



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Segurança Alimentar e Nutricional de Lactentes não amamentados

Vitória Barreiros Proença Anastácio

junho, 2025



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Segurança Alimentar e Nutricional de lactentes não amamentados

Vitória Barreiros Proença Anastácio

Relatório de Estágio

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Luís Miguel Pereira Condeço

junho, 2025

Pensamento

"O futuro de uma criança começa no presente dos seus cuidados."

Benjamin Spock

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, por serem o meu pilar e o meu colo em todos os momentos da minha vida. Obrigada por serem os meus melhores amigos.

À minha avó Maria Graça, tios e primos, o meu porto seguro, a minha casa, obrigada pelo amor, incentivo e presença constante.

À minha fiel companheira, a minha cadela Nini, que esteve sempre ao meu lado enquanto escrevia este relatório, oferecendo-me conforto e companhia.

À minha colega e amiga Catarina Preto, por termos embarcado juntas nesta jornada, partilhando desafios, conquistas e muitos momentos de entreajuda e amizade.

Ao Professor Luís Condeço, pela orientação dedicada, pelas palavras amigas e pela motivação constante, mas, acima de tudo, por nunca me ter deixado desistir.

Ao Professor Manuel Cordeiro, pela confiança que sempre depositou em mim ao longo deste percurso, fazendo-me acreditar nas minhas capacidades.

À Enfermeira Doutora Lúcia Videira, um verdadeiro exemplo para mim, pela confiança, pelo apoio e pelo incentivo contínuo.

Às Professoras Doutoras Ivone Cabral e Cristiane Cardoso de Paula, pela confiança e pela oportunidade de trabalho, que foram essenciais para o desenvolvimento deste projeto.

A todos os Enfermeiros Especialistas que me orientaram em estágio, pela generosidade na partilha de experiências e conhecimentos, que tanto contribuíram para o meu crescimento profissional.

A todos, o meu sincero obrigada

Resumo

Enquadramento: Ao longo do percurso formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, torna-se essencial aprofundar temáticas que qualifiquem a prática clínica e promovam cuidados centrados no binómio criança/família. O aleitamento materno é recomendado em exclusivo até aos 6 meses de idade. Apesar dos benefícios, existem contraindicações, e nestes casos, é fundamental garantir uma alternativa segura e adequada às necessidades nutricionais do lactente. Neste contexto, surge a adaptação transcultural do “Álbum Seriado” Vialáctea, para Portugal, um recurso educativo sobre segurança alimentar e nutricional de crianças menores de 6 meses que não são amamentadas.

Objetivos: Refletir e descrever de forma crítica, as atividades concretizadas para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Realizar a adaptação transcultural do “Álbum Seriado” Via láctea para a realidade portuguesa;

Metodologia: Inicialmente, é utilizada uma metodologia descritivo-reflexiva sobre o percurso formativo nos diversos contextos de estágio. Posteriormente, foi realizada a adaptação transcultural do instrumento destinado à Educação para a Saúde, dividida em duas partes, a tradução e adaptação cultural do conteúdo textual e do conteúdo imagético.

Resultados: Manual Ilustrado adaptado culturalmente à população portuguesa sobre alternativas ao leite materno, destinado a educação para a saúde e para partilha entre as famílias de crianças até aos 6 meses não amamentadas.

Conclusão: O trabalho desenvolvido ao longo dos estágios e no presente relatório, constitui um contributo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. É fundamental a criação de novos instrumentos de educação para a saúde, que abordem alternativas ao leite materno e segurança alimentar de crianças não amamentadas com menos de 6 meses.

Palavras-chave: Segurança alimentar; Lactente; Educação para a saúde.

Abstract

Background: Throughout the training path of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing, it becomes essential to delve into topics that qualify clinical practice and promote care centered on the child/family binomial. Breastfeeding is recommended exclusively until 6 months of age. Despite the benefits, there are contraindications, and in these cases, it is essential to ensure a safe alternative that is suitable for the infant's nutritional needs. In this context, the cross-cultural adaptation of the “Álbum Seriado” Vialáctea, for Portugal, emerges, an educational resource on food and nutritional security for children under 6 months who are not breastfed.

Objectives: To reflect and critically describe the activities carried out for the development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing; Carry out the cross-cultural adaptation of the “Álbum Seriado” Via Láctea to the Portuguese reality;

Methodology: Initially, a descriptive-reflective methodology is used on the training path in the different internship contexts. Subsequently, the cross-cultural adaptation of the instrument intended for Health Education was carried out, divided into two parts, the translation and cultural adaptation of the textual content and the image content.

Results: Illustrated Manual culturally adapted to the Brazilian population on alternatives to breast milk, intended for health education and for sharing among families of children up to 6 months who are not breastfed.

Conclusion: The work developed throughout the internships and in this report constitutes a contribution to the continuous improvement of nursing care. It is essential to create new health education instruments that address alternatives to breast milk and food security for non-breastfed children under 6 months of age.

Keywords: Food security; Infant; Health education.

Índice

Índice	25
Lista de Tabelas	27
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	29
Introdução	19
Parte I: Percurso Formativo em Estágio	23
1. Estágio de Neonatologia	25
1.2. Contextualização	25
1.2. Reflexão de Estágio	26
2. Estágio de Internamento de Pediatria	35
2.1. Contextualização	35
2.1. Reflexão de Estágio	36
3. Estágio de Urgência Pediátrica	45
3.1. Contextualização	45
3.2. Reflexão de Estágio	46
Parte II – Investigação	55
1. Enquadramento Teórico e Justificação	57
2. Metodologia	67
2.1. Tradução e Adaptação Transcultural do Conteúdo Textual	68
2.2. Adaptação Transcultural do Conteúdo Imagético	73
3.1. Processo de Tradução/Adaptação do Conteúdo Textual	75
3.2. Processo de Adaptação Cultural do conteúdo Imagético	79
Considerações Finais	83
Referências Bibliográficas	85
Apêndices e Anexos	93
Apêndices	95

Apêndice I - Ação de formação sobre “Estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor e desconforto no RN”	97
Apêndice II – Panfleto sobre Sinais de Dor e Desconforto no Recém-nascido e como confortá-lo.....	125
Apêndice III - Check list de ensinios a realizar aos pais	127
Apêndice IV – “Cartões Didáticos sobre Pós-Operatório de uma Circuncisão”	129
Apêndice V – Procedimento Operativo proposto para a utilização dos “Cartões Didáticos sobre Pós-Operatório de uma Circuncisão”	131
Apêndice VI – Procedimento Operativo proposto sobre “Medidas não farmacológicas no controlo da dor no serviço de Urgência Pediátrica”	135
Apêndice VII – Síntese dos conteúdos abordados em cada reunião de equipa.	145
Apêndice VIII – Grelha de extração de dados.....	153
Apêndice IX – Grelha de tradução preenchida (síntese).....	159
Apêndice X – Disposição das imagens originais e adaptadas.....	177
Anexos	179
Anexo I – QR code de acesso à versão culturalmente adaptada do álbum seriado brasileiro "Vialáctea" para Portugal.....	181

Lista de Tabelas

Tabela 1. Conteúdo acrescentado à versão adaptada do álbum seriado Via Láctea para Portugal.....	76
Tabela 2. Conteúdo eliminado da versão adaptada do álbum seriado Via Láctea para Portugal	77
Tabela 3. Glossário de equivalência de termos	78

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APLV – Alergia à Proteína do Leite de Vaca

BPEWS-PT – Brighton Pediatric Early Warming Score – Portugal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESPGHAN – European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition

FC – Fórmula de Crescimento

FI – Fórmula Infantil

FL – Fórmula láctea para lactentes

FT – Fórmula de Transição

IAC – Instituto de Apoio à Criança

MESIP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PB - Português do Brasil

PE – Português Europeu

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido pré-termo

SNG – Sonda Nasogástrica

SOG – Sonda Orogástrica

STM – Sistema de triagem de Manchester

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

ULS – Unidade Local de Saúde

VIH – Vírus da imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

Introdução

Este relatório surge no âmbito do Curso de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Grau de Mestre, inerente à Unidade Curricular, Estágio com Relatório em Cuidados Diferenciados: Estágios de Internamento de Medicina/Cirurgia Pediátrica, de Urgências Pediátricas e de Neonatologia, integrado no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e da Escola Superior de Saúde de Viseu. Os três estágios decorreram numa ULS da região centro de Portugal, respetivamente no serviço de Neonatologia, Internamento de Pediatria e Urgência Pediátrica, no período compreendido entre 20/05/24 e 31/01/25.

A Unidade Curricular Estágio com Relatório Final, incluiu uma componente de Estágio, comportando uma duração de 6 semanas em cada campo de estágio. Esta unidade curricular tem a duração total de 840 horas, das quais 468 horas são de contato, divididas em 360 horas de estágio, sendo 120 horas para cada campo de estágio, e 180 horas de orientação tutorial, preconizando a realização do Estágio com Relatório Final.

Para cada estágio, foi proposta a elaboração de um projeto e uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas, com o objetivo de enfatizar uma abordagem pedagógica centrada no estudante. Este modelo fomenta a construção autónoma do percurso formativo, promovendo a reflexão crítica sobre o desenvolvimento pessoal e profissional. Paralelamente, a iniciativa visa sustentar a aquisição de competências especializadas, alicerçando-se em referenciais teóricos que fundamentam a prática baseada na evidência e a qualidade dos cuidados prestados.

Este relatório tem como objetivo delinear o percurso formativo e a sua pertinência na consolidação das competências comuns, conforme estabelecido pelo Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019), e das competências específicas inerentes ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de acordo com o Regulamento n.º 422/2018 (OE, 2018). Paralelamente, visa desenvolver competências para a investigação com pesquisa e análise da prática baseada na evidência.

