



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## **A visita domiciliária como uma estratégia de intervenção de enfermagem de apoio à parentalidade: na manutenção da amamentação**

Susana Margarida Carvalho Gomes

Março, 2022





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **A visita domiciliária como uma estratégia de intervenção de enfermagem de apoio à parentalidade: na manutenção da amamentação**

Susana Margarida Carvalho Gomes

**Estágio com Relatório Final**

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (7º CMESIP)

Trabalho efetuado sob a orientação de Professora  
Doutora Maria Isabel Bica Carvalho Costa

Março, 2022



## **Agradecimentos**

Um agradecimento com especial relevância para os meus filhos Santiago e Carminho e para o meu marido Marco pela sua compreensão e pelo tempo que não lhes foi dedicado.

Obrigada pela vossa presença nesta etapa tão importante, sem a qual seria impossível chegar até aqui.

Um agradecimento muito sincero aos meus familiares, em especial à minha mãe pelo apoio contínuo e incondicional.

A eles, que todos os dias demonstram que independentemente do que a vida nos reserve, o nosso amor será eterno e juntos superaremos tudo.

A toda a minha equipa de trabalho que me apoiou.

Obrigada professora Susana, pela paciência, disponibilidade, exemplo e carinho.

Muito Obrigada professora Isabel Bica pelo seu apoio incondicional em todas as fases deste percurso, pela dedicação, empatia, rigor e incentivo.

A todos os profissionais (e pessoas) que deram o seu contributo neste percurso académico e profissional.

Rosa, só contigo podia ter iniciado um projeto destes e que orgulho ao teu lado terminar!

**A todos o meu mais sincero obrigada!**



## Resumo

**Introdução:** O caminho percorrido na prática clínica e as competências adquiridas ao longo do percurso, encontram-se descrita no presente relatório, tendo por base a temática da parentalidade, nomeadamente a amamentação. O enfermeiro Especialista cuida da criança e da família em toda a fase do ciclo. O nascimento de um filho é uma etapa importante na vida da pessoa, sendo percecionado como um momento de mudança onde o desempenho de um novo papel se impõe. A transição para a parentalidade requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e habilidades, levando a mudanças e ajustes para os quais muitos pais não estão preparados.

**Objetivos:** Descrever as experiências e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio; Refletir sobre os contributos do percurso formativo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria; Avaliar a eficácia das visitas domiciliárias na manutenção da amamentação até aos 24 meses, através da realização de um estudo de Revisão Sistemática da Literatura neste âmbito.

**Metodologia:** Descritiva e reflexiva sobre o percurso formativo desenvolvido no âmbito da área de especialização, que incluiu uma Revisão Sistemática da Literatura baseada na metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute. A pesquisa realizada nas bases de dados CINAHL®, Complete, B-On e PubMed de estudos publicados entre janeiro de 2011 e dezembro de 2021 que foram posteriormente avaliados, respeitando os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Dois revisores independentes realizaram o processo de análise da relevância, extração e síntese dos dados.

**Resultados:** Os 4 estudos incluídos na RSL têm programas de intervenção diferentes entre si, no entanto, os autores foram unânimes, concluindo que a VD realizada por enfermeiros ao recém-nascido/lactente/família, têm impacto positivo na amamentação. Estes sugerem benefícios clinicamente significativos na manutenção da amamentação. Contudo a evidência até aos 24 meses ainda se encontra pouco estudada, pelo que se sugere o desenvolvimentos de estudos até essa idade.

**Conclusão:** Os Resultados sugerem que a visita domiciliária é benéfica para a promoção e manutenção da amamentação a curto e longo prazo. Esta prática deve ser realizada por profissionais de saúde capacitados. Compete ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria o desafio de promover um ambiente rico em aprendizagens em que o próprio se transforma num campo fértil, no sentido da melhoria da qualidade de cuidados prestados.

**Palavras-Chave:** Visita Domiciliária, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Recém-nascido/Família, parentalidade e amamentação.



## **Abstrat**

**Introduction:** The path taken in clinical practice and the skills acquired along the way are described in this report, based on the theme of parenting, namely breastfeeding. Specialist nurse takes care of the child and family throughout the cycle. The birth of a child is an important stage in a person's life, being perceived as a moment of change where the performance of a new role is imposed. The transition to parenthood requires internalizing and learning new knowledge and skills, leading to changes and adjustments for which many parents are not prepared.

**Objectives:** To describe the experiences and activities developed in the different internship contexts; Reflect on the contributions of the training course to the development of common and specific skills of Specialist Nurses in Child and Pediatric Health; To evaluate the effectiveness of home visits in the promotion and maintenance of breastfeeding up to 24 months, through a systematic review of the literature in this area.

**Methodology:** Descriptive and reflective about the training course developed within the area of specialization, which included a Systematic Review of Literature based on the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute. The search carried out in the CINAHL®, Complete, B-On and PubMed databases of studies published between January 2011 and December 2021 that were subsequently evaluated, respecting the previously established inclusion criteria. Two independent reviewers performed the process of analysis of relevance, extraction and synthesis of the data.

**Results:** The 4 studies included in the Systematic Review of the Literature have different intervention programs, however, the authors were unanimous, concluding that VD performed by nurses to the newborn/infant/family has a positive impact on breastfeeding. These suggest clinically significant benefits in promoting and maintaining breastfeeding. However, evidence up to 24 months is still poorly studied, so it is suggested to develop studies up to that age.

**Conclusion:** Results suggest that home visit is beneficial for the promotion and maintenance of breastfeeding in the short and long term. This practice should be performed by trained health professionals. The Child and Pediatric Health Specialist Nurse is responsible for the challenge of promoting an environment rich in learning in which it becomes a fertile field, in the sense of improving the quality of care provided.

**Keywords:** Home Visit, Child and Pediatric Health Nursing, Newborn/Family, parenting and breastfeeding.



## Sumário

	<b>Pág.</b>
Lista de tabelas-----	13
Lista de figuras -----	15
Lista de siglas-----	17
<b>Introdução -----</b>	<b>19</b>
Parte I - Percurso Formativo em Estágio	
<b>1- Percurso formativo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista ----</b>	<b>25</b>
1.1- Competências comuns do enfermeiro especialista -----	26
1.2- Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria --	28
<b>1.2.1- Estágio de Pediatria -----</b>	<b>30</b>
<b>1.2.2- Estágio de Neonatologia -----</b>	<b>35</b>
<b>1.2.3- Estágio de Saúde Infantil e Familiar -----</b>	<b>39</b>
Parte II – Estudo Empírico	
<b>2- Enquadramento conceptual-----</b>	<b>45</b>
2.1- A Teoria das Transições na promoção de competências para a parentalidade -----	45
2.2- Os cuidados Centrados na Família e a parceria de cuidados como abordagem fundamental em pediatria-----	47
2.3- A visita domiciliária como uma estratégia de intervenção de enfermagem de apoio à amamentação -----	49
<b>3- Metodologia -----</b>	<b>55</b>
3.1- Formulação do problema -----	56
3.2- Critérios de inclusão e exclusão-----	57
3.3- Estratégia de pesquisa dos estudos -----	58
3.4- Avaliação crítica dos estudos -----	63
3.5- Apresentação dos Resultados -----	65
3.6- Discussão dos Resultados-----	70
3.7- Conclusão -----	73
<b>4- Considerações Finais -----</b>	<b>77</b>
<b>Referências bibliográficas -----</b>	<b>79</b>
<b>Apêndices</b>	

<b>Apêndice I</b> - Preparação da Criança/Jovem e Família para o Procedimento Cirúrgico	89
<b>Apêndice II</b> - Apresentação para os pais para a preparação cirúrgica -----	93
<b>Apêndice III</b> - Alimentação do RN - Técnica Finger-Feeding (Sonda-Dedo)-----	99
<b>Apêndice IV</b> - Formação às grávidas sobre “Cuidados ao RN”-----	103
<b>Apêndice V</b> - Formação às grávidas sobre “Amamentação”-----	117
<b>Apêndice VI</b> - Sensibilização dos Profissionais de saúde para a amamentação-----	133

## **Anexos**

<b>Anexo I</b> - Modelo teórico de Afaf Meleis-----	137
---	-----

## Lista de Tabelas

	<b>Pág.</b>
Tabela 1- Aplicação do Método PICO	56
Tabela 2- Critérios de Elegibilidade	57
Tabela 3- Resultados da pesquisa por base de dados utilizada	58
Tabela 4- Estudos selecionados para análise de texto integral	60
Tabela 5- JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies	63
Tabela 6- JBI Critical appraisal checklist for randomized controlled trials	64
Tabela 7- Sumário de avaliação crítica da qualidade dos estudos Quasi-Experimentais	64
Tabela 8- Sumário de avaliação crítica da qualidade dos estudos controlados Randomizados	65
Tabela 9- Resumo dos dados extraídos dos estudos selecionados (adaptado da JBI)	66
Tabela 10- Sugestão de Programa de visitas domiciliares ao RN e família	75



## Lista de Figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1 - Flowchart da seleção e processo de inclusão dos estudos	62



## **Siglas**

CCF- Cuidados centrados na Família

CIPE - Código Internacional para a Prática de Enfermagem

CMESIP- Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CNADCA- Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

CPAP – Pressão Positiva contínua nas vias aéreas

CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CPLESIP-Curso de Pós-Licenciatura de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

EEESIP- Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ELI- Equipa Local de Intervenção

HDP- Hospital de Dia Pediátrico

JBI- Joanna Briggs Institute

NACJR- Núcleo de Apoio a Criança e Jovens em Risco

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSE- Plano Nacional de saúde Escolar

PNSIJ- Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV- Plano Nacional de Vacinação

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN- Recém-nascido

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

SNIP- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS- Sistema Nacional de Saúde

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Primários

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF - Unidade de Saúde Familiar

VD - Visita Domiciliária

WHO - World Health Organization

## Introdução

A Enfermagem enquanto ciência e profissão é orientada para a compreensão da forma como os seres humanos lidam e vivem os desafios que lhes são colocados pelas diferentes mudanças ao longo do seu ciclo de vida. Enquanto ciência humana possui uma orientação prática, focalizada na promoção dos projetos de saúde que cada Pessoa deseja e persegue (Pereira, 2009).

Os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias, estas em constantes processos de transição, e conseqüentes mudanças que estes provocam nas suas vidas. Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição vai promover o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas (Meleis, 2012).

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Neonatologia e de Pediatria, inserida no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (CMESIP) cujos objetivos e atividades a realizar irão permitir desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área da saúde infantil e pediatria, conforme os respetivos regulamentos da Ordem dos Enfermeiros 2018 e 2019. Este relatório integra a descrição dos seguintes Estágios: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, a realizar na Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Estágio de Neonatologia e o Estágio de Pediatria.

O presente relatório foi desenvolvido ao longo de um percurso de aquisição de competências na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria nas vertentes científica, ética, cultural, técnica e humana, em que o Enfermeiro Especialista deve ser detentor de um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Tendo em conta os seguintes objetivos: Descrever as experiências e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio; Refletir sobre os contributos do percurso formativo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria e Avaliar a eficácia das visitas domiciliárias na manutenção da amamentação até aos 24 meses, através da realização de um estudo de Revisão Sistemática da Literatura neste âmbito.

Este tema surge do facto, do nascimento de um filho ser considerado um período de ambigüidade, pois, se por um lado está presente a felicidade e a alegria, por outro estão presentes as dúvidas e as angústias que este novo momento acarreta. Neste contexto é

importante ajudar os casais a prepararem-se para uma nova realidade, ajudando-os e apoiando-os nesta nova etapa das suas vidas.

A parentalidade tem sido descrita como um dos temas de saúde com maior relevância na sociedade atual. O exercício da mesma possui potencial para influenciar a saúde e bem-estar da criança, denotando-se que a sua ausência ou alteração pode inferir problemas sociais e de saúde no desenvolvimento físico e emocional da criança (Gage, Everett, & Bullock, 2006). O conhecimento acerca das transições humanas tem-se assumido como um foco central para a Enfermagem. Os enfermeiros, enquanto cuidadores das pessoas e famílias a passar por processos de transição, ajudam a lidar com as mudanças e exigências que se impõem e na adaptação às mesmas, através da preparação para as transições, da avaliação das condições da pessoa para a transição e da suplementação de papéis (Meleis, 2012).

Segundo a OMS a recomendação para a amamentação exclusiva é até aos 6 meses de idade e como complemento da alimentação até aos 2 anos de idade. No entanto, globalmente a amamentação exclusiva até aos 6 meses é de apenas 37%. Esta taxa deve-se em parte à diminuição progressiva do tempo de internamento, o que implica que muitas mães tenham alta antes da descida do leite e sem oportunidade de aprender técnicas eficazes na amamentação.

A visita domiciliária de enfermagem surge assim, como uma ferramenta capaz de ajudar famílias, esclarecendo dúvidas, detetando precocemente possíveis complicações, capacitando os indivíduos e as famílias para a adaptação a esta nova etapa do seu ciclo de vida. Várias são as recomendações para que se faça a visita domiciliária nos dias seguintes ao parto após a alta da maternidade, sendo esta definida como um elemento fundamental na melhoria de cuidados, amamentação, vigilância e promoção da saúde (OMS & UNICEF, 2008; Portugal, 2013).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) enfatiza que o EEESIP deve utilizar um modelo concetual centrado na criança e família de forma a prestar cuidados de nível avançado em parceria com a criança e família/pessoa significativa, tendo como desígnio o trabalho em parceria, para fomentar o melhor estado de saúde possível, através da mobilização de recursos de suporte, com segurança, competência e satisfação, respondendo às suas necessidades específicas. (OE, 2010)

O cuidar do indivíduo e da sua família é uma das atividades basilares da enfermagem. Assim, incluir as famílias nos cuidados prestados é uma mais-valia e para que isso aconteça todos os enfermeiros devem possuir formação e competência para avaliar e intervir na família, envolvendo-a nos cuidados prestados (Fernandes, 2014; Wright & Leahey, 2018). Torna-se

assim pertinente a realização da visita domiciliária à família no pré e pós-parto por parte do enfermeiro.

Tendo em conta os modelos e tendências de intervenção em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, este relatório irá centrar-se, não só nas competências que me propus a desenvolver mas também nas intervenções de apoio à parentalidade que é necessário fortalecer na área da visita domiciliária como estratégia na manutenção da amamentação, bem como todos os ganhos de saúde que lhes estão associados.

A temática escolhida assenta em dois dos focos de intervenção do EESIP, nomeadamente: na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; e na maximização do bem-estar da criança e sua família garantindo processos de cuidados promotores das suas capacidades de autocuidado, conforme vem mencionado no Regulamento dos Padrões dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde de Saúde Infantil e Pediatria (Portugal, 2018a). Pretendendo-se assim, através da prática clínica e da pesquisa de evidência científica, aprofundar a temática da visita domiciliária como uma estratégia de intervenção na manutenção da amamentação até aos 24 meses de vida.

Este relatório encontra-se dividido em três partes. A primeira parte é efetuada a análise e reflexão sobre os contributos do percurso realizado numa perspetiva desenvolvimental pessoal e profissional com avaliação das aquisições efetuadas, das competências comuns do enfermeiro especialista e das específicas do EESIP. Na segunda parte refere-se ao referencial teórico conceptual e constitui-se em três subcapítulos nos quais é sintetizada a evidência científica, as filosofias de cuidados e o referencial teórico de enfermagem que suportam a análise do mesmo, um capítulo do processo metodológico, apresentação e discussão dos resultados.

Na terceira parte serão apresentadas as principais conclusões e recomendações não só para futuras investigações, mas sobretudo com implicações práticas para a melhoria dos cuidados. Por fim, as referências bibliográficas e os apêndices.

“A prática do cuidar é uma arte e não uma ciência” (Hesbeen, 1997, p.11).



**Parte I - Percorso Formativo em Estágio**



## **1- Percurso formativo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista**

Após o término dos estágios, pretende-se analisar o percurso de Enfermeira Generalista a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, tendo em especial atenção o desenvolvimento de competências, preconizadas no Regulamento de Competências do EEESIP (Portugal, 2018a) e no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Portugal, 2019).

A Ordem dos Enfermeiros (Portugal, 2015) define as competências do enfermeiro como “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”.

As competências dos enfermeiros estão diretamente ligadas aos seus saberes. Este é um saber de ação em que o enfermeiro tendo em conta os seus conhecimentos tem a capacidade de adaptar a sua conduta, à situação concreta de um cliente. Benner (2005) especifica que a aliança entre a teoria e a prática para o crescimento, é imperativo para que o caminho a percorrer para a aquisição do grau de especialista, abarque uma componente de experiências práticas.

Os estágios visam o desenvolvimento de competências de enfermagem, na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediatria. Neste sentido, a frequência da Unidade Curricular Estágio em três locais distintos, foi imprescindível para a mobilização de capacidades, competências e habilidades já adquiridas e para a aquisição de novas, tendo no total a duração de 750h.

Todo o desenvolvimento pessoal quer profissional deve-se aos profissionais de saúde e às vivências nos estágios de internamento de Pediatria, Neonatologia e Saúde Infantil e familiar, bem como a obtenção das competências comuns e específicas EEESIP para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência centrados na criança e família, em qualquer fase do ciclo vital no período desde o nascimento até aos 18 anos, ou aos 21 anos em caso de doença crónica, incapacidade e/ou deficiência.

Neste capítulo é feita a descrição e reflexão, relativamente às intervenções de enfermagem e respetivas atividades realizadas, no ímpeto do crescimento enquanto EEESIP, com respetiva sustentação no conhecimento e evidência científica. Para uma melhor organização, subdividiu-se o capítulo, em duas partes, sendo que inicialmente realizou-se uma descrição, análise e crítica generalizada das competências comuns do enfermeiro especialista e posteriormente das competências específicas do EEESIP em cada serviço.

### 1.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

A Ordem dos Enfermeiros define as competências comuns como, “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Portugal, 2019).

De acordo com o referido regulamento, as competências comuns são definidas em 4 domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal ao longo de todos os estágios demonstrou-se numa variedade de situações, nomeadamente, na parceria de cuidados com as famílias na prestação de cuidados aos Recém-nascidos (RN) e nas consultas de vigilância de saúde infantil. As decisões e a prestação de cuidados foram realizados tendo em conta o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) o qual refere que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, 2015, p. 101).

Ao longo de todo o estágio, o princípio da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça e da vulnerabilidade foram sempre acautelados na prestação de cuidados. Tal como referido no artigo nº99 do código deontológico, ou seja, as intervenções de enfermagem foram realizadas tendo em conta a liberdade e a dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Os princípios orientadores referidos no ponto 3 do referido artigo, nomeadamente, a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais, foram igualmente tidos em consideração.

No domínio da Melhoria Contínua da Qualidade estão inerentes 3 competências: Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garante um ambiente terapêutico e seguro. (Portugal, 2019)

O domínio desta competência já se encontrava adquirido no trajeto profissional, mas foi sem dúvida aprofundado no decorrer dos estágios, como por exemplo, na realização de uma sessão de sensibilização da amamentação aos profissionais e de sessões de formação

às grávidas. Contribuindo assim, para a melhoria dos cuidados prestados, respeitando o estabelecido no art.º 76 do código deontológico, “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 35).

No decorrer dos estágios refletiu-se com as tutoras clínicas e os restantes elementos das equipas, sobre a criação e manutenção de um ambiente seguro para as crianças, a sua família e para a equipa, como por exemplo, na abordagem aos cuidados antecipatórios realizado nas consultas de vigilância de Saúde Infantil e relativamente à manutenção do ambiente seguro, adequando às várias fases do desenvolvimento. Na Visita Domiciliária (VD) realizada foram delineadas estratégias em parceria com a família, para a manutenção do ambiente seguro para o RN e promoção da amamentação.

No domínio da Gestão dos Cuidados, estas competências foram previamente adquiridas, pois como elo de referência da pediatria no hospital onde exerço funções, na ausência da chefe assumo a liderança e gestão de cuidados, otimizando as respostas da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multiprofissional, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados realizados.

A realização dos estágios e do projeto permitiu aprofundar as competências deste domínio, uma vez que se teve que adequar as estratégias de implementação do projeto de estágio, de forma a favorecer a melhor resposta por parte da equipa. Fomentou-se um ambiente positivo no seio da equipa de enfermagem, de forma a motivá-la para a introdução da mudança e melhoria dos cuidados prestados, nomeadamente na implementação da VD ao RN e família e na utilização da técnica sonda-dedo.

Realço também o facto de nos estágios realizados, as tutoras serem chefe de equipa, o que permitiu desenvolver mais competências neste domínio, podendo colaborar, na gestão de recursos materiais bem como na elaboração do plano de trabalho.

Por fim, o domínio das aprendizagens profissionais foi desenvolvido ao longo dos 3 estágios ocorrendo desenvolvimento da assertividade e autoconhecimento, tendo por base a prática baseada na evidência. O desenvolvimento deste domínio culminou com a elaboração do presente relatório, que permitiu refletir acerca das aprendizagens, potenciando a análise, reflexão e diagnóstico do percurso enquanto EEESIP.

No próximo capítulo irá debruçar-se sobre a reflexão das atividades desenvolvida tendo por base as competências EEESIP.

### 1.1- Competências específicas do enfermeiro especialista em saúde Infantil

As competências específicas de EEESIP foram desenvolvidas nos diferentes contextos, utilizando o “modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” e no “trabalho em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto”, tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (Portugal, 2018a).

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediatria, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (Portugal, 2018a. p.3), a missão do EEESIP é “prestar cuidados de nível avançado, com segurança e competência à criança /jovem, saudável ou doente, proporcionar educação para a saúde, assim como identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa”. Tem como propósito o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que a mesma se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível (Portugal, 2018a).

Esta unidade curricular integra os seguintes Estágios: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, a realizar na Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) no período de 11 de janeiro de 2021 a 19 de fevereiro de 2021; Estágio de Neonatologia no período de 01 de março de 2021 a 23 de abril de 2021 e o Estágio de Pediatria, que decorreu de 26 de abril de 2021 a 4 de junho de 2021.

Os contextos de cuidados de saúde à criança/jovem e família serão descritos a seguir e tiveram como objetivos específicos:

- ✓ Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional das Unidades de cada estágio
- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados específicos ao recém-nascido de alto risco com a família, na maximização da sua saúde
- ✓ Desenvolver competências no apoio, suporte e promoção da parentalidade
- ✓ Desenvolver competências na promoção da amamentação/aleitamento do prematuro
- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados que satisfaçam as necessidades do recém-nascido de risco/prematuro

- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/adolescente e família com doença aguda/crónica
- ✓ Desenvolver um programa de preparação pré-operatória apropriado a criança/adolescente de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento, no sentido de promover a adaptação da criança/adolescente e família à cirurgia, no serviço de internamento de Pediatria e no serviço de cirurgia do Ambulatório
- ✓ Refletir sobre as competências adquiridas ou potencializadas ao longo do estágio

Pretendo neste capítulo descrever e analisar as atividades propostas tendo em conta os objetivos delineados, bem como analisar e refletir sobre as competências específicas do EEESIP adquiridas, baseando-me no conhecimento, na evidência científica e nos documentos reguladores da profissão. Para uma melhor organização do trabalho, este capítulo encontra-se dividido por local de estágio.

Nos diferentes contextos de estágio são visíveis as transições vividas pela criança e família decorrentes das situações de saúde e doença e das fases do seu ciclo de vida. A compreensão das mesmas é essencial para a análise dos processos de cuidados prestados e das terapêuticas de enfermagem que são necessárias mobilizar, e que pretendem ser promotoras de experiências de transição saudáveis.

Em todos os contextos foram presenciadas transições do tipo saúde/doença. No entanto, estas foram mais evidentes no estágio de pediatria e neonatologia, devido à maioria dos internamentos serem causados por situações de doença aguda.

