> .....	<b>15</b>
<b>7. Discussão e Recomendações</b> .....	<b>19</b>
<b>8. Conclusão</b> .....	<b>20</b>
<b>Referências bibliográficas</b> .....	<b>21</b>

## **Introdução**

O presente estudo de caso constitui-se como uma atividade desenvolvida em contexto de estágio no internamento de pediatria e tem como principal objetivo refletir sobre uma situação de cuidados à luz do referencial teórico de Betty Neuman.

O principal objetivo da enfermagem pediátrica é assistir a criança e família, de modo a obter e/ou manter a estabilidade do seu sistema e, na sequência, alcançar o máximo potencial de bem-estar, pelo que é essencial reduzir os fatores de stresse, através de intervenções intencionais. (Neuman & Fawcett, 2011).

O Modelo dos Sistemas de Neuman permite cuidar de forma integral e sistematizada, com o objetivo de centrar as respostas da criança e família nos stressores a que estão sujeitos, procurando evitar ou minimizar as variáveis que afetam as reações do sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

Neuman refere que o cliente está em constante interação com o ambiente, com os stressores internos e externos que ameaçam o seu sistema. A forma como o cliente reage aos stressores depende da relação que o mesmo estabelece entre as variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual, que determinam a natureza e o grau de reação ao stressor. Assim, a maior preocupação do enfermeiro é manter a estabilidade do sistema mediante a avaliação e identificação dos efeitos, ou possíveis efeitos, de stressores ambientais e assistir o cliente para que este atinja o bem-estar (Neuman & Fawcett, 2011). Os cuidados de enfermagem são intervenções intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema, criando vínculos com o cliente, o ambiente, a saúde e a enfermagem. Estas intervenções dividem-se em três níveis de prevenção: (1) prevenção primária, dirigida à promoção do bem-estar, da criança e família, baseando-se em ações preventivas; (2) prevenção secundária, referente à deteção precoce de stressores e atuação para minimizar o impacto do seu contacto, com o intuito de atingir o bem-estar; e (3) prevenção terciária, destinada à promoção e manutenção do bem-estar, através da reconstituição do sistema, prevenindo novas reações aos stressores (Neuman & Fawcett, 2011).

A tomada de decisão do enfermeiro é fulcral para a implementação de cuidados de qualidade, pelo que é essencial compreender o processo saúde-doença da criança e família de forma global e integrada, através da análise da situação e das necessidades da família.

A elaboração deste estudo de caso pretende constituir-se como um instrumento de reflexão e de análise dessas respostas e necessidades, mobilizando conhecimentos específicos de enfermagem de saúde infantil e pediátrica acerca do processo de planeamento de cuidados globais e personalizados à criança e sua família.

Esta atividade contribui para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), nomeadamente no que respeita ao cuidado da criança, do jovem e família em situações de especial complexidade.

O presente documento inicia-se com a identificação da criança e família, a caracterização da etiologia e da patologia, a história de enfermagem, a identificação dos stressores, os tratamentos realizados, o plano de cuidados, a discussão de e conclusão.

## 1. Identificação do cliente

D. tem 9 anos de idade, é do sexo masculino, e encontra-se a estudar no quarto ano de escolaridade. É natural de Angola, mas reside em Portugal há quase dois anos, com o seu pai, mãe e duas irmãs mais velhas. Os pais de D. trabalham num negócio familiar de venda de produtos farmacêuticos. As irmãs encontram-se também a estudar, uma no ensino secundário e outra já no ensino superior.

Em Angola, D. teve necessidade de vários internamentos por crise vaso-oclusiva (CVO), tendo os pais decidido vir para Portugal em janeiro de 2020, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de D., face aos cuidados de saúde diferenciados proporcionados pelo Serviço Nacional de Saúde português. D. tem como antecedente pessoal **drepanocitose** e **alergias alimentares** e recorreu ao Serviço de Urgência de um Hospital Central na área de Lisboa, no dia 18 de outubro, com o diagnóstico de **crise vaso-oclusiva (CVO) lombar**.

## 2. Caracterização da etiologia e da patologia

Os tipos de hemoglobinopatias mais comuns em Portugal são a drepanocitose,  $\beta$  Talassemia major e intermédia. Estas são consideradas doenças com transmissão autossómica recessiva, ou seja, as pessoas são portadoras de uma mutação (heterozigotos), mas não são consideradas doentes, nem apresentam qualquer sintomatologia. Contudo, quando estas casam entre si, têm uma probabilidade de 25% de originar filhos homozigotos (com duas mutações), que são doentes, podendo apresentar quadro clínico grave, geralmente com elevada morbilidade e mortalidade (DGS, 2014).

A drepanocitose, também designada doença das células falciformes, é uma das hemoglobinopatias e das doenças hematológicas hereditárias mais comuns. Apresenta inúmeras complicações agudas e crónicas que podem colocar em risco a vida dos doentes, diminuindo tanto a qualidade de vida como a esperança média de vida (DGS, 2014).

### 2.1. Epidemiologia

A drepanocitose, devido à sua elevada prevalência, é vista como um problema de saúde pública a nível mundial, com maior incidência em países de origem mediterrânea, africana ou oriental. No nosso país, a maior distribuição de pessoas com drepanocitose encontra-se nas regiões do Centro e Sul, contudo a sua

distribuição é heterogénea, resultado de múltiplos fenómenos migratórios (Costa et al., 2016; DGS, 2014).

## **2.2. Apresentação clínica**

A drepanocitose configura-se uma das doenças hematológicas hereditárias mais grave, resultando de mutações que afetam os genes responsáveis pela síntese das cadeias de globina da hemoglobina (Costa et al., 2016; Escobar et al., 2015).

A drepanocitose caracteriza-se pela presença da hemoglobina S (HbS), na ausência de formação de HbA1 (principal hemoglobina presente nos adultos saudáveis). A HbS resulta de uma mutação no gene da globina  $\beta$ , que altera a estabilidade e solubilidade dos glóbulos vermelhos, o que leva, em situações de baixa oxigenação, à formação da sua estrutura em foice, daí a designação de doença das células falciformes. Esta patologia caracteriza-se pela presença de anemia crónica com episódios de agudizações como CVO e/ou aumento da suscetibilidade a infeções (Costa et al., 2016; Escobar et al., 2015).

A CVO é caracterizada por um quadro de dor severa e é um dos principais motivos de recorrência aos serviços de saúde. A evidência científica refere que a maior parte das pessoas acometidas de drepanocitose vai passar por vários eventos de crise durante a sua vida, pelo que um controlo e gestão eficazes da dor se tornam essenciais. A síndrome torácica aguda é uma das complicações agudas mais comuns e graves, sendo a segunda causa de admissão hospitalar. Das manifestações agudas mais frequentes desta patologia destaque-se a sequestração esplénica, caracterizada pelo aumento agudo do baço e que ocorre a 10-30% das crianças com drepanocitose, principalmente, entre os 6 meses e os 3 anos de idade. Esta alteração acaba por tornar a criança mais suscetível a infeções, devido à disfunção do baço, pelo que, nestes casos, se recomenda a profilaxia antibiótica e a imunização (Jesus, 2017).

## **2.3. Diagnóstico**

Os cuidados de saúde primários são de extrema importância para o rastreio pré-natal, o diagnóstico e referenciação precoce dos casos de drepanocitose. Além do conhecimento das origens familiares é necessária a interpretação dos parâmetros hematológicos (Costa et al., 2016).

Em contexto de saúde infantil, a atuação dos profissionais de saúde pode ser crucial para a identificação das crianças com suspeita de drepanocitose, uma vez que

estas apenas apresentam sintomatologia a partir do terceiro mês de vida. A deteção precoce é determinante, uma vez que possibilita a implementação de várias medidas preventivas e educacionais que alteram o prognóstico dos doentes com drepanocitose (Costa et al., 2016).

A deteção de casais em risco de terem filhos com formas graves destas doenças e o estabelecimento de um apoio adequado aos mesmos é de enorme relevância, nomeadamente em consultas de aconselhamento genético e de diagnóstico pré-natal. A prioridade nas consultas pré-concepcionais deve ser dada aos adultos portadores (heterozigotos), sendo os cuidados de saúde primários locais privilegiados para realizar o despiste (Costa et al., 2016; DGS, 2014).

#### **2.4. Tratamento**

Em 1986 foi criado, em Portugal, o Programa Nacional de Controlo das Hemoglobinopatias, que apresenta como objetivos a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das formas graves das hemoglobinopatias (DGS, 2014).

Atualmente, o único tratamento curativo para esta patologia é o transplante de células estaminais hematopoiéticas, sendo as duas terapêuticas mais relevantes a hidroxycarbamida (hidroxiureia) e as transfusões de sangue. As transfusões sanguíneas permitem aumentar os níveis da hemoglobina, melhorando a anemia; reduzir a HbS em circulação, diminuindo a ocorrência de episódios agudos de CVO; e diminuir a produção endógena de HbS, através da otimização da oxigenação tecidual (Escobar et al, 2015).

A hidroxiureia é medicamento citotóxico e mielossupressor, modificador da doença, comprovado para prevenir a recorrência de CVO e da síndrome torácica aguda em adultos e crianças, o que possibilitará uma melhor qualidade de vida com a diminuição dos episódios algícos (Baptista et al., 2017). A exsanguíneo-transfusão ou transfusão permuta parcial de eritrocitários é uma das técnicas transfusionais com benefícios acrescidos face às designadas transfusões simples, na medida em que permite uma igual oxigenação sanguínea, sem, contudo, aumentar a sua viscosidade, apresenta um menor risco de sobrecarga hídrica e de ferro, ao contrário das transfusões simples, acabando por prevenir eventos como acidentes vasculares cerebrais ou síndromes torácicas agudos (Escobar et al, 2015).



### 3. História de enfermagem

D. encontrava-se aparentemente bem até ao dia em que recorreu ao Serviço de Urgência, altura em que inicia um quadro de algia a nível da região lombar, com 24 horas de evolução, associado a um episódio de vómito. Nega outras queixas associadas, como febre, dispneia ou alterações do seu padrão intestinal ou vesical. Em ambulatório realizou analgesia com paracetamol e ibuprofeno, sem melhoria sintomática, pelo que se dirigiu àquela unidade hospitalar.

À admissão apresentava pele e mucosas ligeiramente coradas, mas desidratadas, bastante queixoso a nível da região lombar e com o abdómen distendido e timpanizado. Foram realizados exames complementares de diagnóstico através de análises clínicas e exame imagiológico. Os resultados analíticos revelaram valores de hemoglobina (Hb) de 8.9g/L (o seu valor basal é 9,5g/L) e com ligeiro aumento dos parâmetros infecciosos, nomeadamente um valor de Proteína C Reativa (PCR) 1.99 mg/dL, sem outras alterações relevantes. A radiografia abdominal realizada demonstrou níveis hidroaéreos no flanco esquerdo e presença de fezes.

Ante o quadro clínico, D. foi internado, a 18 de outubro, com o diagnóstico de crise vaso-oclusiva lombar.

Para controlo das dorsalgias e lombalgias foi prescrita terapêutica analgésica em esquema, com paracetamol de 6 em 6 horas, ibuprofeno de 8 em 8 horas e ceterolac de 6 em 6 horas, ficando ainda definidos para SOS metamizol magnésio e morfina.

No segundo dia de internamento, as análises clínicas demonstraram um aumento dos parâmetros infecciosos, com um valor de PCR de 13,68 mg/dL, e uma redução dos níveis de hemoglobina, pelo que foi efetivada, no próprio dia, a administração de concentrado eritrocitário e dada indicação para iniciar antibioterapia com ceftriaxone, toma única diária, em caso de febre, facto que só veio a acontecer no dia seguinte (temperatura timpânica de 39,9°C).

Ao dia quatro de internamento, D. mantém quadro febril, com valores de temperatura timpânica superiores a 39°C, e com aumento dos parâmetros infecciosos, com um valor de PCR de 25 mg/dL, pelo que inicia também flucoxacilina.

Dada a persistência de febre, com achados ao nível da auscultação e radiografia torácica, iniciou, ao sétimo dia de doença, azitromicina.

Uma semana após a admissão, D. apresenta o último pico febril e melhoria do quadro algico, necessitando apenas de medicação analgésica em SOS.

Dois dias depois, foi submetido a uma transfusão permuta parcial de eritrocitários para otimização dos tratamentos e da sintomatologia.

Ao longo do internamento, D. manteve-se consciente, orientado e colaborante. Na maior parte do tempo esteve acompanhado pelo pai.

### **3.1. Avaliação inicial**

A avaliação do D. será realizada de acordo com a linguagem CIPE®, de forma a facilitar o posterior levantamento de diagnósticos e intervenções.

**Respiração e Circulação:** O D. manteve-se hemodinamicamente estável, com frequência cardíaca e oximetria adequada para a idade, assim como a tensão arterial e a respiração, que era predominantemente torácica, superficial e simétrica. Devido aos episódios de hipertermia, apresentava períodos de taquicardia, que revertiam após administração de terapêutica antipirética.

Pele e mucosas ligeiramente rosadas e desidratadas. Em D2 realizou concentrado eritrocitário por descida dos níveis de hemoglobina. Após a transfusão apresentou pele e mucosas mais rosadas.

Membros superiores e inferiores sem compromisso circulatório, mantendo-se quentes e rosados.

**Autocuidado comer e beber:** Durante o internamento tentou-se manter os hábitos alimentares do D., tendo em conta também as suas alergias alimentares: atum, carne de porco, manteiga, chouriço e ovo.

Durante o internamento o pai do D. comprou outros alimentados para o D. que fossem da sua preferência, como o compal de frutos vermelhos, leite com chocolate, bolachas e batatas.

Sem compromisso a nível oromotor, não apresenta dificuldades na alimentação, ingere a maior parte da dieta fornecida de forma autónoma, com apetite e tolerância. Incentivado durante o internamento a aumentar a ingestão hídrica para 0,5L por turno.

O D. pesa 32kg, mede 1,40m e tem um IMC de 16,3kg/m, segundo o boletim de saúde infantil e juvenil encontra-se no percentil 50.

**Eliminação:** O D. apresenta enurese noturna, apesar de controlar o esfíncter vesical durante o dia. Durante o internamento o D. passou a utilizar fralda durante o dia, uma vez que tinha medo que essas perdas pudessem acontecer durante o dia.

No início do internamento o D. apresentava o abdómen distendido e timpanizado, revelando dificuldade em evacuar, o que lhe aumentava as dores a nível abdominal e dorsal. Iniciou movicol, uma saqueta por dia, o que melhorou o seu padrão intestinal, com fezes moles, acastanhadas e em moderada quantidade.

**Autocuidado atividade física:** O D. antes do internamento não apresentava dificuldades na mobilidade sendo perfeitamente autónomo na deambulação e posicionamentos. Devido à sua condição inicial de dor intensa não controlada, o D. ficou mais limitado ao leito, com necessidade de ajuda para alternar decúbitos e para deambular, uma vez que os próprios movimentos intensificavam a dor.

Quando a dor começou a ficar mais controlada, o D. foi incentivado a deambular mais no serviço, inclusive a ir à sala das brincadeiras. O próprio pai incentivava e ajudava o D. a ser mais ativo e fazia exercícios de mobilidade com ele.

**Autocuidado sono-reposo:** Quando se apresentava com hipertermia e com dores o D. dormia por períodos de sono intermitente. Ao longo do internamento foi melhorando o padrão de sono, dormindo após as 22h até às 9h. Antes de dormir gostava de jogar no tablet, combinando sempre com a enfermeira que após as 21h desligaria os aparelhos eletrónicos.

**Autocuidado vestuário:** Necessitou de ajuda para vestir e despir no início do internamento. Após o controlo das dores o D. consegue de forma autónoma realizar este autocuidado.

**Temperatura corporal:** De D3 a D8 o D. apresentou de forma frequente hipertermia, praticamente de 4 em 4h, com necessidade da administração de paracetamol e ibuprofeno de esquema. Temperatura timpânica máxima de 40,5°C.

A partir de D8 não apresentou mais episódios de febre.

**Autocuidado higiene e proteger tegumentos:** Os cuidados de higiene e conforto foram prestados em cadeira higiénica com ajuda do pai quando o D. se encontrava com mais dores. A pele apresentava alterações cutâneas, com manchas, mas desconhecia-se o motivo. De acordo com a Escala de Braden Q (versão pediátrica) o D. apresentava baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. De acordo com a escala de avaliação de quedas *Humpty Dumpty* não apresentava risco de queda.

**Autocuidado atividades recreativas:** O D. gosta de ver televisão, tem o seu próprio tablet onde tem jogos e passa a maior parte do seu tempo. Foi incentivado ao longo do internamento a brincar com outras crianças na sala das brincadeiras, no final

do estágio já tinha ido uma vez para essa sala. A televisão e os jogos eram uma das estratégias de distração utilizadas para a realização de procedimentos.

**Aprendizagem:** O D. apesar dos vários internamentos conseguiu manter o nível de aproveitamento escolar, está no quinto ano. O pai refere que é uma criança muito inteligente. Na maior parte das vezes compreende as indicações que a equipa recomenda, nomeadamente a nível de ensinamentos relacionados com a sua situação clínica. De forma a promover a parentalidade, é solicitando a colaboração do pai na prestação dos cuidados.

**Consciência, emoção e precaução:** O D. tem noção do seu estado clínico e do ambiente que o rodeia. Durante a maior parte do internamento ficou acompanhado pelo pai, que cuida de forma autónoma e é atento às necessidades e os riscos a que o seu filho está sujeito.

**Comunicação, emoção e interação social:** O D. é uma criança comunicativa, ao ir ficando mais interativo e brincalhão ao longo do internamento, ganhando confiança com toda a equipa. Responde adequadamente à equipa, colabora na prestação de cuidados e consegue de forma perceptível descrever aquilo que está a sentir. É adequado na interação com os outros, apesar de um pouco tímido com outras crianças, acabando muitas vezes por brincar sozinho ou com o telemóvel ou tablet. Apresenta por vezes uma linguagem ligeiramente infantilizada para a idade.

**Crença:** A família do D. é católica. Os pais vieram para Portugal na esperança de melhorar a sua qualidade de vida.

#### 4. Identificação dos stressores

Stressores intrapessoais	
<b>Fisiológicos</b>	Hipertermia; Cansaço/Fadiga; Enurese noturna e obstipação; Dor descontrolada.
<b>Psicológico</b>	O D. revelava-se <b>ansioso</b> em relação à realização de determinados procedimentos, como as colheitas de sangue, contudo após explicar os procedimentos colabora nos cuidados. Revela conhecimentos adequados sobre a sua doença, explica de forma simples o que tem e verbaliza de forma adequada a sua dor. O pai mostra-se aparentemente tranquilo em relação ao internamento do filho, referindo que sente que o seu filho está a ser melhor cuidado em Portugal do que era em Angola.
<b>Desenvolvimento</b>	O D. não frequenta a <b>escola</b> desde o internamento, mas conseguiu assistir a algumas aulas on-line. Durante o internamento vê televisão e joga no telemóvel. Não tem realizado <b>fisioterapia</b> devido às dores que sente. Foi incentivado a brincar com outras crianças e a sair do seu quarto, mas sempre com muita renitência.
<b>Sociocultural</b>	A família do D. está em Portugal há cerca de 2 anos, perdendo a maior parte do <b>apoio familiar</b> que tinham em Angola. Apesar disso, em Portugal conseguiram criar novos laços de amizade, bem como conseguiram manter a funcionar os seus negócios de forma independente. O D. está afastado do seu ambiente familiar e dos amigos devido ao internamento, mas conseguiu manter o contacto via telefónica, tanto com os amigos como com as irmãs e a mãe.
<b>Espiritual</b>	A família é <b>católica</b> , sabem que a doença do filho não tem cura, mas estão crentes que conseguem melhorar a qualidade de vida do D. através da realização dos tratamentos.

### **Stressores interpessoais**

- Necessidade de internamento para controlo da dor e para a realização de tratamentos;
- Afastamento do seio familiar e dos seus amigos;
- Situação pandémica atual impede a visita de pessoas significativas;
- Dependência de outros para o autocuidado.

### **Stressores extrapessoais**

- Alteração das rotinas familiares, nomeadamente no que diz respeito ao trabalho do pai;
- Rotinas habituais do D. alteradas, atividades extracurriculares e escola.

## 5. Tratamentos relacionados

Em D2 por diminuição da hemoglobina (Hg=6,3g/dl) realizou **transfusão** de concentrado de eritrócitos.

Em D3 após subida dos parâmetros infecciosos, foram colhidas análises para hemograma, bioquímica, coagulação, hemocultura e urocultura e iniciou antibioterapia. Por manter necessidade de acessos venosos para realização de antibioterapia, pelo menos durante 4 a 6 semanas, foi colocar catéter venoso central (CVC) na unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

Em D10 para otimização dos tratamentos e da sintomatologia realizou uma transfusão permuta parcial de eritrocitários pelo CVC na UCIP, tendo voltado ao serviço nesse mesmo dia.

Durante o internamento do D. a sua dieta foi personalizada aos seus gostos, tendo em conta também as suas alergias: atum, carne de porco, manteiga, chouriço e ovo.