Assim, foram delineados como objetivos gerais deste Relatório de Estágio, os seguintes:

- Descrever o percurso formativo nos diferentes contextos de estágio;
- Refletir de forma crítica sobre as atividades concretizadas para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;

- Realizar a adaptação transcultural do “*Álbum Seriado Via láctea: o caminho para segurança alimentar e nutricional de crianças menores de 6 meses não amamentadas*” para a realidade portuguesa no que se refere a sua validade de conteúdo, respeitando as suas particularidades e promovendo práticas nutricionais e alimentares seguras

O Enfermeiro Especialista deve manter sistematicamente um processo contínuo de aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia da prática de enfermagem e obter conhecimentos e competências alinhados com as melhores evidências científicas disponíveis. A experiência vivenciada em cada estágio facilitam e promovem um conjunto de oportunidades formativas enriquecedoras para a construção pessoal e desenvolvimento profissional.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) adota um modelo conceptual centrado na criança e família, considerando sempre este binómio como principal beneficiário dos seus cuidados, o que exige uma abordagem de cuidados diferenciada face a outras especialidades. O mesmo, enquanto perito na conceção e gestão de cuidados, tem intervenções em áreas específicas, como a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, gerindo o bem-estar da criança/jovem, primando por uma orientação antecipatória às famílias, de forma a detetar precocemente situações que possam afetar negativamente a vida e a qualidade de vida e maximizar o potencial de saúde (OE, 2018).

Numa primeira parte, procede-se à análise crítica das competências comuns e específicas do EEESIP, evidenciando o aprofundamento e consolidação de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas, fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade à criança/jovem e à sua família, sustentados na mais recente evidência científica. Durante o percurso de estágio, privilegiou-se a criação de oportunidades de aprendizagem e interação com os Enfermeiros tutoras e Professores orientadores dos estágios, promovendo uma reflexão estruturada sobre as experiências vivenciadas e os contributos resultantes desse processo para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Na segunda parte deste relatório é explanado todo o processo de adaptação transcultural do “*Álbum Seriado Via láctea: o caminho para segurança alimentar e nutricional de crianças menores de 6 meses não amamentadas*” para Português Europeu (PE). A minha participação neste projeto surgiu de um convite por parte da Enfermeira Lúcia Videira, minha tutora no primeiro campo de estágio, Neonatologia, que posteriormente foi aceite por mim e aprovado pelas autoras do documento original.

É plenamente reconhecido o impacto que o Leite Materno (LM) assume na saúde de

qualquer lactente, pelo que tem vindo a ser uma temática alvo de inúmeros estudos nos últimos anos. No entanto, existem situações específicas em que a amamentação está contraindicada temporariamente ou definitivamente, por fatores inerentes à mãe ou ao próprio recém-nascido (RN). Este manual ilustrado surge como instrumento de ensino a ser utilizado por profissionais de saúde em momentos de educação para a saúde e é destinado a famílias de crianças não amamentadas até aos 6 meses de idade.

Pretende-se, assim, realizar a adaptação transcultural do conteúdo textual e imagético do Álbum Seriado Via Láctea, assegurando que as mensagens e imagens que constam no manual ilustrado adaptado sejam culturalmente apropriadas e compreensíveis para as comunidades-alvo, respeitando as suas particularidades e promovendo práticas nutricionais e alimentares seguras.

Parte I: Percurso Formativo em Estágio

1. Estágio de Neonatologia

1.2. Contextualização

As perturbações do neurodesenvolvimento são, atualmente, as patologias crónicas mais frequentes em idade pediátrica. Uma vez que muitas delas permanecem na vida adulta, a patologia do desenvolvimento tem vindo a registar uma relevância progressiva, verificando-se cada vez mais uma maior conscientização nesta área específica da saúde infantil e juvenil (Lima, 2015).

O meu percurso de aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica passou pela Unidade de Neonatologia de uma ULS da região centro de Portugal, onde o estágio decorreu de 20 de maio a 27 de junho de 2024. É uma unidade de cuidados intermédios neonatais que presta cuidados diferenciados a RNs, provenientes do Serviço de Obstetrícia, Bloco de Partos, Urgência Pediátrica e outras unidades de saúde. Presta cuidados de saúde diferenciados e específicos a cada RN, otimiza meios técnicos e humanos, que possibilitam ao RN uma melhor adaptação ao meio extrauterino, recuperação da prematuridade, doença ou qualquer alteração dos seus sistemas e promove o bem-estar e desenvolvimento adequado ao RN na família e comunidade em que se encontra.

A unidade de Neonatologia conta com seis vagas para RN, em “open space”, dotado de incubadoras e berços, com cadeirões para conforto dos pais, monitores, rampas de oxigénio, bombas/seringas perfusoras e zona de trabalho central para enfermagem e equipa médica. Dispõe ainda de uma sala de amamentação, onde as mães podem extrair leite materno num ambiente de privacidade, tranquilidade e conforto. O serviço permite a permanência dos pais por 24h, contemplando instalações fora do serviço para um dos pais passar a noite. Permite ainda a visita de irmãos e avós por tempo limitado e articulado com a equipa, contemplando uma sala denominada “cantinho da família”, perto da entrada no serviço, para os familiares esperarem pela sua vez num espaço acolhedor e adequado. A unidade conta ainda com uma sala “adufa” por onde os pais e visitas passam e higienizam as mãos, antes de chegar perto da zona das incubadoras e berços, de modo a promover um ambiente seguro. O serviço de Neonatologia disponibiliza ainda bombas extratoras de leite, que disponibiliza as mães, que necessitam de extrair leite materno, promovendo a amamentação. A unidade de proporciona

ainda aos bebês e a família, acompanhamento pós-alta, em regime de hospital de dia, que tem como objetivo avaliar a adaptação do RN ao meio familiar e a continuidade de cuidados. A Enfermagem Neonatal constitui uma área de prestação de cuidados de enfermagem altamente diferenciada, preconizando-se uma enfermagem especializada de alto nível de competência para o atendimento das necessidades dos RN de alto risco e das suas famílias. Uma vez que não existe uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, o serviço conta também com uma sala denominada por “polo de estabilização”, destinada a crianças dos 0 aos 18 anos, que se encontrem instáveis, e que necessitem de uma maior vigilância, geralmente enquanto aguardam transferência para um hospital mais central que garanta a prestação de cuidados de acordo com as necessidades da criança.

Para a realização deste estágio foram previamente definidos objetivos específicos, tendo em consideração as oportunidades de aprendizagem que o serviço oferece, bem como os meus objetivos e gosto pessoal de estudo para esta área em específico. São eles: Compreender e refletir sobre o papel do EEESIP na prestação de cuidados especializados ao RN e família, na unidade de neonatologia; Conhecer a estrutura física e organizacional, e integrar a dinâmica da equipa multidisciplinar do serviço de Neonatologia; Desenvolver competências relacionais e comunicacionais, promovendo a vinculação parental através da participação dos pais nos cuidados prestados ao RN; Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre o método canguru; Prestar cuidados de enfermagem proficientes na prevenção e no controlo da dor e desconforto do RN; Prestar cuidados centrados no desenvolvimento individualizados a cada RN, em parceria com a família; Desenvolver competências sobre os cuidados com a pele do RN; Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre técnicas de promoção de conforto no RN em unidades de neonatologia; Desenvolver iniciativas que se enquadrem com os valores, visão e missão do serviço (protocolos, poster, projetos de formação).

1.2. Reflexão de Estágio

Ter uma atitude crítico-reflexiva é de extrema relevância na Enfermagem, dado que permite melhorar a prática diária de cuidados, permitindo-nos alterar comportamentos, ou simplesmente adequá-los às situações com que nos vamos deparando, com vista ao bem-estar dos RN e sua família. Neste estágio, foi possível ter, diariamente, momentos de reflexão acerca

dos cuidados prestados, imediatamente após a execução dos mesmos, incutidos pelas tutoras, o que facilitou a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências.

A Ordem dos Enfermeiros salvaguarda que o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019, p. 4744). Sendo que, considera-se o EESIP, o enfermeiro com competências instrumentais, interpessoais e sistémicas necessárias para a prestação de cuidados de maior complexidade à criança e adolescente, bem como a sua família, tendo como foco, as respostas humanas à doença e aos processos de vida (OE, 2018).

Enquanto futuro EESIP, pretendi desenvolver uma capacidade reflexiva, capaz de mobilizar a informação científica, técnica, e relacional baseada na prática.

O parto prematuro é hoje um evento integrante do dia-a-dia das unidades de neonatologia. A imaturidade neurofisiológica do RN pré-termo (RNPT) traduz-se numa maior sensibilidade aos estímulos do ambiente extrauterino, como por exemplo, o som, a luz e a atividade (Oliveira & Albuquerque, 2023). O parto prematuro e o consequente internamento do RN numa unidade neonatal, traduz-se num evento traumático para toda a família, nomeadamente para os pais e para o próprio RN. As necessidades de saúde e risco de complicações são tão maiores, quanto maior for a prematuridade do RN, e ironicamente, mais “agressivas” são as intervenções inevitáveis e as medidas invasivas de suporte de vida, presentes nas unidades de neonatologia, que são essenciais à sobrevivência destes bebés. Estas unidades têm evoluído para se poder prestar cuidados de saúde centrados na família e no apoio ao desenvolvimento do RN, promovendo a vinculação da tríade RN/pais, atendendo às necessidades neurobiológicas. Neste contexto, o enfermeiro desempenha um papel crucial no processo de vinculação, na promoção do contato corporal, na colaboração dos pais nos cuidados ao RN, bem como no apoio às competências do seu filho (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; World Health Organization [WHO], 2012).

A transição da vida intrauterina para a vida extrauterina, pressupõe uma adaptação por parte do RN, em que o mesmo estabelece novas e importantes transformações. O período neonatal, em especial o neonatal precoce é, por isso, um momento fundamental para o completo restabelecimento e bem-estar do RN, sendo determinante para a diminuição da mortalidade e morbilidade infantil (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Anne Casey (1993) desenvolveu um modelo de cuidados de enfermagem pediátricos, que mais tarde foi designado em Portugal por Modelo de Parceria de Cuidados, fundamentado

no respeito pela experiência dos pais nos cuidados, defendendo que estes serão sempre os melhores cuidadores para os seus filhos. Este modelo assenta na criação de uma relação terapêutica, empática e de confiança com a família, que permite a partilha de conhecimentos e experiências (Casey, 1993).