Estas situações implicam alterações nas rotinas familiares nomeadamente na necessidade de apoio de terceiros para cuidar dos restantes elementos da família, no absentismo escolar, na instabilidade financeira devido à interrupção profissional dos pais, alterações no bem-estar familiar e perda na autoeficácia parental.

Face a uma transição na parentalidade do tipo situacional como a doença da criança, os pais devem obter novos comportamentos para cuidarem dos seus filhos e conseguirem alcançar o seu papel parental. A doença e a hospitalização acarretam muitas vezes uma crise de identidade parental com receios por parte dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e às expectativas dos profissionais. O foco de atenção dos enfermeiros em pediatria centra-se na facilitação das transições das pessoas para se ajustarem à nova realidade. A família deve ser empoderada de conhecimentos e habilidades que lhes permitam ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos, dentro das suas capacidades (Mesa

do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Ordem dos Enfermeiros, 2015).

### **1.2.1- Estágio de pediatria**

O Estágio de Pediatria decorreu no período de 26 de abril de 2021 até 4 de junho de 2021, num hospital central da região centro do país. Neste serviço são prestados cuidados centrados na saúde e doença da criança e adolescente. Este local de estágio proporcionou-me o contacto com crianças de todas as faixas etárias a vivenciar diferentes situações de saúde/doença, nas diferentes etapas do desenvolvimento. E ainda, prestar cuidados às crianças admitidas para cirurgia de ambulatório.

O serviço de pediatria abrange todas as crianças e adolescentes, bem como as suas famílias dos 28 dias de vida até aos 18 anos de idade, podendo estar ou não organizado por valências médicas e/ou cirúrgicas. O serviço pode ainda receber RN antes dos 28 dias transferidos da Neonatologia ou da Obstetrícia sempre que a Neonatologia tenha ultrapassado a sua capacidade de internamento e desde que a patologia a tratar não necessite de cuidado intermédios. Depois dos 18 anos podem ser internados, jovens com deficiência física ou mental que continuam a ser seguidos na consulta externa de Pediatria.

O contexto específico onde decorreu o estágio, inclui crianças/jovens e seus cuidadores integrantes da valência médico-cirúrgica.

As patologias mais frequentes, distribuídas por especialidades são:

- Pediatria Médica – Bronquiolites, Síndromes de Dificuldade Respiratória, Infecções Respiratórias altas e baixas, Crises Asmáticas, Diabetes, Síndromes Febris e Gastroenterites;
- Pediatria Ortopédica – Luxação Congénita da Anca, dedo em Gatilho, pés Planos Valgos, Fractura dos membros inferiores e superiores;
- Pediatria Cirúrgica – Fimose, Apendicites, Adenoamigdalites, quisto pilonidal
- Pedopsiquiatria – transtornos alimentares, ideação suicida perturbações do comportamento e depressão.

Neste momento dado o contexto pandémico que vivemos o serviço encontra-se dividido em 2 alas: a ala dos respiratórios ou que aguardam resultado teste Covid-19 e a ala onde se encontram as restantes crianças.

As crianças e os jovens internados neste serviço são principalmente encaminhadas do Serviço de Urgência Pediátrica, das Consultas Externas e do Bloco Operatório.

Com o internamento ocorre uma transição para um ambiente pouco familiar. Este significa, na maioria das vezes, um momento de crise e uma fonte de stress e ansiedade que pode levar a alterações na qualidade de vida, alteração de rotinas e até de projetos futuros. (Meleis, 2012)

As atitudes dos profissionais envolvidos nos cuidados são fulcrais para que esta experiência ocorra com o menor sofrimento possível, e os enfermeiros têm um papel crucial na criação de um ambiente promotor da saúde. A OE (Portugal, 2019) considera que o ambiente facultado à criança/jovem deve: “proporcionar a sustentação emocional e os cuidados (...) para além de promover a sua independência e respetivo desenvolvimento (...) considerando os fatores protetores e stressores associados”.

Numa perspetiva de cuidados centrados na família, a comunicação é a base para a criação de uma relação de parceria que por sua vez é fundamental para o reconhecimento dos pais como os melhores cuidadores dos seus filhos. Respeitando o estágio de desenvolvimento da criança/jovem, da família e a sua cultura, enquanto futura EEESIP procurei que a transmissão de informação fosse realizada de forma clara esclarecendo as dúvidas, desmistificando receios, e planeando a gestão dos cuidados em conjunto, de forma a capacitar os pais para poderem voltar à sua posição de controlo e de tomada de decisão. Destacando-se assim o desenvolvimento da competência específica: *Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.* (Portugal, 2019).

Relativamente aos procedimentos dolorosos, estão implementadas escalas de avaliação de dor, nomeadamente, a escala Objective Pain Scale (OPS) (Hannallah et al, 1988), Faces (Wong & Baker, 1988) e numérica, adequadas às diferentes idades e estádios de desenvolvimento. As ações que se podem efetuar para minimizar a dor são variadas, como ponderar o momento da sua realização, executar a técnica com perícia e delicadeza, escolher criteriosamente o material mais adequado, usar medidas não farmacológicas (sucção não nutritiva, sacarose, contenção, medidas de conforto gerais), aplicar anestésicos locais e envolver os pais nos cuidados dando-lhes indicações adequadas (Batalha, Santos & Guimarães, 2007).

Os procedimentos dolorosos são realizados em sala própria, em ambiente calmo e de decoração agradável. Dado o contexto pandémico e de modo a evitar o a manipulação de brinquedos só são permitidos os brinquedos pessoais. A sala está decorada de modo a parecer um aquário, com peixes colados nas paredes, durante os procedimentos tentamos distrair as crianças com os peixes pedindo para a criança para dar um nome ao peixe que os pais iram escrever no peixe. Aquando da realização dos procedimentos foi utilizada a aplicação de anestésico local, como por exemplo na realização de punção venosa ou colheitas

de sangue. Promovendo assim o desenvolvimento da competência específica: *Faz a gestão diferenciada da dor e bem estar da criança/jovem, otimizando as respostas.* (Portugal, 2018).

Segundo OE (Portugal,2013), a brincadeira lúdica é uma estratégia de comunicação terapêutica, composta por diferentes técnicas que ajudam na transmissão de informações verdadeiras, em linguagem adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança/adolescente. O objetivo consiste em reduzir o nível de ansiedade e o medo associados à cirurgia e à realização de procedimentos invasivos.

O Hospital de Dia Pediátrico (HDP) encontra-se integrado no serviço de internamento de Pediatria, com vagas atribuídas para esse efeito. O hospital de Dia Pediátrico (HDP) integra a cirurgia Pediátrica de ambulatório, bem como a realização de procedimentos programados, como por exemplo: enema de limpeza, tratamentos cirúrgicos. Indo ao encontro ao definido pela ACSS (2010) no documento intitulado “Recomendações técnicas para Hospital de Dia”, com as modificações inerentes ao grupo etário dos 0 aos 18 anos, tendo-o definido como:

*O HDP é uma estrutura organizacional integrada num Serviço de Pediatria, com espaço físico e meios técnicos próprios e recurso humanos qualificados que prestam cuidados de saúde de modo programado, a crianças e jovens dos 0 aos 18 anos, em ambulatório como alternativa ao internamento, por um período inferior a 12 horas e sem estadia durante a noite.*

No hospital de dia pediátrico de cirurgia são admitidas crianças para cirurgias de ambulatório, nomeadamente de otorrinolaringologia, cirurgia Pediátrica e ortopedia. No dia em que são admitidas crianças no HDP existe um elemento de enfermagem destacado para esta valência. Sendo responsável pela preparação pré-cirurgia, encaminhamento ao bloco, admissão no bloco, bem como vigilância pós-operatório e alta, e ainda a realização dos telefonemas pós-operatórios do dia anterior. Do ponto de vista dos recursos, organização e gestão, o HDP tem espaço físico próprio com 13 vagas, bem como um gabinete de apoio. A característica fundamental dos procedimentos a realizar em HDP é a necessidade de vigilância médica ou de enfermagem.

Relativamente à cirurgia Pediátrica de ambulatório é um tipo de intervenção que permite à criança regressar ao domicílio no mesmo dia da intervenção cirúrgica, sem o afastar muito tempo do seu ambiente familiar, podendo em algumas situações, ser necessário pernoitar no serviço, para uma recuperação mais completa. No sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, ao nível da cirurgia de ambulatório em contexto pediátrico, foi

implementada a escala pré alta cirúrgica (Ped-PADS) (Chung, et al., 1995), de modo a garantir a segurança da criança no momento da alta, bem como fornecer aos enfermeiros uma ferramenta que lhes permita decidir a alta da criança em segurança.

O dia seguinte à alta clínica é efetuado o contacto telefónico pós-operatório, com o objetivo de diminuir a ansiedade dos pais/família no período pós-operatório, identificar precocemente complicações pós-cirúrgicas e o seu encaminhamento atempado, se necessário.

Segundo a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA) o “contacto telefónico por iniciativa do hospital às 24h de pós-operatório, como instrumento de garantia de segurança da prestação continua dos cuidados, da confiança dos doentes assim como de avaliação do seu grau de satisfação com a cirurgia de ambulatório.” (Portugal, 2008).

Para a criança, uma cirurgia significa medo dos procedimentos invasivos e desconhecidos que podem provocar dor, o que pode levar a alterações a nível psicológico, emocional, cognitivo e social e persistir para além do período pós-operatório (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). A implementação de um programa de preparação pré-cirúrgica dirigido à criança/jovem e família diminui o nível de ansiedade e a resposta ao stress cirúrgico, bem como o risco de possíveis sequelas operatórias potenciando a adaptação bem-sucedida à sua nova situação e ao ambiente hospitalar (Dawson, 2003).

Apesar de já existir implementada a escala pré alta cirúrgica e o contacto telefónico pós-operatório, não existe implementada a consulta pré-cirúrgica. A cirurgia constitui um momento de stress que pode levar a situações de trauma da criança/jovem e família condicionando o seu percurso de desenvolvimento.

Após o levantamento desta necessidade foi comunicado ao Enf<sup>o</sup> Chefe e à médica coordenadora do HDP, tendo ambos concordado com esta necessidade. Neste sentido foi realizado um procedimento de Preparação da Criança/Jovem e Família para o Procedimento Cirúrgico, para os profissionais de saúde, de modo a uniformizar o processo de preparação da criança/jovem e família para o procedimento cirúrgico (Apêndice I), bem como uma apresentação para facultar à família e criança no dia da consulta da especialidade cirúrgica. Após explicação pelo médico assistente será facultado o link aos pais para poderem aceder ao site e visualizarem o vídeo explicativo da preparação cirúrgica, bem como ler toda a informação necessária para a preparação para a cirurgia. (Apêndice II).

O serviço de pediatria integra a unidade da adolescência, com quartos com vídeo-vigilância, uma sala de convívio adaptada aos adolescentes com livros diversos, consola de

jogos, jogos didáticos, equipamento informático com ligação à internet onde podem estudar, entre outros. A equipa multidisciplinar é constituída por: Pedopsiquiatra, Pediatra, Nutricionista, Psicóloga e Enfermeiro. O plano de cuidados é definido pelo pedopsiquiatra, o qual define a vídeo-vigilância, as restrições, por exemplo restrito ao quarto, sem visitas, sem telemóvel, bem como a terapêutica. No caso dos transtornos alimentares a nutricionista em conjunto com o adolescente define o plano alimentar.

Constou-se que a equipa de Enfermagem está sensibilizada para as necessidades especiais dos adolescentes, pois aquando da sua hospitalização eles vivenciam três transições em simultâneo: desenvolvimental, saúde-doença e situacional. A existência de espaços personalizados e dedicados ao seu acolhimento permite-lhe manter algumas das rotinas habituais.

O adolescente hospitalizado, como mencionado, encontra-se a vivenciar três transições em simultâneo, o que exige especial atenção por parte da equipa de enfermagem, devendo esta possuir conhecimentos sobre transições, habilidades de comunicação e ser sensível de modo a conseguir apreender o que realmente significa essa vivência para o adolescente (Maas e Zagonel, 2005)

No decorrer do estágio contactou-se com vários adolescentes com perturbações mentais: desde transtornos alimentares, a ideação suicida, a depressão. Esta foi uma nova realidade para mim, no entanto o balanço foi muito positivo pois adquiri competências no âmbito da *promoção da autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde*.

De acordo com os estudos epidemiológicos da Direção Geral de saúde (DGS, 2018), a prevalência de perturbações psiquiátrica na população infanto juvenil é cerca de 20%. Segundo Organização das Nações Unidas (ONU), as perturbações mentais com maior taxa de incidência são: Depressão, Transtornos de ansiedade, Transtorno de défice de atenção e hiperatividade, Trastorno por uso de substâncias, Transtorno de comportamento e Transtorno alimentar.

Durante o estágio de Pediatria a enfermeira tutora integrou a equipa de supervisão clínica dos alunos do curso de licenciatura em enfermagem, o que me permitiu participar na supervisão clínica bem como nas reuniões de orientação. Para Cottrell (2000), a função do supervisor clínico em enfermagem consiste em sustentar a formação e a atividade profissional dos estudantes, tendo sempre em conta a prestação de cuidados de qualidade ao cliente e, ainda, promover a mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar, e desenvolver o espírito crítico dos mesmos. Durante os turnos que colaborei com a enfermeira

tutora teve por base estas premissas. Neste sentido esta experiência foi muito enriquecedora pois tal como afirma, Barroso (2020) a supervisão clínica promove maior consciência da responsabilidade profissional, favorecendo o desenvolvimento profissional e uma prática baseada na evidência, refletindo-se, a nível institucional, num ambiente propício ao bem-estar dos profissionais e numa redução dos incidentes e das reclamações.

### **1.2.2- Estágio de Neonatologia**

O estágio decorreu, no período de 1 de março a 23 de abril de 2021, numa Unidade de Neonatologia de um hospital central da região centro do país. O serviço de Neonatologia dedica-se ao diagnóstico e tratamento das doenças dos recém-nascidos e aos cuidados necessários com os prematuros acima das 32 semanas, que necessitam de cuidados de saúde especiais.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros especialistas e generalistas, médicos neonatologistas e pediatras e auxiliares de ação médica em cuidados permanentes, e em constante articulação diária com terapeuta da fala, psicóloga clínica e assistente social. Insere-se no departamento de Pediatria, abrangendo recém-nascidos com idade gestacional superior às 32 semanas, provenientes dos serviços internos, como a sala de partos, obstetrícia ou urgência Pediátrica, com múltiplos diagnósticos médico e/ou médico-cirúrgicos ou transferidos de outros hospitais.

As patologias mais frequentes são: Hiperbilirrubinémia, Risco infeccioso, Prematuridade, Taquipneia transitória do RN, Aspiração de mecónio, entre outras.

O método de trabalho instituído neste serviço é o individual, sendo o enfermeiro responsável pela totalidade dos cuidados prestados, assim como, pelo planeamento e avaliação dos mesmos.

A unidade visa a qualidade assistencial, tendo por base a formação contínua e a prática baseada na evidência, fomentando grupos de trabalho de especialização em diferentes áreas. Especificando, o recém-nascido (RN) é a criança com menos de 28 dias de idade, caracterizado por um maior risco de mortalidade e enorme fragilidade. Este pode ser classificado mediante a sua idade gestacional como pré-termo/termo que engloba todo o indivíduo que nasce antes das 37 semanas de gestação (Tamez, 2013). Por não terem concluído o seu desenvolvimento intra-uterino são consideradas crianças de alto risco, associadas a uma maior taxa de mortalidade e morbilidade devido às alterações decorrentes do nascimento e/ou da (in)adaptação ao meio extrauterino (Hockenberry & Wilson, 2015). A

sua imaturidade revela características fisiológicas específicas ao nível de todos os sistemas corporais - gastrointestinal, respiratório, endócrino, neurológico, termorregulador, etc - elevando à necessidade de um cuidado próprio, individualizado e flexível, promotor do desenvolvimento infantil (Tamez, 2013).

O nascimento de um recém-nascido que é internado numa neonatologia representa uma grande crise para os pais. O processo de vinculação é dificultado pela separação, pelo que o enfermeiro tem papel importantíssimo no desenvolvimento dos cuidados centrados na família. Algumas das estratégias para promover este vínculo são: o livre acesso à neonatologia (24h/dia), a participação progressiva dos pais nos cuidados, mesmo enquanto o bebé estiver na incubadora, e a disponibilidade para informar/formar os pais, acerca das competências do RN, desenvolvendo assim o modelo de Parceria dos Cuidados.

Durante o período de estágio este tópico não pode ser desenvolvido na sua plenitude, pois dado o contexto pandémico que vivemos as visitas dos pais inicialmente estavam mesmo proibidas, mas dada a evolução favorável dos valores da pandemia, foi permitida a visita dos pais por cerca de 30 minutos por dia, mas nesse período apenas podiam visualizar o seu RN, não sendo permitido qualquer contacto físico.

Esta política prejudicou muito os cuidados centrados na família e nalguns casos comprometeu o sucesso da amamentação. Os pais desempenham um papel crítico no bem-estar do RN, ao participarem nos cuidados: método canguru, estímulos sensoriais (voz, tato e cheiro) e nitidamente a vinculação mãe-filho foi prejudicada. Com as medidas tomadas inicialmente aumentou-se certamente o stress parental, depressão e ansiedade. Desconhecem-se ainda quais as consequências destas medidas no desenvolvimento psicossocial futuro das famílias e como poderão ser modificadas e aliviadas ao longo do tempo.

Ao longo do estágio, a gestão dos cuidados foi efetuada em parceria com as mães de modo a poder capacitá-las nos cuidados ao RN, nomeadamente, banho ao RN e amamentação. O EEESIP tem um papel fulcral nestas unidades altamente especializadas, nomeadamente no que concerne à competência “assiste a criança/família na maximização da sua saúde”, foi fortemente desenvolvida neste estágio, uma vez que considerando a natural dependência do RN e a autonomização necessária do binómio criança/família. O EEESIP estabelece uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, adequando a gestão do regime terapêutico e a parentalidade (Portugal, 2018a).

No internamento de neonatologia a preparação para a alta inicia-se no momento da admissão do RN, sendo realizada progressivamente a capacitação dos pais para cuidar do

bebé. A autonomia dos pais, é um processo que se desenvolve ao longo do internamento até à alta hospitalar. As estratégias implementadas pela equipa de enfermagem, para capacitar e dar suporte aos pais para o cuidado ao RN são, para além da relação de parceria estabelecida diariamente, a realização de um telefonema pós-alta para eventuais esclarecimentos de dúvidas e reforço de alguns ensinamentos.

Ao EEESIP compete cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, na qual “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta de enfermagem apropriados” (Portugal, 2018a).

No decorrer do estágio na neonatologia, foi possível prestar cuidados de enfermagem especializados, a RN pré-termo, nomeadamente a, um RN com aspiração de líquido amniótico no parto, em que foi necessário colocar o CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas) bem como todos os cuidados inerentes à sua utilização/manutenção, como por exemplo: alternância de interface de modo a minimizar o risco de úlcera de pressão, colocação de água destilada para assegurar a humidade na ventilação.

Aquando da realização de procedimentos dolorosos recorreu-se à avaliação da dor através da escala de avaliação da dor- EDIN (Debillon et al,1994) e à utilização de substâncias glicosadas durante os procedimentos dolorosos, especialmente a sacarose, pois tem sido evidenciado como uma mais-valia no controlo da dor dos recém-nascidos. A administração da solução de sacarose diminui a frequência cardíaca e reduz o choro. A sacarose associada com sucção não-nutritiva apresenta um positivo efeito analgésico, sendo a eficácia deste método evidenciado por uma revisão sistemática da literatura realizada por Magalhães, F. et.al. (2020). Destacando-se assim o desenvolvimento da competência E 2.2- “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, otimizando as respostas” (Portugal, 2018a).

Ao EEESIP compete “providenciar cuidados à criança/jovem promotor da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (Portugal, 2018a). Esta competência foi desenvolvida ao longo do estágio, promovendo o método canguru em RN pré-termo, que se encontravam hemodinamicamente estáveis. Este método também chamado contacto pele a pele, permite ao RN e seus pais uma maior interação, favorecendo o desenvolvimento do vínculo afetivo e proporcionando uma maior confiança e competência dos pais no cuidado ao seu filho (Nyqvist, 2010). Para além disso, o recurso ao Método Canguru, proporciona ao RN pré-termo inúmeros benefícios tais como, melhoria no aleitamento materno exclusivo; ganho de peso de ponderal adequado; melhora nos sinais vitais, na homeostase, na resposta fisiológica, psicoafectiva e neuro comportamental; no desenvolvimento motor e cognitivo; na

redução dos níveis de infeção e reinternamentos; na redução a morbimortalidade (Santos & Filho, 2016).

O EEESIP, no domínio das suas funções, deve promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais, avaliando a parentalidade e promovendo o comportamento interativo, de acordo com as competências do RN, utilizando estratégias de esperança realista, de promoção do contacto físico pais/RN, promovendo a amamentação e negociando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN (Portugal, 2018a).

Estas competências foram adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo do estágio, pois a parceria de cuidados em neonatologia é fundamental para a capacitação dos pais na prestação de cuidados do RN no domicílio, promovendo a vinculação pais/bebé, utilizando estratégias de gestão da ansiedade.

Relativamente à competência de elemento facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, e sendo o Hospital Amigo dos Bebés, a amamentação é encorajada, apoiada e promovida e os bebés amamentados não recebem substitutos de leite materno (fórmula para lactentes) a menos que seja indicado clinicamente ou seja a escolha previamente informada dos pais. Neste sentido, identificou-se necessidades formativas nos profissionais de saúde, nomeadamente sobre técnicas de alimentação do RN, assim efetuou-se a sensibilização dos profissionais de saúde para a utilização da técnica de alimentação Finger-Feeding (Sonda-Dedo). A finger-feeding (sonda-dedo) é uma técnica de alimentação e estimulação oral durante a sucção nutritiva, em que a criança suga o dedo do profissional no qual está fixado uma sonda por onde sairá o leite armazenado em um recipiente - seringa ou copo. Tendo como principais objetivos treinar a sucção, complementar a alimentação ou alimentar o RN, quando a mãe não está presente. Segundo Oddy W. et al (2011) esta técnica promove uma sucção semelhante à que ocorre durante a amamentação, havendo abertura ampla da boca, expressão vagarosa e sucções profundas, permitindo estimular o reflexo de sucção e desenvolver a coordenação com a deglutição e respiração. (Apêndice III).

O percurso deste estágio tornou-se enriquecedor não pela novidade e experiências diferentes, mas pela partilha. Acredito que este seja o caminho. É importante valorizar as diferentes experiências de cada um e admitir que existem sempre pequenas arestas a limar. Só assim será possível prestar cuidados de qualidade progressivamente superior.

### 1.2.3- Estágio de saúde infantil e familiar

Estágio de saúde infantil e familiar decorreu no período de 11 de janeiro de 2021 a 19 de fevereiro de 2021 numa Unidade de Cuidados de Saúde Primário (UCSP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) com a missão de prestar cuidados de saúde personalizados, globais, equitativos e de qualidade.

Na UCSP a equipa é constituída por enfermeiros, enfermeiros especialista (2 Saúde infantil e Pediatria e 1 Realibitação), médicos, auxiliares e fisioterapeuta. Relativamente ao método de trabalho é utilizado o método de enfermeiro de família, o enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade e lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar, Portugal 2018.

A consulta de Enfermagem – engloba a consulta de saúde infantil, planeamento familiar, saúde materna, hipertensão e diabetes; tratamentos; vacinação e apoio Domiciliário, relativamente à UCC esta garante a prestação de cuidados de saúde primários, no âmbito comunitário e domiciliário às pessoas, família e grupos mais vulneráveis, como por exemplo Comissão de proteção de crianças e jovens (CPCJ) e Equipa Local de Intervenção (ELI).