<b>Terapêutica</b>	<b>Via de administração</b>	<b>Horário</b>
Ácido Fólico	<i>Per os</i>	12h
Vitamina D	<i>Per os</i>	12h
Hidroxiureia	<i>Per os</i>	12h
Ibuprofeno	EV Perfusão de 30 minutos	4h-12h-20h
Paracetamol	EV – Perfusão de 30 minutos	1h-7h-13h-19h
Ceterolac	EV – Perfusão direta lenta	0h-6h-12h-18h
Ceftriaxone	EV – Perfusão de 30 minutos	10h
Azitromicina	EV – Perfusão de 30 minutos	18h30

## 6. Plano de cuidados

Diagnóstico de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
<b>Febre</b>	Normotermia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar temperatura corporal;</li><li>• Gerir temperatura corporal;</li><li>• Otimizar ambiente físico;</li><li>• Incentivar ingestão de líquidos;</li><li>• Monitorizar ingestão e eliminação de líquidos;</li><li>• Executar técnica de arrefecimento natural;</li><li>• Avaliar e promover o conforto;</li><li>• Administrar terapêutica antipirética;</li><li>• Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre febre;</li><li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre a febre; e como avaliar a temperatura corporal;</li><li>• Ensinar o prestador de cuidados sobre como diminuir a temperatura corporal.</li></ul>



<b>Dor</b>	Dor controlada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar cuidados não traumáticos;</li> <li>• Avaliar, de forma sistemática a intensidade da dor (pelo menos 1 vez por turno), solicitando à criança a sua colaboração;</li> <li>• Utilizar um instrumento de avaliação de dor adequado à idade e ao estado clínico da criança, neste caso a escala numérica;</li> <li>• Gerir o controlo da dor através de intervenções não farmacológicas, através do “Kit sem dói dói” e/ou farmacológicas, nomeadamente com a utilização do Livopan®;</li> <li>• Privilegiar o catéter central para colheitas de sangue;</li> <li>• Promover o conforto;</li> <li>• Ensinar a criança e o pai sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor;</li> <li>• Ensinar sobre a dor e as medidas de controlo;</li> <li>• Instruir o pai sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor.</li> </ul>
<b>Fadiga</b>	Sem fadiga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir fadiga e sinais de cansaço;</li> <li>• Gestão da energia para as atividades diárias;</li> <li>• Manter o posicionamento adequado no leito;</li> <li>• Assistir na mobilização e na alternância de decúbitos.</li> </ul>

<p><b>Sono comprometido</b></p>	<p>Promover o sono</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar dor e conforto;</li> <li>• Conhecer e implementar hábitos de sono;</li> <li>• Proporcionar ambiente tranquilo;</li> <li>• Gerir prestação de cuidados de modo a não interromper o sono;</li> <li>• Desligar o telemóvel, tablet e televisão a partir das 21h;</li> <li>• Avaliar conhecimentos do D. e do pai sobre hábitos de sono saudáveis;</li> <li>• Ensinar o pai e o D. sobre hábitos de sono saudáveis</li> </ul>
<p><b>Enurese noturna e obstipação</b></p>	<p>Melhorar o padrão intestinal e vesical</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar mais idas à casa de banho;</li> <li>• Em caso de dor, incentivar utilização do urinol e arrastadeira;</li> <li>• Mudar a fralda;</li> <li>• Realizar higiene perineal e perianal;</li> <li>• Manter integridade cutânea;</li> <li>• Observar características das eliminações;</li> <li>• Avaliar conforto;</li> <li>• Promover a autoestima da criança;</li> <li>• Avaliar conhecimentos do pai sobre cuidados à criança na mudança da fralda;</li> <li>• Avaliar conhecimentos do pai e da criança sobre medidas para prevenir a obstipação e ensinar sobre essas medidas;</li> <li>• Assegurar a referenciação à consulta de pediatria/nefrologia.</li> </ul>

<b>Desenvolvimento comprometido</b>	Desenvolvimento adequado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar e promover o desenvolvimento da criança;</li> <li>• Facilitar e promover a expressão de sentimentos e opiniões;</li> <li>• Incentivar a criança a brincar com outras crianças na sala de brincadeiras;</li> <li>• Avaliar conhecimentos do pai sobre promoção do desenvolvimento e sugerir atividades promotoras do desenvolvimento;</li> </ul>
<b>Ansiedade</b>	Sem sinais de ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir ansiedade;</li> <li>• Avaliar expectativas e promover a esperança;</li> <li>• Apoiar família;</li> <li>• Avaliar atitude face à doença;</li> <li>• Promover a interação pai e filho;</li> <li>• Promover a interação com outras crianças;</li> <li>• Providenciar apoio psicológico e/ou espiritual, se necessário.</li> </ul>

## **7. Discussão e Recomendações**

De acordo com o plano de cuidados delineado para o sistema criança/família, foi possível verificar que a maioria das intervenções contribuíram para atingir os resultados esperados, implementando intervenções de enfermagem apropriadas e promovendo comportamentos potenciadores de saúde.

Na criança com drepanocitose o controlo e gestão a dor torna-se uma prioridade; esta é uma das principais manifestações da doença e que leva à maior parte dos internamentos. A DGS considera a Dor, desde 2003, como o 5º sinal vital (DGS, 2003), estando esta presente na Carta da Criança Hospitalizada, como um dos seus direitos, direito a não ter dor (IAC, 2009). No que respeita ao controlo da dor, verificou-se a utilização de várias medidas não-farmacológicas e/ou farmacológicas de controlo da dor, nomeadamente quando era necessário puncionar veias periféricas para administração de terapêutica ou colheitas de sangue e antes da colocação do CVC. Mesmo após a colocação do CVC, foram utilizadas várias técnicas de distração, vídeos e outros jogos, para a diminuição do impacto dessas intervenções.

A hospitalização tem um forte impacto no desenvolvimento infantil, pelo que se tornou crucial o desenvolvimento de intervenções em parceria com a família, neste caso o pai de D. de forma a minimizar as consequências do internamento. Durante a prestação de cuidados, foi possível a prestação de cuidados assentes no princípio da negociação e da parceria, sendo para isto determinante a comunicação, com o objetivo de motivar e capacitar a criança e família para a gestão eficaz do seu processo de doença e adoção de comportamentos potenciadores de saúde. A título de exemplo, era necessário estimular as idas à casa de banho e a ingestão hídrica, sendo o pai era um importante recurso neste reforço. Foi trabalhado com a criança, a importância de deixar de usar a fralda durante o dia, para manter o controlo do esfíncter vesical e a importância da ingestão hídrica no seu contexto de saúde.

## 8. Conclusão

Os pilares da prática de cuidados em pediatria, sustentados nos CCF e nos cuidados não traumáticos, ganham relevância no controlo da dor e no desenvolvimento de estratégias que previnam ou minimizem o impacto deste stressor (Hockenberry & Wilson, 2014). Para uma adequada gestão da dor torna-se necessária uma intervenção individualizada, onde todos os intervenientes, incluindo a família, compreendam o seu papel e participem ativamente no planeamento de cuidados. Neste caso, importa salientar a parceria realizada para a promoção da autonomia na gestão da doença crónica e da dor.

O desenvolvimento deste estudo de caso, tendo como referencial teórico o modelo de Sistemas de Betty Neuman, contribuiu para o desenvolvimento de intervenções ao nível da prevenção primária, secundária ou terciária que promoveram a adaptação do sistema criança/família, ajudando-o a reter, atingir e/ou manter a sua estabilidade. (Neuman & Fawcett, 2011; Freese, 2004), em particular, no caso da criança com dor.

Nesta situação senti necessidade de aprofundar conhecimentos relacionados com a patologia e no âmbito das estratégias farmacológicas e não farmacológicas indicadas para a prevenção e controlo da dor nesta situação específica com particular ênfase para os contributos emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013). A teoria de Betty Neuman permitiu-me uma perspetiva mais abrangente na abordagem dos problemas identificados, através de uma abordagem global, que leva a compreender como o todo (o sistema criança-família) é afetado pelas suas variáveis internas e externas, quais os recursos (externos e internos) e as intervenções que podem ser implementadas, com o objetivo da reconstituição do sistema.

Para além de toda a gestão da terapêutica de alívio da dor, foi possível observar a utilização do *Livopan*® para aliviar a dor durante os procedimentos realizados. A utilização autónoma, por parte dos enfermeiros, deste procedimento segue um protocolo, sendo que uma das premissas é ser administrado quando as terapias não farmacológicas não surtem efeito, de facto, não conhecia a utilização deste procedimento e a sua eficácia é sem dúvida uma mais-valia para a minimização do impacto da dor. Nos procedimentos realizados foram utilizadas várias estratégias farmacológicas no alívio da dor, como o brincar terapêutico, a distração e o humor terapêutico. Durante os momentos de intervenção foi utilizado pelos enfermeiros o kit “sem dói-dói”, que permitiu a preparação para os procedimentos.

## Referências Bibliográficas

- Baptista, R; Maia R.; Batalha, S.; Fernandes, R & Kjöllström, P. (2017). Hidroxiureia (Hidroxycarbamida) na Doença de Células Falciformes. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 48, 363-366.
- Costa, S.; Madeira, S.; Sobral, M. & Delgadinho, G. (2016). Hemoglobinopatias em Portugal e a intervenção do médico de família. *Opiniãoedebate, Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 32, 416-424.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). Prevenção das Formas Graves de Hemoglobinopatia. Circular normativa. Nº: 18/DSMIA, 07/09/04;
- Direcção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular normativa, n.º9.
- Escobar, C; Moniz, M; Mascarenhas, I; Silvestre, C; Nunes, P; Abadesso, C; Ferreira, T; Loureiro, H.; Barra, A; Dias, A & Almeida, H. (2015). Transfusão permuta parcial no tratamento de complicações agudas na drepanocitose. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 46(3), 205-210.
- Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (Autores). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ªed., pp. 335-375). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à criança. (2009). Carta da Criança Hospitalizada. [https://www.pipop.info/wp-content/uploads/2018/08/anotacoes\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada\\_2009.pdf](https://www.pipop.info/wp-content/uploads/2018/08/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf)
- Jesus, A. (2017). *Drepanocitose Etiologia, Fisiopatologia, Diagnóstico e Abordagens Terapêuticas*. Monografia de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade de Lisboa: Faculdade de Farmácia;
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Betty Neuman Model*. (L. Alexander, Ed.) (5th ed.). Pearson Education.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Caderno OE, série I, nº 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário Da República, 2a Série – Nº 133 - 12 de julho de 2018, 19192–19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

**Apêndice V- Jornal de Aprendizagem: Serviço de Urgência Pediátrica**



**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Enfermagem Saúde Infantil e**  
**Pediatria**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**JORNAL DE APRENDIZAGEM**  
**Serviço de Urgência Pediátrica**

**Inês Alexandra Martins Quental**

---

**Lisboa**  
**Dezembro, 2021**



## Introdução

Ao longo deste estágio foram inúmeras as oportunidades de aprendizagem, pelo que se torna fundamental a reflexão destes momentos de forma a consolidar conhecimentos. Durante o estágio no serviço de urgência pediátrica (SUP) foi possível colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/jovem e família, sendo que a reflexão sobre a prática é fundamental para o desenvolvimento de competências.

No desenvolvimento desta reflexão pretendo realizar uma análise crítica e reflexiva da minha prática clínica, articulando com o conhecimento teórico e com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP).

A situação de cuidados alvo desta reflexão diz respeito a uma criança em idade pré-escolar, em que realizei determinado procedimento e tive uma importante intervenção na gestão da dor e da ansiedade, não só da criança, mas também do seu prestador de cuidados, a mãe. Deste modo foi desenvolvido um jornal de aprendizagem sobre situação significativa no âmbito de gestão diferenciada da dor e gestão emocional

Este processo reflexivo seguirá as etapas do ciclo reflexivo de *Gibbs*: descrição da situação; sentimentos; avaliação; análise, conclusão; e, em último, planear ação.

## **1 - Descrição da Situação - O que aconteceu?**

Uma criança de 5 anos, a B., recorreu ao serviço de urgência, na companhia da sua mãe, apresentava febre com 3 dias de evolução, que cedia ao paracetamol, tosse seca há 2 dias e com cansaço fácil a pequenos esforços que se tem vindo a agravar ao longo desses mesmos dias. Após a realização da triagem pela Enfermeira Especialista (EE), foi observada pela médica, que deu indicação para a pesquisa de SARS-CoV-2 através de zaragatoa.

A grande afluência ao SUP resultou no acumular de tratamentos e procedimentos atrasados para serem realizados na sala de tratamentos. Após a realização da triagem à B. era necessário a realização de zaragatoa, enquanto a EE continuava na triagem solicitou-me a realização deste procedimento.

Dirigi-me para a sala de espera para chamar a B., apresentei-me e perguntei à B. se ela sabia o que ia fazer, a mãe responde que nunca tinham realizado o procedimento, mas que já tinham vindo à urgência e já tinha sido sujeita a outros procedimentos e que a experiência não tinha sido positiva.

Baixei-me ao nível da altura da B. e expliquei-lhe o que iria fazer, de imediato ela começou a gritar, a dizer que não queria realizar o procedimento. Esperei que ela se acalmasse, e expliquei a importância da realização do procedimento, referi que a zaragatoa oral não iria magoar, e que a que iria fazer na via nasal é que podia fazer um pouco de impressão, mas que iria ser muito rápido e que se ela não se mexesse ia custar muito menos.

Sugeri que se sentasse no colo da mãe, e que o melhor seria que a mãe segurasse a cabeça para que ela não se mexesse. Começou novamente a gritar e que não queria que a agarrassem, pelo que a mãe ameaçou que era melhor chamar o pai para a agarrar. Prontamente respondi que não seria necessário chamar o pai, e a B. respondeu também que não, que só precisava que não a agarrassem.

Perguntou-me novamente o meu nome, respondi e ela disse que só precisava que lhe dessem a mão. Então sentou-se no colo da mãe, com as mãos dadas e realizei a zaragatoa oral, que ela constatou não ter custado nada. Dei-lhe tempo para que respirasse fundo, contámos até cinco e ela fechou os olhos e consegui realizar a zaragatoa na nasofaringe facilmente. A mãe chorava enquanto fazia o procedimento à B., mas dando-lhe coragem para a realização do mesmo.

No final, dei-lhe os parabéns e um autocolante da urgência como reforço positivo. Na despedida a B. disse “Obrigada Inês” e deu-me um abraço.

## **2- Sentimentos - Em que pensei e o que senti?**

Já tinha assistido a outras situações em que tivemos de realizar a pesquisa de SARS-COV<sub>2</sub> e em que a EE pedia a colaboração dos pais para conter a criança para fazer o procedimento. Ao questionar a EE sobre a preparação das crianças para procedimentos invasivos é referida a importância desta intervenção, uma vez que os momentos de contato podem ser emocionalmente intensos, e devemos atender a esse facto considerando a importância de experiências anteriores, que podem condicionar de forma negativa as vivências futuras.

“As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC, 2009, p.16). Nesta situação depressa percebi que a criança pelo seu historial já tinha medos associados aos procedimentos que sabia lhe causavam dor, o que me fez refletir sobre a nossa abordagem e os cuidados que realizamos, devendo estes ser devidamente planeados e preparados, de forma a minimizar o seu impacto negativo.

Ao me ter sido dada a oportunidade de ir sozinha realizar o procedimento, deixou-me ansiosa, uma vez que não tinha experiência na realização de procedimentos a crianças mais velhas, que implicam dor e reações inesperadas por parte das crianças e também da sua família.

Quando a criança começou a gritar a dizer que não queria realizar o procedimento, pensei que não conseguiria realizar o procedimento sem recorrer aos pais para a contenção. Contudo, deixei que ela se acalmasse e com mais tranquilidade expliquei-lhe o procedimento, de forma clara e adequada à idade. A partir do momento em que ela me pergunta o nome senti que iria conseguir estabelecer uma relação de confiança com a B.

Senti é fundamental compreender as necessidades da criança, procurando dar-lhes resposta. Senti-me útil e que era possível criar uma ligação com a criança favorecendo o diálogo e procurando estratégias que a levassem a realizar o procedimento, permitindo cuidados humanizados e individualizados.

## **3 – Avaliação - O que foi bom e o que foi mau na experiência?**

As principais dificuldades sentidas no SUP estão relacionadas com: a falta de tempo, para gerir e encontrar estratégias adequadas para cada criança; o contexto envolvente; e a própria situação clínica da criança. Contudo, esta situação proporcionou-me tempo para comunicar eficazmente com a criança e com a mãe.

Consegui não só estabelecer uma relação terapêutica com a criança, mas também com a mãe, através de uma atitude e postura disponível e empática.

Pretendia também diminuir o impacto de um procedimento invasivo, que através da explicação do mesmo e da comunicação verdadeira e sincera, facilitou a intervenção. O diálogo e o toque terapêutico são também intervenções importantes em todas as faixas etárias e facilitam a distração.

A comunicação assume em todas as intervenções um destaque fundamental, através da comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento em que se encontra a criança, consegue-se compreender, conhecer melhor a criança e encontrar estratégias para conseguir tornar a experiência o mais positiva possível.

No final quando a B. me agradeceu e me abraçou, fiquei bastante comovida, e comprovou que o tempo que dispensamos na comunicação pode beneficiar intervenções futuras, através da criação de memórias positivas em relação ao hospital.

#### **4 – Análise - Que sentido posso retirar da experiência vivida?**

Esta situação foi uma experiência que contribuiu para a reflexão e desenvolvimento do percurso formativo. O EESIP deve realizar uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, mobilizando “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (OE, 2018, p.19193).

As crianças têm o direito a serem protegidas dos stressores do meio envolvente, e a necessidade de recorrer aos serviços de saúde, principalmente aos hospitais, não deve ser associada a medos causados por experiências anteriores. Os profissionais de saúde devem implementar intervenções baseadas na filosofia dos cuidados centrados na criança e na família e nos cuidados não-traumáticos, com o objetivo de diminuir o impacto negativo de uma vivência hospitalar, devendo para isso prestar cuidados adequados ao seu nível de desenvolvimento e às suas necessidades (Hockenberry & Barrera, 2014; OE, 2018).

Devemos estar sensibilizados para as questões relacionadas com a dor, a história anterior de dor, com as medidas preventivas para a mesma e para o seu alívio em todos os contextos de prestação de cuidados. A evidência científica demonstra que a gestão do medo associado à realização de procedimentos representa um dos principais focos de atenção, constituindo uma intervenção autónoma de enfermagem (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

O medo relacionado com a lesão corporal e dor são dos principais *stressores* relacionados com os cuidados de saúde em todas as etapas do desenvolvimento da criança, sendo por isso a gestão do medo e da ansiedade um fator de especial atenção nos cuidados em pediatria. Os outros medos estão relacionados com a separação da família, a perda de controlo e o ambiente desconhecido (Sanders, 2014).

No âmbito da gestão emocional, antes da realização de um procedimento por exemplo, esta foi operacionalizada através de intervenções como uma postura calma e carinhosa, estar disponível para a relação com o outro, esclarecer dúvidas e preparar adequadamente a criança para os procedimentos, favorecer a expressão de sentimentos, dar um reforço positivo e utilizar estratégias como a distração. Estas intervenções permitem gerir as emoções antecipadamente, diminuindo o medo e a ansiedade.

Através da intervenção em parceria com a mãe durante o procedimento foi possível enquanto enfermeira, implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, negociando a participação da criança e da mãe em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. Foi ainda relevante a comunicação com a criança e a família, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e à cultura, a capacitação da mãe e o seu envolvimento na realização do procedimento, proporcionando conhecimentos e aprendizagens de habilidades especializadas e individuais.

## **5 – Conclusão - Que mais poderia ter feito?**

A Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (1998) refere que os profissionais de saúde devem estar munidos de formação para atender adequadamente às necessidades da criança e família (IAC, 2009), respondendo assim eficazmente às questões relacionadas com o controlo da dor, ansiedade e medo.

A preparação da criança e família para a realização de determinado procedimento é fundamental para evitar repercussões negativas no desenvolvimento da criança e memórias negativas relacionadas com os cuidados de saúde e nesta fase estamos a negligenciar.

A ida à urgência é uma situação geradora de stress, não só para a criança, mas também para a sua família, podendo causar danos psicológicos. Os enfermeiros devem diminuir o impacto negativo deste stressor no hospital e promover a continuidade do seu desenvolvimento. Esta pode-se constituir uma experiência traumática, independentemente da idade da criança e pode traduzir-se na primeira

crise que esta tem de enfrentar (Merck & McElfresh, *in* Hockenberry, Wilson & Rodgers, 2019).

Os enfermeiros têm a responsabilidade de atuar na avaliação, prevenção e controlo da dor. Ao considerarmos a dor como um stressor e um fator disruptor do bem-estar da criança e família é fundamental que o enfermeiro reconheça a importância da sua intervenção de modo a transformar uma experiência emocionalmente intensa, numa experiência positiva (Diogo, 2019).

Nesta situação podia ter investigado e questionado a mãe sobre estratégias para minimizar o impacto do procedimento, como o brincar e a distração com vídeos ou músicas, para a criança esquecer um pouco o seu medo e ansiedade.

A experiência da dor varia de acordo com as vivências prévias e o estágio de desenvolvimento da criança, contudo devemos adotar intervenções de prevenção e controlo da mesma. Em idade pediátrica, o medo altera a capacidade da criança para enfrentar as situações diferentes e adversas. É perentório atender à gestão do medo enquanto intervenção de enfermagem, com o intuito de minimizar e evitar as repercussões negativas no desenvolvimento da criança decorrentes dos medos vivenciados durante os procedimentos (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). Atender à gestão emocional é também promover a prestação de cuidados não traumáticos, um importante pilar da filosofia de cuidados pediátricos (Hockenberry & Barrera, 2014).

## **6 – Planear a ação - Se isto surgisse de novo o que é que faria?**

Este momento de aprendizagem foi realmente significativo para mim, permitiu que conseguisse aplicar várias estratégias de comunicação com a criança, ao colocá-la ao nível dela, ao dar-lhe tempo e espaço para se exprimir. Numa outra oportunidade, procurarei estar ainda mais alerta para o discurso verbal e não-verbal, mantendo sempre uma postura de disponibilidade, de escuta e de empatia que favoreça o diálogo e a colocação de questões.

Numa outra oportunidade pretendo mobilizar outras estratégias não farmacológicas, como o brincar que permite preparar para o procedimento e, para além disso, a criança consegue exprimir os seus medos e experiências vividas (OE, 2013). Seria importante reforçar os ensinamentos à mãe na gestão da dor, visando a participação e o envolvimento nas decisões em relação às medidas utilizadas em situações futuras, no sentido de capacitar e empoderar os pais de estratégias e conhecimentos que diminuam a exposição a stressores.

Os enfermeiros têm uma posição privilegiada para intervir na prevenção e no controlo da dor, agindo de acordo com princípios éticos, como a beneficência e a não maleficência. Assim existe uma contribuição para a melhoria do bem-estar pessoal da criança e para a melhoria da prática clínica, da qualidade de cuidados e dos ganhos em saúde (OE, 2013).

Numa futura situação, e de forma a intervir eficazmente junto da criança é importante reconhecer e identificar os principais medos característicos nos vários estádios de desenvolvimento infantil, só assim será possível o planeamento de intervenções adequadas e personalizadas a cada situação. O medo da dor é manifestado pelas crianças de diferentes formas, devendo enfermeiros reconhecê-las de modo a intervir de forma individualizada nas diferentes situações (Sanders, 2014).