Transpor os princípios da filosofia dos cuidados centrados na família para a prática clínica pode ser um desafio para o enfermeiro, uma vez que existe um amplo leque de prioridades para gerir nos cuidados prestados diariamente ao RN de alto risco. É essencial conhecer os pais, a sua predisposição para se envolver e participar nos cuidados, e assim, encontrar uma harmonia entre a prática clínica e o envolvimento da família nos cuidados (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Esta filosofia é cada vez mais frequente nas Unidades de Neonatais. A família é o centro de apoio do RN, pelo que esta filosofia agrega o respeito, o direito à informação e à escolha, a flexibilidade, a autonomia, a colaboração e o apoio na prestação de cuidados ao RN. Associados a este tipo de filosofia, estão inúmeros benefícios como a diminuição do tempo de internamento, a melhoria do bem-estar dos RNs, a promoção da vinculação, a melhoria da qualidade da saúde mental e o aumento da satisfação familiar (Ferreira & Costa, 2018; Oliveira & Albuquerque, 2023).

A minha adaptação ao serviço de Neonatologia foi harmoniosa, pela maneira acolhedora com que me receberam no serviço, pela postura de receptividade, respeito, interesse, colaboração, flexibilidade e disponibilidade que a equipa demonstrou ao longo do estágio. Considero que a minha experiência na área de Puerpério acabou por facilitar também a minha integração no serviço e a prestação de cuidados, estes agora realizados com mais rigor, espírito crítico e baseados em evidência científica.

A equipa de enfermagem presente neste serviço, é uma equipa empenhada e focada, o que contribui diariamente para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, validando constantemente o modelo de Cuidados Centrados na Família e a prestação de cuidados seguros, confirmando assim as competências de EESIP. O serviço conta com protocolos atualizados, com informação científica detalhada sobre os mais variados procedimentos.

A metodologia de registo utilizada pela equipa multidisciplinar é em suporte informático, através da plataforma Sclinico, que permite a utilização da linguagem classificada transmitida através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A implementação deste sistema de informação e registo, traz vantagens inegáveis para a prática

de enfermagem, uma vez que disponibiliza as informações dos doentes em tempo real de modo a facilitar a tomada de decisão e o processo de transmissão de informação entre a equipa.

A organização dos cuidados num serviço de neonatologia, tem características que se revestem de várias necessidades focadas no RN, nomeadamente o sono, ruído, a redução da luminosidade, proteção da pele, controlo da dor, controlo da temperatura e redução do desconforto. Estes fatores são determinantes para o desenvolvimento e crescimento dos RNs/prematuros.

A minha participação nos cuidados ao RN passou pela oportunidade de promover o desenvolvimento do RNPT, através do conforto, cuidados de higiene, posicionamentos adequados, alimentação, prevenção/controlo da dor, minimização do ruído e luz. A prematuridade foi a situação clínica mais frequente durante o meu período de estágio. Os prematuros incluindo os tardios (das 34 semanas às 36 semanas e 6 dias) têm maior risco de morbilidade e mortalidade quando comparados com os de termo (WHO, 2012).

Tive também oportunidade de prestar cuidados a RNs de termo e pré-termo com necessidade de ventilação não invasiva, com hiperbilirrubinémia, atraso de crescimento intrauterino, intolerância alimentar e sépsis, o que me permitiu desenvolver competências na prestação de cuidados ao RN em situação de doença e sua família, no sentido de potenciar a sua saúde, e ao mesmo tempo apoiando o processo de transição e adaptação à vida extrauterina e fomentando a vinculação afetiva.

Uma das técnicas mais realizadas no serviço, sempre que o RN esteja estável, é o método canguru, que é uma técnica que promove o contacto pele-a-pele do RN com os pais, realizado de maneira orientada, incentivada pela equipa, mas por livre escolha da família. Entre as várias vantagens deste método, está o aumento do vínculo RN/pais, a diminuição o tempo de separação entre a tríade, a estimulação sensorial, favorecendo o aleitamento materno, potenciando maior frequência e duração da amamentação e proporcionando maior competência e amplia a confiança dos pais na manipulação do seu filho (Johnston et al., 2017).

A forma como cuidamos dos RNs, nomeadamente prematuros, afeta todas as suas funções. Deste modo, é fulcral observar o seu comportamento durante a prestação de cuidados, por forma a proporcionar condições benéficas para a sua estabilidade fisiológica e desenvolvimental. Conhecer e compreender o comportamento do RN ajuda-nos a ser pró-ativos nos cuidados (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Deste modo, o enfermeiro deve planear as suas intervenções em torno das necessidades do RN e respetiva família, prestando cuidados

centrados no desenvolvimento e permitindo que os pais exerçam o seu papel parental, minimizando os efeitos negativos do internamento.

Assim sendo, procurei sempre integrar na minha prática as seguintes intervenções: dar ao RN um ambiente calmo; responder prontamente aos RN que choram; Procurar sinais de dor e desconforto e implementar medidas não farmacológicas no alívio da dor/stresse durante os procedimentos; gerir o nível de luminosidade e de ruído ambiental; posicionar adequadamente o RN; utilizar estratégias promotoras do conforto como a contenção e a sucção não nutritiva; evitar manipulações excessivas, agrupando cuidados; falar num tom de voz suave e baixo; promover o toque positivo (toque de contenção, aconchego, colo, massagem, etc.); respeitar os ciclos de sono/vigília do RN; ensinar os pais sobre o padrão de sono e medidas de conforto, etc. Considero estas intervenções fundamentais em todos os cuidados que desenvolvi, sendo uma prioridade no cuidar ao RN.

Em ato de reflexão, considero que todos os objetivos propostos foram atingidos. Reconheço que iniciar o meu percurso de prática clínica pelo serviço de neonatologia, foi uma mais-valia para os próximos campos de estágio e também para a minha formação profissional, enquanto futura EESIP, pois através de momentos de reflexão proporcionadas pelas tutoras, sobre as competências inerentes ao enfermeiro especialista e prática baseada na evidência, foi-me possível ter uma noção muito clara sobre o papel do EESIP numa unidade de cuidados neonatais. Penso que o maior desafio que enfrentei nas primeiras semanas foi “encontrar o meu lugar” como aluna de mestrado e especialidade e futura EESIP. Rapidamente reconheci que um enfermeiro especialista, neste caso, deve ser capaz de traspor todos os conhecimentos teóricos aprofundados em contexto de formação teórica, para a prática clínica e ser capaz de avaliar e reconhecer os seus resultados no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados, implementando novas normas, incentivando novas pesquisas. Deve ainda apresentar competências de liderança e gestão de cuidados, sendo capaz de fundamentar e justificar a sua prática com segurança.

Para o conhecimento da estrutura física e organizacional, e integração na dinâmica da equipa multidisciplinar, foi essencial o acolhimento efetuado no serviço, a descrição e observação da estrutura física da unidade, conhecer os recursos materiais e suas finalidades, assim como a sua localização. Nesta perspetiva, foi-me realizada uma visita guiada pelo serviço no primeiro dia, onde tive a possibilidade de observar a estrutura geral do serviço de neonatologia, compreender a dinâmica e as formas de trabalho praticadas em contexto da prestação de cuidados e identificar as patologias e problemas de saúde mais frequentes dos RNs

que recebem. Tive oportunidade de trabalhar e aprender com uma equipa focada, e que assume o compromisso de prestar cuidados de qualidade, baseados em evidência científica atualizada, o que foi fundamental para a minha prática como futura EESIP.

No sentido de desenvolver competências relacionais e comunicacionais, promovendo a vinculação parental através da participação dos pais nos cuidados prestados ao RN, ao longo do estágio tive a oportunidade de participar no planeamento e prestação de cuidados adequados ao RN, promovendo o seu desenvolvimento bem como o envolvimento dos pais. Desta forma, foi-me permitido realizar diversos ensinamentos, nomeadamente relativamente aos cuidados de higiene, método canguru, amamentação e métodos não farmacológicos de alívio da dor e desconforto no RN, tendo por base a individualidade de cada bebé e da sua família, respeitando os seus conhecimentos, crenças e valores. A partilha de conhecimentos e experiência e a integração dos pais na equipa multidisciplinar de cuidados ao RN, deve fazer parte da nossa prática diária como EESIP, e em concreto, no contexto de Neonatologia ainda mais, por ser a primeira vez que muitos destes pais se deparam com o choque associado a prematuridade e ao tão falado “luto do bebé idealizado” (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). O parto prematuro é considerado uma alteração drástica no equilíbrio e dinâmica familiar. Os pais experimentam um conjunto de sentimentos de culpa e medo provocados pelos riscos associados à prematuridade, afetando diretamente a vinculação entre os pais e o bebé. O enfermeiro tem um papel privilegiado para a promoção desta vinculação, por ser o profissional de saúde mais próximo do RN e da família, e pelos conhecimentos aprofundados que lhe são conferidos. É nosso dever realizar ensinamentos e partilhar ao máximo o nosso conhecimento, de modo a dar segurança e autonomia aos pais.

Durante este ensino clínico, aprofundei conhecimentos teóricos e práticos sobre o método canguru, não só em contexto de estratégia promotora da vinculação, mas também como estratégia não farmacológica do alívio da dor do RN. Consiste em colocar o RN, hemodinamicamente estável em contato direto pele-a-pele sobre o tórax materno ou paterno, promove o equilíbrio entre os sistemas tátil, propriocetivo, visual e auditivo e protege o RN da estimulação nociva (Johnston et al., 2017). O papel do enfermeiro consiste em providenciar toda a informação e apoio aos pais sobre esta técnica, supervisionar e procurar detetar as dificuldades sentidas pelos pais, bem como encontrar soluções junto dos mesmos. Ao longo do estágio tive a oportunidade de acompanhar a evolução de dois gémeos prematuros, que me tocaram essencialmente pelo impacto notório do método Canguru na confiança e autonomia dos pais nos cuidados, sendo evidente a evolução ao longo do tempo em que os acompanhei.