O estágio neste local permitiu um maior conhecimento e aprofundamento na prestação de cuidados diferenciados no acompanhamento da EEESIP na realização da consulta de saúde infantil, visitação domiciliária ao recém-nascido e participação nas reuniões da ELI.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são a estrutura organizacional, do Sistema Nacional de Saúde (SNS), de maior proximidade para com os indivíduos, famílias e comunidade – configurando-se como o primeiro nível de contacto aos cuidados de saúde. Portugal, 2016)

O acesso à saúde é um direito da criança tal como consta no artigo 24 da Convenção dos Direitos das Crianças, ponto 1:

“Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação. Os Estados Partes velam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde” (UNICEF, 1989, p.18)

A UCSP e UCC onde decorreu o estágio, abrange uma população infantil na ordem dos 12%. Especificamente, a área de saúde infantil e pediatria integra o protocolo de consulta de Saúde Infantil e Juvenil que, como é expectável pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, tendo em atenção nomeadamente as seguintes linhas de atuação: calendarização

das consultas para idades-chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do RN/Lactente/criança ou adolescente; harmonização destas consultas com o esquema cronológico preconizado no Programa Nacional de Vacinação (PNV), de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde; valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença; deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança.

Relativamente à UCC esta integra vários projetos de intervenção na comunidade, nomeadamente o Programa de saúde escolar (PNSE), o Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco (NACJR), o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI/ELI) e Educação Parental na qual são realizadas formações no âmbito da preparação para a parentalidade.

A carteira básica de serviços da UCSP inclui programas integrados nos cuidados em situação de doença aguda e, a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida, em relação à pediatria é realizada a consulta de vigilância Saúde infantil e Juvenil tendo por base as curvas crescimento da OMS, a Escala de Avaliação de Mary Sheridan modificada e PNV.

Nas consultas de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, assiste-se a criança/jovem em parceria com a família na maximização da sua saúde, implementando e gerindo, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, bem como e a prestação cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, tal como referido E1.1 por Portugal, 2018a).

A aplicação da escala de Mary Sheridan modificada é uma mais valia pois tem implícita um fio condutor para o que é espectável no desenvolvimento infantil, e também dá ênfase à deteção precoce de sinais de alarme na criança, bem como nos cuidados antecipatórios. Demonstrando-se importante não só por ser uma das diretrizes do PNSIJ (Portugal, 2013), mas principalmente, por ser uma área de intervenção do EEESIP (Portugal, 2018a).

No decorrer das consultas de saúde infantil a comunicação e a interação constituíram ferramentas fundamentais para a integração da realidade e interiorização de papéis (Swendsen, Meleis, & Jones, 2010), mas também para a aquisição e desenvolvimento das competências de EEESIP (Portugal, 2018a).

A transição para a parentalidade é um *continuum* inacabado, porque a parentalidade é uma condição permanente. Ou seja, sendo esta iniciada, estará sempre em constante

mutação, cada estágio de desenvolvimento dos filhos exige dos pais uma adaptação às suas expectativas (Cruz, 2005).

A transição ocorreu, existiu adaptação, integração de novos papéis. Fomos promotores e facilitadoras deste processo, mas a parentalidade persiste ao longo do ciclo vital. Contudo, contribuímos para que nesta fase do ciclo vital os pais adquiram conhecimentos e aprendam capacidades de cuidar dos seus filhos atingido assim a capacidade parental (Cruz, 2005).

Dado o contexto pandémico no período em que decorreu o estágio, as consultas de saúde Infantil estavam condicionadas apenas às que coincidiam com momentos de vacinação. Por isso não pude participar em consultas de adolescentes. Em todas as consultas tive o cuidado de negociar a participação da criança/jovem no processo de cuidar e comunicar com a criança/jovem utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e cultura.

Ao longo do meu estágio tive ainda oportunidade de cumprir o PNV. Através da vacinação, milhões de crianças foram salvas e tiveram a possibilidade de viverem com mais saúde, mais tempo e melhor, uma vez que foram maiores as hipóteses de aprender, brincar, ler e escrever, sem sofrimento (Portugal, 2017, p. 15).

O cumprimento do PNV representar para a criança uma vivência emocionalmente intensa e com um potencial traumático associado à dor do procedimento. Neste sentido de modo reduzir este impacto teve-se a preocupação de implementar estratégias minimizadoras, através da utilização de medidas não farmacológicas.

A Ordem dos Enfermeiros, diz-nos que compete aos EEESIP: fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/do jovem, otimizando as respostas; garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (Portugal, 2018a).

Assim, durante os cuidados prestados na vacinação das crianças, aplicou-se conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor. No primeiro ano de vida a técnica que elegemos foram a amamentação, sucção não nutritiva e o contacto pele a pele.

Nas crianças com idade superior a 2 anos, utilizou-se a distração (contar histórias, cantar, ver filmes, com brinquedos). Em todas as idades os procedimentos foram realizados na presença dos pais e se possível ao colo destes e em parceria com os mesmos.

Durante o estágio na UCC, teve-se oportunidade de participar numa reunião da Equipa Local de Intervenção (ELI), na qual participam todos os técnicos que a constituem, dando

resposta ao decreto-lei nº 281/2009 (Portugal, 2009), que criou o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

O SNIPI tem como objetivos: a) Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades; b) Identificar e referenciar todas as crianças que necessitam de IPI; c) Intervir em função das necessidades do contexto familiar de cada criança, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação; e) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social (Portugal, 2009).

A participação nesta reunião foi bastante enriquecedora, pois pode perceber como se consegue estabelecer e manter redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades especiais.

Ao longo do estágio apenas se realizou uma visita domiciliária ao RN e família, dado o seu contexto social, pois esta atividade apesar de estar definida no PNSIJ não está implementada. Neste sentido pretende-se implementar e gerir um plano de saúde domiciliário em parceria com a família, promover o crescimento e desenvolvimento infantil.

Enquanto elemento facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, identificou-se necessidades formativas quer com os profissionais de saúde, quer com os utentes e realizei formação dirigida às grávidas sobre os cuidados ao RN (Apêndice IV) e amamentação (Apêndice V) bem como a sensibilização dos profissionais de saúde para a amamentação, pois constatou-se que a primeira fragilidade na amamentação alguns profissionais de saúde recorriam ao leite adaptado em virtude do ensino e empoderamento das mães em amamentar. (Apêndice VI).

Considero que os objetivos para os quais me tinha proposto foram atingidos. É certo que haveria muito mais a construir mas, tendo em conta o período de tempo em que o estágio de desenvolveu, foi bastante proveitoso. Aprendi muito e neste momento reconheço que olho para as crianças/jovens com outros olhos, de forma mais atenta, conseguindo observar pequenos detalhes e interagir com eles de modo mais eficaz.

**Parte II – Estudo Empírico**



## 2-Enquadramento conceptual

O enquadramento concetual é um processo, uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em relação a um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo (Fortin, Cotê, & Fillion, 2009).

Este capítulo pretende fundamentar e clarificar o referencial teórico em que se alicerça o presente relatório e que orientou a prática através da definição dos conceitos orientadores da enfermagem de Saúde Infantil e pediatria: teoria das transições, parentalidade, Cuidados Centrados na Família (CCF), parceria de cuidados e visita domiciliária. A teoria e os conceitos seguidamente desenvolvidos são os que mais influenciaram o processo de aprendizagem uma vez que, fundamentaram as práticas, facilitaram o desenvolvimento do conhecimento e a elaboração deste relatório.

### 2.1- A Teoria das Transições na promoção de competências para a parentalidade

A teoria de Afaf Meleis (ver anexo 1) permite ao enfermeiro uma melhor compreensão do processo de transição e as suas implicações para a saúde das pessoas, assim como, dos modos de intervenção para facilitar a transição. Esta teoria pretende facultar uma estrutura que permita descrever, compreender e interpretar e ou explicar os fenómenos específicos da enfermagem que refletem e emergem da prática, proporcionando orientações mais específicas para a prática e conduzindo a questões de investigação mais sistemáticas e coerentes (Meleis, 2012).

Segundo o mesmo autor, uma transição consiste em passar de um estado ou condição estável para outro estado igualmente estável, o que requer por parte da pessoa a integração de conhecimentos e alteração de comportamento com conseqüente mudança. Na teoria de médio alcance das transições este processo caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela perceção única de cada pessoa.

A Teoria das Transições procura explicar a natureza das transições, as condições da transição tanto inibidoras como facilitadoras e os padrões de resposta, comuns aos processos de transição e que guiam as terapêuticas de enfermagem. No que diz respeito à sua natureza as transições podem ser do tipo desenvolvimental (mudanças no ciclo vital), situacional (acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional). Estas são complexas e multidimensionais, podem ser simples ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas e implicam

sempre uma consciencialização relacionada com a percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição após um evento crítico, tendo como propriedades a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos. Para a consciencialização da ocorrência da transição é necessário o conhecimento e reconhecimento da mesma. Todas as transições desencadeiam mudança nas percepções, identidades, relações e rotinas sendo fundamental identificar os seus significados com base nas expectativas pessoais, familiares e sociais (Meleis, 2012).

Cada evento crítico constituir um período de maior vulnerabilidade para a pessoa exigindo por parte do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência. É necessário compreender as vivências e conhecer as condicionantes pessoais, familiares, da comunidade e da sociedade de forma a reconhecer as que podem ser facilitadoras ou dificultadoras do processo até o indivíduo alcançar uma transição saudável: a reformulação da sua identidade, domínio de novas habilidades e alteração de comportamentos (Meleis, 2012).

A compreensão das propriedades e condições inerentes no processo de transição leva ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem, que estão em congruência com as experiências únicas dos clientes e suas famílias, promovendo respostas saudáveis às transições. As terapêuticas de enfermagem devem proporcionar conhecimento e empowerment, conduzindo ao restabelecimento da sensação de bem-estar, através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem congruentes (Meleis, 2012).

Ao longo do ciclo vital, somos confrontados com inúmeras mudanças que se revelam transições fundamentais, provocando alterações a nível pessoal, familiar e mesmo social, realçando-se a transição para a parentalidade.

Tornar-se pai ou mãe, pode ser um acontecimento especialmente crucial, que se prolonga ao longo do tempo e que tem consequências não só nos próprios pais, mas também na saúde e desenvolvimento dos seus filhos, dependendo da forma como essa transição acontece (Martins, 2008).

Segundo a CIPE, parentalidade é entendida como a ação de “tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento de crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, pp. 71). Para que esta transição aconteça de forma mais segura, é necessário que se promova a parentalidade e os EEESIP ocupam uma posição

privilegiada dada a proximidade com os pais nos diferentes contextos da prática de cuidados à criança.

A transmissão de orientações antecipatórias às famílias, permitem assistir a criança e família na maximização da sua saúde, dando resposta às necessidades do ciclo da vida e de desenvolvimento da criança (Portugal, 2010). Tal como definido pela Ordem dos Enfermeiros (2010, pp.3), o EEESIP deverá implementar e gerir, “em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (...)” pelo que a “negociação do envolvimento dos pais e a clarificação do papel de cada interveniente no processo são dimensões essenciais para o novo modo de pensar e organizar o trabalho em parceria” (Mendes & Martins, 2012, p. 114), norteando a ação pelo “modelo conceitual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (Ordem dos Enfermeiros (2010, 1). Importa por isso explicitar os cuidados centrados na família, realizados em articulação com a parceria de cuidados, que descreveremos de seguida.

## 2.2- Os cuidados Centrados na Família e a parceria de cuidados como abordagem fundamental em pediatria

A família constitui uma unidade em constante transformação, encontrando-se sujeita às transições decorrentes dos processos de saúde e doença, inerentes ao ciclo vital. O nascimento de um filho implica uma adaptação familiar, havendo necessidade de desenvolver novas competências que deem resposta às necessidades que possam surgir (Mendes & Martins, 2012).

A Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente defende, no âmbito da Saúde Infantil e Pediatria, uma conceção do cuidar baseada numa prática de cuidados centrada na unidade familiar, que vise a sua promoção e que inclua tomadas de decisão, assentes numa parceria entre Crianças, Pais e Enfermeiros. Esta conceção de cuidar pediátrico, Cuidados Centrados na Família, exige que os profissionais reconheçam os pais como principais prestadores de cuidados, capacitados para dar resposta às alterações resultantes do desenvolvimento ou da doença do filho. Esta filosofia de cuidados prevê que as necessidades e objetivos dos pais e crianças sejam essenciais ao processo de cuidar. Refere ainda que o cuidado centrado na família “Decorre da crença, de que todas as pessoas têm a capacidade e a possibilidade de se tornarem mais competentes e que a família, presença constante na vida da criança, deve estar capacitada para tomar decisões” (Alto Comissariado da Saúde, 2009, p.77).

Hockenberry & Wilson (2015), definem com elementos-chave do cuidado centrado na família, a colaboração entre a família e profissional, em todos os níveis do cuidado, hospitalar, domiciliário e comunitário, promovendo a capacitação e o empoderamento. Neste sentido, os enfermeiros devem trabalhar com as famílias, identificar as suas necessidades e planejar intervenções que deem resposta aos problemas identificados alcançando as metas definidas.

Os CCF em Pediatria assentam no pressuposto que toda a família e não só a criança são alvo dos cuidados. Cabe ao enfermeiro reconhecer o papel de cada membro desta parceria facilitando o seu envolvimento e participação, reconhecendo as suas forças e capacidades.

Anne Casey em 1988 desenvolveu um modelo de cuidados de enfermagem, onde expõe que "para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor", assim sendo, ninguém melhor que os pais para os desenvolverem (Casey 1995, p.185).

Segundo a autora, para se cuidar de crianças deve estabelecer-se uma relação de parceria entre os pais e a equipa de saúde, tendo em conta o meio ambiente e a saúde e ser desenvolvidas ações complementares que têm como finalidade o máximo bem-estar da criança. As melhores pessoas para cuidar da criança são os membros da família, com os profissionais de saúde que prestam assistência. Trabalhar com a família, leva a que os enfermeiros desenvolvam competências de comunicação, de ensino e de trabalho de grupo (Casey, 1993). Sabendo que os RN necessitam de cuidados que assegurem um correto desenvolvimento físico e emocional, e que os que dele cuidam têm um papel determinante nessa prestação de cuidados, é essencial que os enfermeiros promovam os cuidados centrados na família, com o estabelecimento de uma parceria de cuidados, para maximizar e potenciar a saúde e o bem-estar do RN. Os resultados de saúde e do desenvolvimento das crianças, dependem principalmente das capacidades das famílias para proporcionar um ambiente seguro para os seus bebés e crianças pequenas. Infelizmente, muitas famílias têm conhecimentos insuficientes sobre habilidades parentais e um sistema de apoio inadequado de amigos, família extensa ou profissionais para ajudá-los ou aconselhá-los a cuidar das crianças (American Academy of Pediatrics, 2009).

É uma competência do EEESIP trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, na prestação de cuidados de enfermagem avançada, com segurança e competência, na avaliação e capacitação da família e nas respostas adequadas às suas necessidades para facilitar o processo de transição e adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (Mendes & Martins, 2012). No conjunto

das competências específicas do enfermeiro especialista o cuidar em parceria surge como promotor da otimização da saúde e da parentalidade.

### 2.3-A visita domiciliária como uma estratégia de intervenção de enfermagem de apoio à amamentação

Uma vez que o enfermeiro em cuidados de saúde primários (CSP) estabelece com a família uma relação de particular proximidade, deverá avaliar a necessidade de potenciar uma parentalidade consciente e responsável. A abordagem em saúde de apoio à parentalidade denominada de go-structure, definida por Abreu-Lima et al. (2010) como uma intervenção individualizada associada a um registo de aconselhamento em que os profissionais se deslocam ao encontro da família, privilegiando uma educação parental no ambiente familiar, o domicílio, parece ser a estratégia mais adequada para a promoção do acolhimento familiar neste contexto de cuidados.

A literatura reconhece a visita domiciliária à família e ao RN como uma intervenção prioritária, um momento único de interação profissional/família/meio ambiente e de apreciação familiar, que possibilita a implementação de um plano de cuidados holístico e individualizado junto dos casais/famílias durante o puerpério. A meu ver facilita o conhecimento aprofundado da realidade vivida e sentida pelas famílias, promovendo a integração das mesmas nos cuidados de saúde e contribuindo para o seu desenvolvimento bem como para uma positiva Auto percepção dos seus conhecimentos, potencialidades, competências e necessidades, tendo em conta os seus recursos, perspectiva corroborada por Rower, J., Barnes, M. & Sutherns, S. (2013) e Hockenberry & Wilson (2015).

A American Academy of Pediatrics (2009) refere que a visita domiciliária, no século XX, adquiriu uma atenção especial como estratégia importante na promoção do aleitamento materno, na prevenção de maus-tratos infantis, redução da prevalência de acidentes em casa, promoção de desenvolvimento infantil, efetivação do papel parental e redução das desigualdades na obtenção de serviços de saúde.

A visita domiciliária ao recém-nascido e à família insere-se numa fase do ciclo de vida particularmente perturbadora pelas mudanças, que o nascimento de uma criança, vem causar no seio da família, fragilizando-a e levando a adaptações no papel de cada um dos seus membros. Como Relvas (2006, p. 11) nos diz “a família é uma rede complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensadas com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados (...) a simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e complexidade relacional desta estrutura”. Ao abordar o ciclo de vida da família, esta

autora refere que embora as suas etapas teoricamente pareçam bem arrumadas, a realidade de cada família mostra que é necessário atender à sua individualidade, tendo em conta o meio social e comunitário onde teve origem, onde vive e se desenvolve, assim como o contexto relacional.

A visitação domiciliária insere-se no contexto de intervenção como uma mais-valia, pois a mesma possibilita a recolha de dados que, de outra forma passariam despercebidos.

A implementação da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família no pós-parto, é importante para garantir uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio, para auxiliar nos ajustamentos psicológicos e fisiológicos que ocorrem neste período. É uma estratégia preventiva que promove o relacionamento mãe e filho mais saudável, com diminuição para os reinternamentos hospitalares. (Carvalho & Tavares, 2010)

O Programa de Saúde Infantil incentiva a criação de meios “que possibilitem a realização de visitas domiciliárias essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade (...) e nos casos de famílias ou situações identificadas como de risco” (Portugal, 2013, pág. 6).

A estratégia de visitação domiciliária para proteção da maternidade e paternidade também é sublinhada no Decreto-Lei nº 70/2000, (Portugal, 2000), onde se pode ler: “Promover e incrementar a visitação domiciliária à grávida ou puérpera, assim como ao filho até aos 90 dias de idade, em caso de impedimento de deslocação aos serviços de saúde ou com a finalidade de desenvolver a promoção para a saúde”.

A reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com grande enfoque no desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, veio criar equipas específicas para a intervenção junto das famílias e ao longo do seu ciclo vital, as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Para as USF, legisladas no Decreto-Lei nº 298/2007, foram determinados indicadores que permitam avaliar ganhos em saúde. Um dos indicadores definidos é a “taxa de visitas domiciliárias ao recém-nascido e à puérpera”, cujo numerador é definido como “número de visitas a recém-nascidos e puérperas até aos 28 dias” salientando a precocidade da visita domiciliária como fator de qualidade. (Portugal, 2007)

Os cuidados básicos na VD, para todos os recém-nascidos e família, de acordo com a OMS e a UNICEF, devem incluir a promoção e o apoio da amamentação inicial e exclusiva, a promoção da manutenção da temperatura do bebé, da lavagem das mãos, dos cuidados ao coto umbilical, dos cuidados com a pele, a identificação das condições que requerem cuidados

adicionais e o aconselhamento sobre quando levar um recém-nascido ao Serviço de Urgência. Na visita domiciliar os Recém-nascido e a mãe devem ser examinados para detectar sinais de perigo. Ao mesmo tempo, as famílias devem ser informadas para identificarem os sinais de risco e para a necessidade de procura imediata de cuidados se os mesmos estiverem presentes (OMS, UNICEF, 2009).

Segundo o programa Maternal Early Childhood Sustained Home-visiting (MECSH) implementado na Austrália, deve-se realizar no mínimo três visitas domiciliares pré-natais e as seguintes visitas pós-natais: primeira uma semana após o nascimento, e pelo menos 1 visita semanalmente até às 6 semanas; 2 visitas por mês até 12 semanas; 1 visita por mês até aos 6 meses; de 2 em 2 meses até aos 2 anos.

A Ordem dos Enfermeiros define as estratégias de ação do EEESIP, a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar da criança, a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar a vida ou a qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de riscos, suicídio, violência e gravidez, promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Assim sendo, a intervenção do EEESIP, adequa-se na implementação da visita domiciliar ao recém-nascido e família. A VD permitirá ao EEESIP apoiar, orientar, e aconselhar os pais, ajudando-os a desenvolverem atitudes e comportamentos que assegurem o bem-estar e o desenvolvimento correto dos seus filhos, em particular no apoio e promoção da amamentação.

O leite materno é considerado o melhor e mais completo alimento para o bebé.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os bebés sejam alimentados exclusivamente com leite materno até os 6 meses de idade e com amamentação continuada juntamente com alimentos complementares até os 2 anos de idade (Organização Mundial da Saúde, 1998). O aleitamento materno traz inúmeros benefícios para a saúde dos bebés e das mães. Por exemplo, bebés que são amamentados têm menor risco de infeções do trato respiratório, infeções do trato gastrointestinal, asma, síndrome da morte súbita infantil, obesidade e diabetes tipo 1 (Ip et al, 2012).

Embora os benefícios da amamentação tenham sido amplamente estabelecidos, a interrupção precoce da amamentação é uma questão mundial (Centers for Disease Control and Prevention). Globalmente, a percentagem de aleitamento materno exclusivo por 6 meses é de apenas 37% (Fundo das Nações Unidas para a Infância). O início tardio da amamentação

é um forte fator de risco para a interrupção precoce da amamentação. Apesar do esforço e sucesso na promoção do aleitamento materno após o parto em ambientes hospitalares, a diminuição progressiva do tempo de internamento pós-parto observada implica que as mães podem deixar o hospital antes da chegada do leite.

Presentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define os conceitos de amamentação da seguinte forma: Aleitamento materno, aquele onde o bebé recebe leite materno (da mãe ou de outra pessoa) diretamente da mama ou extraído dela, independentemente de outros alimentos líquidos, sólidos ou semi-sólidos que possa adquirir (WHO, 2008). Aleitamento materno exclusivo, no qual o bebé recebe apenas leite materno (da mãe ou de outra pessoa) diretamente da mama ou extraído dela, e nenhum outro líquido ou sólido à exceção de suplementos vitamínicos ou medicamentos (WHO, 2008). Aleitamento materno predominante, no qual a fonte de alimentação do bebé é o leite materno (da mãe ou de outra pessoa) diretamente da mama ou extraído dela embora possa receber água ou soluções aquosas (água açucarada, chá, sumos de fruta), sais de re-hidratação oral, suplementos vitamínicos e minerais e soro glicosado. Esta categoria não abrange alimentos semi-sólidos, como papas ou sopa, nem leite não humano (WHO, 2008). Aleitamento materno complementado, no qual o bebé recebe leite materno e outros alimentos líquidos, sólidos ou semi-sólidos, incluindo leite não humano. (WHO, 2008)

A amamentação proporciona um contacto único mãe/bebé estabelecendo um vínculo afetivo que será mais forte quanto mais cedo o bebé for colocado à mama. A OMS (1998) recomenda que o bebé seja colocado à mama na primeira meia hora a uma hora após o parto, pois neste momento o bebé possui reflexos de busca que o levam a iniciar a amamentação facilmente. O estabelecimento do vínculo afetivo mãe/bebé é proveitoso para ambos e é o início de uma relação de conhecimento mútuo. Tanto a mãe como o bebé emitem sinais que são decodificados pelo outro, aprendendo a conhecerem-se: “O aleitamento materno permite responder à necessidade que as mães sentem de começar o namoro com o recém-nascido e o bebé vê cumprido o seu maior direito, o contacto com a pele. A amamentação, que não é só dar líquido, mas sim estabelecer uma relação, ajuda a mãe a adaptar-se ao filho, a passar do bebé imaginário que idealizou para o bebé real que é o seu.” (Galvão, 2003, pg.17)

O leite materno é o único alimento que além dos nutrientes também fornece imunoglobulinas. Cada bebé adquire as imunoglobulinas específicas da sua mãe o que garante a imunidade para aqueles micro-organismos mais frequentes naquele habitat, e naturalmente a sua sobrevivência (Galvão, 2003). O leite materno tem ainda a vantagem de, por se encontrar estéril, não constituir risco de infeção através da manipulação de objetos utilizados na preparação de leite de fórmula. Encontra-se à temperatura adequada ao bebé

evitando queimaduras quando comparado com a alimentação por fórmula, estando sempre pronto evita esperas e incómodos na preparação das fórmulas. Tem todos os nutrientes necessários ao bebé que ao longo do seu crescimento se vão transformando quer em qualidade quer em quantidade de forma a provir todas as necessidades do bebé (Idem).