O principal objetivo da enfermagem pediátrica é assistir a criança e família de modo a obter e/ou manter a estabilidade do seu sistema, de forma a alcançar o estado máximo de bem-estar, para que isso possa suceder é necessário reduzir os fatores de stress através de intervenções intencionais (Neuman & Fawcett, 2011), nomeadamente no que respeita à gestão da dor e ansiedade na realização de procedimentos dolorosos (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

A intervenção do EESIP ao longo da prestação de cuidados deve ser sempre centrada na criança e na família, trabalhando em parceria com o objetivo de atingir o mais elevado nível de saúde possível (OE, 2018). Desta forma, é fundamental que os enfermeiros tenham conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e quais os medos característicos nas diferentes faixas etárias, só assim é possível planear intervenções para a gestão dos medos (Karlsson, Rydstrom, Enskar & Englund, 2014).

No contexto de urgência, para além de aprofundar as competências no cuidado técnico, importa realçar a aprendizagem sobre a gestão emocional realizada com dupla centralidade, pois tornei consciente a gestão das minhas próprias emoções e geri também as emoções da família. O envolvimento emocional dos enfermeiros, durante a prestação de cuidados, obriga a uma regulação da disposição emocional para cuidar, pois para gerir as emoções dos clientes o enfermeiro deve, primeiramente, gerir as suas próprias emoções.

## Referências Bibliográficas

- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspectivas de Enfermagem Pediátrica. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Instituto de Apoio à criança. (2009). Carta da Criança Hospitalizada, 0–40. [https://www.pipop.info/wp-content/uploads/2018/08/anotacoes\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada\\_2009.pdf](https://www.pipop.info/wp-content/uploads/2018/08/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf)
- Karlsson, K., Englund, A. C., Enskär, K., & Rydström, I. (2014). Parents' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9, 23759. DOI:10.3402/qhw.v9.23759
- Merck & McElfresh (2019). Family-Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization. In *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. Hockenberry, Wilson & Rodgers (11<sup>th</sup> ed., 658–677). St. Louis: Elsevier.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Betty Neuman Model*. (L. Alexander, Ed.) (5th ed.). Pearson Education.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Caderno OE, série I, nº 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem do Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário Da República, 2a Série – Nº 133 - 12 de julho de 2018, 19192–19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p. 1025-1060). Loures: Lusociência.



**Apêndice VI - Plano da Sessão de Formação no Serviço de Urgência  
Pediátrica: “Alimentação no recém-nascido – *Early Feeding Skills Versão  
Modificada (EFS-VM)*”**



**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Enfermagem Saúde Infantil e**  
**Pediatria**

**Plano de Sessão de Formação no Serviço de Urgência Pediátrica**

Alimentação no recém-nascido

- *Early Feeding Skills - Versão Modificada (EFS-VM)*

Inês Alexandra Martins Quental

**Lisboa**  
**Novembro, 2021**

## **ÍNDICE**

<b>Introdução</b> -----	<b>3</b>
<b>1. Justificação da sessão de formação</b> -----	<b>4</b>
<b>2. Planeamento da sessão de formação</b> -----	<b>6</b>
<b>3. Resultados da avaliação da formação</b> -----	<b>8</b>
<b>4. Conclusão</b> -----	<b>9</b>
<b>Referências bibliográficas</b> -----	<b>10</b>

## **ANEXOS**

Anexo I – Escala de Observação das Competências Precoces na Alimentação (EFS-VM)

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Divulgação da Sessão de Formação

Apêndice II – Apresentação PowerPoint da Sessão de Formação

Apêndice III – Questionário de avaliação da sessão de formação

## Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório e no decorrer do ensino clínico no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) foi realizada uma sessão de formação sobre alimentação no recém-nascido (RN) – Escala *Early Feeding Skills* Versão Modificada (EFS-VM). A realização desta formação surgiu após reunião com a enfermeira chefe do serviço e a enfermeira orientadora (EO) onde se identificaram as necessidades formativas da equipa de enfermagem em relação às práticas de promoção das competências alimentares RN no SUP.

A alimentação tem papel fundamental em todas as etapas da vida, especialmente nos primeiros anos, cruciais para o crescimento e desenvolvimento da criança. A avaliação das competências oromotoras para a alimentação oral é de extrema importância para a introdução da alimentação oral com segurança no RN e individualizando os cuidados (Crowe, Chang & Wallace, 2016).

A existência de protocolos ou *guidelines* que orientam a prática, é uma mais-valia para auxiliar na avaliação das competências alimentares do RN e, por conseguinte, permitir a obtenção da prontidão alimentar e a alta mais precocemente. De ressaltar que a avaliação das competências alimentares é uma intervenção autónoma do enfermeiro<sup>1</sup>, pelo que podemos ter uma função facilitadora no momento de introdução da alimentação oral.

Este trabalho inicia-se com a apresentação da pertinência desta sessão de formação; de seguida é colocado o planeamento de sessão; na terceira parte são apresentados os resultados da avaliação da sessão; e, por último, a conclusão e as referências bibliográficas.

---

<sup>1</sup> São intervenções “realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as suas respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (artigo 9º REPE)

## **1. Justificação da sessão de formação**

A alimentação oral segura requer maturidade e prontidão para coordenar a sucção, a deglutição e a respiração para evitar aspirações e comprometimento respiratório (McGuire, 2015; Harding, 2009). Na preparação do RN para o início da alimentação oral, é necessário que o RN apresente sinais de estabilidade fisiológica, neurológica e comportamental, devendo esta intervenção ocorrer num ambiente seguro, utilizando medidas de suporte adequadas (Curado, 2016).

As competências na alimentação oral são definidas pelos profissionais de saúde como a capacidade do RN para organizar e coordenar as funções oro-motoras de forma a consumir, eficientemente, calorias. No entanto, estas competências envolvem também a capacidade do RN para: se empenhar e manter-se empenhado nesta tarefa; organizar os movimentos oro-motores; coordenar a deglutição com a respiração e; manter a estabilidade fisiológica (Thoyre, Shaker & Pridham, 2005).

A EFS-VM permite a avaliação das competências alimentares quando se adapta o RN na mama ou se oferece o biberon, permite a avaliação das competências alimentares de RN prematuros e de termo até às 52 semanas de idade corrigida e permite que os pais, depois de devidamente ensinados, possam participar na prestação dos cuidados e na aplicação da escala. Esta escala pretende ser uma lista de verificação que tem como objetivo padronizar a avaliação de competências de alimentação nos RNPT, facilitar o desenvolvimento de intervenções individualizadas e uniformizar a linguagem na equipa de enfermagem. Foi validada por investigadores da área e enfermeiros peritos em neonatologia (Thoyre, Shaker & Pridham, 2005). A aplicação da escala EFS-VM permite que se identifiquem as competências e as dificuldades do RN para que se possam planear intervenções e avaliar a sua eficiência.

A intervenção do enfermeiro é fundamental para que a aquisição e manutenção das competências alimentares do RN seja realizada de forma uniforme e por toda a equipa, baseada na melhor evidência científica disponível. Neste campo de estágio a promoção da alimentação oral não segue nenhum protocolo de intervenção, pelo que juntamente com a enfermeira-chefe e a EO, considerámos pertinente a realização desta formação, com foco nos sinais de prontidão alimentar e na promoção de uma experiência positiva para o RN.

É fundamental que os profissionais de saúde possuam um conhecimento aprofundado sobre o desenvolvimento das competências da alimentação oral de RN, a fim de otimizar a segurança na administração do leite e capacidade na transição eficiente para a alimentação oral (Lau, 2016).

## **2. Planeamento da sessão de formação**

**Tema:** Alimentação no Recém-nascido – Escala Early Feeding Skills (EFS-VM)

**Destinatários/População Alvo:** Equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica

**Data:** 30 de novembro de 2021 **Horário da sessão:** 15:00 às 15:30 horas

**Via:** ZOOM

**Formador:** Inês Quental, estudante do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

**Enfermeira Orientadora:** Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria T.

**Professora Orientadora:** Professora Doutora Maria Teresa Magão

### **Objetivos:**

- Descrever os sinais de prontidão alimentar do recém-nascido (RN);
- Apresentar a escala EFS-VM;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre as principais intervenções para a promoção das competências alimentares do RN;
- Promover a reflexão sobre práticas de promoção das competências alimentares do RN na urgência pediátrica.

**Método Pedagógico:** Expositivo, interrogativo, demonstrativo e ativo.

<b>Serviço</b>	Serviço de Urgência Pediátrica
<b>Designação da formação</b>	Alimentação no Recém-nascido – Escala Early Feeding Skills (EFS-VM)
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrever os sinais de prontidão alimentar do recém-nascido (RN);</li> <li>• Apresentar a escala EFS-VM;</li> <li>• Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre as principais intervenções para a promoção das competências alimentares do RN;</li> <li>• Promover a reflexão sobre práticas de promoção das competências alimentares do RN na urgência pediátrica.</li> </ul>
<b>Conteúdos programáticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competências para alimentação oral e os sinais de prontidão alimentar dos RN;</li> <li>• Aplicação da Escala EFS-VM;</li> <li>• Intervenções de enfermagem promotoras das competências alimentares no cuidado ao RN.</li> </ul>
<b>Destinatários</b>	Equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica
<b>Formadora</b>	Enf. <sup>a</sup> Inês Quental (estudante do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)
<b>Métodos pedagógicos</b>	Expositivo, interrogativo, demonstrativo e ativo
<b>Avaliação</b>	Questionário de avaliação
<b>Data</b>	30 de novembro de 2021
<b>Horário</b>	15h -15h30 (30 minutos)
<b>Local</b>	Serviço de Urgência Pediátrica



### 3. Resultados da avaliação da formação

A sessão de formação foi divulgada com 6 dias de antecedência, tendo decorrido presencialmente. A equipa de enfermagem do SUP é composta por 24 enfermeiros e participaram na formação 5 enfermeiros (cerca de 21%).

No final da sessão de formação foi entregue às enfermeiras que estiveram presentes um documento de avaliação da ação de formação. A escala utilizada foi a seguinte:

1	2	3	4	5	N/A
Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom	Excelente	Não aplicável

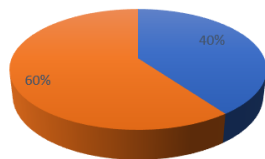
A maioria dos participantes considerou a sessão de formação relevante e pertinente para a prestação de cuidados ao RN que recorre ao SUP, contudo nos comentários e sugestões referentes à formação foi referido que esta poderia ter sido realizada via online para chegar a mais elementos da equipa (Gráfico 1).



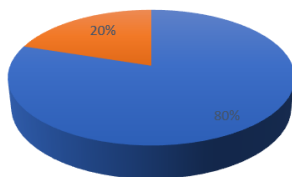
**Gráfico 1** – Avaliação da sessão de formação em geral

A maioria dos formandos considerou ao nível do muito bom/excelente a qualidade da abordagem do tema e em conformidade com o nível de conhecimento da equipa (Gráfico 2).

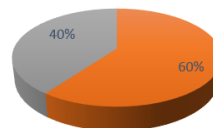
**Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual**



**Qualidade da abordagem ao tema**



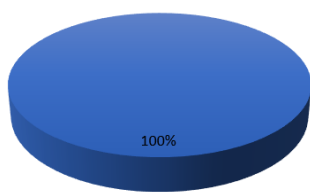
**Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos**



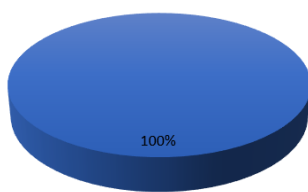
**Gráfico 2 - Avaliação do conteúdo da sessão de formação**

Por fim, como evidenciado no Gráfico 3, foi unânime a consideração de excelente quanto à forma clara e precisa como os conteúdos da sessão de formação foram lecionados e o domínio do tema por parte da formadora.

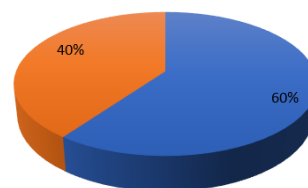
**Domínio demonstrado**



**Exposição clara e precisa**



**Motivação e incentivo à participação**



**Gráfico 3 – Avaliação do formador**

Legenda:

- Excelente
- Muito bom
- Bom

#### **4. Conclusão**

Neste SUP foi possível verificar que um dos principais motivos de recorrência à urgência se prende com a dificuldade na alimentação do RN, pelo que se tornou importante a formação para promover a reflexão sobre as práticas de promoção das competências alimentares no RN. Ao longo da formação foram também destacadas intervenções, não só para a promoção e manutenção das competências alimentares, mas também para a descrição dos sinais de prontidão alimentar do RN.

Esta avaliação das competências alimentares pode ser realizada com a utilização de escalas como a EFS-VM, que era desconhecida pela maior parte dos enfermeiros da urgência. Apesar da formação só ter contado com a presença de 5 elementos, ao longo do estágio fui sensibilizando a equipa de enfermagem para a existência desta escala e da importância da sua utilização na prática para a melhoria dos cuidados. Para além disso, é uma escala que está acessível no sistema informático do hospital.

A realização desta sessão de formação permitiu também a reflexão e discussão em equipa sobre a promoção do desenvolvimento harmonioso do RN, através da promoção da consistência das intervenções de enfermagem no que respeita à alimentação do RNPT ou de termo.

A partilha de conhecimentos baseados na evidência científica é uma das competências do Enfermeiro Especialista que “colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação” e “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” e (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-50), contribuindo para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros.

## Referências bibliográficas

- Crowe, L., Chang, A. & Wallace, K. (2016). Instruments for assessing readiness to commence suck feeds in preterm infants: effects on time to establish full oral feeding and duration of hospitalisation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016(8), 1- 22. doi:10.1002/14651858.CD005586.pub3
- Curado, M. A. S. (2016). A medida e as escalas de avaliação da saúde das populações neonatais e pediátricas: Estudo de Simulação de Monte Carlo com Variáveis Ordinais. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Curado, M. A., Maroco, J. P., Vasconcellos, T., Gouveia, L. M. & Thoyre, S. M. (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (12), 131-42. doi:http://dx.doi.org/10.12707/RIV16070
- Diário da República N°26 (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 4744-4750. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Harding, C. (2009). An evaluation of the benefits of non-nutritive sucking for premature infants as described in the literature. *Archives of Disease in Childhood*, 94(8), 636 - 640. doi:10.1136/adc.2008.144204
- Lau, C. (2016). Development of infant oral feeding skills: what do we know? *Am J Clin Nutr*, 103(Suppl), 616S-21S
- McGuire, J. W. (2015). Responsive versus scheduled feeding for preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 31(8). doi:10.1002/14651858.CD005255.pub4
- REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REP E.pdf>
- Thoyre, S. M., Shaker, C. S. & Pridham, K. F. (2005). The early feeding skills assessment for preterm infants. *Neonatal Network*, 24(3), 7-16. doi:10.1891/0730-0832.24.3.7

**ANEXOS**

**Anexo I** –Escala de Observação das Competências precoces na  
Alimentação Oral (EFS-VM)

Criança \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Observador \_\_\_\_\_

## OBSERVAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PRECOSES NA ALIMENTAÇÃO ORAL

### EFS - Versão modificada

PREPARAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO ORAL (Imediatamente antes de iniciar a alimentação)	
Consegue manter o corpo numa postura fletida c/mãos/braços à linha média.	Sim Não
Estádio de alerta.	Sim Não
Demonstra energia para se alimentar – mantém tonicidade muscular e postura fletida durante a observação.	Sim Não
(Oferecer chucha ou dedo) A atenção está dirigida à mamada – a criança procura a mama/tetina ou abre a boca prontamente.	Sim Não
Linha basal de saturação de O <sub>2</sub> > 93%	Sim Não

Capacidade em organizar o funcionamento Oro-Motor			
1. Abre a boca prontamente quando a mama/tetina toca os lábios no início de cada surto.	Abre a boca prontamente todas as vezes	Abre a boca prontamente algumas vezes	Nunca abre a boca prontamente
2. A língua descai para receber a mama/tetina do biberão no início da alimentação.	A língua descai todas as vezes	A língua descai algumas vezes	A língua nunca descai
3. Imediatamente após a introdução da mama/tetina, a sucção da criança está organizada, rítmica e suave. (A sucção organizada tem um padrão de um surto de sucção – pausa. Na sucção desorganizada a criança trinca ou cerra o maxilar, retrai a língua ou empurra a mama/tetina com a língua)	A sucção está sempre organizada	A sucção está organizada algumas vezes	A sucção nunca está organizada
4. Assim que a alimentação está a decorrer, mantém um padrão de sucção suave e rítmico (ver descrição em cima)	Observa-se estabilidade e consistência	Alguma desorganização da sucção no decurso da mamada	Incapacidade em manter a sucção organizada
5. A pressão da sucção é constante e forte (i.e., chupa com vigor e a um ritmo constante).	Observa-se estabilidade e consistência	Algumas sucções débeis	Sucção frequentemente débil
6. Empenha-se em fazer surtos de sucção prolongados (7 a 10) sem apresentar sinais de stress ou instabilidade fisiológica e/ou uma resposta cardiorrespiratória adversa ou negativa (os sinais de stress incluem o franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.)	Faz sempre surtos de sucção longos sem sinais de stress	Alguns surtos de sucção longos sem sinais de stress	Sem surtos de sucção longos ou todos os surtos acompanhados de sinais de stress
7. A língua mantém contacto constante com a mama/tetina – não desliza da mama/tetina e ao fazer a sucção ouve-se um som de clique	Sem som de clique	Alguns sons de clique	Sons frequentes de clique
Capacidade em Coordenar a Deglutição			
8. Gere os fluidos durante a deglutição sem os perder pelos cantos da boca. (i.e. não se baba)	Sem perda de líquido	Alguma perda de líquido	Frequente perda de líquido
9. Os sons faríngeos são limpos – não se ouve o gorgolejo criado pelo líquido no nariz ou faringe.	Sem sons de gorgolejo	Alguns sons de gorgolejo	Frequentes sons de gorgolejo
10. A deglutição é suave – sem esforço para engolir.	Suaves deglutições	Algumas deglutições com dificuldade	Frequentes deglutições com dificuldade
11. Uma simples deglutição assimila o "bólus" da sucção – Não são necessárias múltiplas deglutições para esvaziar os fluidos para a garganta.	Todas as deglutições são únicas para o mesmo "bólus"	Algumas deglutições múltiplas para o mesmo "bólus"	Frequentes deglutições múltiplas para o mesmo "bólus"
12. Tosse ou sons de engasgamento.	Nenhum evento observado	Pelo menos um evento observado	Dois ou mais eventos observados
Capacidade em Manter a Estabilidade Fisiológica			
13. Cerca de 30s depois de iniciar a alimentação a saturação de O <sub>2</sub> estabiliza e não há sinais de stress.	Observa-se estabilidade e consistência	Começam a tornar-se visíveis	Não se observa
14. Interrompe a sucção para respirar. O prestador de cuidados não tem que interromper a mamada para a criança respirar.	Interrompe a sucção para respirar de forma consistente	Começam a emergir algumas capacidades: interrompe a sucção na maioria das vezes	Não interrompe a sucção por si para respirar

15. Quando interrompe a sucção para respirar, observam-se vários ciclos respiratórios completos	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar na maioria das vezes	Não interrompe a sucção para respirar
16. A criança pára para respirar antes de começar a demonstrar sinais de stress. (sinais de stress observados incluem: franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.).	Pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Frequentemente pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Não pára para respirar antes de surgirem sinais de stress
17. Sons respiratórios limpos – sem roncos (expiração prolongada, glote parcialmente encerrada na expiração).	Sem roncos	Roncos esporádicos	Roncos frequentes
18. Sons respiratórios limpos – sem sinais de estridor que sugerem uma passagem de ar restrita no canal.	Sem estridor	Estridor esporádico	Estridor frequente
19. Adejo nasal e/ou alteração da cor (palidez).	Sem adejo nasal e/ou Palidez da asa do nariz	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz esporádico	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz frequente
20. Utilização dos músculos acessórios na respiração (e.g. elevação do queixo, cabeça para trás, retração e tiragem).	Nunca há utilização dos músculos acessórios	Utilização dos músculos acessórios esporádica	Utilização dos músculos acessórios frequentemente
21. Alteração da cor durante a alimentação (e.g. palidez e cianose peribocal e/ou periorbital).	Nunca há alteração da cor	Alteração da cor esporádica	Alteração da cor frequente
22. Descida da saturação de O <sub>2</sub> abaixo dos 90%.	Nunca	Ocasional	Frequente

Tolerância à Alimentação Oral (estádio e tônus predominante durante a mamada)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tônus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tônus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tônus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade
Tolerância à Alimentação Oral (durante os primeiros cinco minutos após a mamada)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tônus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tônus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tônus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade

#### Descritores da Mamada:

% de O<sub>2</sub> antes da refeição \_\_\_\_\_ durante a refeição \_\_\_\_\_

Habilidade alimentar:  mantida ao longo da refeição  melhorou durante a refeição  piorou durante a alimentação

Alimentado com SOG/SNG: Sim/Não Tipo de tetina usada \_\_\_\_\_ Duração da refeição (minutos) \_\_\_\_\_ Volume administrado \_\_\_\_\_ ml

Posição: Deitado  Decúbito lateral  Semi-levantado, frente

Ações de suporte utilizadas	Suporte oral oferecido: Avaliação da Tolerância da criança – aumento do fluxo	Ações passivas que não são de apoio ao desenvolvimento
<input type="checkbox"/> Reposicionamento	<input type="checkbox"/> Apoiou o maxilar	Mobilizou o maxilar para cima e para baixo
<input type="checkbox"/> Deixou repousar a criança	<input type="checkbox"/> Apoiou a base da língua	Rodou a tetina para incentivar a mamada
<input type="checkbox"/> Re-acordou a criança	<input type="checkbox"/> Apoiou as bochechas	Apertou as bochechas de forma rítmica
<input type="checkbox"/> Usou tetina de baixo fluxo		Apertou a tetina para encorajar a criança a mamar
<input type="checkbox"/> Regulou o fluxo		Introduziu e retirou a tetina para o encorajar a mamar
<input type="checkbox"/> Colocou a eructar várias vezes		

Preocupações iniciais na alimentação e recomendações para a próxima mamada:

---



---

©2002 revised 10/26/16. Prepared by S.Thoyre (UNC @ Chapel Hill, NC), C.Shaker (St. Joseph Regional Medical Center, Milwaukee, WI), & K.Pridham, (UW-Madison, WI).