A experiência de dor no período neonatal afeta não só o número de células cerebrais e conexões entre elas, mas também a forma como essas conexões são realizadas. O choque e o stress que o RN pré-termo experimenta na adaptação ao meio extrauterino podem causar rutura dos capilares da região peri ventricular, que é onde se desenvolvem e originam novas células cerebrais que posteriormente migram para formar o córtex cerebral responsável pela inteligência, aprendizagem da linguagem, comportamento e personalidade, destacando o impacto da dor provocada por procedimentos dolorosos indispensáveis a sobrevivência destes RNs (Batton et al., 2006; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Um dos meus objetivos específicos para este estágio incide sobre esta temática, pois considero que o controlo da dor e promoção do conforto do RN, deve ser uma prática presente em todos os cuidados prestados. Neste sentido, consultei procedimentos operativos do serviço e aprofundei conhecimentos sobre as estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor e do stress ao RN com a realização de uma formação em serviço aos colegas (Apêndice I). Ao longo do ensino clínico, tive oportunidade de propor algumas destas medidas, nomeadamente as não farmacológicas durante a realização de procedimentos dolorosos, observando, na maioria dos casos, a sua eficácia (Apêndice I e II).

A imaturidade neurofisiológica do RN prematuro traduz-se numa maior sensibilidade aos estímulos do ambiente, como por exemplo, a luz, o som e a atividade (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018). No sentido de minimizar hiperestimulação que causa desconforto e stress no RN, é importante a adequação de medidas neuroprotetoras, de modo a oferecer a continuação de um desenvolvimento harmonioso do bebé que nasce antes do tempo. Deste princípio, emerge a importância de assegurar cuidados centrados no desenvolvimento ao RN. Por conseguinte, é da competência do EESIP, ter presentes conhecimentos específicos sobre o neurodesenvolvimento do RN doente e pré-termo, adequando os cuidados a sua capacidade neurológica, e para isso, é importante reconhecer os sinais que o RN nos dá (Als, 2015; Oliveira & Albuquerque, 2023).

Para desenvolver competências sobre os cuidados com a pele do RN, procurei perceber quais os cuidados implementados no serviço junto da equipa, tendo a oportunidade de acompanhar o caso de um RN internado por Sepsis, que se encontrava a fazer soroterapia com glicose a 10% através de um acesso venoso no dorso da mão, que acabou por extravasar e provocar uma lesão com tecido necrosado. Este bebé foi acompanhado pela equipa em regime de hospital de dia no serviço, para realização do tratamento a ferida. Seguir este caso, tendo durante o internamento como depois da alta, foi crucial para perceber quais os principais

cuidados com a pele do RN, quais os cuidados com acessos venosos periféricos e quais as suas principais complicações, e também permitiu compreender a fisiogênese e a evolução deste tipo de lesões em RNs.

Propus-me a realizar uma atividade, que de alguma forma deixasse um contributo no serviço, e em conjunto com as orientadoras clínicas e tendo em conta o meu gosto pessoal e área de interesse, emergiu a realização de uma ação de formação sobre “Estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor e desconforto no RN” (Apêndice I), que culminasse numa proposta de implementação de um standard europeu de cuidados de saúde ao RN “Suporte durante procedimentos dolorosos e avaliação da dor”. Considero esta atividade fundamental para a minha prática clínica como futura EESIP, uma vez que o principal objetivo do projeto “european standards of care for newborn health” é, garantir cuidados equitativos e de alto nível em toda a Europa, facilitando e harmonizando os cuidados neonatais, contando com centenas de profissionais especializados que garantem prática baseada na evidencia mais recente (European Standards of Newborn Care, 2022). No decorrer da minha proposta de implementação deste standard, foi elaborado um folheto destinado aos pais (Apêndice II), uma Check list de ensinamentos a realizar aos pais sobre esta temática (Apêndice III), tornando-nos nossos parceiros no cuidado, deixando o desafio de esta ser parametrizada no programa Sclinico para que mais tarde seja devidamente auditada, e a ação de formação aos profissionais sobre esta temática.

Para além dos objetivos estabelecidos, tive ainda a oportunidade de explorar as competências ortomórficas do RN e as técnicas de introdução da alimentação oral executadas no serviço, temática que me despertou interesse, através do acompanhamento da evolução de alguns prematuros, desde a chegada a unidade de neonatologia, passando pela apresentação dos primeiros sinais de prontidão, as primeiras sucções na “chupeta”, o desmame da sonda nasogástrica e treino de tetina, até ao estabelecimento da alimentação oral e amamentação. Neste sentido, fui incentivada também pelas tutoras a procurar evidência do procedimento mais adequado para o início da introdução oral nestes RN.

O RNPT, nomeadamente entre as 32 e 37 semanas de idade gestacional, apresentam imaturidade neurológica, tônus muscular diminuído, imaturidade do centro respiratório, reflexos orais e globais diminuídos e, conseqüentemente, dificuldade de alimentação. Estas dificuldades conduzem, geralmente, à necessidade da utilização de uma alimentação enteral, através de sondas nasogástrica (SNG) ou orogástrica (SOG). Para que a transição da alimentação de sonda gástrica para a via oral ocorra de forma adequada, é essencial que sejam

observados comportamentos específicos no bebê, tendo em atenção reflexos orais, nomeadamente, reflexos de mordida, vômito, procura, sucção e deglutição (Brantes & Curado, 2023). Segundo Xavier (1995), antes de iniciar a alimentação oral, o bebê precisa de ter um desempenho adequado em vários itens, nomeadamente, coordenação adequada da respiração, mas também demonstrar prontidão para a mamada, força de sucção e ritmo estabelecidos, movimentos de língua adequados, permanecer em sucção, pelo menos de 12 a 15 minutos, apresentar os membros em direção à linha média, ao ser posicionado, e praticamente ausência de stresse (Brantes & Curado, 2023; Trigo, 2015; Xavier, 1995).

Concluindo, foi com enorme dedicação e assertividade que realizei este estágio. Tenho consciência que desenvolvi um bom trabalho durante este período de estágio, não só pelos reforços positivos que me foram dados, mas também pela exigência, que incuti em mim mesma. Esforcei-me bastante para que tudo corresse bem e penso que o consegui. Deste modo, a apreciação que eu faço deste estágio é bastante positiva, e considero que para além de ter atingido os meus objetivos, tive a oportunidade de vivenciar experiências e aprendizagens essenciais no meu crescimento e enriquecimento enquanto futura EEESIP. Por conseguinte, este estágio, foram momentos de oportunidade para que pudesse adquirir, desenvolver e cimentar competências e conhecimentos anteriormente adquiridos na formação teórica do curso e configurou-se num espaço oportuno para que pudesse mobilizar os conhecimentos anteriormente adquiridos. Proporcionou-me ocasiões para a aplicação na prática de competências técnicas e resultou na oportunidade de realização de uma reflexão crítica, pois só refletindo na ação e para a ação é que nos podemos transformar em profissionais reflexivos e com vontade de crescer continuamente.

2. Estágio de Internamento de Pediatria

2.1.Contextualização

O estágio no Serviço de Pediatria de uma ULS da região centro de Portugal, decorreu entre 28 de outubro de 2024 e 6 de dezembro de 2024, totalizando 120 horas distribuídas por 15 turnos de 8 horas. Este estágio teve como principal objetivo a consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEESIP, promovendo um aprofundamento teórico-prático dos cuidados prestados à população pediátrica.

O Serviço de Pediatria presta assistência a crianças e jovens, entre os 28 dias de vida e os 18 anos menos um dia, abrangendo as áreas da medicina e da cirurgia pediátrica. A equipa de enfermagem é composta por 12 elementos, dos quais 7 são EEESIP. É assegurado que, em cada turno, estejam presentes duas enfermeiras, independentemente de terem especialidade, e uma assistente operacional.

A unidade dispõe de 10 enfermarias, das quais uma está destinada ao isolamento, equipada com uma adufa para garantir um ambiente seguro e controlado. As enfermarias são organizadas conforme a idade e as necessidades dos doentes, disponibilizando camas ou berços adequados. O serviço conta ainda com gabinetes médicos, a sala de enfermagem, uma sala de preparação de medicação, uma sala de tratamentos e duas copas, uma para os profissionais e uma copa para a preparação de refeições e lanches destinados às crianças.

Para a realização deste estágio foram previamente definidos objetivos específicos, tendo em consideração as oportunidades de aprendizagem que o serviço oferece, bem como os meus objetivos e gosto pessoal de estudo para esta área em específico. São eles: Compreender e refletir sobre o papel do EEESIP na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e à sua família no contexto de internamento de Pediatria; Desenvolver competências que permitam a assistência especializada à criança/jovem e à sua família no pré e pós-operatório, bem como em contexto de doença crónica e aguda de acordo com as competências do EEESIP; Desenvolver competências que contribuam para a promoção da adaptação da criança/jovem e sua família ao processo de doença aguda e hospitalização; Conhecer a estrutura física e organizacional, e integrar a dinâmica da equipa multidisciplinar do Serviço de Pediatria; Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre a avaliação, prevenção e controle da dor na criança/jovem; Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre a Escala de Alerta precoce BPEWS-PT; Desenvolver competências relacionais e

comunicacionais, promovendo a parceria de cuidados com a criança/jovem e com a sua família em contexto de internamento em pediatria; Conhecer as atividades desenvolvidas em contexto de Hospital de Dia Pediátrico; Refletir sobre as competências adquiridas ou potencializadas durante o estágio.