A OMS e a UNICEF (1997) criaram vários projetos de apoio e promoção ao aleitamento materno que algumas instituições (incluindo portuguesas) adotaram. Um desses programas foi os “Hospitais amigos dos bebés” que para além de aderirem a medidas restritivas de publicidade do leite de fórmula e outro material relacionado com as indústrias, seguem os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” que são os seguintes:

*“ Todas as instalações que prestam serviços obstétricos e cuidados aos recém-nascidos devem:*

*1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipa de saúde.*

*2. Treinar toda a equipa de saúde, capacitando-a para implementar esta política.*

*3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o ensino do aleitamento materno.*

*4. Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora do nascimento*

*5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.*

*6. Não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, sem indicação médica.*

*7. Praticar o alojamento conjunto - isto é, permitir que mães e bebés permaneçam juntos - 24 horas por dia.*

*8. Incentivar o aleitamento materno sob demanda.*

*9. Não dar bicos artificiais ou chupetas para crianças amamentadas.*

*10. Fomentar a criação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta do hospital ou clínica. “*

Em Portugal, as medidas de proteção do aleitamento materno passam pela legislação do período de licença de maternidade, assim como da redução de horário para a mãe enquanto amamenta (Portugal, 2000), pela adesão de algumas instituições aos “dez passos para o sucesso do aleitamento materno” e pela implementação de campanhas de promoção do aleitamento materno. Assim, conseguiu-se um aumento gradual nas taxas de adesão ao

aleitamento materno. No entanto, a sua duração decresce ao longo do tempo, ficando assim aquém das metas estabelecidas quer pela OMS, quer pelo Plano Nacional de Saúde (Pereira, 2006). A promoção do aleitamento materno é da responsabilidade de todos os técnicos de saúde, quer a nível dos cuidados primários quer secundários, sendo essencial que os profissionais tenham formação adequada em aleitamento materno para que forneçam as informações corretas (verbais e não verbais), e tornem a amamentação bem-sucedida. Levy & Bertolo (2002) define amamentação bem-sucedida quando esta é relacionada com a duração, estado de nutrição e desenvolvimento do bebé, interação mãe/bebé durante a mamada e com as expectativas maternas face à amamentação. É importante que todos os profissionais de saúde nos diversos níveis de cuidados estejam motivados e devidamente formados para serem promotores da amamentação e do seu sucesso.

### 3-METODOLOGIA

A fase metodológica é de fulcral importância, já que assegura a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação (Fortin, Coté & Fillion, 2009).

As revisões da literatura têm sido cada vez mais utilizadas pelos profissionais de saúde, pois, o avanço do conhecimento deve ser construído tendo por base estudos de evidência científica anteriores.

Revisar a literatura relevante pressupõe ter-se em consideração a amplitude e a profundidade do corpo de estudos existente e identificarem-se as lacunas a explorar. À semelhança de outras investigações científicas, as revisões sistemáticas da literatura também devem ser válidas, confiáveis e repetíveis (Paré et al., 2015). Assim, tendo por base o referido anteriormente e objetivando a sistematização do conhecimento atual sobre a eficácia da visita domiciliária na amamentação, realizou-se uma revisão sistemática da literatura.

As revisões sistemáticas promovem uma síntese abrangente e imparcial de estudos relevantes num único documento, através de métodos rigorosos e transparentes. Visa sintetizar e resumir o conhecimento existente tendo como objetivo descobrir as evidências relevantes para uma questão (Donato & Donato, 2019). De acordo com os mesmos autores, as revisões sistemáticas, também conhecidas como sínteses de pesquisa visam recuperar evidências e sintetizar os resultados dessa pesquisa em evidências aplicáveis à prática. Seguem um processo de pesquisa estruturado que requer métodos rigorosos para garantir que os resultados sejam confiáveis e significativos.

Esta revisão sistemática baseou-se no método proposto pela Joanna Briggs Institute e foi redigida de acordo com o Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA) (Page et al., 2021). Deste modo, a presente revisão sistemática seguiu um protocolo claramente definido onde os critérios foram objetivamente estabelecidos antes da revisão. Tratar-se-á de uma pesquisa abrangente e transparente, realizada em várias bases de dados, que pode ser replicada e reproduzida por outros pesquisadores. Implica o planeamento de uma estratégia de pesquisa bem pensada, com foco específico ou que responda a uma pergunta definida. Permite, assim, identificar o tipo de informação pesquisada, criticada e relatada dentro de prazos delimitados e quando são realizadas no âmbito da saúde estão ligadas à prática baseada em evidências (Donato & Donato, 2019). O protocolo da revisão foi realizado e seguido pelos autores, embora não tenha sido publicado e/ou registado.

As etapas do processo de revisão sistemática são:

1. Formular uma questão de investigação;
2. Produzir um protocolo de investigação e efetuar o seu registo (itens 1 e de 3 a 8 devem constar no protocolo de elaboração da revisão sistemática);

3. Definir os critérios de inclusão e de exclusão;
4. Desenvolver uma estratégia de pesquisa e pesquisar a literatura – encontrar os estudos;
5. Seleção dos estudos;
6. Avaliação da qualidade dos estudos;
7. Extração dos dados;
8. Síntese dos dados e avaliação da qualidade da evidência;
9. Disseminação dos resultados – Publicação.

### 3.1. Formulação do problema

Segundo o fluxograma publicado no Cochrane Handbook o primeiro passo para elaborar um estudo de Revisão Sistemática da Literatura (RSL) é a formulação da questão de investigação, que poderá considerar-se o passo primordial num estudo deste género (Higgins, J. et al., 2021).

Uma revisão sistemática da literatura pode ter um conjunto de objetivos a serem alcançados, mas a formulação do problema, a partir do qual evolui a questão da pesquisa, é o objetivo principal (Paré et al., 2015), sendo esta formulada com base no método PI[C]OD, que segue uma estrutura particular para formular a pergunta e facilitar a pesquisa (Xiao & Watson, 2019).

**Tabela 1.** Aplicação do Método PICO

<i>Acrónimo</i>	<i>Alvo de investigação</i>
<b><i>Participantes</i></b>	Crianças até aos 24 meses
<b><i>Intervenções</i></b>	Estudos que avaliem a eficácia da visita domiciliária na amamentação
<b><i>Comparações</i></b>	Comparações RN/família com visita domiciliária e sem visita domiciliária
<b><i>“Outcomes”</i></b>	Amamentação exclusiva (6 meses) Amamentação até aos 24 meses
<b><i>Desing</i></b>	RCT e Estudos quase-experimentais

Considerando a importância da visita domiciliar ao RN e família na promoção e apoio à amamentação pretende-se aprofundar o conhecimento existente sobre o tema, esta RSL tem como objetivo avaliar a eficácia das visitas domiciliares na manutenção da amamentação até aos 24 meses de vida.

Mais especificamente, esta revisão pretende responder à seguinte questão: Qual a eficácia da visita domiciliar na manutenção da amamentação até aos 24 meses de vida?

### 3.2- Critérios de inclusão e exclusão

Com o objetivo de limitar os artigos em estudo, que irão constituir esta revisão, foram definidos e aplicados critérios de seleção (Tabela 2).

**Tabela 2.** Critérios de Elegibilidade

<i>Critérios de seleção</i>	<i>Critérios de inclusão</i>	<i>Critérios de exclusão</i>
<i>Participantes</i>	Crianças até aos 24 meses/família	Todas as crianças com mais de 24 meses de vida
<i>Intervenções</i>	Estudos que avaliem a eficácia da visita domiciliar na amamentação	Estudos que não analisem as variáveis de inclusão
<i>Comparações</i>	Comparações RN/família com visita domiciliar e sem visita domiciliar	Todos os estudos que não comparem os grupos dos critérios de inclusão.
<i>“Outcomes”</i>	Amamentação exclusiva (6 meses) Amamentação até aos 2 anos	Todos os estudos que não analisem as variáveis de inclusão
<i>Estudos</i>	RCT e Estudos quase-experimentais	Outros desenhos para além dos de inclusão

### 3.3- Estratégia de pesquisa dos estudos

A realização de uma revisão sistemática da literatura requer uma pesquisa meticulosa, objetiva e reprodutível num agregado de recursos, como forma de identificar, o mais possível, estudos na área de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão. Existem diversas fontes que podem ser consultadas para uma revisão sistemática. Para a identificação de estudos relevantes em conformidade com os critérios definidos, procedeu-se a pesquisas que incluam os estudos que datam entre 2011 a 2021, nos idiomas português, espanhol e inglês, recorrendo às seguintes plataformas eletrónicas de bases de dados: Medline/Pubmed, Cinhal complete e B On.

Para a identificar os estudos mais relevantes para a presente revisão, isolaram-se os conceitos referentes aos participantes e à intervenção em estudo, de modo a definir os descritores *MeSH (Medical Subject Headings)* mais adequados para a investigação. De seguida, procedeu-se à seleção das plataformas de pesquisas eletrónicas referidas anteriormente.

**Tabela 3.** Resultados da pesquisa por base de dados utilizada

<i>Search Query</i>	<i>Records retrieved</i>
<b><i>MEDLINE (PubMed)</i></b> ("home nursing"[MeSH Terms] OR "home care agencies"[MeSH Terms] OR "home care services"[MeSH Terms] OR "home health aides"[MeSH Terms] OR "house calls"[MeSH Terms] OR "housing"[MeSH Terms]) AND ("postpartum period"[MeSH Terms] OR "breast feeding"[MeSH Terms] OR "patient centered care"[MeSH Terms] OR "women s health"[MeSH Terms] OR "comprehensive health care"[MeSH Terms] OR "family health"[MeSH Terms] OR "child health"[MeSH Terms] OR "maternal child health services"[MeSH Terms] OR "perinatal care"[MeSH Terms] OR "neonatal nursing"[MeSH Terms])) AND ("weight gain"[MeSH Terms] OR "nutritional status"[MeSH Terms] OR "diet, healthy"[MeSH Terms] OR "diet, food, and nutrition"[MeSH Terms] OR "weight evolution"[Title/Abstract] OR "breast feeding"[MeSH Terms] OR "mother child relations"[MeSH Terms] OR "neonatal complications"[Title/Abstract])	810

	<i>Publication date from January 1st 2011 to December 31th 2021; language limits: English, Spanish, and Portuguese</i>	179
<b>CINHAL Complete</b>	((("home nursing"OR "home care agencies" OR "home care services" OR "home health aides" OR "house calls" OR "housing") AND ("postpartum period" OR "breast feeding" OR "patient centered care" OR "women s health" OR "comprehensive health care" OR "family health" OR "child health" OR "maternal child health services" OR "perinatal care" OR "neonatal nursing")) AND ("weight gain" OR "nutritional status" OR "diet, healthy" OR "diet, food, and nutrition" OR "weight evolution" OR "breast feeding" OR "mother child relations" OR "puerperal complications" OR "neonatal complications"))	221
	<i>Publication date from January 1st 2011 to December 31th 2021; language limits: English, Spanish, and Portuguese</i>	98
<b>B-On</b>	SU(("home nursing"OR "home care agencies" OR "home care services" OR "home health aides" OR "house calls" OR "housing") AND ("postpartum period" OR "breast feeding" OR "patient centered care" OR "women s health" OR "comprehensive health care" OR "family health" OR "child health" OR "maternal child health services" OR "perinatal care" OR "neonatal nursing")) AND ("weight gain" OR "nutritional status" OR "diet, healthy" OR "diet, food, and nutrition" OR "weight evolution" OR "breast feeding" OR "mother child relations" OR "puerperal complications" OR "neonatal complications"))	396
	<i>Publication date from January 1st 2011 to December 31th 2021; language limits: English, Spanish, and Portuguese</i>	137

Do resultado das quatro pesquisas enunciadas anteriormente, resultaram 414 artigos, que foram analisados, num primeiro momento, por dois revisores independentes. Esta primeira análise teve por base a seleção dos artigos pela sua relevância para a presente RSL

(desenho do estudo, participantes, intervenções e resultados), através da leitura dos títulos e resumos.

Após a seleção dos estudos por parte de cada revisor, resultou por consenso, a exclusão de 352 artigos por não se relacionarem com a questão de investigação ou por se encontrarem repetidos. Foram, deste modo, identificados 11 artigos (Tabela 4) com potencial interesse para o estudo em curso, sendo estes selecionados para análise integral do texto.

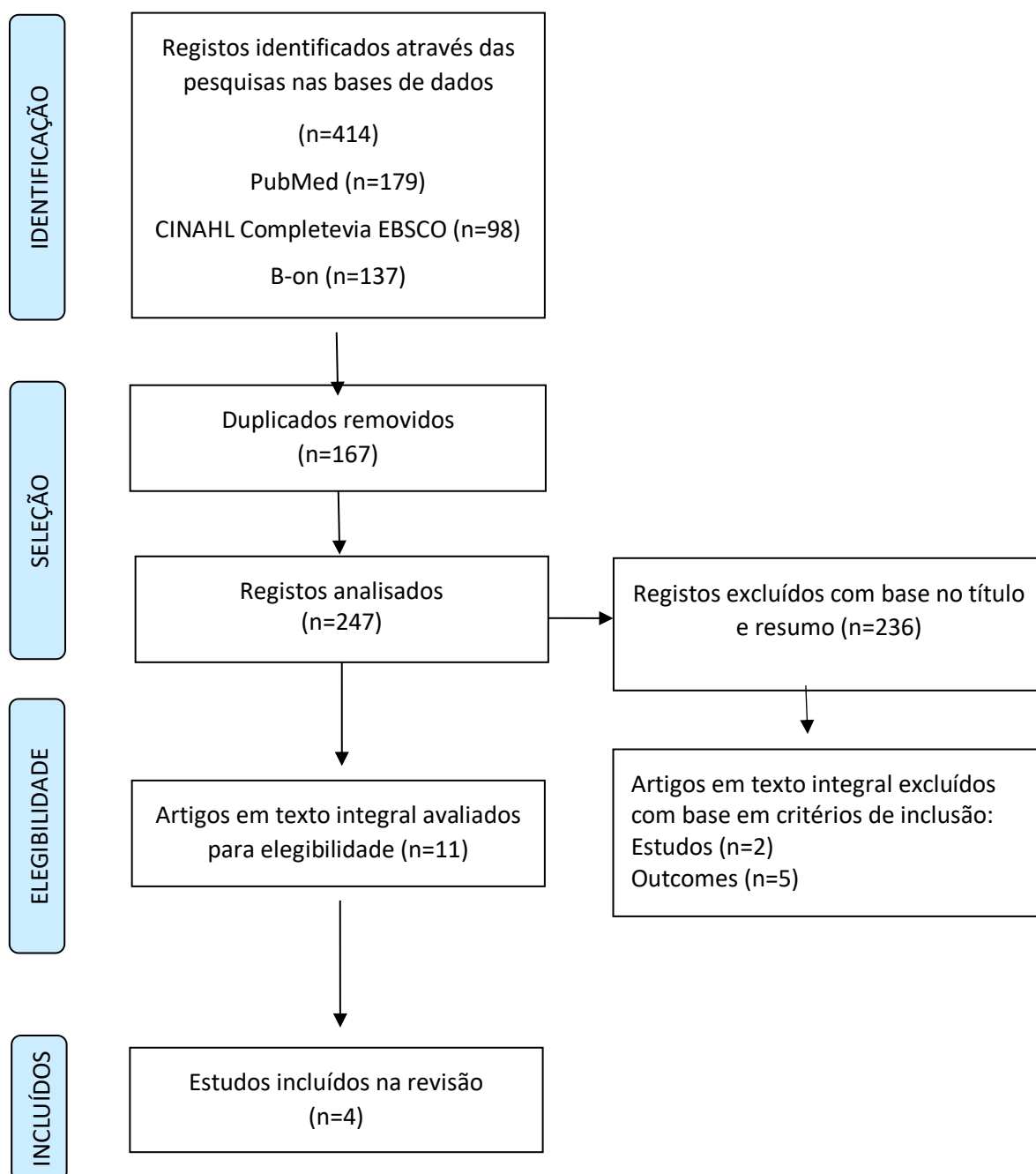
**Tabela 4.** Estudos selecionados para análise de texto integral

<b>Nº</b>	<b>Estudos</b>	<b>Base de Dados</b>	<b>Critérios</b>
<b>E1</b>	Xiao, X. et al. (2020). The sweet and the bitter": mothers' experiences of breastfeeding in the early postpartum period: a qualitative exploratory study in China.	<i>PubMed</i> <i>B On</i>	Não cumpre critérios – Sem intervenção da visita domiciliária
<b>E2</b>	Janmohamed, A. et al. (2020). The Effects of Community Home Visit and Peer Group Nutrition Intervention Delivery Platforms on Nutrition Outcomes in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis.	<i>PubMed</i> <i>B On</i> <i>Cinhal</i> <i>Complete</i>	Não cumpre critérios – Artigo Revisão
<b>E3</b>	Unar-Munguía, M. et al (2020) Evaluating the effect of the initiative 'Caring for the Newborn and the Mother at Home' in Mexico.	<i>PubMed</i> <i>B On</i>	Cumpre critérios
<b>E4</b>	Ly, C. et al. (2019). The effect of home-based intervention with professional support on promoting breastfeeding: a systematic review.	<i>PubMed</i> <i>B On</i> <i>Cinhal</i> <i>Complete</i>	Não cumpre critérios – Artigo Revisão
<b>E5</b>	Kemp, L. et al (2018). The effectiveness of a sustained nurse home visiting intervention for Aboriginal infants compared with non-Aboriginal infants and with Aboriginal infants receiving usual child health care: a quasi-experimental trial - the Bulundidi Gudaga study	<i>PubMed</i> <i>B On</i> <i>Cinhal</i> <i>Complete</i>	Cumpre critérios
<b>E6</b>	Williams, C. et al. (2017). Kentucky Health Access Nurturing Development Services Home Visiting Program Improves Maternal and Child Health.	<i>PubMed</i> <i>B On</i> <i>Cinhal</i> <i>Complete</i>	Não cumpre critérios – Não avalia a amamentação

<b>E7</b>	Robling, M. et al. (2016). Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial	<i>PubMed</i> <i>B On</i> <i>Cinhal</i> <i>Complete</i>	Não cumpre critérios – Não avalia a amamentação
<b>E8</b>	Nair, N. et al. (2015). Participatory women's groups and counselling through home visits to improve child growth in rural eastern India: protocol for a cluster randomised controlled trial.	<i>PubMed</i> <i>B On</i>	Não cumpre critérios – Não avalia a amamentação
<b>E9</b>	Kemp, L. et al. (2015). Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial	<i>PubMed</i> <i>B On</i> <i>Cinhal</i> <i>Complete</i>	Cumprir critérios
<b>E10</b>	Callaghan-Karu, J. et al. (2013). Newborn care practices at home and in health facilities in 4 regions of Ethiopia.	<i>PubMed</i> <i>B On</i> <i>Cinhal</i> <i>Complete</i>	Não cumpre critérios – Sem intervenção da visita domiciliária
<b>E11</b>	Wen, L. et al. (2011). Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial	<i>B On</i> <i>Cinhal</i> <i>Complete</i>	Cumprir critérios

Num segundo momento, os revisores procederam à leitura e análise dos 11 artigos selecionados, à luz dos critérios de elegibilidade definidos. Resultou assim, a exclusão de 7 estudos: artigo de Revisão da Literatura (2), excluídos por não cumprirem critérios (5). Deste modo, chegámos a um resultado de 4 estudos com critérios para avaliação metodológica e posterior inclusão na presente RSL.

O processo de seleção dos estudos encontra-se esquematizado no diagrama representado na Figura 1, adaptado do diagrama de fluxo PRISMA, (Moher, D., Liberati, A. & Tetzlaff, J., 2009).



**Figura 1** - Flowchart da seleção e processo de inclusão dos estudos.

Analisados os procedimentos descritos, podemos concluir que o corpo do presente trabalho é constituído por 4 ensaios clínicos: 2 ensaios clínicos randomizados e 2 ensaios clínicos não randomizados (quase experimentais).

A avaliação da qualidade dos estudos a incluir na presente RSL é fundamental, pois esta terá implicações na tomada de decisão na prática baseada na evidência.

### 3.4- Avaliação crítica dos estudos

Procedeu-se à avaliação da qualidade metodológica dos artigos conservados para esta revisão sistemática da literatura. A avaliação crítica dos estudos incluídos numa revisão sistemática é realizada para identificar o risco de diversos vieses nesses estudos (Higgins, J. et al., 2021). Foi com base nestes pressupostos que se fez a avaliação da qualidade metodológica de cada estudo incluído na presente revisão sistemática da literatura por dois investigadores independentes (SG e SB).

Para efetuar a avaliação crítica dos estudos utilizou-se o “JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort and Case-control studies”, e como recomendado, e após discussão e consenso entre os revisores, assumiram-se como “estudos de qualidade” aqueles que reunissem, no mínimo, seis respostas afirmativas (Higgins, J. et al., 2021) nos estudos quase- experimentais e sete respostas afirmativas nos estudos randomizados.

**Tabela 5:** JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies

		Sim	Não	Pouco claro (pc)	Não aplicável (na)
1	Está claro no estudo qual é a 'causa' e qual é o 'efeito' (ou seja, não há confusão sobre qual variável vem primeiro)?				
2	Os participantes incluídos em alguma comparação foram semelhantes?				
3	Os participantes foram incluídos em alguma comparação recebendo tratamento/cuidado semelhante, além da exposição ou intervenção de interesse?				
4	Havia um grupo de controle?				
5	Houve várias medições do resultado antes e depois da intervenção/exposição?				
6	O acompanhamento foi completo e, se não, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram descritas e analisadas adequadamente?				
7	Os resultados dos participantes foram incluídos em alguma comparação medido da mesma forma?				
8	Os resultados foram medidos de forma confiável?				
9	Foi utilizada uma análise estatística apropriada?				

Avaliação geral: Incluir  Excluir  Procurar mais informações

Comentários (incluindo o motivo da exclusão)

**Fonte:** Adaptado JBI, 2018

**Tabela 6:** JBI Critical appraisal checklist for randomized controlled trials

		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>PC</b>	<b>NA</b>
1	A randomização verdadeira foi usada para atribuição de participantes a grupos de tratamento?				
2	A alocação aos grupos de tratamento foi ocultada?				
3	Os grupos de tratamento foram semelhantes na linha de base?				
4	Os participantes estavam cegos para a atribuição do tratamento?				
5	Aqueles que administravam o tratamento estavam cegos para a atribuição do tratamento?				
6	Os avaliadores de resultados eram cegos para a atribuição do tratamento?				
7	Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto a intervenção de interesse?				
8	O acompanhamento foi completo e, se não, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram descritas e analisadas adequadamente?				
9	Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados?				
10	Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?				
11	Os resultados foram medidos de forma confiável?				
11	Foi utilizada uma análise estatística apropriada?				
12	O desenho do estudo foi apropriado e quaisquer desvios do desenho padrão do RCT (randomização individual, grupos paralelos) foram considerados na condução e análise do estudo?				