Tradução: Cláudia Nicolau; Lígia Marques; Sílvia Oliveira; Thereza Vasconcelos Revisão Técnica: João Maroco; Manuel Cunha; Maria Alice Curado, (2009) Revisão Final após Validação Estatística: Maria Alice Curado; Thereza Vasconcelos; Lígia Marques, (2014).



## **APÊNDICES**

## **Apêndice II – Divulgação da Sessão de Formação**

**SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

**ALIMENTAÇÃO NO RECÉM-NASCIDO  
ESCALA EARLY FEEDING SKILLS – VM**



**Destinatários:**

Equipa de enfermagem do SUP

**Formadora:**

Enf.ª Inês Quental

Lisboa, 30 novembro 2021

15h-15h30

**Apêndice II – Apresentação PowerPoint da Sessão de Formação**

12º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

# Alimentação no recém-nascido

## Escala EFS – VM (*Early Feedings Skills*)

**Destinatários:**

Equipa de enfermagem do SUP

**Formadora:**

Inês Quental nº 3418

**Professora Orientadora**

Professora Doutora Maria Teresa Magão



Lisboa, 30 Novembro 2021

## Conteúdos da sessão

- Objetivos
- Competências para alimentação oral
- Sinais de prontidão alimentar
- Apresentação da escala EFS-VM
- Considerações finais



<https://www.rwjbh.org/jersey-city-medical-center/treatment-care/neonatal-intensive-care-unit/>



## Objetivos da sessão

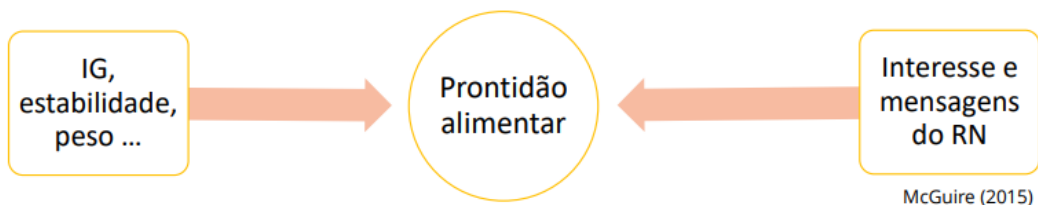
- ➔ Descrever os sinais de prontidão alimentar do recém-nascido (RN);
- ➔ Apresentar a escala EFS-VM;
- ➔ Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre as principais intervenções para a promoção das competências alimentares do RN;
- ➔ Promover a reflexão sobre práticas de promoção das competências alimentares do RN na urgência pediátrica.



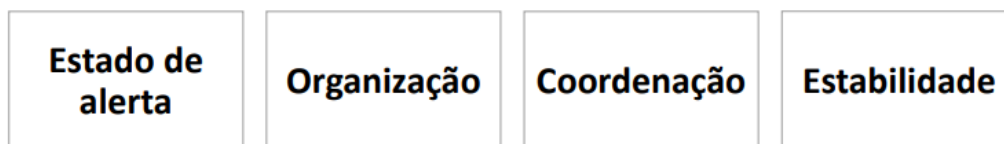
<https://www.sciencefocus.com/news/premature-birth-affects-relationships-in-adulthood/>

ESEL  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Competências para a alimentação oral



### Competências para a introdução da alimentação oral



Thoyre (2005)

ESEL  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Sinais de prontidão alimentar

### Sinais de Prontidão Alimentar:

- Estado alerta;
- Reflexo de busca/Movimentos de procura;
- Movimento de mãos à boca;
- Sucção na mão ou na língua;
- Espreguiçar.

(McGrath & Braescu, 2004)



<https://www.mamãe.com.br/quais-sao-as-melhores-posicoes-para-amamentar-o-bebe/>

Estes sinais, se não são prontamente atendidos, podem evoluir para dois estados:

- **Irritabilidade:** Será necessário acalmar o bebê e promover a sua organização.
- **Sonolência:** Será perdida a oportunidade de estimulação oral.

## Apresentação da escala EFS-VM

A EFS-VM é um instrumento que permite uma observação geral e específica sistematizada das competências precoces dos RNPT para a alimentação oral e facilita a tomada de decisão dos cuidadores.

Curado, M.A.S., Maroco, J.P., Vasconcellos, T., Gouveia, L., Thoyre, S. (2017).

Com uma escala de avaliação de competências, cientificamente validada para a população portuguesa, a avaliação e intervenção individualizada ao RN não só traz benefícios na transição para a alimentação oral, como uma maior satisfação e segurança dos profissionais e cuidadores.

## Apresentação da escala EFS-VM

Escala de observação de competências precoces na alimentação oral

Desenhada para padronizar a avaliação das competências do RN na alimentação oral

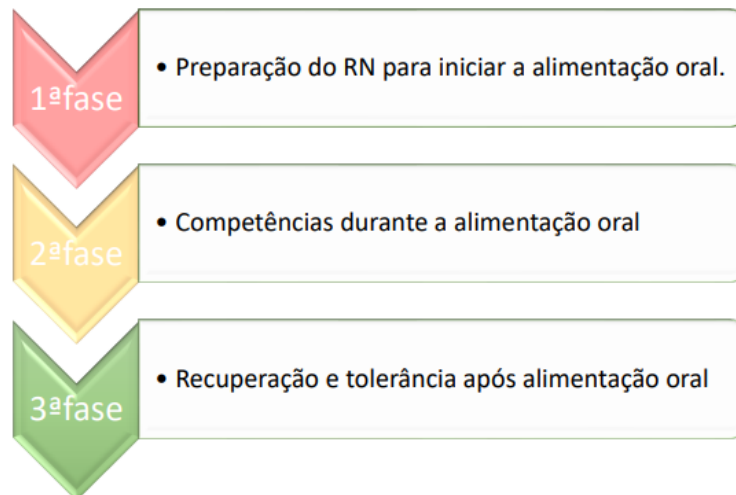
Facilitar o desenvolvimento de intervenções individualizadas

Pode ser usada em RN alimentados por mama ou tetina.  
Desde a primeira alimentação oral até às 52 semanas idade corrigida.

Curado, M.A.S., Maroco, J.P., Vasconcellos, T., Gouveia, L., Thoyre, S. (2017)



## Apresentação da escala EFS-VM



Thoyre (2005)





## Apresentação da escala EFS-VM

1ª fase	2ª fase	3ª fase
<b>PREPARAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO ORAL (Imediatamente antes de iniciar a alimentação)</b>		
Consegue manter o corpo numa postura fletida c/mãos/braços à linha média.	Sim	Não
Estádio de alerta.	Sim	Não
Demonstra energia para se alimentar – mantém tonicidade muscular e postura fletida durante a observação.	Sim	Não
(Oferecer chucha ou dedo) A atenção está dirigida à mamada – a criança procura a mama/tetina ou abre a boca prontamente.	Sim	Não
Linha basal de saturação de O2 > 93%	Sim	Não

Curado, M.A.S., Maroco, J.P., Vasconcellos, T., Gouveia, L., Thoyre, S. (2017)



## Apresentação da escala EFS-VM



## Apresentação da escala EFS-VM

1ª fase	2ª fase	3ª fase	
<b>1. Capacidade para organizar o funcionamento oro-motor</b>			
1. Abre a boca prontamente quando a mama/tetina toca os lábios no início de cada surto.	Abre a boca prontamente todas as vezes	Abre a boca prontamente algumas vezes	Nunca abre a boca prontamente
2. A língua descai para receber a mama/tetina do biberão no início da alimentação.	A língua descai todas as vezes	A língua descai algumas vezes	A língua nunca descai
3. Imediatamente após a introdução da mama/tetina, a sucção da criança está organizada, rítmica e suave. (A sucção organizada tem um padrão de um surto de sucção – pausa. Na sucção desorganizada a criança trinca ou cerra o maxilar, retrai a língua ou empurra a mama/tetina com a língua)	A sucção está sempre organizada	A sucção está organizada algumas vezes	A sucção nunca está organizada
4. Assim que a alimentação está a decorrer, mantém um padrão de sucção suave e rítmico (ver descrição em cima)	Observa-se estabilidade e consistência	Alguma desorganização da sucção no decurso da mamada	Incapacidade em manter a sucção organizada
5. A pressão da sucção é constante e forte (i.e., chupa com vigor e a um ritmo constante).	Observa-se estabilidade e consistência	Algumas sucções débeis	Sucção frequentemente débil
6. Empenha-se em fazer surtos de sucção prolongados (7 a 10) sem apresentar sinais de stress ou instabilidade fisiológica e/ou uma resposta cardiorrespiratória adversa ou negativa (os sinais de stress incluem o franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.)	Faz sempre surtos de sucção longos sem sinais de stress	Alguns surtos de sucção longos sem sinais de stress	Sem surtos de sucção longos ou todos os surtos acompanhados de sinais de stress
7. A língua mantém contacto constante com a mama/tetina – não desliza da mama/tetina e ao fazer a sucção ouve-se um som de clique	Sem som de clique	Alguns sons de clique	Sons frequentes de clique

Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2002) traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)



## Apresentação da escala EFS-VM

1ª fase	2ª fase	3ª fase
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>Fig 1. Abre a boca quando a mama toca os lábios</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Fig 2. Reflexo de busca</p> </div> </div>		

<https://porto.amamenta.net/a-pegar/>  
[https://www.youtube.com/watch?v=QXGuGKL57xo&ab\\_channel=RegisteredNurseRN](https://www.youtube.com/watch?v=QXGuGKL57xo&ab_channel=RegisteredNurseRN)



## Apresentação da escala EFS-VM

1ª fase

2ª fase

3ª fase

### 1. Capacidade para organizar o funcionamento oro-motor



Fig 3. Dificuldade na alimentação oral

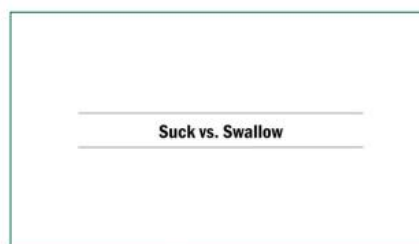


Fig 4. Sucção vs. deglutição

[https://www.youtube.com/watch?v=Wg-k-BIG0r0&ab\\_channel=GlobalHealthMediaProject](https://www.youtube.com/watch?v=Wg-k-BIG0r0&ab_channel=GlobalHealthMediaProject)  
[https://www.youtube.com/watch?v=DgUNMKOlouU&ab\\_channel=SickKidsInteractive](https://www.youtube.com/watch?v=DgUNMKOlouU&ab_channel=SickKidsInteractive)



## Apresentação da escala EFS-VM

1ª fase

2ª fase

3ª fase

### 2. Capacidade para coordenar a deglutição

8. Gere os fluidos durante a deglutição sem os perder pelos cantos da boca. (i.e. não se baba)	Sem perda de líquido	Alguma perda de líquido	Frequente perda de líquido
9. Os sons faríngeos são limpos – não se ouve o gorgolejo criado pelo líquido no nariz ou faringe.	Sem sons de gorgolejo	Alguns sons de gorgolejo	Frequentes sons de gorgolejo
10. A deglutição é suave – sem esforço para engolir.	Suaves deglutições	Algumas deglutições com dificuldade	Frequentes deglutições com dificuldade
11. Uma simples deglutição assimila o "bólus" da sucção – Não são necessárias múltiplas deglutições para esvaziar os fluidos para a garganta.	Todas as deglutições são únicas para o mesmo "bólus"	Algumas deglutições múltiplas para o mesmo "bólus"	Frequentes deglutições múltiplas para o mesmo "bólus"
12. Tosse ou sons de engasgamento.	Nenhum evento observado	Pelo menos um evento observado	Dois ou mais eventos observados

Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2002) traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)



## Apresentação da escala EFS-VM

1ª fase

2ª fase

3ª fase

### 3. Capacidade para manter a estabilidade fisiológica

13. Cerca de 30s depois de iniciar a alimentação a saturação de O <sub>2</sub> estabiliza e não há sinais de stress.	Observa-se estabilidade e consistência	Começam a tornar-se visíveis	Não se observa
14. Interrompe a sucção para respirar. O prestador de cuidados não tem que interromper a mamada para a criança respirar.	Interrompe a sucção para respirar de forma consistente	Começam a emergir algumas capacidades: Interrompe a sucção na maioria das vezes	Não interrompe a sucção por si para respirar
15. Quando interrompe a sucção para respirar, observam-se vários ciclos respiratórios completos	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar na maioria das vezes	Não interrompe a sucção para respirar
16. A criança pára para respirar antes de começar a demonstrar sinais de stress. (sinais de stress observados incluem: franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.).	Pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Frequentemente pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Não pára para respirar antes de surgirem sinais de stress
17. Sons respiratórios limpos – sem roncos (expiração prolongada, glote parcialmente encerrada na expiração).	Sem roncos	Roncos esporádicos	Roncos frequentes
18. Sons respiratórios limpos – sem sinais de estridor que sugerem uma passagem de ar restrita no canal.	Sem estridor	Estridor esporádico	Estridor frequente
19. Adejo nasal e/ou alteração da cor (palidez).	Sem adejo nasal e/ou Palidez da asa do nariz	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz esporádico	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz frequente
20. Utilização dos músculos acessórios na respiração (e.g. elevação do queixo, cabeça para trás, retração e tiragem).	Nunca há utilização dos músculos acessórios	Utilização dos músculos acessórios esporádica	Utilização dos músculos acessórios frequentemente
21. Alteração da cor durante a alimentação (e.g. palidez e cianose peribocal e/ou periorbital).	Nunca há alteração da cor	Alteração da cor esporádica	Alteração da cor frequente
22. Descida da saturação de O <sub>2</sub> abaixo dos 90%.	Nunca	Ocasional	Frequente

Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2002) traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)



## Apresentação da escala EFS-VM

1ª fase

2ª fase

3ª fase

### Tolerância à Alimentação Oral (estádio e tónus predominante durante a mamada)

Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tónus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tónus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tónus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade

### Tolerância à Alimentação Oral (durante os primeiros cinco minutos após a mamada)

Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tónus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tónus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tónus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade

Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2002) traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)



## Apresentação da escala EFS-VM

### Descritores da mamada

SpO2 antes e durante a mamada

Habilidade alimentar

Mantida

Melhorou

Piorou

Duração da refeição

Volume administrado

Alimentado com SOG/SNG

Tipo de tetina usada

Posição

Deitado

Lateral

Semi levantado

Outros...

Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2002) traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)



## Apresentação da escala EFS-VM

### Intervenções de suporte válidas

Ações de suporte utilizadas	Suporte oral oferecido: Avaliação da Tolerância da criança – aumento do fluxo
Reposicionamento	Apoiou o maxilar
Deixou repousar a criança	Apoiou a base da língua
Re-acordou a criança	Apoiou as bochechas
Usou tetina de baixo fluxo	
Regulou o fluxo	
Colocou a eructar várias vezes	

Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2002) traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)



## Apresentação da escala EFS-VM

### Intervenções passivas que não são de apoio ao desenvolvimento

Mobilizou o maxilar para cima e para baixo

Rodou a tetina para incentivar a mamada

Apertou as bochechas de forma rítmica

Apertou a tetina para encorajar a criança a mamar

Introduziu e retirou a tetina para o encorajar a mamar

Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2002) traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)



## Apresentação da escala EFS-VM

Uma alimentação que dure mais de 20-25 minutos, pode demonstrar níveis de desempenho pouco adequados

A escala EFS-VM elabora um perfil de competências alimentares, não se deve categorizar a criança!



Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2007) traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)

<https://www.nursechoice.com/traveler-resources/5-must-have-nursing-skills-for-neonatal-nurses/>





## Vídeos exemplificativos



[https://www.youtube.com/watch?v=6j-HNOJeLuQ&ab\\_channel=Dr.Brown%27sMedical](https://www.youtube.com/watch?v=6j-HNOJeLuQ&ab_channel=Dr.Brown%27sMedical)



## Vídeos exemplificativos



[https://www.youtube.com/watch?v=6j-HNOJeLuQ&ab\\_channel=Dr.Brown%27sMedical](https://www.youtube.com/watch?v=6j-HNOJeLuQ&ab_channel=Dr.Brown%27sMedical)



## Considerações finais

- ✓ O sucesso da alimentação oral, depende dos cuidados individualizados e centrados nas mensagens que transmite e na criação de um ambiente seguro e promotor de experiências positivas;
- ✓ A existência de protocolos ou *guidelines* que orientam a prática, é uma mais-valia para auxiliar na avaliação das competências do RN;
- ✓ O sucesso da alimentação oral vai influenciar de forma positiva o desenvolvimento e crescimento e, por conseguinte, permitir a obtenção da autonomia alimentar e a alta precoce;
- ✓ Basear a atuação da prática de enfermagem na evidência científica;
- ✓ Atuação e linguagem uniforme entre pares.

## Questões



<https://br.depositphotos.com/stock-photos/crianca-com-interroga%C3%A7%C3%A3o.html>



## Referências bibliográficas

- Amaizu, S. S. (2008). Maturation of oral feeding skills in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 97(1), pp. 61-67. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00548.x
- Curado, M. A.S., Maroco, J.P., Vasconcellos, T., Gouveia, L., Thoyre, S. (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referência* IVa Série, Edição No 12, pp. 131- 142. doi.org/10.12707/RIV16070
- Harding. (2009). An evaluation of the benefits of non-nutritive sucking for premature infants as described in the literature. *Archives of Disease in Childhood*, 94(8), pp. 636 - 640. doi:10.1136/adc.2008.144204
- Hewitt-Taylor, J. (2004). Clinical guidelines and care protocols. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20(1), pp. 45-52. doi:10.1016/j.iccn.2003.08.002
- Jacqueline M. McGrath, A. V. (2004). State of the science: feeding readiness in the preterm infant. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 18(4), pp. 353 - 368. doi:10.1097/00005237-200410000-00006



## Referências bibliográficas

- Lau, C. (2016). Development of infant oral feeding skills: what do we know? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 103(2). doi:10.3945/ajcn.115.109603
- Lise Bakker, B. J. (2020). Oral-feeding guidelines for preterm neonates in the NICU: a scoping review. *Journal of Perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 41(1), pp. 140-149. doi:10.1038/s41372-020-00887-6
- McGuire, J. W. (2015). Responsive versus scheduled feeding for preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 31(8). doi:10.1002/14651858.CD005255.pub4
- Pados, B. F. (2016). Assessment Tools for Evaluation of Oral Feeding in Infants Less. *Adv Neonatal Care*, 16(2), pp. 143 - 150. doi:10.1097/ANC.0000000000000255.
- Phillips, L. A. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), pp. 9 - 22. doi:10.1053/j.nainr.2012.12.002
- Thoyre, S. M., Pridham, K. F., & Shaker, C. (2005). The early feeding skills assessment for preterm infants. 24(3), 7-16.
- Thoyre, S. M., Shaker, C. S., & Fuller, K. (2018). Psychometric Properties of the Early Feeding Skills Assessment Tool. *Original Research*, 18(5), 13-18.



**Apêndice III – Questionário de avaliação da sessão de formação**

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Por favor, assinalar com um X a resposta que considera mais adequada de acordo com a seguinte escala:

1	2	3	4	5	N/A
Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom	Excelente	Não aplicável

<b>1. Sessão de formação em geral</b>	1	2	3	4	5	N/A
a. Importância e utilidade do tema para a realização das suas atividades						
b. Adequação da duração da sessão						
c. Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas						

<b>2. Conteúdo da sessão de formação</b>	1	2	3	4	5	N/A
a. Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual						
b. Qualidade da abordagem ao tema						
c. Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos						

<b>3. Formador</b>	1	2	3	4	5	N/A
a. Domínio demonstrado						
b. Exposição clara e precisa						
c. Motivação e incentivo à participação						

**Muito obrigada!**

**Apêndice VII – Entrevista a Enfermeira Perita da Unidade de Cuidados  
Intensivos Neonatais**

## **Entrevista a Enfermeira Perita da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

No âmbito do projeto de mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, realizei uma semana de estágio de observação na unidade de Neonatologia de um Hospital Central onde é aplicada a EFS-VM. Este estágio teve como principal objetivo a observação das práticas de cuidados de enfermagem ao RNPT ou RN de termo com dificuldades na alimentação e que necessita adquirir competências alimentares para obter autonomia alimentar.

Uma das principais atividades desenvolvidas neste período, foi a realização de uma entrevista exploratória a uma das enfermeiras peritas que colaborou na validação da escala para a população portuguesa e é uma das enfermeiras responsáveis pela sua implementação na unidade e da formação realizada para promover a aquisição das competências alimentares dos RN. Através da entrevista procurei compreender a importância da aplicação da escala na prática dos cuidados ao RN, as principais diferenças sentidas desde que começaram a utilizar a escala na prática de cuidados de enfermagem e as principais dificuldades relatadas pela equipa na execução da mesma.

A primeira questão estava relacionada com a **utilidade e importância** deste instrumento de avaliação na prática de enfermagem numa UCIN. A enfermeira perita na aplicação da escala destaca a importância da utilização da escala, não só nos RNPT quando são alimentados à mama ou no biberão, mas também nos RN de termo com dificuldades na motricidade oral. A aplicação da escala permite a realização da avaliação das competências precoces durante a alimentação oral, através de um instrumento de avaliação estruturado e validado para os nossos RN, esta escala pretende também ser um apoio às intervenções na alimentação do RN e permite a compreensão e o acompanhamento da evolução em relação às competências oromotoras. Para além disso, a enfermeira destacou ainda a importância da escala para a uniformização dos cuidados em relação à introdução da alimentação oral.

Com a evolução dos cuidados prestados em neonatologia, principalmente aos RNPT, esta escala adquire um papel crucial no seu neurodesenvolvimento

e pode influenciar o desenvolvimento e a aquisição das competências oromotoras.