2.1. Reflexão de Estágio

A reflexão crítica na prática de enfermagem é fundamental para a melhoria contínua dos cuidados, permitindo ajustar intervenções e comportamentos de acordo com as necessidades da criança e da sua família. Durante o meu estágio no serviço de pediatria, a promoção de momentos de análise sobre os cuidados prestados, incentivados pelas tutoras, contribuiu para a aquisição e consolidação de competências.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019) define o enfermeiro especialista como um profissional com conhecimento aprofundado numa área específica, com elevada capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão fundamentada. Sendo que o EEESIP, deve demonstrar competências instrumentais, interpessoais e sistémicas, importantes para a prestação de cuidados diferenciados e de elevada complexidade à criança, ao adolescente e à sua família, assegurando uma abordagem holística e centrada nas respostas humanas à doença e aos processos de vida (OE, 2018).

A hospitalização em pediatria é um momento de grande stress, não só para a criança/jovem, como também para toda a família. Dentro do núcleo familiar, quando um filho é hospitalizado, a família vivencia uma alteração brusca de rotinas, enfrentando novas adaptações, e deste modo veem-se obrigados a desenvolver novas competências a diferentes níveis. A filosofia de cuidados em pediatria, consagra a família como um elemento fundamental e constante na vida da criança/jovem, sendo essencial que a equipa multidisciplinar a envolva, respeite e encoraje, com o objetivo de potenciar ao máximo a sua intervenção durante o internamento (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Cuidar a criança/jovem hospitalizada/o, assume, desde já, alguns pressupostos que serão essenciais na base de todo o cuidado de enfermagem, como por exemplo, a procura constante da empatia na comunicação eficaz, devidamente adaptada a idade e ao estágio de desenvolvimento e sensível à sua cultura e família (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Trabalhar em pediatria acarreta uma motivação pessoal e personalidade de características específicas, que permitem cuidados personalizados a crianças nas diferentes idades e fases de

desenvolvimento. A arte de cuidar em pediatria é muitas vezes demonstrado através de um sorriso, tom de voz doce e suave, olhar meigo e demonstrações de carinho (Diogo, 2012).

Durante a hospitalização de uma criança/jovem, um dos fatores mais importantes a ter em conta é o ambiente. Aos olhos de uma criança, o hospital é um local hostil, com corredores grandes, paredes brancas e descaracterizadas e pessoas desconhecidas, tornando-se ameaçador. Assim, é importante adequar o ambiente num serviço de urgência pediátrica, no sentido de se tornar um ambiente mais colorido, confortável, acolhedor, afetuoso e seguro, para que a criança/jovem e família se sintam familiarizadas, facilitando a adaptação ao serviço, e consequentemente, a recuperação da criança/jovem (Tavares, 2011).

Anne Casey foi a primeira enfermeira a abordar o conceito de parceria de cuidados em pediatria, desenvolvendo o primeiro modelo de cuidados pediátricos tendo como base, os Cuidados Centrados na Família (Casey, 1993). Este modelo realça a importância do envolvimento ativo no cuidado à criança e tem por base o respeito pela experiência dos pais, defendendo que os melhores prestadores de cuidados aos filhos são, de facto, os pais. Assim, os cuidados são planeados de acordo com a capacidade e desejo de envolvimento dos pais, colocando profissionais de saúde e os pais, ou pessoa significativa, em pé de igualdade, em que ambos negociam e planeiam cuidados em conjunto, partilhando conhecimento (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A minha integração no Serviço de Pediatria representou um desafio significativo no meu percurso, uma vez que este foi o meu primeiro contacto com um serviço de internamento pediátrico. A adaptação inicial exigiu um esforço acrescido da minha parte, para compreender a dinâmica e rotinas do serviço, e a especificidade dos cuidados prestados. No entanto, este período de integração permitiu-me desenvolver uma maior capacidade de observação, aprendizagem e adaptação, essenciais para a consolidação das minhas competências.

Ao iniciar o meu percurso no serviço, deparei-me com uma equipa de enfermagem empenhada e focada, com muita experiência na área da pediatria, o que contribui diariamente para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, promovendo a parceria de cuidados com a família. Na minha perspetiva, a equipa desenvolve um trabalho excelente, de forma homogénea, no sentido de integrar os pais/família nos cuidados, reforçando a importância da sua participação ativa na recuperação da criança/jovem. O serviço conta com procedimentos operativos atualizados sobre as mais variadas temáticas, baseados em evidência científica detalhada e atualizada, validando as competências do EEESIP.

Quando uma criança/jovem tem de ser sujeita a um internamento hospitalar, o acompanhamento dos pais/cuidadores é um fator importante para assegurar conforto, segurança e redução do medo e ansiedade da criança/jovem. A carta dos direitos da criança hospitalizada, criada em 1988, consagra que “uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado”. Assim, a criança/jovens até aos 18 anos, tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, sendo que jovens com mais de 16 anos, podem designar a pessoa acompanhante ou prescindir dela (IAC, 2009). Os pais/acompanhantes têm ainda o direito de usufruir de forma gratuita das refeições das instituições onde a criança/jovem se encontra internada.

O serviço de pediatria, disponibiliza um guia de acolhimento ao serviço que é fornecido em formato de papel, aos pais/acompanhantes no ato de admissão e acolhimento no serviço. O serviço permite a presença contínua de um acompanhante maior de 18 anos, com critérios preferenciais para permanência noturna, como mães em fase de amamentação ou crianças em pós-operatório nas primeiras 48 horas. Os acompanhantes têm direito a refeições gratuitas desde que permaneçam com a criança por um período mínimo de seis horas e estejam presentes no momento da refeição.

A metodologia de registo utilizada pela equipa multidisciplinar é através da plataforma SClinico, um sistema de registo informatizado, que permite a utilização de linguagem classificada com base na CIPE. A implementação deste sistema no serviço de pediatria otimiza a comunicação entre os profissionais de saúde e contribui para a prestação de cuidados mais seguros, organizados e eficientes.

É importante destacar o rigor e a precisão com que a equipa de enfermagem realiza os registos, garantindo uma comunicação eficaz na transferência de informação no momento de transição de cuidados. Pude comprovar que esta equipa trabalha de forma uniforme e homogênea, contribuindo diretamente para a qualidade e segurança da assistência à criança/jovem e à sua família.

Para o conhecimento da estrutura física e organizacional, bem como da dinâmica da equipa multidisciplinar do serviço, o acolhimento inicial foi fundamental. No primeiro dia de estágio, foi realizada uma visita guiada ao serviço, proporcionando uma visão global do internamento pediátrico, das suas especificidades e das rotinas de trabalho, permitindo-me familiarizar com os recursos materiais, a sua localização e finalidade.

Este estágio no serviço de pediatria, foi também o meu primeiro contacto com a Escala de Alerta Precoce Pediátrica Brighton Pediatric Early Warning Score – Portugal (BPEWS-PT), pelo que, desde início, despertou a minha atenção e interesse, sentindo necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a mesma, e por isso, no sentido de aprofundar conhecimentos teóricos e práticos, identifiquei o máximo de oportunidades de aprendizagem que o serviço oferecia, realizando em paralelo, pesquisa sempre que necessário para fundamentar a prática clínica.

A Escala de Alerta Precoce Pediátrica BPEWS-PT consiste num sistema de atribuição de pontos de acordo com parâmetros fisiológicos, que permite identificar os sinais de alerta de deterioração clínica da criança hospitalizada, com o objetivo de reduzir a morbilidade e mortalidade, atuando atempadamente. Avalia parâmetros fisiológicos, nomeadamente alterações a nível neurológico, cardíaco e respiratório, no sentido de identificar e classificar o risco clínico. Cada parâmetro é pontuado de 0 a 3, e o somatório determina a gravidade. Em seguida, dependendo do score da escala, é aplicado um algoritmo no sentido de orientar a frequência de monitorização e intervenções necessárias. Este protocolo é adaptado as diferentes faixas etárias e está incluído nas rotinas de registo diários, para que todos os membros da equipa multidisciplinar tenham acesso à informação.

Diversos estudos sugerem que a Escala de Alerta Precoce Pediátrica BPEWS é um bom instrumento preditor de deterioração clínica, ajudando na tomada de decisão, uma vez que pontuações mais altas na escala, estão diretamente relacionadas com maior risco de complicações e necessidade de cuidados intensivos (Mills, 2021; Gawronski et al., 2022). Esta eficácia depende significativamente dos registos efetuados, para que se verifique uma boa comunicação entre os membros da equipa multidisciplinar, reduzindo erros na identificação de sinais de alerta (Rosman, 2022). Deste modo, há outros estudos que a aplicação desta escala contribui também para melhoria na comunicação entre profissionais, organização da equipa e segurança do doente, sendo imperativa a formação contínua dos profissionais de saúde sobre esta temática (Sridhar et al., 2020; Reuland et al., 2023). Considero que, a implementação desta escala permite uma melhor sistematização dos cuidados em contexto de internamento, auxiliando a equipa na tomada de decisões cada vez mais baseada na evidência, seguindo *guidelines* pré-definidas e procedimentos operativos, adaptados à realidade de cada país e hospital, proporcionando a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Desde o início do meu percurso de estágio no serviço de pediatria, que a área do pré e pós-operatório, despertou-me interesse pela maneira única como as crianças vivem e sentem

este processo. As crianças são mais suscetíveis a sofrer com a ansiedade peri-operatória, devido a uma menor capacidade para lidar com o abstrato, gerir a ansiedade e dominar as suas emoções. Em cada faixa etária, existem medos considerados normais, e outros que variam de criança para criança. Os principais fatores responsáveis pelo medo e ansiedade pré-operatória na criança são: a separação da família e do seu ambiente, a perda de controlo devido ao ambiente desconhecido, a incerteza relacionada com a anestesia e pós-operatório, e a dor relacionada com os procedimentos (Brázio, 2014; OE, 2008).