Avaliação geral: Incluir  Excluir  Procurar mais informações

Comentários (incluindo o motivo da exclusão)

**Fonte:** Adaptado JBI, 2018

**Tabela 7:** Sumário de avaliação crítica da qualidade dos estudos Quasi-Experimentais

		<b>E1</b>	<b>E3</b>
1	Está claro no estudo qual é a 'causa' e qual é o 'efeito' (ou seja, não há confusão sobre qual variável vem primeiro)?	Sim	Sim
2	Os participantes incluídos em alguma comparação foram semelhantes?	Sim	Sim
3	Os participantes foram incluídos em alguma comparação recebendo tratamento/cuidado semelhante, além da exposição ou intervenção de interesse?	Sim	Sim
4	Havia um grupo de controle?	Sim	Sim
5	Houve várias medições do resultado antes e depois da intervenção/exposição?	Sim	Sim
6	O acompanhamento foi completo e, se não, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram descritas e analisadas adequadamente?	Sim	Sim
7	Os resultados dos participantes foram incluídos em alguma comparação medido da mesma forma?	Sim	Sim
8	Os resultados foram medidos de forma confiável?	Sim	Sim
9	Foi utilizada uma análise estatística apropriada?	Sim	Sim

**Tabela 8:** Sumário de avaliação crítica da qualidade dos estudos controlados randomizados

		<b>E2</b>	<b>E4</b>
<b>1</b>	A randomização verdadeira foi usada para atribuição de participantes a grupos de tratamento?	Sim	Sim
<b>2</b>	A alocação aos grupos de tratamento foi ocultada?	Sim	Sim
<b>3</b>	Os grupos de tratamento foram semelhantes na linha de base?	Sim	Sim
<b>4</b>	Os participantes estavam cegos para a atribuição do tratamento?	Sim	Sim
<b>5</b>	Aqueles que administravam o tratamento estavam cegos para a atribuição do tratamento?	Sim	Sim
<b>6</b>	Os avaliadores de resultados eram cegos para a atribuição do tratamento?	Sim	Sim
<b>7</b>	Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto a intervenção de interesse?	Sim	Sim
<b>8</b>	O acompanhamento foi completo e, se não, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram descritas e analisadas adequadamente?	Sim	Sim
<b>9</b>	Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados?	Sim	Sim
<b>10</b>	Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	Sim	Sim
<b>11</b>	Os resultados foram medidos de forma confiável?	Sim	Sim
<b>11</b>	Foi utilizada uma análise estatística apropriada?	Sim	Sim
<b>12</b>	O desenho do estudo foi apropriado e quaisquer desvios do desenho padrão do RCT (randomização individual, grupos paralelos) foram considerados na condução e análise do estudo?	Sim	Sim

### 3.5- Apresentação dos Resultados

Após a avaliação crítica dos 4 artigos selecionados para o presente estudo, cujos resultados podem ser analisados nas Tabelas 7 e 8, apresenta-se uma descrição sumária da apreciação crítica de cada artigo, terminando com uma apreciação global dos 4 artigos. Como se pode verificar, todos eles respeitam os critérios de qualidade para ensaios clínicos, segundo Higgins, J. et al., (2021).

Os resultados obtidos dos estudos selecionados são apresentados no quadro que se segue (Tabela 9).

Tabela 9- Resumo dos dados extraídos dos estudos selecionados (adaptado da JBI)

Título/ Autor/ Ano/País	Objetivos	Desenho do estudo	Número e Tipo Participantes	Intervenções	Resultados/Conclusões
<p><b>E1</b></p> <p><i>The effectiveness of a sustained nurse home visiting intervention for Aboriginal infants compared with non-Aboriginal infants and with Aboriginal infants receiving usual child health care: a quasi-experimental trial - the Bulundidi Gudaga study</i></p> <p>Kemp, L., Grace, R., Comino, E., Oulver, L., McMahon, C., Harris, E., Harris, M., George, A., and Mack, H.</p> <p>(2018) Austrália</p>	<p>Demonstrar a eficácia da visita domiciliária na primeira infância a famílias aborígenes (MECSH), comparando 3 cortes de famílias do sudoeste de Sydney, relativamente à duração da amamentação, índice de massa corporal (IMC) e desenvolvimento infantil aos 18 meses e 4 anos.</p>	<p>Estudo quase-experimental</p>	<p>Mães elegíveis, identificadas como em risco durante a avaliação Safe Start na clínica pré-natal</p> <p>Grupo A- Grávidas de bebê aborígene com intervenção MECSH (outubro 2011 a março de 2013) Total=75 participantes</p> <p>Grupo B- Grávidas de bebê não aborígene com intervenção MESCH (janeiro 2013 a dezembro 2013) Total= 75 participantes</p> <p>Grupo C- Grávidas de bebê aborígene sem intervenção Total = 132 participantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa MECHS com pelo menos 25 VD iniciadas (em média) às 26 semanas de gestação e continuando até aos 24 meses pós-parto</li> <li>✓ 3 VD pré-natal;</li> <li>✓ 1 Consulta pós-natal 1 semana após o nascimento;</li> <li>✓ 1 VD por semana até 6 semanas;</li> <li>✓ 2 VD por mês até 12 semanas;</li> <li>✓ 1 VD por mês até aos 6 meses;</li> <li>✓ 1 VD de 2 em 2 meses até 2 anos.</li> <li>Programa estruturado de educação dos pais para o desenvolvimento infantil: Pais como Professores</li> <li>Acesso aos serviços na primeira infância, serviços voluntários de visita domiciliar e serviços de apoio à família.</li> <li>Incentivo às atividades em grupo</li> </ul>	<p>O tamanho do efeito de 5 semanas de duração no aleitamento materno baseia-se nos dados do Grupo C que mostraram que, em 2-3 semanas pós-idade (<math>n = 122</math>) apenas 38,6% das mães ainda estavam amamentando.</p> <p>O estudo demonstrou que as mães de crianças aborígenes que receberam a intervenção do MECSH amamentaram por uma média de 14 semanas em comparação com 8 semanas para mães de crianças aborígenes no grupo de controle de não intervenção.</p>
<p><b>Análise crítica qualidade/ Evidência</b></p>	<p><b>Nível</b></p>	<p>De acordo com a avaliação crítica realizada segundo os critérios de avaliação para um Estudo quase-experimental proposto pela JBI, considera-se que o artigo foi incluído no estudo, uma vez que apresenta 9 respostas positivas</p> <p>Nível Evidência- A</p>			

Título/ Autor/ Ano/País	Objetivos	Desenho do estudo	Número e Tipo Participantes	Intervenções	Resultados/Conclusões
<p><i>E2</i></p> <p><b><i>Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial</i></b></p> <p><b>Kemp, L., Harris, E., McMahon, C., Matthey, S., Vimpani, G., Anderson, T., Schmied, V., Alsam, H., Zapart, S.</b></p> <p><b>(2015)</b> <b>Austrália</b></p>	<p>Avaliar o efeito das visitas domiciliares de voluntárias da comunidade treinadas durante a gravidez e pós-parto nas práticas de aleitamento materno, conhecimento das mulheres sobre benefícios, crenças e mitos da amamentação</p>	<p>Estudo controlado Randomizado</p>	<p>208 Participantes 111 Intervenção 97 comparação-mães elegíveis em risco que vivem em uma área socioeconomicamente desfavorecida em Sydney</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VD por enfermeiros pré-natal após as 26 semanas de gestação e pós-natal ao 1,6,12,18 e 24 meses</li> <li>• Programa de educação dos pais pós-natal constituído por 12 sessões mensais do 1º ao 12º mês de vida</li> <li>• Acesso aos serviços de saúde da primeira infância secundários e terciários, serviços voluntários de visita domiciliar e serviços de apoio à família no local.</li> <li>• Atividades em grupo e vínculos comunitários, incluindo grupo parental e grupo de caminhada para famílias do programa, e vinculação às atividades comunitárias na área local.</li> </ul>	<p>A duração do aleitamento materno foi maior nas mães com intervenção do que nas mães de comparação (diferença média de 7,9 semanas; IC 95% 2,9 a 12,9).</p> <p>Em Ambos os grupos as crianças iniciaram os sólidos em média aos 5 meses de idade.</p> <p>O programa MECOSH mostrou que, em muitas áreas de despecho, não houve diferenças nos despechos para mães de primeira e múltiplas. Isso desafia as suposições de muitos programas de visitas domiciliares de enfermeiras de que seus benefícios estão restritos às mães de primeira viagem.</p>
<p><b>Análise crítica qualidade/ Evidência</b></p>	<p><b>Nível</b></p>	<p>De acordo com a avaliação crítica realizada segundo os critérios de avaliação para um Estudo controlado randomizado proposto pela JBI, considera-se que o artigo foi incluído no estudo, uma vez que apresenta 12 respostas positivas Nível Evidência- A</p>			

Título/ Autor/ Ano/País	Objetivos	Desenho do estudo	Número e Tipo Participantes	Intervenções	Resultados/Conclusões
<p><b>E3</b></p> <p><i>Evaluating the effect of the initiative 'Caring for the Newborn and the Mother at Home' in Mexico</i></p> <p>Unar-Munguía, M., González, T., Escalante-Izeta, E., Ferré-Eguiluz, I., Sachse-Aguilera, M., Herrera, C.</p> <p>(2020) México</p>	<p>Investigar o impacto de um programa de visitas domiciliares de enfermagem de longo prazo, incorporado dentro de um sistema universal de saúde infantil, sobre a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança, mãe e família.</p>	<p>Estudo quase-experimental</p>	<p>Mães com bebês com idades entre 6 e 18 meses 292 Controle 294 Intervenção</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Visitas domiciliares às gestantes</li> <li>• 3 Visitas domiciliares na primeira semana após o parto, independentemente do local de nascimento (hospital ou domicílio).</li> <li>• 2 Visitas domiciliares adicionais para bebês com baixo peso ao nascer</li> </ul>	<p>A intervenção aumentou os relatos de aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses em 24,4% (IC 95%: 13,4, 35,4), a prevalência de aleitamento materno predominante após 6 meses relatada aumentou 20,6 pp (95% CI 9.2, 31.9) na intervenção vs o grupo controle (<math>p &lt; 0.001</math>) Foi encontrada uma relação dose-resposta não linear com o número de visitas domiciliares, mas receber cinco ou mais visitas aumentou o aleitamento materno exclusivo em comparação com duas ou menos visitas domiciliares (<math>P &lt; 0,05</math>). As visitas domiciliárias devem ser implementadas como estratégia complementar à prestação de cuidados pré e pós-natais nas comunidades rurais devido aos seus potenciais efeitos positivos na saúde das mães e dos seus filhos.</p>
<p><b>Análise crítica qualidade/ Evidência</b></p>	<p><b>Nível</b></p>	<p>De acordo com a avaliação crítica realizada segundo os critérios de avaliação para um Estudo quase-experimental proposto pela JBI, considera-se que o artigo foi incluído no estudo, uma vez que apresenta 9 respostas positivas Nível Evidência- A</p>			

Título/ Autor/ Ano/País	Objetivos	Desenho do estudo	Número e Tipo Participantes	Intervenções	Resultados/Conclusões
<p><b>E4</b></p> <p><i>Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial</i></p> <p>Wen, L., Baur, L., Simpson, J., Rissel, C., Flood, V.,</p> <p>(2011) Austrália</p>	<p>Avaliar a eficácia de uma intervenção precoce domiciliar sobre práticas de alimentação infantil e “tummy time” para bebês no primeiro ano de vida</p>	<p>Estudo controlado Randomizado</p>	<p>667 Mães de primeira viagem e seus bebês em 2007 e 2008.</p> <p>337 Mães randomizadas para a intervenção</p> <p>330 Mães para o grupo controle</p>	<p>5 ou 6 visitas domiciliares com enfermeiro treinado</p> <p>✓ 1 Intervenção domiciliar pré natal com 30 a 36 semanas de gestação</p> <p>✓ 1 VD ao 1, 3, 5, 9 e 12 meses.</p> <p>Grupo de controle recebeu 1 visita domiciliária no primeiro mês de vida</p>	<p>As taxas de aleitamento materno foram significativamente maiores no grupo de intervenção do que no grupo controle em 6 e 12 meses (42,2% vs 32,1% e 21,0% vs 14,9%, respectivamente). Aos 12 meses, a duração mediana do aleitamento materno foi de 17 semanas (intervalo de confiança de 95%, 13,9-20,4 semanas) no grupo de intervenção em comparação com 13 semanas (IC95%, 10,1-15,6 semanas). Em comparação com o grupo controle, a razão de risco para parar o aleitamento materno no grupo de intervenção foi de 0,82 (IC95%, 0,68-0,99). A intervenção também resultou em uma introdução significativamente posterior de alimentos sólidos (<math>P &lt; 0,001</math> para tendência), reduzindo a proporção de mães que introduziram sólidos antes de 6 meses em 12% (intervalo de confiança de 95%, 4%-20%) de 74% para 62%.</p> <p>A intervenção precoce domiciliar realizada por enfermeiros comunitários treinados melhorou significativamente algumas práticas de alimentação infantil</p>
<p><b>Análise crítica qualidade/ Evidência</b></p>	<p><b>Nível</b></p>	<p>De acordo com a avaliação crítica realizada segundo os critérios de avaliação para um Estudo controlado randomizado proposto pela JBI, considera-se que o artigo foi incluído no estudo, uma vez que apresenta 12 respostas positivas Nível Evidência- A</p>			

### 3.6- Discussão dos Resultados

A presente RSL pretende reunir os estudos disponíveis, que traduzam a eficácia da visita domiciliária na manutenção da amamentação até aos 24 meses de vida.

Após pesquisa nas várias bases de dados enumeradas e seleção criteriosa dos artigos a incluir, foram selecionados quatro artigos, os quais foram avaliados na sua qualidade. Os quatro artigos incluídos são referentes a estudos quase experimentais e controlados randomizados, traduzindo um nível de evidência 1 (Higgins, J. et al., 2021).

Pretende assim favorecer a prática baseada na evidência do EEESIP, na sua intervenção apontando recomendações sustentadas na utilização dos resultados obtidos. Da análise dos quatro estudos que constituem o corpo do presente trabalho emergem, como medida de eficácia dos programas de visitas domiciliárias, os resultados que se seguem.

Numa primeira análise, verifica-se que não há um programa padrão de visitas domiciliárias. A comparação direta entre os estudos é por isso difícil, pois os estudos incluídos na RSL variaram muito nas características da amostra, na duração e conteúdo da intervenção. No entanto, os achados parecem sugerir que visitas domiciliárias com apoio profissional podem ser benéficas na promoção do aleitamento materno.

Os quatro estudos investigaram a duração da amamentação. Todos eles demonstraram aumento significativo na manutenção da amamentação após os 6 meses, mas a duração da avaliação foi diferente em todos eles: E2 até aos 24 meses, E3 até aos 18 meses e E1 e E4 até aos 12 meses.

As famílias que constituíram as amostras da maioria dos estudos, são jovens, económica e socialmente desfavorecidas. Ao concentrar-se nas famílias mais ameaçadas, os programas de VD, procuram diminuir as disparidades na saúde e os resultados do desenvolvimento. Os estudos indicam que os grupos de alto risco, são mais propensos a beneficiar da VD, no entanto no E2, *O programa MECSH mostrou que, em muitas áreas de desfecho, não houve diferenças nos desfechos para mães de primeira e múltiplas. Isso desafia as suposições de muitos programas de visitas domiciliarias de enfermeiras de que seus benefícios estão restritos às mães de primeira viagem.*

Relativamente ao início do acompanhamento todos os estudos iniciaram a sua intervenção no período pré-natal, tal como recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e United Nations Children`s Fund (UNICEF). O número de visitas pré-natais é que difere entre os estudos: E1 foram realizadas 3 visitas pré-natais, no E3 foram realizadas 2 visitas pré-natais e no E2 e E4 foi realizada 1 visita pré-natal. A OMS/UNICEF (2009)

recomenda duas visitas domiciliares durante a gravidez e três visitas domiciliares no pós-parto; uma consulta no dia do nascimento, uma consulta no terceiro dia e a última consulta no sétimo dia e duas consultas adicionais para bebês de baixo peso.

Em relação ao início das visitas no pós-parto estas também diferem de estudo para estudo. E1 1<sup>o</sup> visita 1 semana após o parto, E2 e E4 1 mês após o parto e E3 3 visitas domiciliárias na primeira semana após o parto independentemente do local deste (domicílio ou hospital).

A recomendação da UNICEF e a da OMS (2009) é que todos os recém-nascidos devem receber atenção neonatal apropriada nas primeiras horas e semanas de vida. Cada país deve analisar as suas normas, de forma a dar a atenção necessária no período pós-natal, incluindo partos no domicílio, em estabelecimentos de saúde e alta dos mesmos, sendo feito o acompanhamento respetivo com possibilidade de visitas domiciliares.

A visita deve iniciar-se logo que possível, sendo que a recomendação é uma visita nas primeiras 24 h caso o parto ocorra no domicílio, ou até ao terceiro dia se possível. Se ocorrer numa instituição de saúde, pelo menos três contatos pós-natais adicionais são recomendados para todas as mães e recém-nascidos, no terceiro dia (48 a 72 horas), entre o 7<sup>o</sup> e o 14<sup>o</sup> dia e 6 semanas após o parto. (OMS, 2015)

Esta prática deve ser feitas por profissionais de saúde capacitados, pois ela tem como objetivo melhorar o nível de cuidados, identificando perigos eminentes ou enfermidade (OMS & UNICEF, 2009), o que corrobora com os estudos analisados: *E1- Serviço prestado por enfermeiras de saúde infantil; E2- O programa foi realizado por enfermeiras da criança e da família; E4- A intervenção precoce domiciliar realizada por enfermeiros comunitários treinados.*

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) através do Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil (2013) faz referência à importância de desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, sendo esta considerada como elemento fundamental na vigilância e promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade. No entanto, o único indicador para a avaliação da execução desta intervenção é a % de visitas domiciliárias realizadas nos primeiros 15 dias de vida.

Relativamente à taxa de amamentação com a intervenção das visitas domiciliárias, os resultados obtidos corroborando os resultados obtido na RSL anterior (LY, C. et al 2019) mas esta só até aos 6 meses.

**E1-** O estudo do MECSH demonstrou que as mães de crianças aborígenes que receberam a intervenção do SNHV amamentaram por uma média de 14 semanas em comparação com 8 semanas para mães de crianças aborígenes no grupo de controle de não intervenção.

**E2-** As crianças do grupo de intervenção foram amamentadas por significativamente mais tempo do que as crianças do grupo de comparação. As mães nascidas na Austrália, tanto nos grupos de intervenção quanto de comparação, amamentaram por uma média de 10,3 (11,1) e 5,5 (SD 5,0) semanas, respectivamente.

**E3-** A prevalência de aleitamento materno exclusivo relatada nos primeiros 6 meses de vida aumentou 24,4% (IC 95%: 13,4, 35,4) e a prevalência de aleitamento materno após os 6 meses aumentou 20,6% (95% CI 9.2, 31.9) na intervenção vs. o grupo controle ( $p < 0.001$ ).

**E4-** As taxas de aleitamento materno foram significativamente maiores no grupo de intervenção do que no grupo controle em 6 e 12 meses (42,2% vs. 32,1% e 21,0% vs. 14,9%, respectivamente). Aos 12 meses, a duração mediana do aleitamento materno foi de 17 semanas (intervalo de confiança de 95%, 13,9-20,4 semanas) no grupo de intervenção em comparação com 13 semanas (IC95%, 10,1-15,6 semanas) no grupo controle ( $P = 0,03$ , teste de log-rank). Em comparação com o grupo controle, a razão de risco para parar o aleitamento materno no grupo de intervenção foi de 0,82 (IC95%, 0,68-0,99).

A intervenção também resultou numa introdução significativamente posterior de sólidos ( $P < 0,001$  para tendência), reduzindo a proporção de mães que introduziram sólidos antes de 6 meses em 12% (IC95%, 4%-20%), ou seja, de 74% para 62%.

Os resultados extraídos com esta RSL permitiram compreender melhor o fenômeno em estudo. No entanto algumas limitações emergiram ao longo da sua realização. Constatou-se uma escassez de estudos sobre os benefícios da visita domiciliar na promoção e manutenção da amamentação até aos 24 meses de vida. A minha inexperiência enquanto investigador também foi considerada limitadora, dificultando a tomada de decisão sobre a metodologia mais correta para a questão e objetivos pretendidos, podendo ainda levar a algum viés na interpretação dos resultados.

Os achados da presente RSL têm implicações importantes tanto para a prática clínica quanto para pesquisas futuras. Em primeiro lugar, os achados sugerem que o apoio profissional contínuo oferecido pelos profissionais no período pré e pós-parto provavelmente será eficaz na promoção dos resultados da amamentação. Eles devem ser incorporados no desenvolvimento futuro de programas de amamentação para promover a amamentação. No

entanto, pesquisas futuras devem abordar o custo das visitas domiciliares com suporte profissional. O possível aumento dos custos para o sistema de saúde deve ser considerado devido ao aumento da despesa com o envolvimento de profissionais de saúde para visitas domiciliares. Finalmente, quase todos os estudos de apoio profissional ao aleitamento materno domiciliar foram feitos até agora em países ocidentais. Mais estudos devem ser realizados na Europa e Ásia para avaliar se o apoio profissional domiciliar também funciona em outros países e culturas.

### 3.7- Conclusão

Esta revisão sistemática da literatura permitiu concluir que as abordagens das intervenções utilizadas e o impacto avaliado dos vários estudos é muito variado o que dificulta a sistematização dos resultados.

Os resultados encontrados permitiram concluir que a VD realizada por enfermeiros ao recém-nascido/lactente/família, têm impacto positivo na amamentação. Apesar da pouca evidência na amamentação até aos 24 meses, pode contactar-se que programas com seguimento mais prolongado, ajudam os participantes a refletir sobre as experiências da amamentação, promovendo a confiança materna, autoeficácia e motivação.

Podemos também concluir que a realização da VD por enfermeiros, ao RN/lactente/família, tem maior impacto, se for realizado em populações económica e socialmente desfavorecidas e em adolescentes, e quando realizada com regularidade, começando ainda na gravidez, e abrangendo o primeiro e segundo ano de vida da criança.

Uma das limitações desta revisão, foi a grande heterogeneidade de intervenções e de resultados avaliados, apesar disso e uma vez que todos os estudos demonstraram que a realização de Visita Domiciliária por Enfermeiros, tem impacto positivo nos resultados da amamentação. Por esse motivo a disseminação da mesma em Portugal deverá ser uma realidade fortemente recomendada.

Seria importante um estudo mais abrangente que permitisse estudar a problemática com recurso à amostragem probabilística e implementação do programa de intervenção a seguir exposto, com conseqüente avaliação dos ganhos para a saúde da família.

### **Sugestão de Programa de Intervenção**

As disparidades encontradas nos programas de visitas domiciliárias implementadas nos estudos selecionados para esta RSL relativamente à duração e frequência, são notórias. Surge, portanto, a necessidade de recompilar as evidências obtidas e propor um protocolo do programa das vistas domiciliárias do pré-parto até aos 24 meses de idade. Ressalva-se que o mesmo deverá ser sempre adaptado a cada caso e às condições da família. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria

Nas visitas domiciliárias devem-se avaliar o estado de saúde da mãe e do recém-nascido e interação entre eles; orientar e apoiar a família sobre o aleitamento materno e cuidados básicos ao recém-nascido; orientar o planeamento familiar e identificar situações de risco ou possíveis intercorrências para a adoção de práticas adequadas.