A Enfermeira refere ainda que a escala veio servir de base para os ensinamentos realizados aos pais, uma vez que passou a funcionar como um instrumento estruturado para transmitir informações aos pais em relação à alimentação. Para os prestadores de cuidados, tanto para os enfermeiros como para os pais, a utilização desta escala no momento da alimentação permite a administração da alimentação por biberão de forma mais segura, tornando esta experiência mais positiva.

A segunda questão está relacionada com as principais **diferenças** sentidas nos cuidados na UCIN com a utilização da escala. A escala começou a ser utilizada, nesta unidade, desde 2014 e a Enfermeira participou neste processo desde o início. A principal diferença prende-se com o estabelecimento de uma linguagem comum quanto às competências de alimentação oral dos RN, facilitando não só a comunicação entre profissionais de saúde, mas também com os pais. A forma como os enfermeiros começaram a transmitir informações em relação à alimentação do RN na passagem de ocorrências começou a seguir este instrumento estruturado.

De destacar o momento da passagem de turno, para a discussão do plano de cuidados delineado para o RN e para a avaliação das intervenções realizadas, com a utilização da escala é possível compreender e identificar as necessidades específicas de cada RN, acompanhar a evolução das competências ao longo do seu desenvolvimento e vigiar alterações ou problemas de autorregulação demonstrados durante a alimentação. Assim sendo, esta escala vai ter em conta os momentos em que o RN não tem capacidade para se autorregular, pelo que a equipa de enfermagem terá necessidade de se tornar parceira na aquisição de competências, proporcionando assim intervenções de suporte específicas para as necessidades do RN.

Outra diferença sentida, relaciona-se com o acompanhamento realizado do RN, segundo a enfermeira a utilização da escala permitiu um seguimento do RN mais individualizado e personalizado às suas necessidades, através da compreensão da sua evolução com base nos registos realizados é possível compreender em que fase o RN se encontra. Para além disso, de ressaltar a

melhoria nos cuidados, com a avaliação personalizada dos RN, que permitiu uma diminuição nas regressões na aquisição das competências alimentares.

Em relação à terceira questão, relacionada com as **dificuldades** sentidas no preenchimento da escala, prende-se essencialmente com a extensão da escala. Como a escala passou a ser informatizada, veio facilitar o preenchimento da mesma, apesar de não ter diminuído a sua extensão. Na unidade, a realização da escala é feita em todos os turnos, pelo menos uma vez no turno e sempre que exista uma alteração no desempenho do RN aquando do momento da alimentação. A escala acaba por aparecer no programa informático sempre associada à intervenção “alimentação por biberão”, esta é levantada pelo enfermeiro a partir do momento em que se inicia a alimentação por biberão ou até mesmo na mama. A partir do momento em que o recém-nascido apresenta autonomia alimentar e um bom desempenho durante a alimentação isso é referido nas observações e acaba-se por encerrar o diagnóstico associado à intervenção (“Ingestão Nutricional” ou “Mamar”) e a mesma deixa de aparecer.

A aplicação da escala exige também a existência de uma equipa motivada e com formação para a execução e avaliação da mesma. A própria unidade apresenta a norma de procedimento que se intitula “Alimentação por Biberão do RNPT: Avaliar as competências precoces na alimentação oral” que foi revista recentemente, para além disso fomenta momentos de formação realizada pela equipa responsável pela alimentação no RN.

A última questão está direcionada para a **motivação** de outros enfermeiros para a utilização deste instrumento de avaliação das competências precoces do RN. Entre 2014 e 2017, altura em que a escala ainda não estava informatizada, a Enfermeira refere que a equipa estava motivada para a validação deste instrumento para a população portuguesa, e que necessitavam de uma grande amostra de RN para a realização do estudo, a partir daí começou a tornar-se rotina o preenchimento da escala, uma vez que a maior parte dos enfermeiros reconheceu a sua importância na prática.

A Enfermeira destaca a autonomia que a equipa de enfermagem apresenta no desenvolvimento das competências oromotoras, participando de forma constante nas tomadas de decisão em relação às intervenções relacionadas com a alimentação do RN. Para além disso, a aplicação da escala permitiu uma prestação de cuidados individualizada e em parceria com os pais.

Através da utilização da EFS-VM os enfermeiros passaram a dar mais importância aos sinais de prontidão alimentar e às mensagens transmitidas pelo RN para o início da alimentação oral, as 32 e 34 semanas de idade gestacional, preconizadas pela maior parte dos enfermeiros, deixou de ser por si só um elemento a considerar. Para além da idade gestacional, os enfermeiros começaram a considerar, não só, os sinais de interesse e as respostas dos mesmos para a introdução da alimentação, mas também dos sinais de stress para a interrupção do mesmo processo. Outra componente chave na aplicação desta escala está interligada com o ambiente envolvente e com a condição prévia do RN antes do momento da alimentação, alertando sobre a importância do ambiente tranquilo, principalmente ao nível da luminosidade e dos ruídos; e sobre o posicionamento e conforto do RN, de forma a organizá-lo e prepará-lo para ser alimentado, são os exemplos dados pela enfermeira assegurados na aplicação da escala.

Em forma de conclusão, a enfermeira destaca a EFS-VM como um instrumento que veio melhorar a prestação de cuidados, uma vez que descreve de forma rigorosa a experiência alimentar do RN, possibilitando uma comunicação mais eficiente entre a equipa de enfermagem em relação à progressão das competências alimentares e permite também a planificação dos cuidados para o desenvolvimento dessas mesmas competências.



**Apêndice VIII - Plano da Sessão de Formação na Unidade de Cuidados  
Intensivos Neonatais: “Escala de Observação das Competências  
Precoces na Alimentação Oral - *Early Feeding Skills Versão Modificada*  
*(EFS-VM)*”**



**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Enfermagem Saúde Infantil e**  
**Pediatria**

**Plano da Sessão de Formação na Unidade de Cuidados**

**Intensivos Neonatal:**

Escala de Observação das Competências Precoces na  
Alimentação Oral

- *Early Feeding Skills - Versão Modificada (EFS-VM)*

Inês Alexandra Martins Quental



**Lisboa**  
**Janeiro, 2022**

## **ÍNDICE**

<b>Introdução</b> -----	<b>3</b>
<b>1. Justificação da sessão de formação</b> -----	<b>4</b>
<b>2. Planeamento da sessão de formação</b> -----	<b>5</b>
<b>3. Resultados da avaliação da formação</b> -----	<b>7</b>
<b>4. Conclusão</b> -----	<b>9</b>
<b>Referências bibliográficas</b> -----	<b>10</b>

## **ANEXOS**

Anexo I – Escala de Observação das Competências Precoces na Alimentação  
(EFS-VM)

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Diagnóstico das necessidades formativas

Apêndice II – Apresentação PowerPoint da Sessão de Formação

Apêndice III – Questionário de avaliação da sessão de formação

## Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório e no decorrer do ensino clínico na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) foi realizada uma formação sobre a Escala de Observação das Competências Precoces na Alimentação Oral - *Early Feeding Skills*-Versão Modificada (EFS-VM). A realização desta formação surgiu após a identificação das necessidades formativas (Apêndice I) da equipa de enfermagem em relação à avaliação das competências alimentares do recém-nascido (RN) e à escala EFS-VM.

A ocorrência de um parto prematuro é um acontecimento cada vez mais frequente, a probabilidade de sobrevivência e a viabilidade dos RN têm vindo a aumentar, essencialmente devido ao avanço científico e tecnológico, com o aparecimento de novas técnicas e tratamentos inovadores (Oliveira et al., 2008). A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) refere que nascem anualmente, em todo o mundo, 15 milhões de prematuros, ou seja, 1 em cada 10 bebés nasce prematuro. A sobrevivência dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) aumentou significativamente nas últimas décadas, pelo que as complicações da prematuridade se tornaram cada vez mais comuns devido à maior taxa de sobrevivência e ao aumento do tempo de internamento nas UCIN (SPP, 2012).

A avaliação das competências oromotoras precoces para a alimentação oral é de extrema importância para a introdução da alimentação oral com segurança no RN e individualizando os cuidados, a aquisição de competências de alimentação oral de forma segura e eficiente é um dos marcos mais desafiantes no desenvolvimento do RNPT (Crowe, Chang & Wallace, 2016).

A existência de protocolos ou *guidelines* que orientam a prática, parece ser uma mais-valia para auxiliar na avaliação das competências do RN e, por conseguinte, permitir a obtenção da prontidão alimentar e a alta precoce. A destacar que a alimentação é uma intervenção autónoma do enfermeiro, pelo que podemos ter uma função facilitadora no momento de transição para a alimentação oral.

Este trabalho inicia-se com a apresentação da pertinência desta sessão de formação, os seus objetivos; de seguida é colocado o planeamento de sessão; na terceira parte são apresentados os resultados da avaliação da sessão; e, por último, a conclusão e as referências bibliográficas.

## **1. Justificação da sessão de formação**

A alimentação oral do RNPT é uma das intervenções mais complexas e, na maioria das vezes, este apresenta dificuldades no estabelecimento desta competência. Não só por ser complexa, mas também pelas características fisiológicas inerentes ao RNPT (Curado, Marôco, Vasconcellos, Gouveia & Thoyre, 2017). A dificuldade na alimentação oral do RNPT é uma problemática identificada por vários autores, uma vez que esta tem impacto, não só no crescimento e desenvolvimento do RN, mas é também um motivo de adiamento de alta das UCIN (Lau, 2016)

A EFS - VM (anexo I) permite a avaliação das competências alimentares quando se adapta o bebé na mama ou se oferece o biberon, permite a avaliação das competências alimentares de bebés prematuros e de termo até às 52 semanas de gestação e permite que os pais, depois de devidamente ensinados, possam participar na prestação dos cuidados e na aplicação da escala. Esta escala pretende ser uma lista de verificação que tem como objetivo padronizar a avaliação de competências de alimentação nos RNPT e facilitar o desenvolvimento de intervenções individualizadas. Foi validada por investigadores da área e enfermeiros peritos em neonatologia (Thoyre, Shaker & Pridham, 2005). A aplicação da escala EFS permite que se identifiquem as competências e as dificuldades do RN para que se possam planear intervenções e avaliar a sua eficiência.

A intervenção do enfermeiro é fundamental para que a aquisição das competências alimentares do RN seja realizada de forma uniforme e por toda a equipa, baseada na melhor evidência científica disponível. Neste contexto de trabalho a transição para a alimentação oral é muitas vezes realizada pelo profissional de forma intuitiva e sem ter em conta alguns sinais comportamentais do RN. A inexistência de protocolos, normas ou escalas implementadas para a introdução da alimentação, especialmente no RNPT, traduz-se muitas vezes em cuidados que não facilitam a transição para uma alimentação segura. Em conjunto com a minha enfermeira orientadora pensamos nesta formação (apêndice II) uma vez que nesta UCIN não é utilizado qualquer instrumento que avalie as competências oromotoras do RN. Este instrumento de avaliação inicialmente surgiu no serviço na altura da sua validação, mas o projeto acabou por não avançar dada a complexidade de utilização da escala.

## 2. Planejamento da sessão de formação

**Tema:** Escala de avaliação das competências oromotoras no recém-nascido - EFS-VM

**Destinatários/População Alvo:** Equipe de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal

**Data:** 14 de janeiro de 2022 **Horário da sessão:** 16:00 às 16:30 horas

**Via:** ZOOM

**Formador:** Inês Quental, estudante do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

**Enfermeira Orientadora:** Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria L.

**Professoras Orientadora:** Professora Doutora Maria Teresa Magão e Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria Tânia Almeida

**Objetivo geral:** Apresentar a Escala de Observação das Competências Precoces na Alimentação Oral - *Early Feeding Skills*-Versão Modificada (EFS-VM)

### **Objetivos específicos:**

- Identificar as competências oromotoras do RNPT para a introdução da alimentação oral;
- Identificar intervenções promotoras da organização comportamental do RNPT e da transição para alimentação oral;
- Refletir sobre a importância da utilização da escala de avaliação das competências oromotoras no RN na prática de cuidados.

**Método Pedagógico:** Demonstrativo, expositivo e interativo

	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos Materiais</b>	<b>Duração Temporal (m)</b>
<b>Introdução</b>	-Apresentação da Preletora; -Apresentação dos conteúdos; -Apresentação dos objetivos da formação; -Contextualização da temática;	Expositivo e interativo	Computador e internet	<b>5 min</b>
<b>Desenvolvimento</b>	-Contextualização nos cuidados neuroprotetores do desenvolvimento; -Desenvolvimento oromotor do RNPT; -Apresentação da escala de Observação das Competências Precoces na Alimentação Oral - <i>Early Feeding Skills</i> - Versão Modificada (EFS-VM)	Demonstrativo, Expositivo e interativo		<b>20 min</b>
<b>Conclusão</b>	-Considerações finais; -Esclarecimento de dúvidas e registo de sugestões.	Expositivo e interativo		<b>5 min</b>
<b>Avaliação</b>	-Preenchimento da folha da avaliação da sessão		Folha de avaliação da sessão	

### 3. Resultados da avaliação da formação

A sessão de formação foi divulgada com duas semanas de antecedência. A mesma decorreu via ZOOM, o que permitiu uma maior aderência por parte da equipa. A equipa de enfermagem atualmente é composta por 45 enfermeiros e participaram na formação 24 enfermeiros (cerca de 53% da equipa de enfermagem) e a fisioterapeuta (total de participantes: 25 pessoas). A sessão de formação foi divulgada não só à equipa de enfermagem, como planeado, mas também a toda a equipa multidisciplinar.

O conteúdo lecionado e a forma como a sessão de formação decorreu revelam a importância do diagnóstico das necessidades formativas realizado previamente, com adequação da linguagem à tipologia de formandas presentes e às dúvidas suscitadas. No final da sessão de formação foi entregue às enfermeiras que estiveram presentes um documento de avaliação da ação de formação, este documento foi enviado via *online* e para quem não respondeu foi entregue o questionário em formato de papel (Apêndice III). A escala utilizada foi a seguinte:

1	2	3	4	5	N/A
Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom	Excelente	Não aplicável

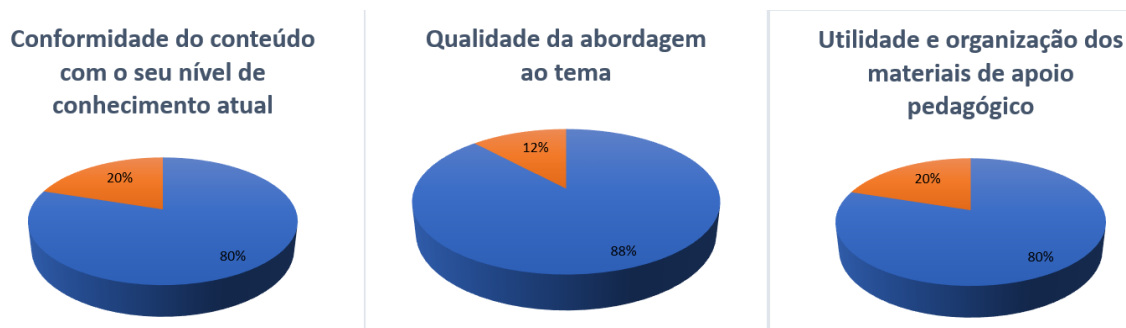
A maioria dos participantes na formação considerou a sessão de formação relevante e pertinente para a prestação de cuidados ao RN, demonstrando-se efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas e adequação ao tempo definido para a realização da sessão (Gráfico 1).



Gráfico 1 – Avaliação da sessão de formação em geral



A maioria dos formandos considerou ao nível do muito bom/excelente a qualidade da abordagem do tema e em conformidade com o nível de conhecimento da equipa (Gráfico 2).



**Gráfico 2** – Avaliação do conteúdo da sessão de formação

Por fim, o terceiro gráfico, foi unânime a forma clara e precisa como os conteúdos da sessão de formação foram lecionados, o domínio do tema por parte da formadora e a forma como os participantes foram incentivados à participação e a contribuíram para a reflexão.



**Gráfico 3** – Avaliação do formador

#### **4. Conclusão**

Os objetivos propostos para a sessão de formação foram concretizados e verificou-se que as enfermeiras que assistiram à sessão se mostraram sensibilizadas relativamente ao tema e à problemática da utilização da escala de avaliação das competências oromotoras no RN na prática de cuidados. A sessão de formação foi avaliada como sendo de grande importância para a prática de cuidados na UCIN, pelo que se considera que os objetivos propostos foram cumpridos e prevê-se a continuidade do projeto. Mais de metade da equipa de enfermagem esteve presente na formação o que revela a sua pertinência na prática de cuidados e a motivação para a melhoria dos cuidados.

Importa realçar a articulação da temática com os projetos em vigor na UCIN, destacando o fio condutor entre estes e a importância da temática para o desenvolvimento das competências dos RN admitidos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A realização desta sessão de formação permitiu também a reflexão e discussão em equipa sobre a promoção do desenvolvimento harmonioso do RNPT, através da promoção da consistência das intervenções de enfermagem no que respeita à alimentação do RNPT ou de termo com necessidade de adquirir competências alimentares.

Apesar do processo de validação desta escala ter sido iniciado nesta UCIN, a equipa mostrou-se motivada para ingressar novamente neste projeto. Um dos fatores que beneficia esta mudança é o processo de informatização do processo de enfermagem que a UCIN vai iniciar, que é uma barreira à sua implementação.

A partilha de conhecimentos baseados na evidência científica é uma das competências do Enfermeiro Especialista que “colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação” e “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” e (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744-50), contribuindo para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros”.

## Referências bibliográficas

- Crowe, L., Chang, A. & Wallace, K. (2016). Instruments for assessing readiness to commence suck feeds in preterm infants: effects on time to establish full oral feeding and duration of hospitalisation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016(8), 1- 22. doi:10.1002/14651858.CD005586.pub3
- Curado, M. A., Maroco, J. P., Vasconcellos, T., Gouveia, L. M. & Thoyre, S. M. (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (12), 131-42. doi:http://dx.doi.org/10.12707/RIV16070
- Diário da República N°26 (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 4744-4750. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Lau, C. (2016). Development of infant oral feeding skills: what do we know? *Am J Clin Nutr*, 103(Suppl), 616S-21S
- Oliveira, A., Cunha, M., Ferreira, L., Figueiredo, H., Cadete, A. & Machado, M. C. (2008). Cuidar para o desenvolvimento: intervenção no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso. *EssFisiOnline: Desenvolvimento Profissional*, 44-61. [http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol4n2/pdfs/desenvprof\\_recem\\_nascido.pdf](http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol4n2/pdfs/desenvprof_recem_nascido.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, 2012) - Unidade de vigilância Pediátrica, SCPE - Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos. Crianças nascidas entre 2001 e 2005.
- Thoyre, S. M., Shaker, C. S. & Pridham, K. F. (2005). The early feeding skills assessment for preterm infants. *Neonatal Network*, 24(3), 7-16. doi:10.1891/0730-0832.24.3.7

**ANEXOS**

**ANEXO 1** –Escala de Observação das Competências precoces na  
Alimentação Oral (EFS-VM)

Criança \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Observador \_\_\_\_\_

## OBSERVAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PRECOSES NA ALIMENTAÇÃO ORAL

### EFS - Versão modificada

PREPARAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO ORAL (Imediatamente antes de iniciar a alimentação)	
Consegue manter o corpo numa postura fletida c/mãos/braços à linha média.	Sim Não
Estádio de alerta.	Sim Não
Demonstra energia para se alimentar – mantém tonicidade muscular e postura fletida durante a observação.	Sim Não
(Oferecer chucha ou dedo) A atenção está dirigida à mamada – a criança procura a mama/tetina ou abre a boca prontamente.	Sim Não
Linha basal de saturação de O <sub>2</sub> > 93%	Sim Não

Capacidade em organizar o funcionamento Oro-Motor			
1. Abre a boca prontamente quando a mama/tetina toca os lábios no início de cada surto.	Abre a boca prontamente todas as vezes	Abre a boca prontamente algumas vezes	Nunca abre a boca prontamente
2. A língua descai para receber a mama/tetina do biberão no início da alimentação.	A língua descai todas as vezes	A língua descai algumas vezes	A língua nunca descai
3. Imediatamente após a introdução da mama/tetina, a sucção da criança está organizada, rítmica e suave. (A sucção organizada tem um padrão de um surto de sucção – pausa. Na sucção desorganizada a criança trinca ou cerra o maxilar, retrai a língua ou empurra a mama/tetina com a língua)	A sucção está sempre organizada	A sucção está organizada algumas vezes	A sucção nunca está organizada
4. Assim que a alimentação está a decorrer, mantém um padrão de sucção suave e rítmico (ver descrição em cima)	Observa-se estabilidade e consistência	Alguma desorganização da sucção no decurso da mamada	Incapacidade em manter a sucção organizada
5. A pressão da sucção é constante e forte (i.e., chupa com vigor e a um ritmo constante).	Observa-se estabilidade e consistência	Algumas sucções débeis	Sucção frequentemente débil
6. Empenha-se em fazer surtos de sucção prolongados (7 a 10) sem apresentar sinais de stress ou instabilidade fisiológica e/ou uma resposta cardiorrespiratória adversa ou negativa (os sinais de stress incluem o franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.)	Faz sempre surtos de sucção longos sem sinais de stress	Alguns surtos de sucção longos sem sinais de stress	Sem surtos de sucção longos ou todos os surtos acompanhados de sinais de stress
7. A língua mantém contacto constante com a mama/tetina – não desliza da mama/tetina e ao fazer a sucção ouve-se um som de clique	Sem som de clique	Alguns sons de clique	Sons frequentes de clique
Capacidade em Coordenar a Deglutição			
8. Gere os fluidos durante a deglutição sem os perder pelos cantos da boca. (i.e. não se baba)	Sem perda de líquido	Alguma perda de líquido	Frequente perda de líquido
9. Os sons faríngeos são limpos – não se ouve o gorgolejo criado pelo líquido no nariz ou faringe.	Sem sons de gorgolejo	Alguns sons de gorgolejo	Frequentes sons de gorgolejo
10. A deglutição é suave – sem esforço para engolir.	Suaves deglutições	Algumas deglutições com dificuldade	Frequentes deglutições com dificuldade
11. Uma simples deglutição assimila o "bólus" da sucção – Não são necessárias múltiplas deglutições para esvaziar os fluidos para a garganta.	Todas as deglutições são únicas para o mesmo "bólus"	Algumas deglutições múltiplas para o mesmo "bólus"	Frequentes deglutições múltiplas para o mesmo "bólus"
12. Tosse ou sons de engasgamento.	Nenhum evento observado	Pelo menos um evento observado	Dois ou mais eventos observados
Capacidade em Manter a Estabilidade Fisiológica			
13. Cerca de 30s depois de iniciar a alimentação a saturação de O <sub>2</sub> estabiliza e não há sinais de stress.	Observa-se estabilidade e consistência	Começam a tornar-se visíveis	Não se observa
14. Interrompe a sucção para respirar. O prestador de cuidados não tem que interromper a mamada para a criança respirar.	Interrompe a sucção para respirar de forma consistente	Começam a emergir algumas capacidades: interrompe a sucção na maioria das vezes	Não interrompe a sucção por si para respirar