Ao longo do estágio, o procedimento cirúrgico com o qual tive mais contacto foi a circuncisão, em rapazes aproximadamente entre os 7 e os 10 anos. Reconhecendo que cada criança é única, também a forma como encara este processo varia, e por isso a abordagem da equipa multidisciplinar deve ser o mais adaptada possível as características e necessidades individuais de cada criança. A melhor maneira para reduzir o medo e a ansiedade peri-operatória, é investir na preparação da criança e da família para a cirurgia, tendo em conta as particularidades únicas de cada um, uma vez que a criança vai sempre ter mais medo do desconhecido do que daquilo que conhece. Ao refletir com as tutoras e restantes elementos na equipa de enfermagem, propus-me a elaborar Cartões Didáticos ilustrados (Apêndice IV) sobre o pós-operatório de uma circuncisão, com o objetivo de serem utilizados na preparação pré-operatória, no sentido de reduzir o medo e ansiedade da criança e assim aumentar a confiança e colaboração com a equipa multidisciplinar.

Para a elaboração deste trabalho, foi elaborada uma pesquisa sobre a circuncisão em pediatria, sobre medo e ansiedade das crianças/jovens face a cirurgia e como pode influenciar a colaboração e recuperação no pós-operatório e também sobre estratégias para aliviar o medo e a ansiedade face à cirurgia em pediatria. A circuncisão é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção total ou parcial do prepúcio, que é a pele que protege e cobre a glande. Este procedimento é indicado para tratamento de fimose, que é a incapacidade de retrair o prepúcio e expor a glande, para correção da parafimose, e tratamento de balanopostite recorrente. Um estudo realizado num hospital em Mangalore, uma cidade na Índia, comprovou a eficácia da utilização de um livro ilustrado na redução da ansiedade pré-operatória entre as crianças com idades entre os 6 e os 12 anos, utilizando a escala de avaliação da ansiedade de Hamilton (Noronha & Shanthi, 2015).

Durante este estágio, fui-me apercebendo de que um dos fatores mais favoráveis à ansiedade no pós-operatório imediato de uma circuncisão, é o aspeto do pénis, que por sua vez está mais edemaciado, por vezes com uma coloração arroxeada, friável e com material de

sutura, e claro, o medo da dor. Neste sentido, elaborei 8 cartões (Apêndice IV) com imagens e linguagem honesta, simples e clara, no sentido de dar a conhecer à criança/jovem e família, qual vai ser o aspeto do pénis, que é normal sentir dor, como é que podem colaborar com a equipa para reduzir a dor, quais os sinais de alarme e quais os cuidados a ter depois da cirurgia.

Ao longo das semanas de estágio, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a crianças com doença crónica já previamente diagnosticada, internadas por complicações associadas à doença de base ou por outros motivos. O impacto da doença crónica na criança/jovem e sua família, depende de vários fatores, como por exemplo o diagnóstico em si, as especificidades da doença crónica, aspetos vivências relacionados com a adaptação psicossocial, características particulares de cada criança/jovem e também contexto cultural da família (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A Organização Mundial de Saúde (OMS), define doença crónica e incapacitante, de acordo com alguns critérios, como características e permanência da doença, e também resultados de incapacidade ou défices residuais, posteriormente expressos em maior ou menor necessidade de cuidados e supervisão de saúde (OMS, 2018). A minha intervenção, enquanto futura EESIP, junto destas crianças/jovens e família, centrou-se na capacitação da família, aproveitando todas as oportunidades de ensino, uma vez que estes assumem, muitas vezes, o papel de cuidadores informais, e atividades promotoras de esperança, planeando os meus cuidados de forma altamente individualizada, tendo em conta a situação clínica da criança/jovem, as especificidades da doença e a capacidade e vontade de participar na prestação de cuidados e tomada de decisão, por parte da família.

A dor em pediatria é uma temática que me foi despertando interesse crescente ao longo das aulas teóricas do mestrado, o que levou à necessidade de aprofundamento dos meus conhecimentos práticos e teóricos sobre a avaliação, prevenção e controlo da dor em contexto de internamento em pediatria. A dor é um mecanismo de alerta muito importante para a nossa sobrevivência, por ser um fenómeno multidimensional que envolve componentes fisiológicas, sensoriais, cognitivos, comportamentais e espirituais (Merskey & Bogduk, 1994). Em qualquer idade, a dor não tratada, pode ter efeitos a longo prazo. Por exemplo, após uma cirurgia, o tratamento inadequado da dor, pode aumentar o número de complicações no pós-operatório, atrasando a recuperação e está associado ao aparecimento de dor crónica pós-cirúrgica (Batalha, 2010; Williams et al., 2017).

Durante a hospitalização em pediatria, a prevalência de dor aguda é muito elevada, podendo ter origem na própria situação clínica, procedimentos invasivos resultantes de terapêuticas instituídas ou cirurgia (Fernandes et al., 2012). Deste modo, a dor deve ser

prevenida e tratada adequadamente desde os primeiros contactos da criança com os serviços de saúde. O primeiro passo para o adequado controle da dor, é a sua prevenção, ao intervindo antecipadamente aquando de procedimentos ou eventos potencialmente dolorosos, como é o caso da punção venosa, colheitas de sangue e cirurgias. Estas intervenções devem ser então seleccionadas de acordo com a origem e intensidade da dor, idade e situação clínica da criança (Lim & Godambe, 2017).

Tão importante como o tratamento da dor, é também a sua avaliação sistemática, seja esta por autorrelato, seja por heteroavaliação. Para que seja realizada uma correta avaliação da dor em pediatria, devem ser utilizadas escalas validadas para a idade e condição clínica, devendo ser utilizada repetidamente a mesma escala para a mesma criança, no sentido de haver termo de comparação, quando queremos perceber qual a medida de controlo a aplicar e avaliar a sua eficácia (DGS, 2010; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Durante o meu percurso no Serviço de Pediatria, procurei pôr em prática os conhecimentos teóricos adquiridos através de pesquisa da evidência, mas recente sobre a temática da dor em pediatria, adaptando as escalas de avaliação da dor à idade e ao desenvolvimento da criança/jovem, e as medidas de prevenção e alívio da dor à situação da criança/jovem e as suas próprias características.

Como já foi dito anteriormente, a hospitalização é um evento de grande stress para a criança/jovem e também para a sua família, nomeadamente por representar uma alteração significativa das rotinas e sensação de medo e perda de controlo por ser retirada do seu ambiente e da sua casa.

Um dos documentos que apoia os direitos da criança durante a hospitalização, é a Carta da Criança Hospitalizada, criada em 1988, e adaptada por Portugal em 1995 pelo instituto de Apoio à Criança (IAC). Esta enuncia 10 artigos, que todos os serviços de saúde devem respeitar aquando do cuidado à criança/jovem hospitalizado. Neste sentido, os internamentos em pediatria devem ser evitados ao máximo, priorizando cuidados no domicílio, em regime de ambulatório, sempre que possível (IAC, 2009). O Serviço de Pediatria conta com um regime de Hospital de Dia, que salvaguarda, entre outras situações, a administração de terapêutica endovenosa, após o internamento, em que a criança leva o acesso venoso para o domicílio, e os pais estão completamente autónomos no cuidado à criança, no sentido de reduzir o tempo de internamento e proporcionar uma recuperação mais rápida e harmoniosa.

Em ato de reflexão, considero que este estágio, representou um grande desafio no meu percurso, pondo à prova a minha capacidade de adaptação de maneiras diferentes ao longo do mesmo. Apesar de alguns contratempos a nível pessoal, faço um balanço positivo desta

experiência, pois considero há sempre coisas novas para aprender e que os desafios como este me fazem crescer como pessoa e como profissional. Sem dúvida que foi essencial para o meu crescimento enquanto futura enfermeira de saúde infantil e pediátrica. A oportunidade de realizar esta reflexão crítica, é também, para mim, um momento de confronto entre a prática e a evidencia, sendo uma grande oportunidade de crescimento e aprendizagem, pois é através da reflexão sobre a prática e em função dela que podemos evoluir enquanto profissionais críticos, comprometidos com a aprendizagem contínua e o desenvolvimento constante.

3. Estágio de Urgência Pediátrica

3.1.Contextualização

O estágio no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do de uma ULS da região centro de Portugal, decorreu entre 9 de dezembro de 2024 e 31 de janeiro de 2025, com uma pausa entre 23 de dezembro e 1 de janeiro, totalizando 120 horas, distribuídas por 15 turnos de 8 horas. Este estágio teve como objetivo a consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, proporcionando uma experiência imersiva na abordagem ao doente pediátrico em contexto de urgência.

O SUP tem como finalidade o atendimento urgente e emergente de crianças doentes desde o nascimento até aos 18 anos menos 1 dia, funcionando diariamente entre as 08h00 e as 00h00, encerrando no período noturno. A equipa de enfermagem é constituída por 10 enfermeiras, das quais 6 são especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, além de um elemento escalado simultaneamente para o internamento de pediatria e para a urgência pediátrica, igualmente especialista.

Para a realização deste estágio, foram definidos, com a ajuda das enfermeiras tutoras, alguns objetivos específicos, de acordo com as oportunidades de aprendizagem que o serviço oferece e com o meu gosto pessoal de estudo para esta área em específico. São eles: Desenvolver competências avançadas na assistência à criança/jovem em situações de urgência/emergência, promovendo uma prática de enfermagem baseada na evidência e focada na qualidade e segurança dos cuidados; Conhecer a estrutura física e organização do Serviço de Urgência Pediátrica; Integrar a equipa multidisciplinar, contribuindo ativamente para o cuidado colaborativo e para a melhoria contínua dos processos e da comunicação em situações críticas; Refletir sobre o papel do enfermeiro no serviço de urgência pediátrica, destacando as competências específicas necessárias, como a tomada de decisão em situações críticas e priorização de cuidados; Promover uma abordagem centrada na família, estabelecendo uma parceria eficaz com os pais/família ou cuidadores, reconhecendo o seu papel central no cuidado da criança/jovem; Promover uma relação de empatia e comunicação eficaz com o utente pediátrico; Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlo da dor em contexto de urgência pediátrica; Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre os sistemas de triagem utilizados no serviço de

urgência pediátrica, como o Sistema de Triagem de Manchester, com foco em critérios clínicos e níveis de prioridade; Desenvolver iniciativas alinhadas com os valores, visão e missão do serviço (como a criação de protocolos, posters ou projetos de formação); Refletir sobre as competências adquiridas ou potencializadas durante o estágio, utilizando a reflexão na e sobre a ação como forma de melhoria contínua de cuidados.