O objetivo geral do programa é garantir uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio, para auxiliar nos ajustamentos psicológicos e fisiológicos que ocorrem neste período.

Como futura EEESIP é fundamental assumir um papel que reflita boas práticas e que sirva de motivação para outros profissionais, porque é necessário um constante investimento na área da investigação. Como tal, sugere-se a realização de um estudo primário, preferencialmente controlado randomizado, através do qual se possa estudar a efetiva eficácia da visita domiciliária na promoção da amamentação até aos 24 meses.

Termina-se este trabalho com a apresentação de um plano de enfermagem de visitas domiciliárias até aos 24 meses, com foco na amamentação.

As famílias podem receber duas consultas pré-natais. Após o nascimento da criança, as famílias recebem visitas semanais até a criança completar 6 semanas, a cada 2 semanas até a criança completar 12 semanas, a cada 3 semanas até a criança completar 6 meses, a cada 6 semanas até a criança completar 12 meses, e a cada 2 meses até a criança completar 2 anos. De acordo com as evidências encontradas cada sessão deve ter uma duração de 60 a 90 minutos.

**Tabela 10.** Sugestão de Programa de visitas domiciliares ao RN e família

<b>Profissional responsável:</b> Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria <b>Grupo alvo:</b> Grávidas e crianças até aos 24 meses <b>Objetivo:</b> Capacitar a família na transição para a parentalidade <b>Local:</b> Domicílio da família <b>Duração do programa:</b> 24 meses <b>Duração da sessão:</b> 30 - 90 minutos
<b>Avaliação Inicial</b> <b>Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – 1 – 12 Meses e Sinais de Alarme</b> <b>Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – 18 M – 2 Anos e Sinais de Alarme</b>
<b>Visita Pré-natal</b> <b>Frequência:</b> 2 sessões pré-natais <b>Duração da sessão:</b> 30-60 minutos <b>Ensinos:</b> Condições da habitação; material de cuidados ao Recém-nascido Estratégias de apoio à amamentação (material de posicionamento) Posicionamento do RN Hábitos de sono, intestinais e cólicas Segurança do ambiente e transporte (tabaco; risco de acidentes domésticos e rodoviários)
<b>Visita semana até 6 semanas de vida</b> <b>Duração da sessão:</b> 60-90 minutos <b>Avaliação/ensinos:</b> Avaliação do RN (peso, vitalidade, tônus, coto umbilical, icterícia); PNV Apoio Amamentação/alimentação Relação emocional/comportamento (Adaptação da família às novas rotinas e reações dos irmãos se existirem. Sinal de alerta – falta de interesse no bebé, desespero, ideação suicida) Hábitos sono Sintomas/sinais de alerta Segurança do ambiente Relação emocional/comportamento
<b>Visita 2 em 2 semanas até 12 semanas de vida</b> <b>Duração da sessão:</b> 60-90 minutos <b>Avaliação/Ensinos:</b> Avaliação do lactente (peso, vitalidade, tônus, motricidade, visão);PNV Alimentação

Dentição  
 Vida na creche/ama  
 Escolha de brinquedos  
 Segurança do ambiente  
 Relação emocional/comportamento

**Visitas de 3 em 3 semanas até a criança completar 6 meses**

**Duração da sessão:** 60 -90 minutos

**Avaliação/Ensinos:** Avaliação do lactente (peso, vitalidade, tônus, motricidade, visão); PNV

Alimentação  
 Hábitos sono  
 Dentição/Saúde oral  
 Sinais de alerta no desenvolvimento  
 Relação emocional/comportamento  
 Segurança do ambiente

**Visitas de 6 em 6 semanas até a criança completar 12 meses**

**Duração da sessão:** 60 -90 minutos

**Avaliação/Ensinos:** Avaliação do RN (peso, vitalidade, tônus, motricidade, visão); PNV

Alimentação  
 Hábitos sono  
 Dentição/Saúde oral  
 Relação emocional/comportamento  
 Segurança do ambiente  
 Confirmar a presença de testículos nas bolsas e, em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina

**Visitas de 2 em 2 meses até a criança completar 24 meses**

**Duração da sessão:** 60 -90 minutos

**Avaliação/Ensinos:** Avaliação do lactente (peso, vitalidade, tônus, motricidade, visão); PNV

Dentição/Saúde oral  
 Linguagem  
 Sinais de alerta no desenvolvimento  
 Relação emocional/comportamento

## Considerações Finais

Chega assim o final deste percurso que culmina com a elaboração do presente relatório após a reflexão sobre todos os contributos que o 11º CPLESIP e 7º CMESIP proporcionou no desenvolvimento pessoal e profissional vindo alicerçar todo o percurso realizado e vindouro como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A Enfermagem enquanto profissão necessita de analisar as suas práticas, refletir sobre as mesmas e seguir os melhores caminhos assegurando o seu papel primordial nos cuidados globais de saúde. Os enfermeiros constituem o grupo profissional com maior relevo na garantia de acesso de toda a população a cuidados de saúde de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Cuidar em enfermagem implica estar atento a alguém que vive uma situação específica, dando atenção particular ao seu estado e bem-estar, com vista a ajudá-lo dentro das suas competências. Esta atenção é única e singular e deve ser pensada e repensada.

Os enfermeiros devem fundamentar as suas decisões na evidência científica existente, ao mesmo tempo que reconhecem a família como parceiros no cuidar em determinado contexto, e a sua intervenção deve assentar numa prática de cuidados de apoio ao desenvolvimento. Têm ainda um papel predominante na educação e aconselhamento da criança-família, sendo uma das suas competências a avaliação do seu estado de saúde, crescimento e desenvolvimento.

A criança é um ser vulnerável pelas suas características próprias, é dever do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria a garantir as condições mais favorecedoras ao seu desenvolvimento global, reconhecendo a família como principal promotor desse desenvolvimento. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Foi neste percurso de formação teórico e prático que foi possível partir de uma visão global de enfermagem, ir adquirindo instrumentos, conhecimentos e capacidades fundamentais para o desenvolvimento de um pensar reflexivo e para uma prática baseada na evidência sobre os processos de saúde e doença numa lógica de enfermagem pediatria avançada, em todos os contextos onde a criança/jovem e sua família vivem e se desenvolvem.

O processo de desenvolvimento de competências teve por base o tema transversal a promoção da parentalidade, com enfoque na amamentação, através da visita domiciliária. A RSL realizada foi baseada nos princípios preconizados pela JBI e permitiu atingir os objetivos delineados. Através da análise de 4 artigos selecionados, constatou-se os todos os estudos que visita domiciliária aumenta a taxa de duração da amamentação.

Chega assim ao fim este percurso. No entanto apenas mais janelas se abriram, mais vontade de conhecimento, de fazer mais e chegar mais longe. Prestar melhores cuidados, na tentativa constante de atingir a excelência. Há ainda um longo caminho a percorrer. Cuidar é a essência da enfermagem e enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria tenho o dever de contribuir para as mudanças necessárias para a alteração de práticas no meu local de trabalho. Cada vez mais é importante refletir e agir no sentido de contribuir para a saúde do outro na sua individualidade, de forma autêntica e humana.

## Referências bibliográficas:

- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A. T., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M. F., & Ribeiro dos Santos, M., (2010). Avaliação de intervenções de educação parental Relatório 2007-2010. *Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco*. <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/14804/Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Interven%C3%A7%C3%B5es+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Parental/3adb734e-d851-40d0-bebd-12de4da307e9>
- American Academy of Pediatrics (2009). Patient- and Family- Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*. 394-404. <http://pediatrics.aappublications.org>
- Barnes, M. & Rowe, J. (2013). *Child, Youth and Family Health: Strengthening Communities*. 2nd Edition. ISBN: 9780729541558
- Barroso C, et.al. (2020). Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem – modelo. *Safecare*. <https://e-rol.es/wp-content/uploads/2020/01/Implementacao-de-un-modelo-de-supervisao-1.pdf>
- Batalha, L., Santos, L. & Guimarães, H., (2007) - Avaliação de Dor e Desconforto no Recém-nascido. *Acta Pediatr Port*. 34, 159-163. <https://doi.org/10.25754/pjp.2003.5083>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. 2.ª Ed. Coimbra: Quarteto. ISBN: 989-558-052-5.
- Boterf, G. L. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. Artmed Editora.
- Carvalho, M. & Tavares, L. (2010). *Amamentação: bases científicas*. (3ª ed.). Guanabara Koogan.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22.
- Chung, F., Chan, V. & Ong, D. (1995). A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. *J Clin Anesth*. 7: 500-506 [PMID: 8534468 DOI: 10.1016/0952-8180 (95)00130-A]
- Cottrell, S. (2000). *Introduction to clinical supervision*. <https://pt.scribd.com/presentation/361706348/Clinical-Supervision>
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. 1ª Edição. Quarteto

- Dawson, S. (2003). Princípios da preparação pré-operatória. In Kim Manley e Loretta Bellman. *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Lusociência
- Debillon, T., Sgaggero, B., Zupan, V., Tres, F., Magny, J. & Bouguin, M. (1994). Séméiologie de la douleur chez le prématuré. *Arch Pediatr*.1:1085-92
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que desempenho*. 1ª Ed. Lusociência.
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Med Port.*; 32(3),227-235. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Escola Superior de Saúde de Viseu (2021). *Guia Orientador de Trabalhos escritos*. Viseu
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2019). *Guia orientador: estágio de urgências pediátricas e estágio com relatório final: estágio de saúde infantil e familiar, de pediatria e de neonatologia*. Viseu
- Fernandes, C. (2014). A família como foco dos cuidados de enfermagem- Aprendendo com o family nursing game. Instituto de ciências Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Ferreira, M., Costa, M. (2004). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Revista Millenium*. 30, 51-58. <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/442/1/Cuidar%20em%20parceria.pdf>
- Fortin, M. F., Cotê, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Lusociência.
- Gage, J., Everett, K., & Bullock, L. (2006). Integrative Review of Parenting in Nursing Research. *Journal of Nursing Scholarship* . 56-62.
- Galvão, D. (2003). *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. Loures. Lusociência. ISBN 972-8930-11-9
- Hannallah R., Broadman L., Belman A. & Abramowitz M. (1987). Comparison of caudal and ilioinguinal/iliohypogastric nerve blocks for control of post orchiopexy pain pediatric ambulatory surgery. *Anesthesiology*.66:832-4
- Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lusociência
- Higgins, J., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. & Welch, V., (2021). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.2 (updated February 2021). *Cochrane*. [www.training.cochrane.org/handbook](http://www.training.cochrane.org/handbook).

- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infants and children* (10th edition). Mosby Elsevier.
- Ip, W., Yeung, L., Choi, K., Chair, S., Dennis, C. (2012). Translation and Validation of the Hong Kong Chinese Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form. *Res Nurs Health*, 35(5), 450-459
- Levy, L., & Bertolo, H. (2002). Manual de Aleitamento Materno. Comitê português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Ly, C., X, W. & PK, M. (2019). The effect of home-based intervention with professional support on promoting breastfeeding: a systematic review. *International Journal of public health*, 64 (7), 1661-8564.
- Maas, T. & Zagonel, I. (2005). *Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado*. Cogitare Enfermagem, 10 (2), 68-75. <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5014/3790>
- Magalhães, F., Rolim, K., Pinheiro, I., Fernandes, H., Santos, M., Albuquerque, F. & Aragão, B. (2020). Eficácia da sacarose no alívio da dor de recém-nascidos: revisão integrativa da literatura. *Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde*. 5(2), 125-134. DOI: <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20200022>
- Martins, C. (2008). Transição para a Parentalidade. Programa de doutoramento em enfermagem: revisão da literatura. *Universidade de Lisboa*, Junho de 2008;
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5.<sup>a</sup> Edition). Wolters Kulwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.
- Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 3, 113-121.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. ISBN: 978-989-8444-26-4
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. ISBN: 978-989-8444-23-3
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de saúde infantil e Pediatria*. ISBN: 978-989-8444-00-4

- Moher, D., Liberati, A. & Tetzlaff J. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>
- Nyqvist, K.H., Anderson, G.C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Ludington-Hoe, S., Mendoza, S., Pallás-Allonso, C., Peláez, J.G., Sizun, J. & Widström, A. M. (2010). Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatrica*, 99, 820-826.
- Oddy, W., Li, J., Whitehouse, A., Zubrick, S. & Malacova, E. (2011). Breastfeeding duration and academic achievement at 10 years. *Pediatrics*, 127 (1),137-45. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21172993>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico: dos comentários à análise de casos.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Caderno temático – *Modelo de desenvolvimento profissional: fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S. & Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *Bmj*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paré, G., Trudel, M., Jaana, M., & Kitsiou, S. (2015). Synthesizing Information Systems Knowledge: A Typology of Literature Reviews. *Information & Management*, 52,183–99. <https://doi.org/10.1016/j.im.2014.08.008>
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. Vol. 14 (1), 24-38.
- Pereira, F. (2009). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Formasau.
- Pereira, M. (2006). *Aleitamento Materno Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação*. Lusociência. ISBN 972-8930-21-6

- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 141-146. <https://doi:10.1097/xeb.0000000000000050>
- Portugal (2000). Decreto-Lei n.º 70/2000. *Diário da República* n.º 103/2000, Série I-A de 2000-05-04, páginas 1825 - 1831
- Portugal (2007). Decreto-Lei n.º 298/2007. *Diário da República* n.º 161/2007, Série I de 2007-08-22
- Portugal (2008). Decreto-lei 118/2014. *Diário da República* n.º 149/2014, Série I de 2014-08-05
- Portugal (2008). Despacho 30114/2008. *Diário da República*, 2.ª SERIE, Nº 227, de 21.11.2008, 47550
- Portugal (2009). Decreto-Lei nº 281/2009. *Diário da República*, 1ª série, nº193 (06-10-2009) 7298-7301.
- Portugal (2015). Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*, 10087-10090 [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_190\\_2015\\_Regulamento\\_do\\_Profil\\_de\\_Competicencias\\_Enfermeiro\\_Cuidados\\_Geral.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Profil_de_Competicencias_Enfermeiro_Cuidados_Geral.pdf)
- Portugal (2018a). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. *Diário da República*, 2 (133), 19192-19194. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)
- Portugal (2018). Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República* n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, páginas 19354 – 19359. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Portugal (2019). Regulamento n.º 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2 (26), pp. 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

- Portugal, Ministério da Saúde, (2013). *Direção-Geral da Saúde*. Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional. DGS <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de saúde. (2010). *Recomendações técnicas para o Hospital de Dia*. ACSS [https://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/09/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Hospital\\_Dia\\_04\\_2010.pdf](https://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Hospital_Dia_04_2010.pdf)
- Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de saúde. (2017). *Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários para o ano de 2017*. ACSS [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete\\_identidade\\_indicadores\\_contratualizacao\\_2017.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf)
- Portugal, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. [http://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/cnsca\\_2004-2008.pdf](http://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/cnsca_2004-2008.pdf)
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2016). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso-e-Equidade3.pdf>
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica*. Edições Afrontamento.
- Rower, J., Barnes, M. & Sutherns, S. (2013) Supporting Maternal Transition: Continuity, Coaching, and Control. *The Journal of Perinatal Education*. 22 (3) 145-155. doi: [10.1891/1058-1243.22.3.145](https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.3.145)
- Santos, M. & Filho, F., (2016). Benefícios do método mãe canguru em recém-nascidos pré-termo ou baixo peso: uma revisão da literatura. *Universitas: Ciências da Saúde*, 14 (1), 67-76. <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3477>
- Swendsen, L., Meleis, A., & Jones, D. (2010). *Role Supplementation for New Parents—A Role Mastery Plan*. In A. Meleis, *Transitions Theory: Middle Rang and Situation Specific Theories in Nursing Reserch and Practice*.523- 531. Springer Publishing.
- Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 5ª. ed. Ganabara Koogan
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D. & Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169 (7), 467-473. doi:10.7326/m18-0850

- United Nations Children`s Fund (1989). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Portugal: UNICEF. Revisto 2019 [https://www.unicef.pt/media/2766/unicef\\_convenc-a-o\\_dos\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf)
- Wheeler, B. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Ed.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. I, 9ª ed. 240-293). Lusociência. Edições técnicas e científicas, Lda.
- Wong, D. & Baker, C. (1988). Pain in Children: Comparison of Assessement Scales. *Pediatric Nursing*. 14 (1) <https://www.wongbakerfaces.org/wp-content/uploads/2010/08/pain-in-children.pdf>
- World Health Organization (OMS) & United Nations Children`s Fund (UNICEF) (2009). *Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70057/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.02\\_spa.pdf;jsessionid=DC8B1D2E96099EA58848B241C64C7EF9?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70057/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf;jsessionid=DC8B1D2E96099EA58848B241C64C7EF9?sequence=1)
- World Health Organization (OMS) & United Nations Children`s Fund (UNICEF) (1997). *Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. Manual do participante*. Instituto da Saúde
- World Health Organization (OMS) (1998). *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. OMS/ Division of child health and development
- World Health Organization (OMS) (2008). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 1 definitions*. OMS/division of Child Health and Development. ISBN 978 92 4 159666 4
- World Health Organization (OMS) (2015). *Cuidados pós-natais para mães e recém-nascidos*. OMS/ division of Child Health and Development. <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2016/03/WHO-PNC-2014-Briefer-A4-pr.pdf>
- Wright, L. & Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. Roca.
- Xiao, Y. & Watson, M. (2019). Guidance on conducting a systematic literature review. *Journal of Planning Education and Research*. 39 (1) 93-112



## **Apêndices**



## Apêndice I - Preparação da Criança/Jovem e Família para o Procedimento Cirúrgico

		
<b>PROCEDIMENTO</b>		<b>Documento</b> n.º Versão n.º Data:
Aprovado		Data de Aprovação:

**TÍTULO:** Preparação da Criança/Jovem e Família para o Procedimento Cirúrgico

**ÂMBITO:** Cirurgia de Ambulatório

**RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO:** Equipa de Enfermagem- Serviço de Pediatria

**FUNDAMENTO (S):**

A cirurgia constitui um momento de stress que pode levar a situações de trauma da criança/jovem e família condicionando o seu percurso de desenvolvimento.

A ansiedade da criança/jovem associada ao procedimento cirúrgico é um fenómeno comum esperado, gerando um conjunto de respostas comportamentais como agitação, choro, enurese e necessidade de contenção durante procedimentos como indução anestésica, assim como, ao aparecimento de um conjunto de comportamentos mal adaptativos pós cirúrgicos como dor, perturbações do sono, conflito pais/criança e ansiedade associada à separação.

Para os pais, a experiência cirúrgica é igualmente geradora de stress alterando o seu desempenho parental. Garantir um cuidar personalizado à criança/jovem que vai ser submetida a um procedimento cirúrgico, bem como à família, significa garantir o direito desta na orientação quanto aos procedimentos a realizar, adequando-os ao seu estadio de desenvolvimento, promovendo uma recuperação mais rápida e conseqüentemente uma menor permanência nas instituições de saúde.

As respostas positivas da criança/jovem e família vão depender de fatores como o nível de desenvolvimento da criança/jovem, experiências anteriores de doença e cuidados de saúde e o nível de preparação fornecido à criança/jovem e família.

Tendo em conta a Carta da Criança Hospitalizada, especialmente nos artigos:

«(...) 4 – As crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito.

8 – A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.

9 – A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.»

#### **OBJETIVO (S):**

- Uniformizar o processo de preparação da criança/jovem e família para o procedimento cirúrgico;
- Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, ao nível da cirurgia de ambulatório em contexto pediátrico;
- Diminuir a ansiedade da criança/jovem e família perante um procedimento cirúrgico;
- Melhorar a experiência cirúrgica, capacitando a criança/jovem para lidar com uma situação desconhecida;
- Melhorar a recuperação pós-procedimento cirúrgico

#### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

No dia da consulta da especialidade cirúrgica após explicação pelo médico assistente será facultado o link aos pais para podere aceder ao site e visualizarem o vídeo explicativo da cirurgia, bem como ler toda a informação necessária para a preparação para a cirurgia.

**MONITORIZAÇÃO/ AVALIAÇÃO:**

A revisão do procedimento deve ser realizada sempre que necessário ou no mínimo de 3 em 3 anos.