15. Quando interrompe a sucção para respirar, observam-se vários ciclos respiratórios completos	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar na maioria das vezes	Não interrompe a sucção para respirar
16. A criança pára para respirar antes de começar a demonstrar sinais de stress. (sinais de stress observados incluem: franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.).	Pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Frequentemente pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Não pára para respirar antes de surgirem sinais de stress
17. Sons respiratórios limpos – sem roncos (expiração prolongada, glote parcialmente encerrada na expiração).	Sem roncos	Roncos esporádicos	Roncos frequentes
18. Sons respiratórios limpos – sem sinais de estridor que sugerem uma passagem de ar restrita no canal.	Sem estridor	Estridor esporádico	Estridor frequente
19. Adejo nasal e/ou alteração da cor (palidez).	Sem adejo nasal e/ou Palidez da asa do nariz	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz esporádico	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz frequente
20. Utilização dos músculos acessórios na respiração (e.g. elevação do queixo, cabeça para trás, retração e tiragem).	Nunca há utilização dos músculos acessórios	Utilização dos músculos acessórios esporádica	Utilização dos músculos acessórios frequentemente
21. Alteração da cor durante a alimentação (e.g. palidez e cianose peribocal e/ou periorbital).	Nunca há alteração da cor	Alteração da cor esporádica	Alteração da cor frequente
22. Descida da saturação de O <sub>2</sub> abaixo dos 90%.	Nunca	Ocasional	Frequente

Tolerância à Alimentação Oral (estádio e tônus predominante durante a mamada)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tônus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tônus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tônus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade
Tolerância à Alimentação Oral (durante os primeiros cinco minutos após a mamada)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tônus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tônus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tônus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade

#### Descritores da Mamada:

% de O<sub>2</sub> antes da refeição \_\_\_\_\_ durante a refeição \_\_\_\_\_

Habilidade alimentar:  mantida ao longo da refeição  melhorou durante a refeição  piorou durante a alimentação

Alimentado com SOG/SNG: Sim/Não Tipo de tetina usada \_\_\_\_\_ Duração da refeição (minutos) \_\_\_\_\_ Volume administrado \_\_\_\_\_ ml

Posição: Deitado  Decúbito lateral  Semi-levantado, frente

Ações de suporte utilizadas	Suporte oral oferecido: Avaliação da Tolerância da criança – aumento do fluxo	Ações passivas que não são de apoio ao desenvolvimento
<input type="checkbox"/> Reposicionamento	<input type="checkbox"/> Apoiou o maxilar	Mobilizou o maxilar para cima e para baixo
<input type="checkbox"/> Deixou repousar a criança	<input type="checkbox"/> Apoiou a base da língua	Rodou a tetina para incentivar a mamada
<input type="checkbox"/> Re-acordou a criança	<input type="checkbox"/> Apoiou as bochechas	Apertou as bochechas de forma rítmica
<input type="checkbox"/> Usou tetina de baixo fluxo		Apertou a tetina para encorajar a criança a mamar
<input type="checkbox"/> Regulou o fluxo		Introduziu e retirou a tetina para o encorajar a mamar
<input type="checkbox"/> Colocou a eructar várias vezes		

Preocupações iniciais na alimentação e recomendações para a próxima mamada:

---



---

©2002 revised 10/26/16. Prepared by S.Thoyre (UNC @ Chapel Hill, NC), C.Shaker (St. Joseph Regional Medical Center, Milwaukee, WI), & K.Pridham, (UW-Madison, WI).

Tradução: Cláudia Nicolau; Lígia Marques; Sílvia Oliveira; Thereza Vasconcelos Revisão Técnica: João Maroco; Manuel Cunha; Maria Alice Curado, (2009) Revisão Final após Validação Estatística: Maria Alice Curado; Thereza Vasconcelos; Lígia Marques, (2014).

**Apêndice I – Diagnóstico das necessidades formativas**



## **ENTREVISTA ENFERMEIROS UCIN**

No âmbito do projeto de mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, considerei relevante realizar entrevistas exploratórias à equipa de enfermagem, na unidade de neonatologia, com o intuito de avaliar as suas necessidades formativas no meu contexto de trabalho em relação às competências alimentares do RN e à escala EFS-VM, de forma a compreender a importância que os enfermeiros atribuem a existência de um instrumento de avaliação das competências oromotoras como essenciais no desenvolvimento do RN e na tomada de decisão dos enfermeiros.

As entrevistas permitiram identificar as principais lacunas na avaliação do RNPT para a introdução da alimentação, refletir sobre os conhecimentos da equipa de enfermagem na avaliação das competências oromotoras do RN, em específico sobre a EFV-VM, e da importância da existência de um instrumento para a observação específica do RN.

Para tal realizei entrevistas exploratórias a 5 elementos da minha equipa, sendo que na seleção dos participantes foi considerada a heterogeneidade dos profissionais, tendo em conta o tempo de experiência profissional e o tempo de experiência em neonatologia. A entrevista exploratória seguiu este questionário:

- 1. Avaliação realizada ao RNPT antes de iniciar a alimentação.**
  - a) Quais os aspetos que avalia ao nível do neurodesenvolvimento antes de iniciar a alimentação oral?
  - b) Qual a importância atribuída pelos enfermeiros à observação específica do RN através de instrumentos estruturados e de que forma consideram esta avaliação importante e complementar à observação geral?
- 2. Instrumentos de avaliação das competências oromotoras.**
  - a) Conhece a escala EFS-VM traduzida e validada para os RN portugueses como Escala de observação de competências precoces na alimentação oral do RN?
  - b) Se nunca utilizou esta escala refira como tem feito a avaliação as competências orais do RN na sua prática clínica.
  - c) Se já utilizou esta escala, diga se foi importante para o cuidado de enfermagem ao RN ao nível da alimentação oral e quais as dificuldades sentidas na aplicação da EFS-VM?

Relativamente à primeira questão, onde se pretendia compreender de que forma é realizada a avaliação do RN para a tomada de decisão para o início da alimentação oral, ou seja, quais os aspetos que são avaliados ao nível do seu neurodesenvolvimento. Nesta questão foi possível constatar a diferença entre as duas enfermeiras que apresentam menos experiência em Neonatologia, pois apresentaram maior dificuldade em relacionar o processo de desenvolvimento das competências oromotoras com a influência e as consequências a nível do neurodesenvolvimento.

As três enfermeiras com mais experiência, todas com mais de 30 anos de experiência e duas delas com especialidade em Pediatria, conseguem ter uma avaliação do RN mais objetiva, principalmente no que respeita ao observar o RN antes do início da alimentação oral, aos sinais de prontidão alimentar e à importância da sucção não nutritiva.

Alguns aspetos importantes ressaltados na avaliação das competências oromotoras pela maior parte das enfermeiras foram a idade gestacional, a estabilidade clínica, os reflexos orais, o tônus muscular, o estado de alerta e os sinais de stress. Todas referiram a intuição e a experiência dos enfermeiros como um elemento utilizado para a decisão de introdução da alimentação oral, através da observação do RN conseguem decidir se o momento é adequado ou não, pois não existe nada estruturado para realizar essa observação.

A questão da idade gestacional foi principalmente realçada pela enfermeira recém-licenciada, que falou nas 34 semanas como um fator decisivo para a introdução da alimentação oral, nomeadamente do biberão.

Os enfermeiros, independentemente do seu nível da sua experiência profissional, consideraram ter uma função essencial, não só na avaliação e no desenvolvimento das competências oromotoras, mas também na avaliação individual das competências comportamentais e oromotoras do RN de modo global antes de se iniciar a alimentação oral e, desta forma, implementar intervenções mais adequadas.

De um modo geral, todas as enfermeiras concordaram que a observação específica do RN através de instrumentos estruturados é de extrema importância para complementar a observação geral do RN. A enfermeira especialista refere que a observação do RN antes de iniciar a AE é importante para a tomada de decisão no que respeita à administração da alimentação por biberão ou não, e que a utilização de instrumentos para esse efeito proporciona a consistência das intervenções e dos

cuidados, o que promove resultados mais fidedignos. Para além disso, realçam que a tomada de decisão baseada na evidência dos resultados e nas necessidades do RN, não sendo suficiente apenas a observação do enfermeiro e da sua intuição.

Em relação à última questão, relacionada com o conhecimento que a equipa detém sobre instrumentos de avaliação das competências oromotoras, apenas 2 pessoas conheciam a EFS-VM. As duas enfermeiras são especialistas em Pediatria, sendo que uma delas, para além das funções de chefia que exerce no serviço, participou no projeto inicial de validação da escala. A outra enfermeira exerce funções na UCIN há mais de 30 anos, sendo que já possuía conhecimento da escala aquando da validação no projeto na UCIN.

Ambas as enfermeiras destacaram a relevância deste instrumento de trabalho principalmente para a promover o sucesso na alimentação oral no RN, antecipando o momento da alta e criando em ambiente seguro e promotor de experiências nutritivas positivas. De acordo com as entrevistadas, este instrumento permite avaliar com maior objetividade itens que são relevantes na alimentação, sendo a preparação para a alimentação oral do RN um cuidado essencial de Enfermagem neonatal. A utilização da EFS alertou para a necessidade de observar o RN antes, durante e após a alimentação oral e para tomar a decisão de iniciar a AE por tetina ou suspendê-la de acordo com os sinais de stress do RN.

As enfermeiras com menos experiência na área mostram-se mais recetivas à implementação de novos instrumentos nos cuidados ao RN, enquanto as enfermeiras mais experientes mostram algumas dúvidas em ter outra escala para preencher na UCIN, uma vez que não existe sistema informático. No entanto, todas referiram que a utilização da EFS-VM pode permitir uma prática uniformizada em relação às intervenções para a aquisição e desenvolvimento das competências oromotoras.

Durante a entrevista, foram salientadas ainda as dificuldades sentidas na aplicação da escala e a necessidade de maior disponibilidade da equipa para a e também treino para a utilização.

As restantes enfermeiras não conheciam a escala, sendo que uma delas trabalhava na unidade na altura da validação da escala. Neste sentido, as avaliações das competências orais do RN na prática clínica são realizadas tendo em conta ao que foi respondido na primeira questão.

**Apêndice 2 – Apresentação PowerPoint da Sessão de Formação**

# Escala de Observação de Competências precoces na Alimentação Oral

## *Early Feeding Skills*

**Estudante:**

Enfª Inês Quental

**Enfermeira Orientadora:**

Enfª Especialista [REDACTED]

**Professoras Orientadoras:**

Professora Doutora Mª Teresa Magão

Enfª Especialista Tânia Almeida

Lisboa, 14 de janeiro 2022

## Introdução

Âmbito projeto de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



“Promoção das competências alimentares do recém-nascido:  
intervenções centradas no neurodesenvolvimento”

Melhoria das  
práticas de  
cuidados ao RN

# Introdução

Âmbito projeto de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



“Promoção das competências alimentares do recém-nascido:  
intervenções centradas no neurodesenvolvimento”

Melhoria das  
práticas de  
cuidados ao RN



# Conteúdos

- Cuidados neuroprotetores do desenvolvimento
- Desenvolvimento oromotor do RNPT
- Aplicação da escala *Early Feeding Skills* -Versão Modificada (EFS- VM)



<https://www.rwjbh.org/jersey-city-medical-center/treatment-care/neonatal-intensive-care-unit/>

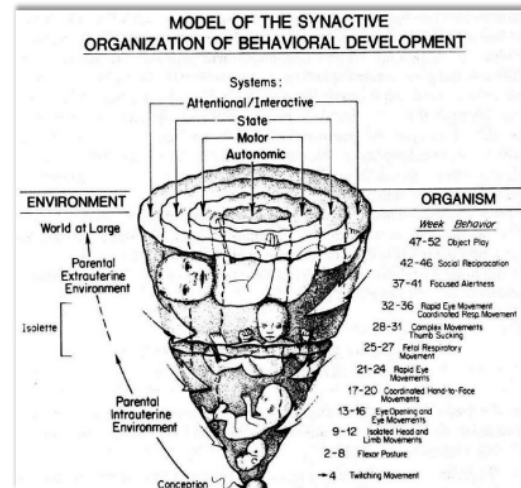


# Cuidados neuroprotetores do desenvolvimento

Heidelise Als (1982) – Teoria Sinativa do Desenvolvimento que permite a compreensão do comportamento e desenvolvimento do RNPT

## Subsistemas em relação com o ambiente

- Autônomo
- Motor
- Organizacional
- Interação-Atenção



(Als, 1982)



## Desenvolvimento oromotor do RNPT



<https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Prematuros/noticia/2017/02/estudo-pode-esclarecer-por-que-bebes-prematurados-tem-mais-dificuldades-de-desenvolvimento.html>

Alimentação  
o entérica

Transição

Alimentação  
oral

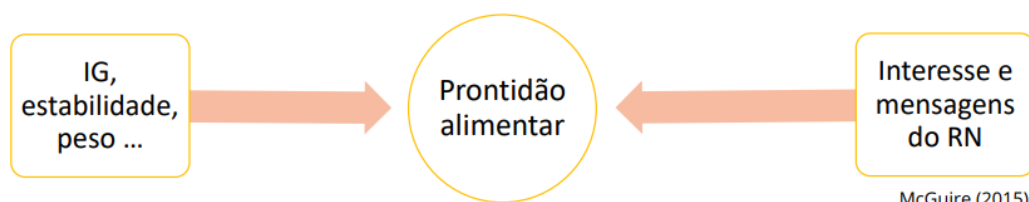


<https://soumamae.com.br/qualis-sao-as-melhores-posicoes-para-amamentar-o-bebe/>

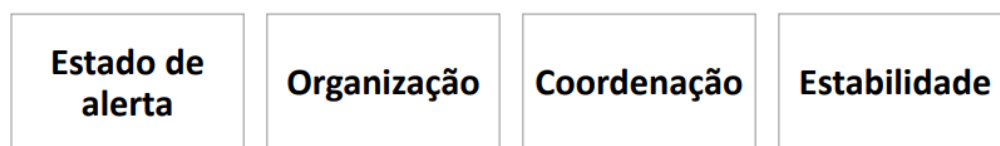
O RNPT tem a capacidade de desenvolver as suas competências oromotoras após o nascimento, sendo benéfico e estando recomendado, em casos de estabilidade do mesmo, o início de estimulação oral precoce, estando esta descrita como facilitadora do processo de aquisição de autonomia alimentar com segurança e eficiência. (Lau, 2016)



## Desenvolvimento oromotor do RNPT



### Competências para a introdução da alimentação oral



Thoyre (2005)



## Aplicação da escala EFS-VM

A **Early Feeding Skills-VM** é um instrumento que permite uma observação geral, específica e sistematizada das **competências precoces dos RNPT** para a alimentação oral e facilita a tomada de decisão dos cuidadores.



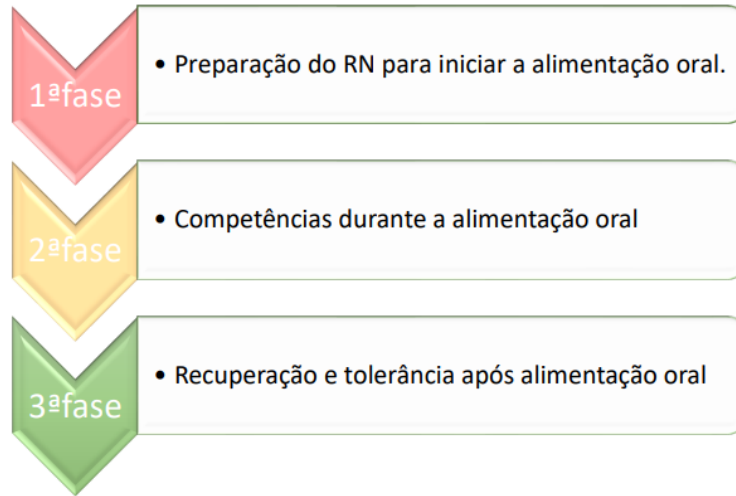
Pode ser usada em RN alimentados por **mama ou tetina**.  
Desde a primeira alimentação oral até às 52 semanas idade corrigida.

Curado, M.A.S., Maroco, J.P., Vasconcellos, T., Gouveia, L., Thoyre, S. (2017)





## Aplicação da escala EFS-VM



Thoyre (2005)



## Aplicação da escala EFS-VM



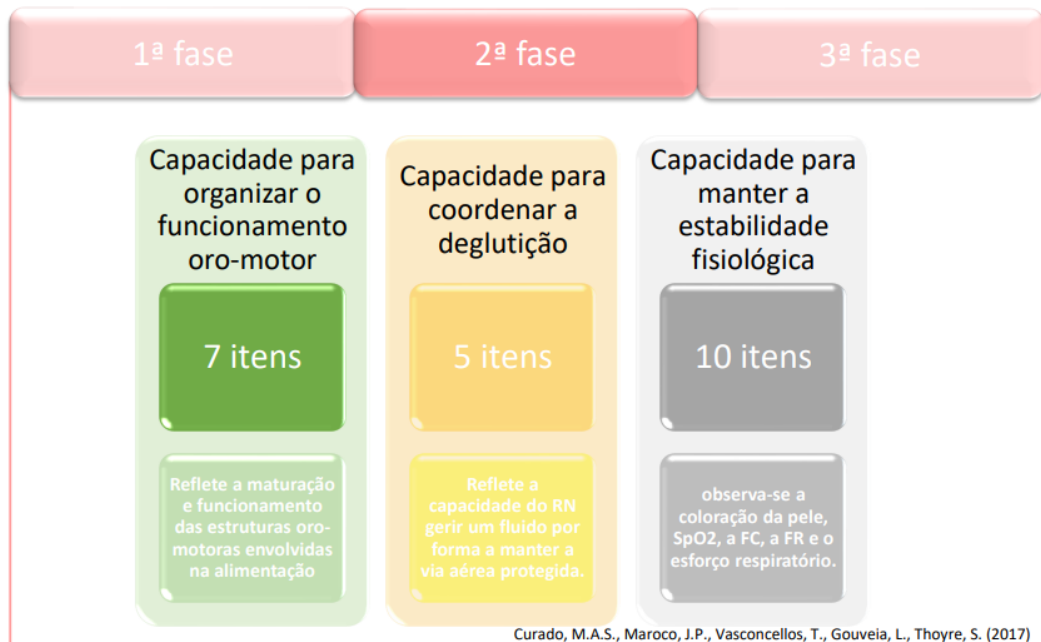
### PREPARAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO ORAL (Imediatamente antes de iniciar a alimentação)

Consegue manter o corpo numa postura fletida c/mãos/braços à linha média.	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Estádio de alerta.	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Demonstra energia para se alimentar – mantém tonicidade muscular e postura fletida durante a observação.	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
(Oferecer chucha ou dedo) A atenção está dirigida à mamada – a criança procura a mama/tetina ou abre a boca prontamente.	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Linha basal de saturação de O <sub>2</sub> > 93%	<input checked="" type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não

Curado, M.A.S., Maroco, J.P., Vasconcellos, T., Gouveia, L., Thoyre, S. (2017)



## Aplicação da escala EFS-VM



Curado, M.A.S., Maroco, J.P., Vasconcellos, T., Gouveia, L., Thoyre, S. (2017)



## Aplicação da escala EFS-VM

1ª fase	2ª fase	3ª fase	
<b>1. Capacidade para organizar o funcionamento oro-motor</b>			
1. Abre a boca prontamente quando a mama/tetina toca os lábios no início de cada surto.	Abre a boca prontamente todas as vezes	Abre a boca prontamente algumas vezes	Nunca abre a boca prontamente
2. A língua descai para receber a mama/tetina do biberão no início da alimentação.	A língua descai todas as vezes	A língua descai algumas vezes	A língua nunca descai
3. Imediatamente após a introdução da mama/tetina, a sucção da criança está organizada, rítmica e suave. (A sucção organizada tem um padrão de um surto de sucção – pausa. Na sucção desorganizada a criança trinca ou cerra o maxilar, retrai a língua ou empurra a mama/tetina com a língua)	A sucção está sempre organizada	A sucção está organizada algumas vezes	A sucção nunca está organizada
4. Assim que a alimentação está a decorrer, mantém um padrão de sucção suave e rítmico (ver descrição em cima)	Observa-se estabilidade e consistência	Alguma desorganização da sucção no decurso da mamada	Incapacidade em manter a sucção organizada
5. A pressão da sucção é constante e forte (i.e., chupa com vigor e a um ritmo constante).	Observa-se estabilidade e consistência	Algumas sucções débeis	Sucção frequentemente débil
6. Empenha-se em fazer surtos de sucção prolongados (7 a 10) sem apresentar sinais de stress ou instabilidade fisiológica e/ou uma resposta cardiorrespiratória adversa ou negativa (os sinais de stress incluem o franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.)	Faz sempre surtos de sucção longos sem sinais de stress	Alguns surtos de sucção longos sem sinais de stress	Sem surtos de sucção longos ou todos os surtos acompanhados de sinais de stress
7. A língua mantém contacto constante com a mama/tetina – não desliza da mama/tetina e ao fazer a sucção ouve-se um som de clique	Sem som de clique	Alguns sons de clique	Sons frequentes de clique

Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2002) traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)



## Aplicação da escala EFS-VM

1ª fase

2ª fase

3ª fase



Fig 1. Abre a boca quando a mama toca os lábios



Fig 2. Reflexo de busca

<https://porto.amamenta.net/a-pega/>  
[https://www.youtube.com/watch?v=CXGuGKL57xo&ab\\_channel=RegisteredNurseRN](https://www.youtube.com/watch?v=CXGuGKL57xo&ab_channel=RegisteredNurseRN)