3.2. Reflexão de Estágio

A adoção de uma abordagem crítico-reflexiva na prática de Enfermagem é fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Criar momentos diários de reflexão com as tutoras e restantes elementos da equipa, sobre a prática clínica, facilitou significativamente a aquisição e consolidação de conhecimentos ao longo do estágio.

A OE define o enfermeiro especialista como um profissional detentor de conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, com uma compreensão abrangente das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Este nível avançado de especialização traduz-se na capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão sustentada, refletindo-se num conjunto de competências diferenciadas e direcionadas para uma área específica de intervenção (OE, 2019). No contexto da Saúde Infantil e Pediátrica, o Enfermeiro Especialista é reconhecido como um profissional com competências instrumentais, interpessoais e sistémicas que lhe permitem prestar cuidados de elevada complexidade à criança, ao adolescente e à família, tendo como foco as respostas humanas à doença e às transições ao longo do ciclo de vida (OE, 2018).

A Direção Geral de Saúde (DGS) (2001), define urgência como todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até as graves, com risco de estabelecimentos de falência de funções vitais. Enquanto, o conceito de emergência abrange todas as situações clínicas de início súbito, em que está iminente ou já está estabelecido, o compromisso de uma ou mais funções vitais.

Os serviços de Urgência Pediátrica, garantem de forma célere, o atendimento e tratamento quando uma situação clínica se instala subitamente, e destinam-se também a crianças/jovens doentes que necessitem de cuidados não acessíveis em cuidados de saúde primários, tornando-se a porta de entrada direta da maioria dos utentes em idade pediátrica nos hospitais, no entanto, constata-se uma utilização excessiva e desadequada, ao ser privilegiada,

em detrimento dos cuidados de saúde primários, sendo acedida de uma forma direta e generalizada pelos utentes.

As crianças/jovens são seres com características únicas em constante desenvolvimento, e esse facto deve se refletir em cada intervenção e serviço que lhe preste cuidados de saúde. As crianças não podem ser vistas como adultos em miniatura, de quem se espera uma atitude de colaboração com os profissionais na execução de procedimentos invasivos diversos e não invasivos. Sendo completamente diferentes dos adultos, as características fisiológicas e emocionais de uma criança, assim como as suas capacidades cognitivas e de compreensão, alteram-se com o seu crescimento e desenvolvimento, bem como as suas necessidades físicas, que se agudizam em situação de doença e de stress, sendo mais vulneráveis, necessitando assim de mais proteção. Este pressuposto marca a complexidade e especificidade de um SUP, e dos cuidados que são prestados pelos profissionais de saúde (Hockenberry & Wilson, 2011).

A minha adaptação ao serviço foi harmoniosa, pois fui acolhida com uma postura de recetividade, respeito, flexibilidade e colaboração por parte das tutoras e de toda a equipa. Sendo uma realidade de trabalho totalmente diferente das realidades com o qual tinha tido contacto anteriormente, quer em contexto de estágio, quer profissionalmente. Procurei em primeiro lugar conhecer a estrutura física e funcional do serviço, e posteriormente, perceber como aplicar os meus conhecimentos teóricos e práticos ao funcionamento de um SUP, com vista a melhoria continua da prestação de cuidados de enfermagem, baseando a prática na evidência.

A estrutura física do SUP compreende: 1 sala de triagem, onde fica um enfermeiro responsável durante todo o turno, fundamental para a priorização dos atendimentos; Gabinetes de observação médica; Sala de observação, equipada com fontes de oxigénio e vácuo, equipamentos para avaliação de frequência cardíaca e saturação de oxigénio; Sala de reanimação, dotada de equipamentos e materiais que deem resposta a crianças em situação de emergência; Sala de tratamentos/Sala de pequena cirurgia; 3 Enfermarias que funcionam como unidades de internamento de curta duração, sendo dotadas de equipamentos de avaliação e monitorização de sinais vitais, rampas de oxigénio e fontes de vácuo para aspiração, que permitem a observação clínica, vigilância do risco de agravamento da doença, avaliação por outras especialidades e instituição de tratamentos de curto prazo; 3 Balcões, espaços de espera dentro do serviço, em que as crianças são divididas de acordo com a patologia que a apresentam com o objetivo de promover o controlo de infeção cruzada no serviço; Outras salas como a sala

de enfermagem, sala de preparação de terapêutica, copa, sala de limpos e sala de sujos e salas de armazenamento de equipamentos e materiais.

A equipa de enfermagem que integra este serviço caracteriza-se pelo seu elevado compromisso e foco na qualidade dos cuidados prestados, assegurando uma prestação de cuidados seguros e de qualidade. A sua atuação reflete a validação contínua das competências do EEESIP, garantindo intervenções baseadas na melhor evidência disponível e na promoção do bem-estar da criança e da sua família. A dinâmica organizacional do serviço prevê a presença de duas a três enfermeiras por turno, cuja distribuição de funções é ajustada em função da equipa disponível. Nos turnos em que estão apenas duas enfermeiras, uma assume a responsabilidade pela triagem, assegurando a classificação e priorização dos doentes, enquanto a outra gere simultaneamente a prestação de cuidados nos três balcões de espera e nas enfermarias do SO. Quando há um terceiro elemento na equipa, este dedica-se exclusivamente à assistência nos três balcões de espera, otimizando a resposta às necessidades emergentes da população pediátrica. A equipa de enfermagem conta ainda com uma assistente operacional por turno, cuja intervenção é fundamental para a gestão eficiente dos recursos e para o suporte às atividades assistenciais.

Este modelo de organização e distribuição de funções permite uma resposta eficaz às exigências do serviço, garantindo a prestação de cuidados diferenciados, seguros e humanizados, essenciais na abordagem ao doente pediátrico em contexto de urgência.

A equipa multidisciplinar utiliza um sistema de registo informatizado, recorrendo à plataforma SClinico, que permite o registo dos cuidados de enfermagem com base na CIPE. A disponibilidade da informação em tempo real facilita a tomada de decisão, promove a continuidade e qualidade dos cuidados e otimiza a comunicação e articulação entre os diferentes profissionais da equipa de saúde, garantindo uma abordagem mais integrada e eficiente no planeamento e execução das intervenções de enfermagem.

Uma das grandes particularidades de um SUP, é a triagem. A triagem em pediatria é caracterizada por um processo de avaliação rápida das crianças doentes, assim que chegam ao hospital, baseado no olhar crítico e na queixa apresentada. Em Portugal, a triagem é da responsabilidade dos enfermeiros, estes devem desenvolver um conjunto de competências para que o seu desempenho seja eficaz num contexto muitas vezes caótico, devido a elevada afluência de doentes. Segundo o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018), os enfermeiros detentores desta especialidade estão habilitados a prestar cuidados à criança/jovem em situação de especial complexidade, como é

o caso da triagem, pelo que, tendo o curso de triagem de Manchester, devem ser estes a assumir esta função. A triagem assegurada por enfermeiros, assegura a humanização do acolhimento do utente e da sua família em contexto de urgência, diminuindo os sentimentos de ansiedade, agressividade ou impaciência.

O sistema de triagem utilizado no SUP da ULS Cova da Beira, é o Sistema de Triagem de Manchester (STM). O STM baseia-se na identificação da queixa principal do utente, seguindo-se a aplicação do fluxograma de decisão correspondente. Este sistema integra 52 fluxogramas distintos, dos quais sete são específicos para a população pediátrica e dois para cenários de catástrofe. A partir da queixa referida ou observada, o enfermeiro procede à seleção do fluxograma mais adequado, o qual está estruturado por um conjunto de discriminadores, que podem ser gerais e específicos, isto é, critérios clínicos que permitem estratificar os utentes de acordo com a prioridade clínica atribuída. A triagem deve ser realizada num período máximo de dois a cinco minutos, sendo a prioridade clínica definida pelo primeiro discriminador que obtenha uma resposta positiva ou não possa ser excluído. É importante que o enfermeiro, durante o momento de triagem, explique o procedimento ao utente e à família, informando que o atendimento é feito por gravidade e não por ordem de chegada (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; Ponce, 2006).

No que se diz respeito aos níveis de prioridade, o STM contempla seis categorias, identificados por um número, nome, cor e tempo alvo para a observação inicial, em que o vermelho corresponde a uma urgência emergente e o tempo alvo é de 0 minutos; o laranja corresponde a uma urgência muito urgente e o tempo alvo são 10 minutos; o amarelo é Urgente e o tempo alvo são 60 minutos, o verde corresponde a uma urgência pouco urgente e o tempo alvo são 2 horas (120 minutos); o azul, que é não urgente, e tem um tempo alvo de 4 horas (240 minutos); e o branco que pertence a categoria “não classificável”, que não tem um tempo alvo definido e está previsto para casos em que os utentes recorrem ao SU por indicação médica para monitorizar a evolução do tratamento. Neste âmbito, o papel do enfermeiro responsável pela triagem passa por avaliação das crianças/jovens e do seu contexto familiar, através do estabelecimento de uma comunicação empática, assertiva e humanizada, assim como o encaminhamento da criança/jovem de acordo com a avaliação feita, aplicando pensamento crítico para estabelecer prioridades num curto espaço de tempo (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Ao longo do estágio, fui-me familiarizando com o STM, que foi uma das intervenções que me despertou interesse desde início, por ser tão distinto dos outros campos de estágio por

onde tive oportunidade de passar. Sempre que o tempo o permitia, depois de cada triagem, procurei criar momentos de reflexão com as minhas tutoras, no sentido de construir um olhar crítico sobre o estado de saúde da criança/jovem em pouco tempo. Considero que este contacto com o STM, foi fundamental para o meu percurso como futura enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, pois ajudou-me a desenvolver capacidade de organização para tomar decisões rápidas com base numa colheita de uma breve observação e entrevista direcionada para pontos-chave que permitem detetar sinais subtis, indicativos de um problema mais grave.