**LEGISLAÇÃO, ORDENS DE SERVIÇO, BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE:**

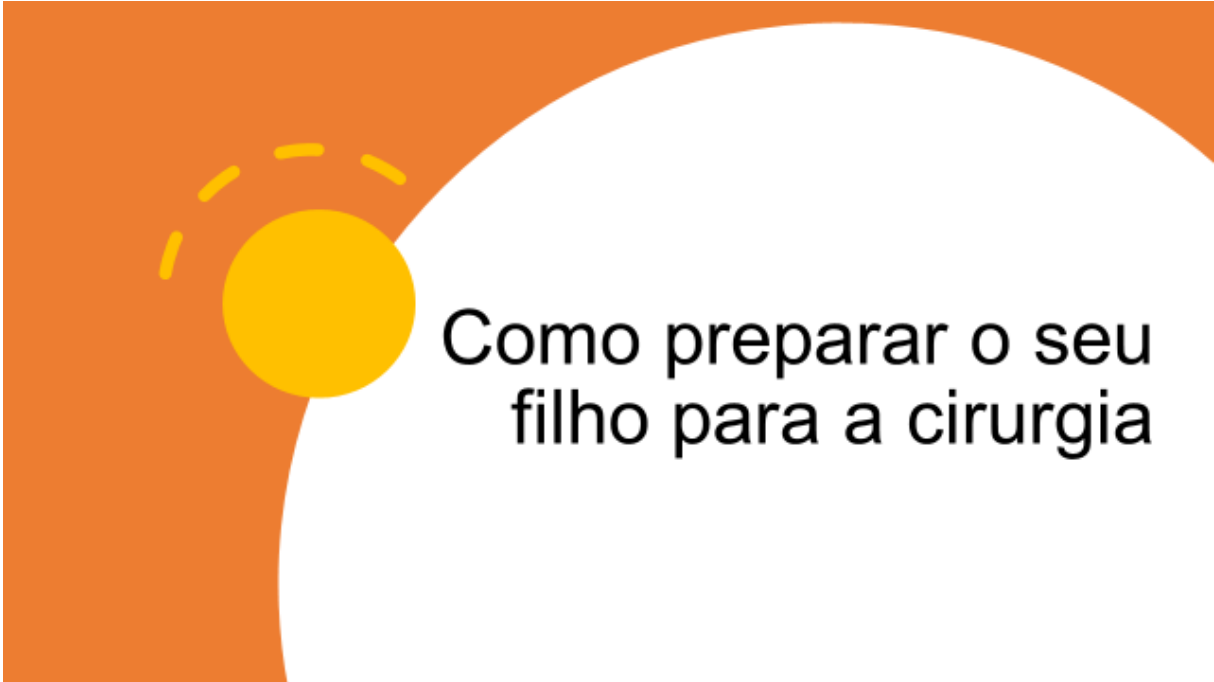
Ordem dos Enfermeiros (2015) – Guias Orientadores de Boa prática em Enfermagem de Saúde infantil e pediatria

Instituto de apoio à criança (1996) – Carta da Criança Hospitalizada. Humanização dos serviços de atendimento à criança

Elaborado por: Ana Margarida Tojal Luís Condeço Maria Patrocínio Martins Micaela Pinto Susana Gomes Aluna 11º CPLESIP – ESSV	Revisto por:  Adelino Rodrigues
---	---------------------------------------



## Anexo II- Apresentação para os pais para a preparação cirúrgica



# Como preparar o seu filho para a cirurgia



### Aspetos Gerais:

- ✓ Oíça o que o seu filho tem para dizer
  - ✓ Seja verdadeiro
- ✓ Deixe que ele exprima os seus medos, vai ajudá-lo a controlá-los
- ✓ Respeite os seus medos, mas não lhe demonstre preocupação
- ✓ Explique ao seu filho que ter medo é normal e ajude-o a compreender as suas razões
- ✓ Elogie o seu filho por ser capaz de falar e dominar o seu medo
- ✓ Brinque com seu filho na fase pré-operatória para o distrair
- ✓ Ensine-lhe a respirar fundo, treinando em casa

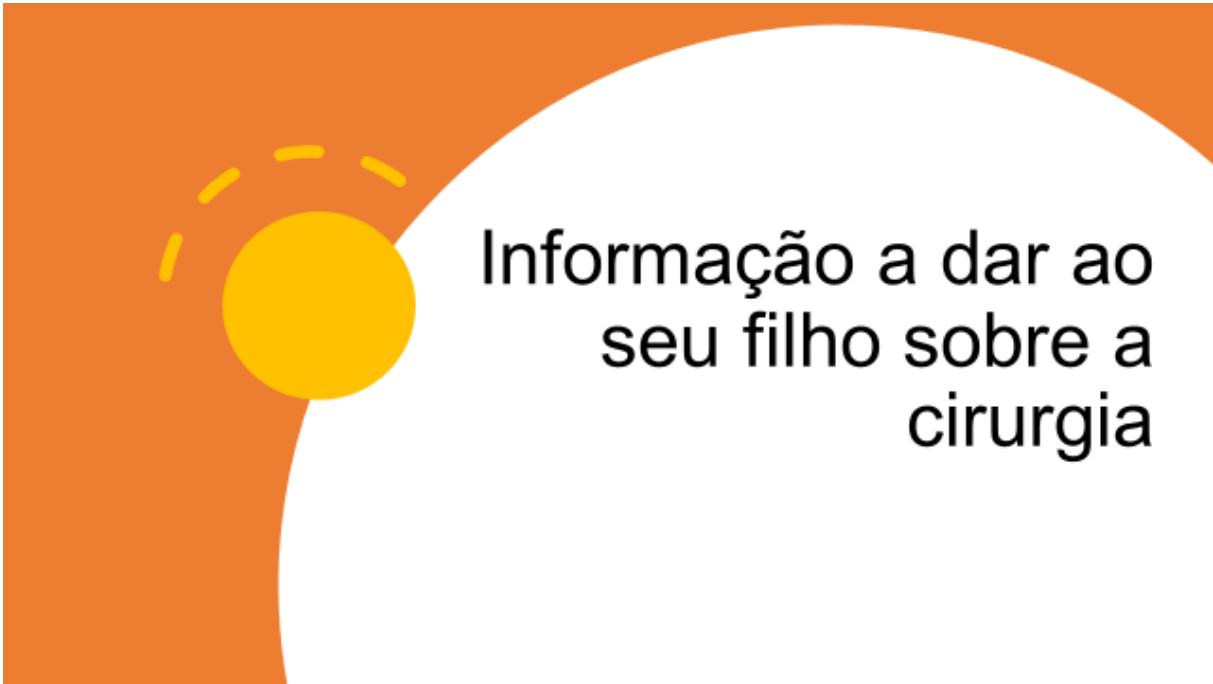
Palavras/ expressões a evitar:	Sugestão
Injeção, picar, agulha	Colocar um medicamento por baixo da pele
Cortar ou tirar	Consertar, arranjar
Incisão	Abertura especial, risquinho na pele
Anestesia	Sono especial
Cateter	Tubo
Ferida	Dói-dói
Órgão	Parte do corpo ou um lugar no corpo
Exame	Ver como o coração está a funcionar (exemplo)
Eletrodos	Autocolantes
Maca	Cama com rodas
Edema	Inchaço, alto
Sonolento	Dormente com sono
Avaliar a temperatura	Ver se está quente, ver se tens febre
Avaliar a Tensão Arterial	Pode apertar um bocadinho, é uma braçadeira como a da praia
Teste ou análise	Vamos ver como está o teu sangue... urina...
Monitor (da tensão)	Ecrã de televisão

Adaptado: ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011c) - Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, cadernos da Ordem dos enfermeiros, série I, Nº 3, Volume 2 – pag. 69

## Importante

Contacte o médico/Enfermeira/Assistente administrativa do serviço, se nos dias antes do a criança apresenta febre, secreções nasais abundantes, tosse, diarreia ou alterações ao seu estado de saúde que o preocupem.

Telefone: 232420500 extensão 13108 ou 232420533



# Informação a dar ao seu filho sobre a cirurgia

## 3 aos 6 anos

- ✓ Dê explicações simples, frases curtas, palavras neutras (anestesia=cheirinho que faz sono, sala de recobro=sala onde se acorda)
- ✓ De preferência converse 3 dias antes da cirurgia (com 5 anos a conversa poderá ser 4 a 5 dias antes da cirurgia)
- ✓ Brinque com a criança aos enfermeiros, aos médicos e ao hospital
- ✓ Assegure-lhe que a cirurgia é uma forma de resolver um problema e não é um castigo por alguma coisa que ele tenha feito
- ✓ Fale da sequência e da duração dos eventos que vai viver, usando referências temporais que ele conhece, exemplo: vais estar na sala do soninho o mesmo tempo da música do panda
- ✓ Medos mais frequentes: Medo do escuro, de ficar sozinho, ruídos fortes, medo da aniquilação (perder partes do corpo em certos procedimentos), objetos ou pessoas associadas à dor, assuntos sexuais (castração), animais, fantasmas, monstros, bruxas, da própria morte (aos 5 anos)

## 7 aos 11anos

- ✓ Converse com o seu filho uma semana antes. Incentive que este faça perguntas e que fale das suas preocupações
- ✓ Explique como vai ver o seu corpo depois da cirurgia
- ✓ Faça teatros com o seu filho sobre a cirurgia
- ✓ Leve para o hospital o que o distraí, para o pós-operatório (conforme a indicação do profissional de saúde)
- ✓ Medos mais frequentes nesta idade: escuro, de serem raptadas, de necessitarem de uma cirurgia, da morte, Seres sobrenaturais (7-8 anos), Aparência física (9 aos 12 anos), Desempenho escolar (9 aos 12 anos), Ferimentos físicos (9 aos 12 anos), medo de acordar durante a cirurgia e o medo de não acordar

## Mais de 12 anos

- ✓ Explique-lhe o que vai acontecer
- ✓ Incentive a colocar dúvidas e participar em decisões
- ✓ Respeite a sua privacidade
- ✓ Aconselhe-o a esclarecer dúvidas com profissionais de saúde e não na internet
- ✓ Aconselhe-o a levar para o hospital o que o distraí, para o pós-operatório (livros, revistas conforme a indicação do profissional de saúde)
- ✓ Lembre-se que os medos mais frequentes nesta idade estão relacionados com: Perda do controlo, Desempenho social, Sexualidade



## Na véspera do internamento

- ✓ A criança/jovem deve tomar banho e cortar as unhas
- ✓ Retirar adornos (pulseiras, fios, anéis, brincos, piercings), verniz e lentes de contacto
- ✓ Preparar um saco com: pijama, chinelos, roupa interior, utensílios pessoais, pente, escova de dentes e pasta de dentes
- ✓ Ajude-o a escolher um brinquedo preferido para o acompanhar, de preferência que não emita sons
- ✓ Deverá trazer exames: Rx, ECG, TAC, Análises, outro que tenha em seu poder
- ✓ Se o seu filho toma alguma medicação habitual, deve trazê-la consigo



## No dia do internamento

- ✓ Dirija-se ao serviço de Pediatria e aguarde que o enfermeiro os receba.
- ✓ Durante o período em que a criança está no bloco os pais aguardam junto ao bloco operatório ou no serviço de pediatria.



## Após a cirurgia

- ✓ Após a cirurgia a criança irá para o recobro, que é uma sala de recuperação para as crianças que estão a acordar da cirurgia e anestesia.
- ✓ Faremos todos os esforços para que possa estar com a criança o mais rápido possível após a cirurgia.
- ✓ Fique junto da criança em todos os momentos apoiando-a calmamente de modo a proporcionar-lhe segurança e bem-estar.
- ✓ Se a criança estiver a dormir, por favor, espere que acorde.
- ✓ Fale em voz baixa e calma. Deixe que a criança perceba e sinta que tudo correu bem e está protegida.
- ✓ Não dê alimentos líquidos ou sólidos à criança, sem perguntar ao enfermeiro.

## **Anexo III - Alimentação do Recém-Nascido - Técnica Finger-Feeding (Sonda-Dedo)**

### **Alimentação do Recém-Nascido**

#### **Técnica Finger-Feeding (Sonda-Dedo)**

O Recém-nascido (RN) prematuro enfrenta uma realidade de difícil adaptação à vida extrauterina. Isto acabou por impulsionar o interesse e o trabalho de equipas multidisciplinares, em favor da detenção e prevenção de alterações transitórias ou permanentes desses RN.

Os RN pré-termo são especialmente vulneráveis na instabilidade térmica, apresentam maiores dificuldades respiratórias e na alimentação, têm maior risco de hipoglicemia e são mais suscetíveis a infeções. Pelas dificuldades alimentares apresentadas pelo RN pré-termo, o suporte alimentar corresponde a uma das intervenções mais complexas dos cuidados a estes clientes (WHO, 2012).

O leite materno é o melhor alimento para o RN prematuro e sempre indicado por ter nutrientes específicos que contribuem para a sua maturação, representa um importante fator na proteção contra infeções, melhor digestão, absorção de nutrientes e a promoção de um melhor desenvolvimento cerebral.

Apesar de ser reconhecida a superioridade do leite materno e da amamentação para o prematuro, muitas são as barreiras enfrentadas para se assegurar esse direito. Um grande número de prematuros não recebem o leite de sua própria mãe, sendo privados da melhor possibilidade de nutrição e proteção (Gianni, 2006). Entre fatores que contribuem para as dificuldades no aleitamento materno em RN internados em UTIN estão:

- falta de consistência das informações fornecidas à mãe, tanto pela equipe médica como pela equipe de enfermagem;
- separação e ansiedade relacionadas à condição clínica do bebê;
- atitudes em relação ao processo de aleitamento, tanto da família envolvida, como da equipe de saúde;
- falta de conhecimento, por parte das mães, sobre as vantagens do aleitamento materno para o RN de alto risco

Outros fatores contribuem para a dificuldade do aleitamento materno nesta população tais como, a inadequação das funções orais relacionadas a imaturidade neurológica, tônus

muscular anormal, falta de integração das atividades musculares, as alterações na coordenação dos reflexos orais levando a reflexos pouco ativos, irregulares e com força diminuída e dificuldade de se auto-regular.

Tanto na prática como na literatura científica, não é consensual o momento ideal para o início da alimentação oral. Existem recomendações de que as 32/34 semanas de idade gestacional (IG) ou idade corrigida (IC) não são critério para o início da alimentação, devendo este ser protelado até às 34 semanas. A maturação da coordenação entre a sucção, deglutição e respiração habitualmente ocorre entre as 34-36 semanas, pelo que é fundamental uma avaliação individualizada, por parte dos enfermeiros, que lhes permita identificar o momento seguro para o início da alimentação.

A alimentação oral, enquanto intervenção de enfermagem, incute ao enfermeiro a responsabilidade na tomada de decisão, quanto à técnica de alimentação a utilizar de forma a garantir a nutrição apropriada, ou seja, a necessária para o crescimento e desenvolvimento. Esta decisão deverá ser baseada na evidência científica, tomada em parceria com os pais e indo ao encontro das necessidades do RN.

As técnicas de alimentação mais descortinadas na evidência científica são o biberão, o copo e a finger-feeding (sonda-dedo).

A finger-feeding (sonda-dedo) é uma técnica de alimentação e estimulação oral durante a sucção nutritiva, em que a criança suga o dedo do profissional no qual está fixado uma sonda por onde sairá o leite armazenado em um recipiente - seringa ou copo.

A técnica de alimentação finger-feeding tem principais objetivos treinar a sucção, complementar a alimentação ou alimentar o RN, quando a mãe não está presente. Nesta técnica, a estimulação sensorial originada pela firmeza do dedo, assemelha-se mais ao mamilo, facilitando o desenvolvimento de competências oro-motoras, mais semelhantes àquelas que o RN deverá apresentar durante a amamentação (Fujinaga, 2012). Segundo Oddy WH, et al (2003) esta técnica promove uma sucção semelhante à que ocorre durante a amamentação, havendo abertura ampla da boca, expressão vagarosa e sucções profundas. Na generalidade dos estudos, esta técnica surge como a técnica que permite estimular o reflexo de sucção, desenvolver a sua coordenação com a deglutição e respiração. Alguns estudos referem que com esta técnica de alimentação ocorre menor desperdício de leite, quando comparada com a técnica do copo ou com a seringa. Segundo Moreira et al (2017), relativamente à estabilidade hemodinâmica, durante o finger-feeding o RN apresenta menor esforço respiratório e menos episódios de baixa de saturação, quando comparado com o copo.

Um dos aspetos que os enfermeiros referem como menos vantajoso nesta técnica é o maior dispêndio de tempo na organização do material para a sua aplicação.



## Referências Bibliográficas

Moreira, C., M. D. & Tavares, L. (2014). Amamentação e prematuridade - Como e porque amamentar. Rio de Janeiro

Gianini, N. (2006). Leite materno e prematuridade. In: REGO, J. D. Aleitamento materno. 2.ed. São Paulo, Atheneu. p.261-283.

White A. & Parnell K. (2013). The transition from tube to full oral feeding (breast or bottle) – A cue-based developmental approach. Journal of Neonatal Nursing.

Pickler R., Reyna B., Wetzel P. & Lewis M. (2015). Effect of Four Approaches to Oral Feeding Progression on Clinical Outcomes in Preterm Infants. Nursing Research and Practice.

Garber J. (2013). Oral-Motor Function and Feeding Intervention. Phys Occup Ther Pediatr

Fujinaga C., Duca A., Petroni R.& Rosa C. (2012). Indicações e uso da técnica “Sondadado”. Rev CEFAC.

Oddy W. & Glenn K. (2003). Implementing the Baby Friendly Hospital Initiative: The role of finger feeding. Breastfeed Rev.

Moreira C., Cavalcante-Silva R., Fujinaga C. & Marson F. (2017). Comparison of the finger-feeding versus cup feeding methods in the transition from gastric to oral feeding in preterm infants. J Pediatr.

## Apêndice IV- Formação às grávidas sobre “Cuidados ao RN”



Instituto Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Enfermagem de Viseu  
7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
11º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



Unidade de Cuidados na Comunidade  
Aristides Sousa Mendes  
Carregal do Sal

# Escola de Pais



## CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Carregal do Sal, Fevereiro 2021

UC Estágio Com Relatório  
Susana Gomes Nº 6079  
Orientadora: Enfª Helena Cruz

# Escola de Pais



## CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO





## SONO

- Os bebés dormem muito tempo (18 h/dia)
- Dormem por períodos de sono curtos (3 a 4 horas)
- Sem ritmo circadiano
- Cada bebé tem o seu padrão de sono (temperamento/ambiente)
- Quarto dos pais (T°18-20°C)





## SONO - ROTINAS PARA ESTABELEECER PADRÕES DE SONO

### De dia

- Manter a iluminação natural e os ruídos normais da casa
- Ajustar o seu ritmo ao ritmo do bebé
- Não interferir nos padrões de sono do bebé



## SONO - ROTINAS PARA ESTABELEECER PADRÕES DE SONO

### À noite

- Manter luz de presença e interagir com o bebé de forma calma
- Não responder de imediato se o bebé se mexer (sonhar)
- Criar uma rotina
- Não adormecer o bebé ao colo, deitá-lo quando estiver sonolento, mas ainda acordado

# SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO LACTENTE

CONSELHOS PARA TER UM **SONO SEGURO** EM BEBÊS DE 1 A 6 MESES

COLOQUE O BEBÊ COM A BARRIGA PARA CIMA

USE UM COLCHÃO FIRME QUE ENCAIXE BEM NO BERÇO

NÃO CUBRA A CABEÇA DO BEBÊ

EVITE O USO DE TRAVESSIEIROS

VISTA O BEBÊ COM ROUPA CONFORTÁVEL PARA DORMIR

SE O BEBÊ CHORAR, RESPONDA SEMPRE

NÃO FUME, AMBIENTE 100% SEM FUMO

COLOQUE O BEBÊ ENCOSTADO AOS PÉS DO BERÇO

RETIRE OS BRINQUEDOS E OUTROS OBJETOS DO BERÇO

## CHORO



Neh	Owh	Eh	Eairh	Heh
<b>Fome</b>	<b>Cansaço</b>	<b>Arrotar</b>	<b>Cólicas</b>	<b>Desconforto</b>
Sinais: Reflexo de sucção, a criança coloca a língua no céu da boca.	Sinais: Reflexo do bocejo, a criança deixa a boca em forma circular, o som emitido é AO.	Sinais: A criança contrai o tórax como se quisesse soltar alguma coisa.	Sinais: A criança se contrai, fica mais agitada e nervosa. O choro é agudo e sofrido.	Sinais: Esse som pode ser facilmente confundido com o Eh, assim as mães devem prestar atenção nos sinais corporais e no som emitido que se parece com HE.



## CHORO

### Medidas de conforto

- Pegar ao colo, aconchegando-o junto ao peito
- Oferecer chucha ou colocar ao peito
- Evitar barulho e diminuir a intensidade das luzes
- Embalar e cantar/música
- Envolver o bebê com uma manta, com os braços e pernas fletidas

## CÓLICAS

- Surgem pela 3ª semana de vida
- Períodos súbitos de choro agudo e persistente, sem causa identificável
- + frequentes ao fim do dia e em primeiros filhos
- Causa multifatorial
- Até aos 3 meses



## MASSAGEM ABDOMINAL

- **Pás de moinho:** Deslizar com as palmas das mãos, uma seguida da outra, partindo da parte superior do abdómen para a inferior e da sua esquerda para a direita. As mãos devem moldar-se à barriga do bebé. Repetir este exercício 3 vezes.



- **Pernas dobradas:** Segurar as pernas do bebé pelos tornozelos e com os joelhos juntos pressionar suavemente contra a barriga. Manter esta posição aproximadamente 5 segundos. Fazer várias vezes.



## MASSAGEM ABDOMINAL

- **Pedaladas:** Segurar um dos tornozelos do bebê e dobrar o joelho sobre o abdômen. Depois endireitar essa perna e repetir o movimento com a outra perna. Alternar várias vezes lenta e ritmicamente o movimento.



- **Círculos no abdômen:** Com a mão esquerda desenhar um círculo completo no sentido dos ponteiros do relógio sem levantar a mão. Com a mão direita desenhar um semicírculo (das 9h às 6h) mesma direção. Repetir este movimento 6 vezes.



## CHUCHA

- O bebê utiliza a boca para satisfazer as suas necessidades alimentares, mas também para proporcionar o alívio da dor e tensão, através da sucção.
- Esterilizar a chucha antes da primeira utilização
- Evitar a utilização da chucha enquanto a amamentação não estiver bem estabelecida
- Lavar com água e detergente (várias vezes ao dia)
- Devem ser substituídas de 2 em 2 meses ou sempre que apresentem fissuras



## ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ

- Após o nascimento podem perder até 10% do peso
- 4º/5º dia verifica-se um aumento de peso do bebé (em média 20 a 30 g/dia)
- Maior frequência (1:30H/2H)



Developed by Women's and Newborn Services  
Royal Brisbane and Women's Hospital

Queensland  
GOVERNMENT

**Os primeiros sinais "estou com fome"**

- se mexer
- Abrir a boca
- Virar a cabeça
- Procurar

**Sinais médios "Realmente estou com fome"**

- Se esticar
- Incrementar os movimentos
- Levam a mão à boca

**Sinais tardios "Me acalme, depois me alimente"**

- Chorar
- Movimentos corporais agitados
- Ficar vermelho

**Tempo para acalmar o bebé que chora**

- Abraçando
- Colocar a pele contra a pele
- Conversando
- Acariciando



- Lavar as mãos antes de preparar o biberão
- Utilizar água fervida durante 5 minutos ou água engarrafada (prazo validade). Deixar arrefecer
- Colocar a água verificando quantidade pela graduação, respeitando proporção (30ml/1 colher medida)
- Encher a colher de medida que vem na lata de leite, sem pressionar. Retirar o excesso com a espátula, de modo a ficar rasa.
- Juntar de seguida o pó à água e fechar o biberão com a tampa
- Para dissolver o leite, fazer movimentos rotativos
- Verificar a temperatura deixando cair umas gotas no punho

## PELE



### Icterícia fisiológica

- É a coloração amarelada da pele que pode surgir entre o 2º e o 4º dia de vida e desaparece até ao 14º dia

### O que fazer

- Proporcionar mamadas frequentes e sem restrições (mais ou menos 10/24h)
- Vigiar a coloração amarelada da pele
- Vigiar a vitalidade do bebé

## BANHO E HIGIENE DO BEBÉ



### Cuidados a ter antes de iniciar o banho do bebé

- O ambiente deve estar aquecido e sem correntes de ar
- A temperatura da água deve ser confortável ao toque (36-37°C)
- Preparar previamente o material do banho, bem como uma muda de roupa completa
- Deve retirar jóias ou adornos que possam magoar o bebé
- Remover qualquer resíduo de fezes antes de colocar o bebé na banheira

## BANHO

- Pegar com segurança no bebê
- Lavar a cara com água limpa
- Utilizar um gel ou óleo para o banho
- Ensaboar sempre da zona mais limpa para a mais suja, terminando nos genitais e rabinho
- No fim, passar o bebê por água limpa (enxaguar)
- Para limpar deve utilizar uma toalha grande e macia (pescoço, axilas e virilhas)
- Aplicar creme emoliente/hidratante em todo o corpo



<https://www.youtube.com/watch?v=gz7mpKBXo8A>

## MUDAR A FRALDA

**Manter a pele do bebê saudável é essencial para evitar a assadura.**

**"Porque é que o meu bebé tem assaduras?"**

- fralda húmida permanecer em contato com a pele por muito tempo
- diarreia pelos agentes digestivos na dejeção
- reação alérgica aos produtos sintéticos que compõem a fralda
- antibióticos (fica suscetível ao aparecimento de microrganismos)
- candidíase



## MUDAR A FRALDA

### Como prevenir a irritação da pele?

- Limpe a pele do bebé com disco/quadrado de algodão e água morna
- Se utilizar toalhas opte pelas que não contêm álcool
- Assegure-se que a pele do bebé fica bem seca
- Utilize um creme barreira com vitamina A e óxido de zinco
- Se a pele ficar muito irritada deixe o bebé sem fralda
- Se a dermatite da fralda se mantiver por mais de três dias, a pele estiver muito encarnada e com manchas arredondadas pode existir uma Candidíase

contacte o seu pediatra

## OLHOS, OUVIDOS, NARIZ E UNHAS

### Olhos:

- Limpar com água limpa
- Se apresentar secreções limpar com uma compressa com Soro Fisiológico



### Ouvidos e Nariz:

- A cera é uma secreção anti séptica, apenas se deve limpar a parte externa
- O nariz deve ser limpo com precaução e superficialmente, se apresentar secreções contactar pediatra



## UMBIGO



- A desidratação do cordão umbilical leva entre a 1ª e a 2ª semanas
- É normal encontrar pequenas quantidades de sangue na fralda ou compressa
- Não usar faixas ou pensos fechados
- Manter o cordão o mais limpo e seco possível
- Limpe o coto umbilical e a pele adjacente com água morna e sabão suave durante o banho do bebê e sempre que necessário, e secar bem com uma compressa

## INTERAÇÃO SOCIAL

### Passeios:

- Podem ser diários, evitando locais fechados



## VISITA AO RECÉM NASCIDO

DICAS IMPORTANTES PARA MAIOR SEGURANÇA DO BEBÊ.