## Aplicação da escala EFS-VM

1ª fase

2ª fase

3ª fase

1. Capacidade para organizar o funcionamento oro-motor



Fig 3. Dificuldade na alimentação oral

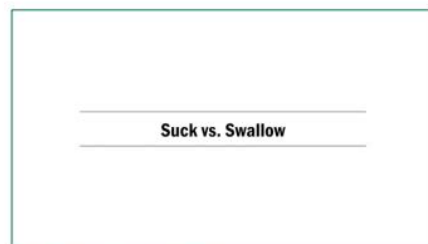


Fig 4. Sucção vs. deglutição

[https://www.youtube.com/watch?v=Wg-k-BIGDr0&ab\\_channel=GlobalHealthMediaProject](https://www.youtube.com/watch?v=Wg-k-BIGDr0&ab_channel=GlobalHealthMediaProject)  
[https://www.youtube.com/watch?v=0GUMKDiouU&ab\\_channel=SickKidsInteractive](https://www.youtube.com/watch?v=0GUMKDiouU&ab_channel=SickKidsInteractive)



# Aplicação da escala EFS-VM

1ª fase

2ª fase

3ª fase

## 2. Capacidade para coordenar a deglutição

8. Gere os fluidos durante a deglutição sem os perder pelos cantos da boca. (i.e. não se baba)	Sem perda de líquido	Alguma perda de líquido	Frequente perda de líquido
9. Os sons faríngeos são limpos – não se ouve o gorgolejo criado pelo líquido no nariz ou faringe.	Sem sons de gorgolejo	Alguns sons de gorgolejo	Frequentes sons de gorgolejo
10. A deglutição é suave – sem esforço para engolir.	Suaves deglutições	Algumas deglutições com dificuldade	Frequentes deglutições com dificuldade
11. Uma simples deglutição assimila o "bólus" da sucção – Não são necessárias múltiplas deglutições para esvaziar os fluidos para a garganta.	Todas as deglutições são únicas para o mesmo "bólus"	Algumas deglutições múltiplas para o mesmo "bólus"	Frequentes deglutições múltiplas para o mesmo "bólus"
12. Tosse ou sons de engasgamento.	Nenhum evento observado	Pelo menos um evento observado	Dois ou mais eventos observados

Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2002) traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)



# Aplicação da escala EFS-VM

1ª fase

2ª fase

3ª fase

## 3. Capacidade para manter a estabilidade fisiológica

13. Cerca de 30s depois de iniciar a alimentação a saturação de O <sub>2</sub> estabiliza e não há sinais de stress.	Observa-se estabilidade e consistência	Começam a tornar-se visíveis	Não se observa
14. Interrompe a sucção para respirar. O prestador de cuidados não tem que interromper a mamada para a criança respirar.	Interrompe a sucção para respirar de forma consistente	Começam a emergir algumas capacidades: Interrompe a sucção na maioria das vezes	Não interrompe a sucção por si para respirar
15. Quando interrompe a sucção para respirar, observam-se vários ciclos respiratórios completos	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar	Faz ciclos respiratórios completos para se equilibrar na maioria das vezes	Não interrompe a sucção para respirar
16. A criança pára para respirar antes de começar a demonstrar sinais de stress. (sinais de stress observados incluem: franzir das sobrancelhas, olhar preocupado, afastamento da mama/tetina, etc.).	Pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Frequentemente pára para respirar antes de surgirem sinais de stress	Não pára para respirar antes de surgirem sinais de stress
17. Sons respiratórios limpos – sem roncos (expiração prolongada, glote parcialmente encerrada na expiração).	Sem roncos	Roncos esporádicos	Roncos frequentes
18. Sons respiratórios limpos – sem sinais de estridor que sugerem uma passagem de ar restrita no canal.	Sem estridor	Estridor esporádico	Estridor frequente
19. Adejo nasal e/ou alteração da cor (palidez).	Sem adejo nasal e/ou Palidez da asa do nariz	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz esporádico	Adejo nasal e/ou palidez da asa do nariz frequente
20. Utilização dos músculos acessórios na respiração (e.g. elevação do queixo, cabeça para trás, retração e tiragem).	Nunca há utilização dos músculos acessórios	Utilização dos músculos acessórios esporádica	Utilização dos músculos acessórios frequentemente
21. Alteração da cor durante a alimentação (e.g. palidez e cianose peribocal e/ou periorbital).	Nunca há alteração da cor	Alteração da cor esporádica	Alteração da cor frequente
22. Descida da saturação de O <sub>2</sub> abaixo dos 90%.	Nunca	Ocasional	Frequente



Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2002) traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)



# Aplicação da escala EFS-VM

1ª fase

2ª fase

3ª fase

Tolerância à Alimentação Oral (estádio e tónus predominante durante a mamada)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tónus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tónus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tónus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade
Tolerância à Alimentação Oral (durante os primeiros cinco minutos após a mamada)				
Estádio predominante	Alerta calmo	Sonolento	Adormecido	Rabugento/chorar
Tónus muscular predominante	Corpo fletido com braços à linha média	Tónus inconsistente ou variável	Alguma tonicidade mas ligeiramente hipotónico	Tónus débil ou ausente; flácido, com pouca vitalidade

Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2002) traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)



# Aplicação da escala EFS-VM

## Descritores

SpO2 antes e durante a alimentação

Habilidade alimentar

Mantida

Melhorou

Piorou

Duração da refeição

Volume administrado

Alimentado com SOG/SNG

Tipo de tetina usada

Posição

Deitado

Lateral

Semi levantado

Outros...

Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2002) traduzido p Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)



## Aplicação da escala EFS-VM

### Intervenções de suporte válidas

<b>Ações de suporte utilizadas</b>	<b>Suporte oral oferecido: Avaliação da Tolerância da criança – aumento do fluxo</b>
Reposicionamento	Apoiou o maxilar
Deixou repousar a criança	Apoiou a base da língua
Re-acordou a criança	Apoiou as bochechas
Usou tetina de baixo fluxo	
Regulou o fluxo	
Colocou a eructar várias vezes	

Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2002) traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)



## Aplicação da escala EFS-VM

### Intervenções passivas que não são de apoio ao desenvolvimento

Mobilizou o maxilar para cima e para baixo

Rodou a tetina para incentivar a alimentação

Apertou as bochechas de forma rítmica

Apertou a tetina para encorajar o RN a mamar

Introduziu e retirou a tetina para o encorajar a mamar

Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2002) traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos, T., Marques, L. (2014)





## Aplicação da escala EFS-VM



[https://www.youtube.com/watch?v=6J-HNOJeLuQ&ab\\_channel=Dr.Brown%27sMedical](https://www.youtube.com/watch?v=6J-HNOJeLuQ&ab_channel=Dr.Brown%27sMedical)



## Aplicação da escala EFS-VM

Uma alimentação que dure mais de 20-25 minutos, pode demonstrar níveis de desempenho pouco adequados

A escala EFS-VM elabora um perfil de competências alimentares, não se deve categorizar a criança!



Thoyre S., Shaker, C. Pridham K. (2007)  
traduzido por Curado, M.A.S., Vasconcellos,  
T., Marques, L. (2014)



## Considerações finais

- ✓ A alimentação oral é um dos maiores desafios dos RNPT, após atingirem a estabilidade hemodinâmica e fisiológica. O sucesso da alimentação oral vai influenciar de forma positiva o desenvolvimento e crescimento e, por conseguinte, permitir a obtenção da autonomia alimentar e a alta precoce;
- ✓ A existência de protocolos ou *guidelines* que orientam a prática, é uma mais-valia para auxiliar na avaliação das competências do RNPT e permite a **tomada de decisão baseada na evidência científica**;
- ✓ O sucesso da preparação do RNPT para a alimentação oral, depende dos cuidados individualizados e centrados nas mensagens que transmite e na criação de um ambiente seguro e promotor de experiências positivas – **AVALIAÇÃO INDIVIDUAL**.



## Referências Bibliográficas

- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229–243. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(198224\)3:43.0.CO](https://doi.org/10.1002/1097-0355(198224)3:43.0.CO)
- Curado, M. A.S., Maroco, J.P., Vasconcellos, T., Gouveia, L., Thoyre, S. (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referência IVa Série, Edição No 12*, pp. 131- 142. [doi.org/10.12707/RIV16070](https://doi.org/10.12707/RIV16070).
- Lau, C. (2016). Development of infant oral feeding skills: what do we know? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 103(2). doi:10.3945/ajcn.115.109603.
- McGuire, J. W. (2015). Responsive versus scheduled feeding for preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 31(8). doi:10.1002/14651858.CD005255.pub4
- Thoyre, S. M., Pridham, K. F., & Shaker, C. (2005). The early feeding skills assessment for preterm infants. 24(3), 7-16.
- Thoyre, S. M., Shaker, C. S., & Fuller, K. (2018). Psychometric Properties of the Early Feeding Skills Assessment Tool. *Original Research*, 18(5), 13-18.







**Apêndice 3 – Questionário de avaliação da sessão de formação**

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Por favor, assinalar com um X a resposta que considera mais adequada de acordo com a seguinte escala:

1	2	3	4	5	N/A
Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom	Excelente	Não aplicável

<b>1. Sessão de formação em geral</b>	1	2	3	4	5	N/A
a. Importância e utilidade do tema para a realização das suas atividades						
b. Adequação da duração da sessão						
c. Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas						

<b>2. Conteúdo da sessão de formação</b>	1	2	3	4	5	N/A
a. Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual						
b. Qualidade da abordagem ao tema						
c. Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos						

<b>3. Formador</b>	1	2	3	4	5	N/A
a. Domínio demonstrado						
b. Exposição clara e precisa						
c. Motivação e incentivo à participação						

### Comentários:

--

**Muito obrigada!**

**Apêndice IX – Folheto informativo: “Extração e conservação do leite materno”**

# CONSERVAÇÃO SEGURA EM CASA

Local e temperatura	Tempo
À temperatura ambiente (16° a 25°C)	4 a 6 horas
No frigorífico (no mínimo 4°C)	3 a 5 dias
No congelador (no mínimo -18°C)	6 a 9 meses
Descongelado no frigorífico	até 24 horas
Descongelado em ar ambiente	até 2 horas



Conserve o leite materno na zona mais fria do frigorífico, no fundo da prateleira e/ou na prateleira por cima da secção dos legumes.



**NÃO** guarde o leite materno na porta do frigorífico, onde a temperatura é mais instável.



Se o seu bebé estiver internado podem existir recomendações mais rigorosas no hospital. Fale com a equipa de enfermagem.

## NÃO ESQUECER



Para manipular o leite do bebé é essencial **garantir uma correta lavagem das mãos**.



O leite materno pode ficar mais espesso à superfície e aquoso em baixo. **Agite suavemente** antes de oferecer o biberão ao bebé.



O leite materno pode ser oferecido à **temperatura ambiente ou ligeiramente aquecido em banho-maria** (apenas uma vez).



**NÃO** descongele ou aqueça o leite **no microondas**. Prefira a descongelação lenta, dentro do frigorífico..

Em caso de dúvidas, fale com a sua Enfermeira de Família, através do endereço eletrónico.

### Bibliografia

Eglash, A., Simon, L., & The Academy of Breastfeeding Medicine (2017). ABM clinical protocol #8: human milk storage information for home use for full-term infants, revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 12 (7), 390-395.  
Human Milk Banking Association of North America (2011). *Best practice for expressing, storing and handling human milk in hospitals, homes, and child care settings*. <https://www.hmbana.org>  
Levi, L., & Bertolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

fevereiro/2022



## EXTRAÇÃO E CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

Recomendações

## LEITE MATERNO

O leite materno é o melhor leite para o seu bebé. É um alimento vivo, completo e natural, que traz muitos **benefícios** (imunológicos, nutricionais, endocrinológicos, económicos e emocionais).

É, por isso, que **deve ser a primeira escolha para o bebé**, salvo raras exceções.



## CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

O leite materno pode ser conservado no frigorífico ou no congelador. Para isso, deve utilizar **sacos de congelação próprios**, ou mesmo biberões / frascos de vidro ou plástico livre de bisfenol A.

Para o transporte do leite deve fazê-lo num **saco isotérmico** adequado.

## EXTRAÇÃO DO LEITE

A extração do leite deve ser iniciada assim que possível.



Caso o bebé não consiga mamar, a **extração pode ser iniciada manualmente**.



Algumas farmácias têm **bombas de leite para alugar**. Quando o valor do aluguer for superior ao de venda, poderá adquirir a bomba sem custos.



### RECOMENDAÇÕES



Extrair leite com frequência (6-8 vezes por dia)



A extração dupla e perto, ou em contacto, com o bebé aumenta o volume de leite



Na conservação, não misturar os leites. identifique o recipiente com data e hora de início da extração.



Todos os materiais devem ser lavados com água corrente e sabão, de preferência com um escovilhão. Devem ser bem enxaguados e, em seguida, fervidos / esterilizados.



Consumir, em primeiro lugar, o leite congelado há mais tempo

**Apêndice X – Jornal de Aprendizagem: Consulta de Desenvolvimento  
Infantil**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria**  
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**JORNAL DE APRENDIZAGEM**  
**Consulta de Desenvolvimento Infantil**

**Inês Alexandra Martins Quental**

---

**Lisboa**  
**Fevereiro, 2022**



## Introdução

A realização do jornal de aprendizagem desenvolveu-se na consulta de desenvolvimento infantil. Ao longo deste estágio foram inúmeras as oportunidades de aprendizagem, pelo que se torna fundamental a reflexão desses momentos de forma a consolidar conhecimentos, promovendo assim o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

No desenvolvimento desta reflexão pretendo realizar uma análise da minha prática clínica, articulando com o conhecimento teórico e com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP).

Este momento reflexão teve por base duas situações de cuidados a duas crianças, uma com 22 meses e outra com 3 anos, a primeira estava marcada como uma consulta de enfermagem de vigilância e a segunda uma consulta de desenvolvimento.

Este processo reflexivo seguirá as etapas do ciclo de *Gibbs*: descrição da situação; sentimentos; avaliação; análise, conclusão; e, em último, planejar ação.

### **1 - Descrição da Situação** - O que aconteceu?

A primeira situação aconteceu na consulta de desenvolvimento de uma criança com 3 anos de idade, o L., acompanhado pela sua mãe. Enquanto aguardava pelo início da consulta de enfermagem, o L. brincava na sala de espera com a assistente operacional a fazer rabiscos numa folha de papel, quando o cumprimentei, ele dirigiu-se a mim para me dar a mão e acenou despedindo-se da mãe, demos uma volta à sala de espera e quis continuar por mais duas vezes até entrarmos na consulta. De seguida entrou com a mãe na sala de enfermagem, perguntámos que idade ele tinha e começou a responder em inglês, “one, two, tree, four”, só disse isto. A Enfermeira Orientado (EO) questionou o porquê de ele estar a responder em inglês, até porque ele não tem 4 anos, a mãe responde que não sabe, contudo percebemos que é uma criança que passa muito tempo a ver televisão e a mexer no telemóvel.

Ao longo da consulta foi possível perceber que a mãe não sabia ou não conseguia explicar muitos dos comportamentos, competências e dificuldades de aprendizagem do seu filho, dizendo apenas que ele não se conseguia exprimir e que estava muito cansado e só queria ir dormir. Referiu também que a única alteração que notava no filho era que este ainda não falava e, por isso, após questionada pela

enfermeira, referiu que não o queria colocar no infantário, porque não estava no mesmo nível das outras crianças, segundo a mãe.

A consulta de enfermagem já tinha começado mais tarde, pois tinham chegado atrasados, pelo que não foi possível realizar na íntegra a avaliação do desenvolvimento através da Escala de Desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada. Foi realizada a avaliação antropométrica com colaboração da criança, conseguiu realizar a torre com oito cubos e tivemos acesso ao desenho que realizou na sala de espera, mas eram apenas alguns riscos. Após isto o médico veio à sala pedir para começar a sua consulta, para que as próximas não ficassem ainda mais atrasadas.

Antes da consulta médica, a enfermeira dá o seu *feedback* sobre a consulta ao médico e sobre sinais de alarme na criança. Fui assistir à consulta médica, nesta consulta o médico inicia a conversa questionando exames já realizados que tinham sido pedidos na consulta anterior, como os rastreios auditivos e avaliação pela psicologia. Nos rastreios auditivos não tinham sido referenciadas alterações, contudo a mãe não trouxe outros exames nem sabia explicitamente o que ele já tinha feito.

O médico começou a realizar a avaliação do desenvolvimento com a escala de Desenvolvimento de *Growing Skills*, numa das etapas da avaliação com a construção da ponte com os cubos, a mãe estava constantemente a referir que o L. não iria conseguir fazer, referindo mesmo que o estávamos a massacrar. O médico explicou mais uma vez à mãe a importância da avaliação e para parar de dizer que o filho não ia conseguir fazer. O L. não só conseguiu fazer a escada, como conseguiu também fazer a ponte e passar com o lápis por baixo da mesma, conseguiu também realizar os encaixes das figuras. Foi realizado reforço positivo, tanto à criança como à mãe, apesar disso ela continuava a interromper a avaliação e a referir que o L. estava cansado. Referi nesse momento que ele já tinha conseguido fazer mais algumas coisas do que aquelas que a mãe pensava.

Após terminar a avaliação, a mãe mostrava-se muito nervosa e ansiosa, voltando a frisar que estavam a importunar o filho com questões. O médico tentou explicar a situação preocupante de desenvolvimento do L., quais eram as áreas que precisavam de ser estimuladas, da importância de realizar atividades, da socialização com outras crianças, apontando mesmo sinais de alarme no seu caso específico como, deita objetos para o chão, não utilizar palavras inteligíveis, não apontar nem pedir, com algumas birras desajustadas e sem motivo aparente.

No final acabou por ser realizada a referenciação para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), apesar de termos explicado o intuito deste, não me pareceu que a mãe tivesse compreendido, foi esclarecido o seu papel, e que o L. só iria beneficiar dele se a mãe quisesse.

Neste mesmo dia, estive a rever alguns conceitos relacionados com as perturbações do espectro do autismo (PEA), as perturbações específicas da linguagem e da aprendizagem com a EO.

No dia seguinte, numa das consultas de monitorização veio uma criança, o M., que tinha sido observado aos 18 meses com a minha EO, nessa consulta foram apontados alguns sinais de alarme, nomeadamente o comportamento de regressão da criança, como o fato de ter deixado de dizer algumas palavras, ter deixado de sorrir para a mãe, atirar objetos e levá-los constantemente à boca. Contudo, existiu uma falha de marcação para ser observado na consulta de desenvolvimento e só foi possível ser observado aos 22 meses. Neste dia, o M. foi à consulta na companhia da mãe, sendo que a mãe já tinha conseguido marcar uma consulta no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, porque tinha alguém conhecido a trabalhar lá. Para além disso, foi a uma consulta de dermatologia pois apareceram umas manchas tipo “café com leite” dispersas no corpo do M. sugestivas de Neurofibromatose.

No início da consulta a mãe mostrou um vídeo do M. a bater com a cabeça nas paredes e com movimentos repetitivos das mãos e a arranhar as paredes. Durante a avaliação foi possível identificar alguns dos problemas e sinais alerta da consulta anterior, mas nesta com comportamentos mais evidentes das alterações e, segundo a EO, estava muito pior. O M. manteve-se sempre em silêncio, não pronunciava nenhuma palavra inteligível, não apontava para pedir o que queria, não mantinha contacto ocular e ficava a olhar para o vazio, não responde quando chamado pelo seu nome e ia para o colo da mãe para se acalmar (sem pedir, apenas se encostando às pernas da sua mãe).

A EO ficou bastante preocupada com a evolução do M. foi falar com a médica que após a observação da criança pediu de imediato para se combinar com a mãe as sessões de capacitação parental. Para a realização destas sessões era necessário que alguém pudesse ficar com o M. para a mãe ir sozinha ou com uma pessoa de referência às sessões. Nesta altura a mãe questiona-nos se o filho tinha autismo, ao que a EO respondeu que nesta altura não tinham um diagnóstico para o filho, mas que o importante agora seria estimular o desenvolvimento do M. através de uma intervenção precoce.

## **2- Sentimentos** - Em que pensei e o que senti?

A proximidade das duas consultas fez-me pensar sobre a disponibilidade que cada família tem para aprender. No primeiro caso, uma mãe que não estava minimamente preparada para receber informação sobre a situação clínica do seu filho, a sua capacidade cognitiva também nos pareceu limitada, pelo que adotamos uma linguagem mais simples, contudo a mãe mostrou-se sempre muito renitente para receber qualquer tipo de informação. Nesta situação pensei mesmo que a mãe não identificava os sinais de alarme que estavam a ser referenciados por nós, pois para ela era normal o seu desenvolvimento, uma vez que ela também tinha começado a falar mais tarde, por exemplo.

Como já conhecia o médico, comentei com ele que o L. tinha muito potencial se entrevistássemos precocemente, contudo a mãe não parecia ser um fator facilitador desta intervenção. Ao considerar a integração no SNIPI, inicialmente pensei que a mãe achou que estavam a notificar por alguma situação de maus-tratos, clarifiquei a situação com a mãe e expliquei a importância do seu filho beneficiar deste conjunto de programas de intervenção, mas que em última instância a decisão era dela, de querer ou não que o filho integrasse os programas. Senti realmente compaixão pelo L. e se ninguém o ajudasse a potenciar o seu desenvolvimento, este iria ficar ainda mais comprometido. Apesar disso, considerei que aquilo que podíamos fazer por aquela família tinha sido realizado.

Relativamente à segunda situação, a mãe na segunda vez que vem ter connosco para combinar as sessões de capacitação parental, aparece bastante desanimada e com uma expressão diferente, desabafando que agora ao terceiro filho que devia tudo ser mais fácil, tudo ficou mais confuso e complicado, apesar disso pareceu-nos bastante motivada para aprender a lidar com as dificuldades e limitações do M. e focar-se naquilo que podia fazer por ele.

No momento, em que EO estava a combinar as sessões com a mãe, o M. mantinha-se a chorar e a gritar, segurei-o no meu colo e levei-o para junto da janela e ele acabou por acalmar, considerei isto um aspeto positivo no seu desenvolvimento. Ao comentar isto com a EO ela refere que muitas vezes estas crianças não fazem distinção do colo, seja da mãe ou de outra pessoa.

A situação do M. deixou-me realmente pensativa, pois era uma criança que até aos 15 meses tivera um desenvolvimento dito normativo, sem alterações, e, em determinado momento, foram identificados pela mãe alterações no seu comportamento.

### **3 – Avaliação** - O que foi bom e o que foi mau na experiência?

O confronto destas duas situações distintas foi, sem dúvida, relevante para a minha reflexão, uma vez que numa situação era mais fácil intervir em relação à outra.

Estas situações permitiram-me refletir sobre a importância dos cuidados de saúde primários, de forma a antecipar e detetar sinais de alarme em determinada criança (intervenção primária), compreender o funcionamento do SNIPI neste contexto de referenciação e, para além disso, possibilitou-me ainda compreender a ligação estabelecida entre a consulta de desenvolvimento e a comunidade (entre eles, os centros de saúde, escolas, terapeutas ou associações).

No estágio anterior foi possível identificar situações em que existiam alterações no desenvolvimento em relação à linguagem, audição, postura e motricidade global, comportamento e adaptação social e foi realizada a sinalização destes casos, nomeadamente para terapeutas da fala, para a fisioterapia ou para a psicóloga. No Programa de Saúde Nacional Infantil e Juvenil (PNSIJ) estão descritos esses parâmetros orientadores que são baseados na escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan*, para além disso descreve ainda sinais de alerta em determinadas idades-chave (DGS, 2013).

O SNIPI permite que crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e as suas famílias beneficiem de programas de intervenção precoce. Este sistema permite a intervenção em famílias e crianças dos 0 aos 6 anos de idade, que apresentem: alterações nas funções ou estruturas do corpo que influenciam o seu normal desenvolvimento e a participação nas atividades quotidianas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento para a idade e contexto social respetivo; e/ou apresentem um elevado risco de atraso de desenvolvimento pela existência de determinadas condições (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009).

Normalmente, neste contexto, é o médico que faz a referenciação da família para as Equipas Locais de Intervenção (ELI) para conseguirem delinear um plano individual de intervenção precoce, estas equipas são constituídas por vários profissionais de diferentes categorias: professores, terapeutas, educadores de infância, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e médicos, entre outros (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009). Os EEESIP ao pertencerem a estas equipas ajudam a identificar e a responder às necessidades das crianças/jovens e das suas famílias, sendo dotados de competências ao nível da gestão dos recursos na comunidade e no apoio à inclusão das CNES (OE, 2010).

O único aspeto negativo que consigo levantar foi na primeira situação, pois como as consultas já estavam atrasadas, a consulta de enfermagem acabou por durar muito pouco tempo, não tendo sido possível trabalhar com a mãe alguns aspetos, principalmente para potenciar o desenvolvimento do L. Além disso, teria sido importante desmistificar a ideia do L. não poder ir para o infantário, uma vez que não falava e não estaria ao mesmo nível das outras crianças. Apesar de ter existido articulação com o médico destas ideias, tive a ideia que em determinada altura a mãe sentiu que estava a ser julgada e, partir daí, talvez tenha ficado mais difícil chegar até ela.

#### **4 – Análise - Que sentido posso retirar da experiência vivida?**

Os enfermeiros desenvolvem competências, ao longo da sua formação e experiência profissional, que capacitam os pais ou outros elementos da família a adquirirem competências essenciais para cuidar da criança com necessidades especiais de saúde (CNES). O EE que cuida das CNES necessita de desenvolver um conjunto de cuidados para ajudar as crianças e seus familiares a adquirir o máximo de saúde possível, tendo em conta as suas especificidades (OE, 2010).

A capacitação e o empoderamento são, indubitavelmente, dois conceitos básicos dos Cuidados Centrados na Família (CCF), que considera a família como uma constante na vida da criança, tornando-os parceiros na prestação de cuidados. Estes dois conceitos implicam que o profissional de saúde apoie e cria oportunidades para a família promover o seu próprio desenvolvimento, possibilitando que estes assumam o poder de decisão sobre as suas necessidades de saúde (Hockenberry & Barrera, 2014).

Através dos CCF, as famílias reconhecem e identificam, juntamente com o EEESIP responsável pelo desenvolvimento da parceria de cuidados, estratégias e intervenções para manter ou obter o estado máximo de saúde e bem-estar. Só considerando esta filosofia de cuidados pediátricos, baseada nos CCF e no modelo de parceria de Anne Casey é que se torna possível a adoção de comportamentos promotores do desenvolvimento infantil (Hockenberry & Barrera, 2014; Neuman & Fawcett, 2011; Casey, 1993).

O EE deve em parceria com a família construir um plano de cuidados, negociar e tomar decisões sobre os cuidados de saúde (Smith, 2018). Como profissão preocupada com os fenómenos do cuidar, esta deve ter em conta a capacitação dos indivíduos para melhorar ou manter a sua saúde de forma culturalmente benéfica e

significativa para os mesmos (Welch, 2018). Os CCF têm por base constructos essenciais, são eles: a partilha de informação de forma a permitir a participação na tomada de decisão; a parceria e a colaboração nas decisões respeitantes à saúde da criança e família; a dignidade e o respeito pela diversidade, cultura, valores e preferências de cuidado (McCormark, 2019; Smith, 2018).

O EESIP deve promover “a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”, nomeadamente no que respeita às suas necessidades com cuidados de enfermagem apropriados; promovendo a adaptação da criança e família à doença crónica; e por último na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil (OE, 2018). A doença crónica tem um forte impacto na família, uma vez que as famílias passam a ter novas responsabilidades e preocupações, como o acesso a outros serviços de saúde, a outros sistemas educacionais, a incertezas quanto ao futuro e a reações da comunidade de estigmatização (McElfresh & Merck, 2014).

Este estágio permitiu-me ainda desenvolver competências de EEESIP: para assistir a criança e família na maximização da sua saúde, através de estratégias para potenciar o desenvolvimento infantil; implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (unidade de competência E1.1.), negociando a participação da criança e da mãe em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (critério de avaliação E1.1.1.). A capacitação parental enquadra-se nas funções do EEESIP, o qual deverá promover um planeamento conjunto e um cuidado partilhado, valorizando a parentalidade no processo de cuidar.

Esta intervenção permitiu também compreender como é realizada a referenciação para a integração na comunidade. A capacitação da mãe e o seu envolvimento, proporcionando conhecimentos e aprendizagens de habilidades especializadas e individuais (E1.1.4.) foi também uma das competências desenvolvidas (OE, 2018).

Os enfermeiros são elementos essenciais na execução do PNSIJ, principalmente nos cuidados de saúde primários, vigiando e monitorizando o crescimento e desenvolvimento das crianças, detetando sinais de alarme e encaminhando sempre que necessário para outros profissionais, detetando precocemente alterações e perturbações no desenvolvimento das crianças.

## **5 – Conclusão** - Que mais poderia ter feito?

Na segunda situação gostava de ter realizado um questionário à mãe, o M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*), que se predestina ao rastreio de perturbações do espectro do autismo (PEA) através da avaliação do desenvolvimento e comportamento de crianças entre os 16 e os 30 meses. Este pode ser aplicado por qualquer profissional especializado, tanto em cuidados de saúde primários, como em consultas ou durante um internamento (DGS, 2013). Apesar de não ter sido realizado formalmente, consegui detetar após a consulta que a criança preenchia alguns critérios críticos ou sinais de alarme que avaliamos aos 18 meses, nomeadamente, o interesse por brincar com outras crianças, não apontar nem mostra interesse em determinada coisa, não imitar o adulto e não responder quando é chamado pelo nome.

É reconhecida a importância da intervenção de forma precoce na criança com PEA, sendo que este será um fator determinante para o seu desenvolvimento futuro, a aplicação do M-CHAT permite capacitar os profissionais de uma melhor preparação para detetar precocemente estas crianças (DGS, 2013).

Durante o contexto de ensino clínico também não foi possível assistir a nenhuma reunião multidisciplinar com a ELI, considero que teria sido uma mais-valia para observar e compreender a forma como é definido o plano de intervenção precoce e como são adotadas novas estratégias de intervenção, tendo em conta às necessidades específicas de cada família.

O EEESIP é também responsável por identificar em casos mais complexos situações em que existe a suspeita de maus-tratos infantis de referenciar para a comissão de proteção de crianças e jovens em risco (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009) ou em casos de negligência (critério de avaliação E.1.2.4). Na primeira situação, tendo em conta todo o contexto social e a situação da mãe, que não conseguia dar muitas informações relevantes sobre o seu filho, podia ter sido agendada uma consulta mais próxima e tentar entrar em contacto direto com o centro de saúde de forma a obter mais informações sobre esta família.

Em relação ao que mais poderia ter feito, é essencial que o EEESIP apresente conhecimentos sobre as a maior parte das possibilidades de encaminhamento, a quem pode recorrer em casos de dúvidas, bem como os procedimentos envolvidos para realizar as devidas referências, para garantir os melhores cuidados a cada família.



## **6 – Planear a ação - Se isto surgisse de novo o que é que faria?**

Ao longo do estágio mantive uma reflexão constante sobre a função e a importância da EESIP na dinâmica da equipa multidisciplinar. Concomitantemente, a capacidade da EE em encontrar um conjunto de intervenções para dotar as famílias de competências para cuidar dos seus filhos, em especial, das CNES.

Neste contexto de estágio foi possível observar que as intervenções se situam ao nível da prevenção terciária, de forma a possibilitar a implementação de estratégias promotoras da adaptação à doença crónica (Neuman & Fawcett, 2011). Tendo em conta as situações relatadas tornou-se ainda mais evidente a importância de sustentar a nossa prática em situações futuras numa prática de cuidados centrada na criança e família, no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar, capacitando a família para a adoção de estratégias de adaptação.

A implementação do projeto da capacitação parental é uma das várias atividades desenvolvidas pelas enfermeiras na consulta para proporcionar aos pais estratégias, conhecimentos, capacidades e habilidades para cuidar do seu filho (prevenção terciária). Apesar de não ter sido possível assistir a nenhuma, devido ao volume de trabalho, a EO mostrou-me as sessões e o que era abordado em cada sessão. Para além disso, essas sessões eram adaptadas a cada família, tendo em conta as suas especificidades.

Nas duas situações as crianças estavam as duas em casa, ficando sempre com familiares. Contudo é importante, caso outras situações surjam, realizar a articulação com outros apoios, nomeadamente a definição de apoios especializados a prestar na educação, estipulando o desenvolvimento de respostas diferenciadas para as crianças com necessidades educativas especiais (Decreto-Lei n.º 3/2008, 2008).

O EEESIP tem responsabilidade acrescida pela promoção da saúde e bem-estar da criança e sua família, sendo que o seu objetivo máximo é a prestação dos melhores cuidados de enfermagem, através do estabelecimento de uma relação terapêutica. A intervenção do EEESIP passa assim por identificar em todas as situações de cuidados as necessidades da criança/família, para definirem em parceria um planeamento de intervenções adequadas e personalizadas aos seus desafios de saúde-doença (Hockenberry & Barrera, 2014).

As crianças que possuem limitações, seja a nível físico ou cognitivo, encontram-se numa situação de maior vulnerabilidade devido à sua maior dificuldade na aquisição de determinadas competências, podendo culminar em sentimentos de

inferioridade e inadequação de comportamentos sociais perante a comunidade (Hockenberry & Barrera, 2014).

O EEESIP tem uma função preponderante na promoção da saúde e prevenção da doença na criança com perturbações do seu desenvolvimento. Desta forma, o EEESIP encontra-se numa posição privilegiada, nos seus vários contextos de trabalho, para identificar sinais de alarme e realizar o encaminhamento ou referenciação quando se justificar, minimizando os impactos negativos no desenvolvimento da criança.

## Referências Bibliográficas

- Casey, A. (1993). Development and use the partnership model of nursing care. In Glasper, E.A. & Tucker, A. *Advances in child health nursing*. London.
- Decreto-Lei n.º281/2009 de 6 de Outubro (2009). Diário da República I Série, Nº 193 (06-10-2009) 7298-7301.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspectivas de Enfermagem Pediátrica. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- McCormack, B. (2019). My vision for Person-centred Nursing. *Projetar Enfermagem – Revista Científica de Enfermagem*, 2, 6-12.
- McElfresh, P., & Meck, T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente* (897-930). Loures: Lusociência.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Betty Neuman Model*. (L. Alexander, Ed.) (5th ed.). Pearson Education.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume I. Lisboa: OE;
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário Da República, 2a Série – Nº 133 - 12 de julho de 2018, 19192–19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>.
- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57-64.
- Welch, A. Z. (2018). Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universidade. In Tomey, A. & Alligood, M. (2018). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (9.ª ed.). Loures: Lusociência.

**Apêndice XI – Folheto informativo: “Estratégias para o desenvolvimento das competências oromotoras”**

# ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS OROMOTORAS

Entre os 4 e 6 meses



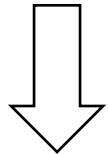
Diversificação alimentar ao sexto mês em crianças sob **aleitamento materno exclusivo**

Procurar **SINAIS DE PROTIDÃO ALIMENTAR**

- ❖ **Leva brinquedos ou outros objetos à boca**
- ❖ **Abre a boca quando vê a colher**
- ❖ **Interessa-se pela comida**

**OFERECER** alimentos de **texturas variadas**

**ESTIMULAR** o **paladar** de alimentos que não sejam doces



**O SEU FILHO  
JÁ SE SENTA  
SEM APOIO?**

**Introduzir  
alimentação  
diversificada**

Iniciar preferencialmente  
com **sopa**, sempre com  
**COLHER!**

A **colher** deverá ter o tamanho adequado à boca e ser preferencialmente de plástico ou metal forrado com Teflon® ou emborrachado

**Sugestão de atividade:**



- ✓ **Massajadores** de várias texturas, formatos, tamanhos e cor (colocar no **frio** ou passar por água **quente**);
- ✓ **Brinquedos grandes** de borracha, **colheres** de plástico ou borracha macia;
- ✓ **Massagem diária** antes ou após as refeições com massajador de gengivas ou dedo com compressa.

# ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS OROMOTORAS

6 meses – 9 meses



## Procurar SINAIS DE PROTIDÃO ALIMENTAR

- ❖ Alcança a colher ou a comida
- ❖ Aponta para a comida

Colocar os alimentos no campo visual da criança e **deixá-la explorar**, a partir dos 6 meses pode ser capaz de agarrar objetos, levá-los à boca, **mastigar, morder e lambe**r, preparando-se para reconhecer e receber novos alimentos.

Para **praticar a mastigação** podem dar-se (sob vigilância) tiras de vários alimentos, como o pão, queijo, palitos de maçã, pêra ou de legumes cozidos

Apresentar novos alimentos variados e saudáveis, em **ambiente alimentar agradável, de forma criativa e colorida!**



## Sugestão de atividade:



Deixar a criança **tocar, mexer, explorar e sentir** a textura e a consistência da comida. Pode fazer com gelatina, iogurte com bolachas partidas, doces de frutas...

Utilizar os alimentos preferidos e não preferidos com **várias texturas, formatos, tamanhos e cores.**

Pode usar digitintas, espuma da barba e plasticina.

Além disso pode utilizar **tecidos**, desde os mais suaves aos mais ásperos, escovas, turcos, cobertores, cetim, seda ou algodão.



# ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS OROMOTORAS

A partir dos 9 meses



## Alimentação familiar

Deixar a criança experimentar os alimentos. Se não quiser, esperar que peça ou se mostre interessada

**Elogiar** o comportamento da criança na mesa

## Sugestão de atividade:



Brincar com **jogo simbólico**, aproveitar para dizer o nome dos alimentos e as suas características.

Pedir à criança para cozinhar, imitar um elemento da família.

**Brincar com mímica!**

## Procurar SINAIS DE PROTIDÃO ALIMENTAR

- ❖ **Alcança a colher ou a comida**
- ❖ **Aponta para a comida**
- ❖ **Fica contente quando vê comida**
- ❖ **Emite sons para pedir alimentos específicos**

## Progressão para alimentos **SÓLIDOS** e **RIJOS**:

- ✓ Ensinar a criança a mastigar, selecionar várias tiras de comida, ainda não muito rija, como por exemplo, **pequenas tiras de pão, de frango bem cozido, de maçã, de pêra, de manga ou queijo**;
- ✓ Coloque uma tira no canto da boca, lá atrás nos molares e espere que comece a mastigar. Ajudar a criança a fechar a boca, controlar o seu maxilar inferior e fazer pressão, alternando de um lado para o outro.

## Sugestão de atividade:



Quando já tiver mais controlo pode passar das **tiras ou bolinhas de pão, queijo, pêra, maçã** e colocá-los nos cantos da boca ou deixar a criança fazer.

Quando a criança conseguir mastigar, ajude-a a fechar a boca ou **ensine-a comer** de boca fechada por **imitação**. Depois peça para lhe dizer onde está o alimento. Mostre como se mastiga de um lado e do outro.

**ANEXOS**



**Anexo I – Certificado de presença FINE 1 – *Foundation Toolkit for Family Centred Developmental Care***



*Family Infant Neurodevelopmental Education*  
*(FINE Portugal)*

## CERTIFICADO

### Foundation Toolkit for Family Centred Developmental Care (FINE 1)

Certifica-se que

**Inês Quental**

Participou no Curso Foundation Toolkit for Family Centred Developmental Care (FINE 1), **Número de horas -12 Horas** realizado pelo São João NIDCAP Training Center em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e com o Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João.

Porto, 27 e 28 de Janeiro de 2022

**Fatima Clemente**

NIDCAP Trainer

Co-Diretora do São João NIDCAP Training Center

Assistente Hospitalar Graduada Sénior

Serviço de Neonatologia CHUSJ

**Madalena Pacheco**

Profissional NIDCAP

Enfermeira Chefe

Serviço de Neonatologia CHUSJ

**Hercília Guimarães**

Diretora do São João NIDCAP Training Center

Professora de Pediatria da FMUP

**Anexo II - Certificado de presença na Reunião Científica “Pensar em Neonatologia: da Complexidade à Essência dos Cuidados” sob o tema “Qualidade de cuidados: importância da comunicação”**

CICLO DE WEBINARS  
Reuniões Científicas

**PENSAR EM NEONATOLOGIA:  
DA COMPLEXIDADE À ESSÊNCIA  
DOS CUIDADOS**

**“QUALIDADE DE CUIDADOS:  
A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO”**

**14 MARÇO 2022**



# CERTIFICADO

Certifica-se que Ines Alexandra Martins Quental esteve presente na Reunião Científica “Pensar em Neonatologia: da Complexidade à Essência dos Cuidados” sob o tema “*Qualidade de cuidados: importância da comunicação*”, que decorreu no dia 14 de março de 2022 em formato Webinar, a partir do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 17h e as 19h.

A Comissão Organizadora

Amadora, 14 de março de 2022

**Anexo III - Certificado de presença no 1º Seminário de Investigação do  
Projeto NIDCare, subordinado ao tema “A Prática Baseada em Evidência:  
Cuidados Paliativos Neonatais”**



# 1º Seminário de Investigação do Projeto NIDCare

Certifica-se que Inês Alexandra Martins Quental participou no 1º Seminário de Investigação do Projeto NIDCare, subordinado ao tema "A Prática Baseada em Evidência: Cuidados Paliativos Neonatais", realizado online no dia 14 de maio de 2021, com a duração de 7,5h.

*Helga Oliveira*

Pelas Comissões Organizadora e Científica

Helga Oliveira

**Anexo IV - Certificado de presença no 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente, subordinado ao tema “Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar”**



# 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente

Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar

## Certificado

Certifica-se que Inês Alexandra Martins Quental participou no 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente, subordinado ao tema “Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar”, realizado online nos dias 20 e 21 de Maio de 2021, com a duração de 13h.



---

**Isabel Malheiro**  
Presidente do Congresso



**Anexo V - Certificado de presença nas XXVII Jornadas de Pediatria no  
CHULN**

**XXVII**  
**JORNADAS**  
**DE PEDIATRIA**  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA  
HOSPITAL DE SANTA MARIA



**CERTIFICADO**

**Inês Alexandra Martins Quental**

Esteve presente nas XXVII Jornadas de Pediatria do CHULN, realizadas nos dias 24 e 25 de fevereiro de 2022, no Auditório Lobo Antunes na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

25 de fevereiro de 2022

PROF. DOUTORA ANA ISABEL LOPES

Presidente das Jornadas

**Anexo VI – Certificado de preletora no Seminário “Instrumentos de Suporte ao Desenvolvimento Infantil” com o tema “Escala de Avaliação das Competências Oromotoras no Recém-Nascido”**

## DECLARAÇÃO

Maria Isabel Dias da Costa Malheiro, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, na qualidade de regente da UC Crescimento e Desenvolvimento da Criança e do Jovem, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, certifica que a Sr.ª Enfermeira Inês Alexandra Martins Quental colaborou nesta UC, no Seminário “Instrumentos de Suporte ao Desenvolvimento Infantil” com o tema “Escala de Avaliação das Competências Oromotoras no Recém Nascido”, realizada no dia 4 de janeiro de 2022, com a duração de 5 horas)

Lisboa, 11 de fevereiro de 2022

(Maria Isabel Dias da Costa Malheiro

**Anexo VII – Certificado de formadora no Curso “Procedimentos  
Neonatais”**



## CENTRO DE FORMAÇÃO

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001  
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010

### CERTIFICADO DE FORMADOR

Certifica-se que, para efeitos curriculares, **INES ALEXANDRA MARTINS QUENTAL**, natural de Lisboa, nascida a 08-06-1992, nacionalidade Portuguesa, do sexo feminino, portadora do documento de identificação n.º 14204990-5ZY9, foi Formadora no Curso de Formação Profissional, abaixo indicado:

Designação	Data de realização	Destinatários	N.º de Horas/Min
Procedimentos Neonatais	De 19-09-2022 a 21-09-2022	Médicos e Enfermeiros	03:30 horas

Lisboa, 29 de setembro de 2022

O Responsável pela Entidade Formadora

Alexandra Costa  
Diretora do Centro de Formação do CHULN