SEGURE OS  
CONSELHOS  
E PALPITES.



HIGIENE  
REFORÇADA



LIGUE ANTES.  
SEMPRE.



VISITAS  
RÁPIDAS.



NÃO VÁ  
SE ESTIVER  
DOENTE.



NÃO TIRE FOTOS,  
SE A MÃE NÃO  
PERMITIR.



NÃO FUME  
E NÃO USE  
PERFUME.



AMOR EM FOTOS  
www.amoremfotos.com.br

Não pegue na mão do bebê, não beije  
e nem pegue no colo caso a mãe não ofereça!

[www.amoremfotos.com.br/newborn](http://www.amoremfotos.com.br/newborn)



## Obrigada



## Apêndice V- Formação às grávidas sobre “Amamentação”

Instituto Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Enfermagem de Viseu  
7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 11º Curso de Pós-Licenciatura em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade de Cuidados na Comunidade  
Aristides Sousa Mendes  
Carregal do Sal

Escola de Pais

Amamentação

UC Estágio Com Relatório  
Susana Gomes N.º 6079  
Orientadora: Enf.ª Helena Cruz

Carregal do Sal, Janeiro 2021

### Amamentação

O aleitamento materno é considerado o tipo de **alimentação ideal** para os recém-nascidos de termo saudáveis e para os recém-nascidos pré-termo ou com patologia.

O leite humano é um **alimento vivo, completo e natural** e o reconhecimento das suas múltiplas vantagens, reuniu, o consenso mundial, defendendo-se a amamentação **exclusiva** até aos **6 meses** de vida, e complementada com outros alimentos até aos dois anos ou mais, (OMS/UNICEF) precisamente por se acreditar que constitui a melhor forma de alimentar as crianças.



Regime livre, sem horários rígidos, o bebê deve mamar quando tem fome.

Estabelece o seu próprio horário.

## O meu bebé nasceu... e agora ?

Se não houver nenhuma contraindicação, o recém-nascido deve iniciar a amamentação na sala de partos, durante a primeira meia hora de vida.





- A amamentação **favorece o vínculo mãe-filho** fazendo com que se desenvolva uma relação de amor, confiança e segurança.



- Os bebês tornam-se crianças mais tranquilas e seguras, facilitando o desenvolvimento da criança e o seu relacionamento com outras pessoas.

Benefícios





## PARA O BEBÉ O LEITE MATERNO...

1. Tem a quantidade ideal de vitaminas, proteínas e gordura;
2. Está sempre pronto e à temperatura adequada;



3. É fácil de digerir;
4. A *American Academy of Pediatrics* defende que a amamentação tem um papel na prevenção da Síndrome de Morte Súbita;
5. Estudos defendem que o leite materno previne a obesidade, diabetes e infecções.

Benefícios



## Benefícios



WABA | SEMANA MUNDIAL DE  
ALEITAMENTO MATERNO 2020

### Para a Família

- Permite uma maior gestão de custos, uma vez que se poupa dinheiro em leite artificial, biberões, e esterilizações
- Facilita as deslocações pois não há necessidade de levar utensílios

### Para o ambiente

- Não é necessário recorrer a embalagens, utensílios e gasto de energia

### PARA A MÃE A AMAMENTAÇÃO...

1. Ajuda-a a recuperar o peso anterior à gravidez;
2. Previne hemorragias no pós-parto;
3. Promove a involução uterina;
4. Pesquisas defendem que reduz o risco de cancro da mama, do ovário e de osteoporose.

### PARA A MÃE E O BÉBÉ

A amamentação contribui para estabelecer um vínculo afetivo desde muito cedo.

**SABIA QUE...** É desejável o aleitamento materno exclusivo durante, pelo menos, os primeiros 6 meses de vida do bebé



- A mãe deve procurar manter o bebê perto de si, especialmente ao início, para conhecê-lo bem
- Dar de mamar sempre que o bebê apresentar sinais precoces de fome e em horário livre
- Assegurar uma pega correta
- Manter as mamadas da noite
- Evitar a utilização de mamilos artificiais, chuchas e biberões (o diferente posicionamento da língua confunde o bebê, que começa a ter dificuldade em mamar)
- Ponderar devidamente a introdução de substitutos do leite materno (que interferem no processo para estabelecer e manter a produção e a quantidade de leite). Se estiver insegura, peça ajuda a um técnico de saúde

Fatores de  
sucesso da  
amamentação

## Horários, duração e intervalos da amamentação

A amamentação deve ser **frequente**, em **horário livre**, **sem restrições** na duração, nos intervalos ou no acesso a uma ou duas mamas em cada refeição. Não existe relação entre o tamanho do peito e a capacidade de produção de leite.

- Ofereça primeiro a mama em que o bebé não mamou da última vez ou a que mamou em último lugar
- Deixe o bebé esvaziar completamente a mama e só depois ofereça a outra
- O bebé deve mamar até ficar satisfeito
- O intervalo livre entre as mamadas habitualmente não ultrapassa as quatro horas

## Posicionamento

- A mãe deve segurar o bebé bem aconchegado a si
- A barriga do bebé deve estar encostada à barriga da mãe
- O nariz ou lábio superior do bebé devem estar na direção do mamilo
- Deve esperar que o bebé abra bem a boca (pode roçar levemente os lábios contra o seu mamilo)
- Mova-o rapidamente para a mama
- Verifique se a boca do bebé está bem aberta, o queixo encostado à mama e o lábio inferior voltado para fora
- A auréola é mais visível por cima do que por baixo da boca do bebé
- O padrão de mamar do bebé muda de sucções breves para longas, profundas e com pausas

### PARECE FÁCIL

Como posicionar o bebé na hora de mamar



**1**  
O corpo do bebé deve estar totalmente virado para a mãe



**2**  
Escute o bebé abrir bem a boca, como se fosse bocejar



**3**  
O bebé deve abocanhar a maior parte do seio, e não só o bico do seio



**4**  
O lábio inferior fica virado para fora

**5**

O bebé faz um movimento de arcearia e toda a musculatura da face se movimenta



As bochechas devem ficar arredondadas, nunca encoçadas

Para Mais a seguir ao site, informe-se em <https://www.youtube.com/hashtag/euamamento>

<https://www.youtube.com/hashtag/euamamento>

## Boa Pega VS Má Pega

### BOA PEGA

- O queixo do bebê toca na mama;
- A boca do bebê está bem aberta;
- Lábio inferior está virado para fora;
- Bochechas arredondadas e achatadas contra a mama da mãe;
- Vê-se mais aréola acima do que abaixo da boca do bebê;
- Mama Arredondada.



### MÁ PEGA

- O queixo do bebê não toca na mama;
- A boca do bebê não está bem aberta;
- O seu lábio inferior não está virado para fora;
- As bochechas estão encovadas;
- Vê-se muita aréola acima e abaixo da boca da mãe;
- Mama estirada.

Nos primeiros dias é difícil perceber se o bebê está a ingerir a quantidade de leite que precisa. As dúvidas aumentam se estiver sempre a chorar ou não acalmar depois da amamentação. A maioria dos bebês mama entre 8 a 10 vezes por dia e, ao fim da 1ª semana entre 6 a 8 vezes por dia (mais ou menos de três em três ou de quatro em quatro horas).

### Sinais de ingestão suficiente de leite

- Durante a mamada observe a deglutição do bebê, (a forma como este engole)
- As mamas esvaziam e ficam mais moles depois do bebê mamar
- A urina do bebê deve ser clara e sem cheiro, em média com seis a oito fraldas molhadas por dia
- As fezes devem ser semilíquidas e amareladas, a partir do 5º dia e tem pelo menos três dejeções diárias
- O bebê apresenta uma pele firme e hidratada

## Contraindicações da amamentação

### CONTRAINDICAÇÕES TEMPORÁRIAS

- Doença infecciosa
- Tuberculose não tratada
- Medicação imprescindível
- Filho com sucção fraca ou ausente, perturbações da deglutição e malformações

### CONTRAINDICAÇÕES DEFINITIVAS

- Doença grave, crónica ou debilitante
- Mãe com SIDA/VIH
- Mães que tomam medicação nociva para os bebés
- Bebés com doenças metabólicas raras (fenilcetonúria e galactosemia)

## Problemas na amamentação

## Mamilos gretados

### Como prevenir:

- Verificar se o bebê pega bem na mama
- Não interromper a amamentação, deixando que seja o bebê a fazê-lo. Se necessário, deve colocar um dedo entre a auréola e a língua do bebê de modo a interromper a sucção
- Lavar os mamilos apenas uma vez por dia (hora do banho)
- Evitar a utilização de discos absorventes impermeáveis
- Utilizar conchas de arejamento sob o soutien
- Aplicar e deixar secar algumas gotas de leite materno e pomada para o efeito (hidratante/cicatrizante) no mamilo e auréola, após o banho e cada mamada



### O que fazer

- Iniciar a amamentação pelo mamilo menos doloroso e continuar as indicações para prevenção



## Mamilos gretados

## Ingurgitamento mamário

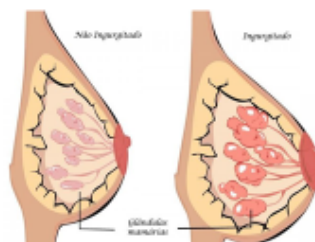
Ocorre a "descida" do leite, entre o 2º e o 3º dia, as mamas podem ficar tensas, quentes e dolorosas. Pode surgir febre (38º) durante 24 horas.

### Como prevenir:

- Iniciar a amamentação logo após o parto em "horário livre" (sempre que o bebê quiser) e assegurar uma pega correta

### O que fazer:

- Aplicar calor e massajar suavemente a mama com movimentos circulares em direção ao mamilo
- Colocar o bebê a mamar primeiro na mama mais cheia
- Se a mama continuar congestionada após a amamentação, a mãe deve esvaziá-la manualmente
- Quando terminar, deve aplicar frio durante 5 minutos, suspender por 2 minutos e aplicar por mais 5 minutos
- Na mamada seguinte deve-se repetir o mesmo procedimento na outra mama



## Mastite (mama inflamada)

A mama fica vermelha, tensa, quente e bastante dolorosa, provoca mal-estar e é acompanhada de febre. Está associada ao bloqueio de ductos (canal onde passa o leite) ou a situações infecciosas associadas à contaminação por microrganismos através dos mamilos gretados.

### Como prevenir:

- Tratar o ingurgitamento e os mamilos gretados
- Evitar a compressão excessiva da mama com os dedos durante a amamentação
- Evitar roupas que comprimam a mama

### O que fazer:

- Continuar a amamentar
- Após a amamentação do lado afetado, esvaziar manualmente até sentir-se confortável
- Consultar o médico obstetra



## Mamilos planos ou invertidos

Algumas mães pensam que os seus mamilos são muito pequenos para amamentar, mas o tamanho dos mamilos em "repouso" não é importante.

➤ O mamilo fica mais saliente nas últimas semanas de gravidez e/ou logo após o parto.

➤ Se a mama está muito cheia, o mamilo fica menos saliente.

Poderá ser favorável retirar uma porção de leite antes de colocar o bebé ao peito.

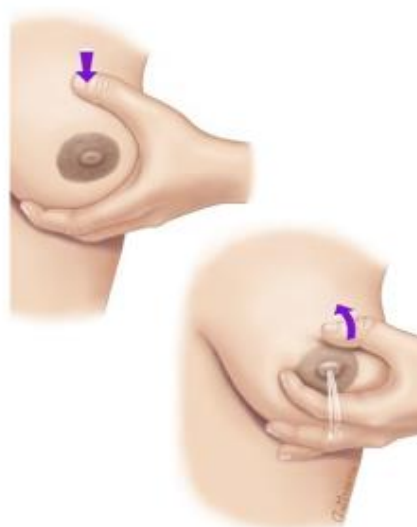
➤ A utilização de moldes de mamilos durante a gravidez é desaconselhada, dado que não existe evidência científica que comprove que os mesmos ajudem a melhorar o formato do mamilo e podem lesá-lo.



## Extração e conservação de leite materno

### Técnica para extração manual

- A mãe deve fazer um "C" com a sua mão para apoiar a mama e colocar o polegar acima e o indicador abaixo da linha da aréola
- Mantendo os dedos na mesma posição, deve exercer uma ligeira pressão para trás
- Deve comprimir e pressionar para a frente, em simultâneo, o polegar e o indicador, sem deslizarem na pele
- Suspenda a pressão e repita o movimento anterior alternadamente (comprimir, pressionar e soltar)
- Pode-se rodar a posição da mão em volta da aréola



## Conservação de leite materno

- Em cada extração deve-se **identificar** o recipiente para recolha e conservação do leite com a **data e hora**
- Congele o leite que **não** tenciona **utilizar** dentro de **24 a 48 horas**
- **Descongele** o leite lentamente no **frigorífico** ou à **temperatura ambiente**
- Depois de descongelado, conserve o leite no frigorífico e utilize-o dentro de **24 horas**
- Aqueça o leite em **banho-Maria** e nunca no microondas
- Uma vez aquecido à temperatura ambiente, o leite deverá ser utilizado ou **deitado fora**

(Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, 2009)

## Conservação de leite materno

O leite conserva-se durante os seguintes períodos de tempo:

- **2 semanas** no congelador dentro do frigorífico
- **3 meses** no congelador do frigorífico com porta separada
- **6 meses** na arca congeladora
- **3 dias** no frigorífico a uma temperatura de 2-4°C



## Hospitais “amigos” dos bebés

O Centro Hospitalar Tondela-Viseu, faz parte dos hospitais considerados “amigos” dos bebés, isto porque:

- Tem uma política de promoção do aleitamento materno;
- Dá formação à equipa de cuidados de saúde;
- Informa todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno;
- Ajuda as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;
- Mostra às mães como amamentar e manter a lactação;
- Não dá ao recém nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, exceto por indicação médica;
- Permite que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia;
- Incentiva a dar de mamar sempre que o bebê queira;
- Não dá tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito.



Obrigada



## Referências bibliográficas

Portugal, Ministério da Saúde, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. (2009). *Extração e Conservação de Leite Materno*. Acedido em <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-aleitamento/folheto-como-conservar-leite-materno-em-casa-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional da Saúde. (2020). *Amamentação*. Acedido em <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-mulher/amamentacao/#sec-0>

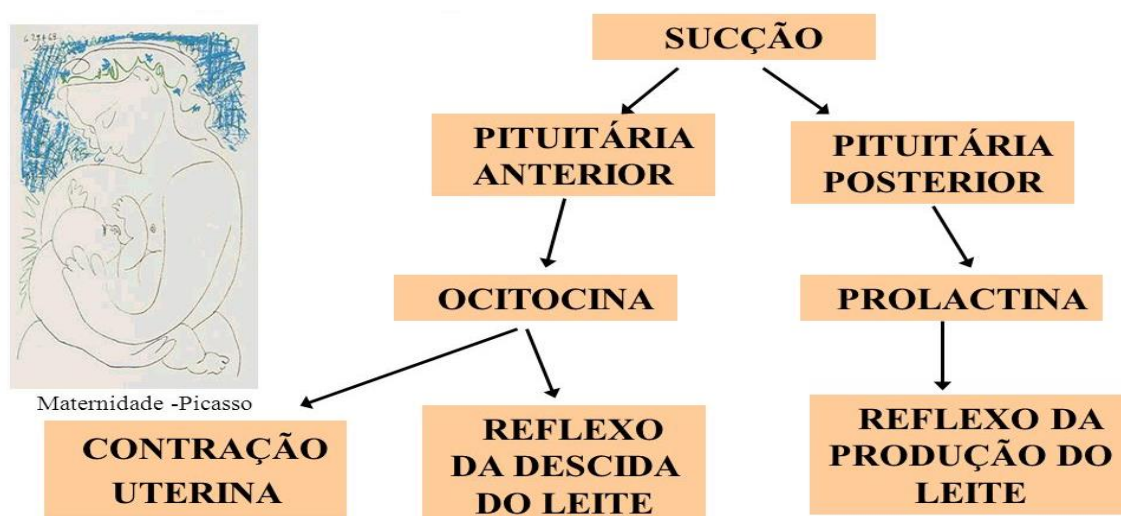
UNICEF (2012). *Manual do Aleitamento Materno*. Acedido em [unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf](https://www.unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf)



## Apêndice VI – Sensibilização dos Profissionais de saúde para a amamentação

### Amamentação

O leite humano é um **alimento vivo, completo e natural** e o reconhecimento das suas múltiplas vantagens, reuniu, o consenso mundial, defendendo-se a amamentação **exclusiva** até aos **6 meses** de vida, e complementada com outros alimentos até aos dois anos ou mais, (OMS/UNICEF) precisamente por se acreditar que constitui a melhor forma de alimentar as crianças.



Profa Dra. Ana Cristina d' Andretta Tanaka 2013

#### Benefícios para a mãe

- ✓ Promove involução uterina precoce e recuperação do peso;
- ✓ Reduz o risco de cancro da mama e do ovário e a incidência de diabetes e osteoporose.

#### Benefícios para o bebé

- ✓ O leite materno é de fácil digestão e promove a maturação intestinal do bebé;
- ✓ Reforça o sistema imunológico;
- ✓ Fornece os nutrientes e a água de que o bebé necessita nas proporções adequadas;
- ✓ Previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias;
- ✓ Diminui a ocorrência de otite média, risco de obesidade, doenças alérgicas e diabetes juvenil.
- ✓ Permite uma adequada adaptação a novos alimentos;

- ✓ Contribui para o adequado desenvolvimento da musculatura e parte óssea orofacial e reduz a ocorrência de cárie dentária.

### Estômago do bebé



### Fases do Leite

**Colostro:** Primeiros 5 dias (Proteínas, imunoglobolinas)

**Leite transição:** entre o 6º e 15º dia (menos proteínas, mais gorduras e carboidratos)

**Leite Maduro:** a partir do 25º dia (Gorduras e nutrientes)

Nos primeiros 2-3 dias<sup>3</sup> de vida, RN amamentados exclusivamente perdem, em média, entre 5%-7% do peso do nascimento, podendo ser considerado normal ou aceitável a perda ponderal de até 10%. Por isso, é normal que o bebé recupere o peso entre o 10º e 14º dia de vida e ganhe em média 20 a 30 gramas por dia no primeiro mês de vida.

Susana Gomes Nº 6079

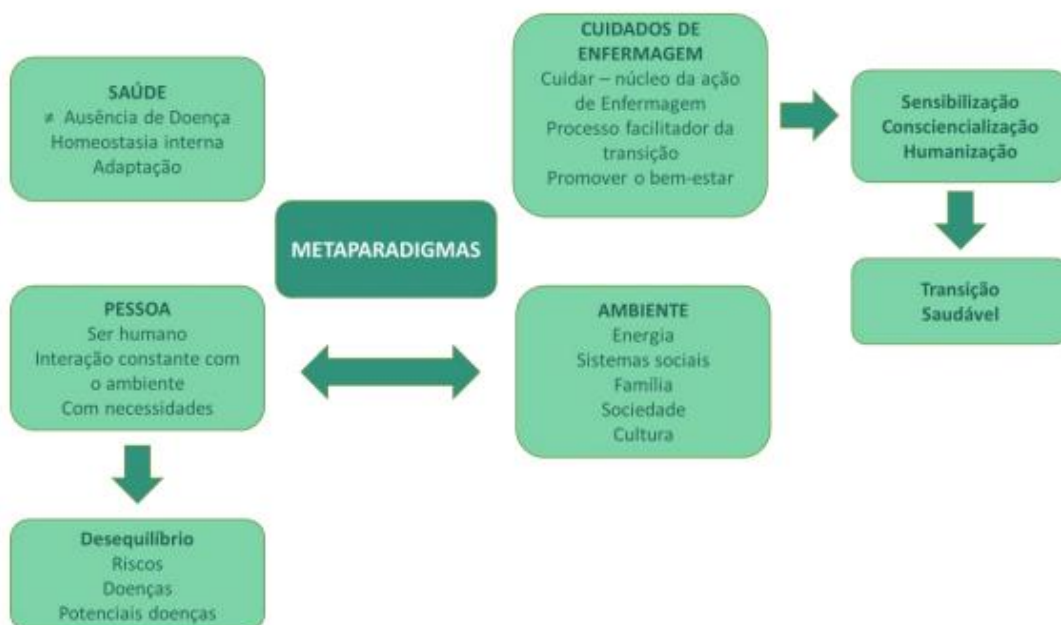
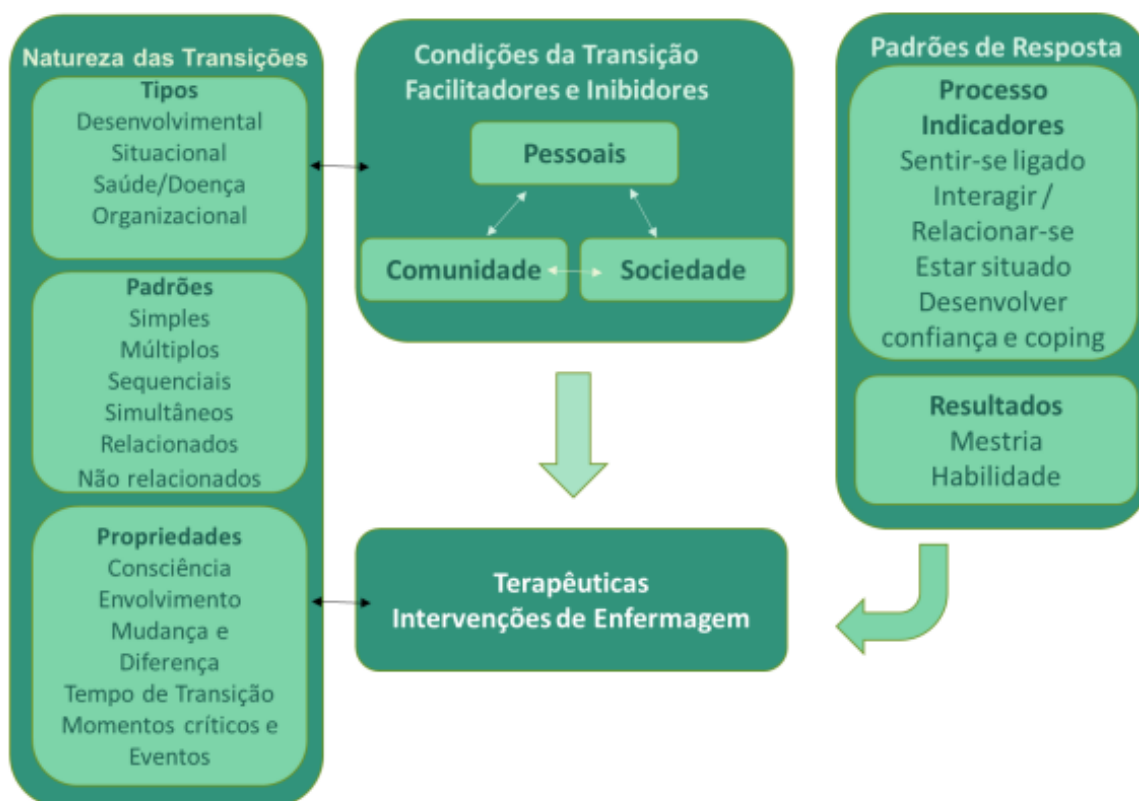
7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e 11º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Orientadora: Enfª Helena Cruz

## **Anexos**



## Anexo I - Modelo teórico de Afaf Meleis



Adaptado de: Al, Sawyer LM, Im E, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing Transitions: Na Emerging Middle – Range Theory. Advanced Nurse Science. 2000, 23, 12-28