Sem dúvida que o meu maior desafio no início do estágio foi adaptar-me ao ritmo e dinâmica, assim como à imprevisibilidade do serviço, por ser completamente diferente da minha experiência profissional, em que por turno há um número grande de crianças, dos 0 aos 18 anos, que entram e saem do serviço, e é preciso ter uma boa capacidade de adaptação a novos e diferentes casos clínicos, bem como as diferentes personalidades e fases de crescimento e desenvolvimento das crianças.

De acordo com o Regulamento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Ordem dos Enfermeiros, (Regulamento n.º 422/2018) o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, é um enfermeiro com competências instrumentais e sistémicas necessárias para a prestação de cuidados de maior complexidade à criança/jovem e sua família, tendo como foco as respostas humanas à doença e aos processos de vida, prestando cuidados em parceria com a família.

No que diz respeito aos objetivos estabelecidos para a realização deste estágio, considero que todos foram atingidos. Sem dúvida que, o meu percurso formativo ter passado por este serviço de urgência vai ser uma mais-valia para a minha formação e prática profissional, enquanto futura EESIP.

Para uma integração eficaz na dinâmica da equipa multidisciplinar e um conhecimento aprofundado da estrutura física e organizacional do serviço, o processo de acolhimento inicial revelou-se essencial. A familiarização com a disposição física da unidade, a identificação dos recursos materiais disponíveis, as suas finalidades específicas e a compreensão do fluxo assistencial constituíram elementos fundamentais para a adaptação à realidade do serviço. Neste sentido, no primeiro dia de estágio, foi-me proporcionada uma visita guiada ao serviço, permitindo uma observação detalhada da sua estrutura, da organização dos espaços e do funcionamento da equipa em contexto de prestação de cuidados. Esta experiência possibilitou a compreensão da dinâmica assistencial, dos protocolos institucionais e das estratégias de

gestão do serviço, bem como a identificação das principais patologias e problemas de saúde mais frequentemente abordados em contexto de urgência pediátrica.

Ao longo do meu percurso no Serviço de Urgência Pediátrica, procurei sempre manter uma postura crítico-reflexiva, proporcionando momentos de reflexão com as tutoras e restantes colegas do serviço, sobre casos específicos de crianças e jovens. Ao questionar a equipa e após estas 6 semanas de estágio, consegui ficar com uma ideia clara das situações mais comuns que levam as crianças/jovens à urgência, tais como a febre, problemas respiratórios, vômitos e diarreia, lesões e alterações de comportamento, nos mais crescidos. Assim, foi surgindo, ao longo do estágio, a necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos, no sentido de prestar cuidados com mais qualidade, baseado a prática na evidência.

A família é uma constante na vida da criança, sendo responsável pela prestação de cuidados em contexto de saúde e doença, representa para a criança, proteção, segurança e um modelo a seguir. A criança/jovem atendida num SUP, tem o direito de ser acompanhada por uma pessoa, que pode ser um dos progenitores, outro familiar ou uma pessoa significativa. O acompanhante da criança tem direito a informação adequada sobre a criança/jovem, nas diferentes fases do atendimento, e deve ser visto pelo profissional de saúde como um parceiro de cuidados. O cuidar em contexto de urgência pediátrica impõe um acolhimento mais humanizado através da brincadeira e adaptado a cada criança, no sentido de promover um ambiente seguro e afetuoso (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O Modelo de Parceria de Cuidados desenvolvido por Anne Casey (1993), baseia-se no reconhecimento da experiência dos pais na prestação de cuidados, considerando-os os cuidadores primordiais dos seus filhos. Este modelo enfatiza a importância do estabelecimento de uma relação terapêutica, empática e de confiança entre os profissionais de saúde e a família, promovendo a partilha de conhecimento e a colaboração na tomada de decisões. A implementação dos princípios dos Cuidados Centrados na Família no contexto da urgência pediátrica representa um desafio significativo para a equipa de enfermagem, dado o elevado número de situações clínicas que exigem uma resposta rápida e eficaz. O enfermeiro deve avaliar a disponibilidade e predisposição dos pais para participarem ativamente nos cuidados prestados, reconhecendo o seu papel essencial no bem-estar da criança e na humanização do atendimento (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Assim, considero fundamental, encontrar um equilíbrio entre a dinâmica do serviço e o envolvimento da família, garantindo que a abordagem clínica seja simultaneamente eficaz, segura e promotora de uma experiência positiva para a criança/jovem e família.

Propus-me a realizar uma atividade, que de alguma forma deixasse um contributo no serviço, e em conjunto com as tutoras e tendo em conta o meu gosto pessoal e área de interesse, emergiu a colaboração na elaboração do procedimento operativo sobre “Estratégias não Farmacológicas de alívio da dor no Serviço de Urgência Pediátrica” (Apêndice VI). Para a elaboração deste trabalho fiz uma pesquisa no sentido de organizar as estratégias não farmacológicas por idade e fase de desenvolvimento da criança.

O medo da dor e da lesão corporal, assumem uma especial importância num local como o serviço de urgência, em que maior parte das vezes, é difícil evitar procedimentos que inflijam alguma dor na criança, e, por esse motivo, é imperativo compreender como é que esse fenómeno é vivenciado pela criança, nas diferentes faixas etárias e fases de desenvolvimento.

Um recém-nascido é um ser hipersensível a estímulos dolorosos, devido à imaturidade dos sistemas de regulação da transmissão da dor. Um lactente, pode memorizar acontecimentos desde o nascimento, podendo condicionar a resposta à dor em procedimentos dolorosos posteriores. É esperado que até aos seis meses a reação à dor seja mais generalizada e após os seis meses já consiga localizar a fonte dolorosa. Entre o primeiro e o terceiro ano de vida, já conseguido comunicar melhor a sua dor aos que as rodeiam, é esperado que, estas crianças, mantenham uma reação emocionalmente instável e, também, resistência física a qualquer procedimento doloroso. Na fase pré-escolar, devido ao conceito de integridade pessoal pouco desenvolvido e ao cariz “fantasioso” da idade, o medo da mutilação assume uma preocupação extrema, levando-os a imaginar cenários “catastróficos”. Para os mais crescidos, como é o caso das crianças em idade escolar e adolescentes, a preocupação com a integridade física é notória, no entanto, expressão curiosidade e interesse pelos procedimentos (Batalha, 2010).

Assim, as principais estratégias não farmacológicas, adaptadas ao serviço de urgência pediátrica, são: Para os recém-nascidos, a contenção, a sucção não nutritiva, o aleitamento materno, o método canguru, a execução adequada da Técnica dos 5's, e a adequação de medidas ambientais; Para os lactentes, a amamentação, a distração, que inclui também o brinquedo terapêutico e técnicas de hipnose com bolas de sabão, e as técnicas de relaxamento muscular adaptadas à idade; Para as crianças em idade pré-escolar, técnicas como a imaginação guiada, a distração, técnicas de relaxamento muscular, arteterapia e musicoterapia e o reforço positivo; Para a criança em idade escolar, começa a ser introduzido o fornecimento de informação antecipatória, deixando a criança exprimir os seus medos e participar na escolha da estratégia não farmacológica a aplicar, a simulação e modelação, onde mais uma vez de inclui o brinquedo terapêutico, técnicas de imaginação guiada e distração, técnicas de relaxamento progressivo,

arteterapia e musicoterapia e o reforço positivo; Para os adolescentes, são mais utilizadas intervenções cognitivas, onde é investido na partilha de conhecimento com o jovem, intervenções cognitivo-comportamentais, técnicas de relaxamento muscular progressivo, a distração adaptada a idade e também o reforço positivo e agradecimento; Também inclui métodos físicos de alívio da dor, que são transversais a qualquer idade, como a aplicação de frio ou calor, a passagem e os posicionamentos (OE, 2013).

Concluindo, foi com enorme dedicação e espírito de aprendizagem, que realizei este estágio. De um modo geral, faço um balanço bastante positivo deste estágio, por todas oportunidades que tive para aprender e melhorar a minha técnica. Foi muito positivo para mim, ter tido a oportunidade de poder trabalhar o tema das Estratégias não Farmacológicas de alívio da Dor, pois ao longo deste percurso tenho desenvolvido um gosto especial por esta temática, contribuindo ainda mais para o meu empenho e satisfação no decorrer dos turnos. Considero que foi um grande desafio por ser um método de organização e de trabalho totalmente novo para mim, e por isso, foi também uma grande surpresa pela positiva, pois contei sempre com o apoio de uma equipa incrível e sempre disponível para ajudar e esclarecer qualquer dúvida. Decididamente, foi um campo de estágio que representou uma imensidão de oportunidades de aprendizagem, e por isso, contribuiu de uma forma muito positiva para o meu percurso.

Parte II – Investigação

1. Enquadramento Teórico e Justificação

A alimentação é um fator determinante para a sobrevivência de uma espécie, e está comprovada uma forte ligação, na espécie humana, entre a sua adequação e o crescimento e desenvolvimento, bem como a manifestação do equilíbrio entre a saúde e doença ao longo da vida (Koletzko, 2017).

O primeiro ano de vida, é o ano em que ocorrem mais mudanças na vida do lactente, a maturação de todos os sistemas acontece de forma muito rápida e progressiva (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Nos primeiros meses, a velocidade de crescimento do lactente é muito elevada, o que implica elevadas necessidades nutricionais por kg de peso. É fundamental um correto suprimento destas necessidades, de forma a maximizar o seu potencial de crescimento. Desta maneira, este período constitui uma janela de oportunidade única na otimização do crescimento e desenvolvimento, bem como na saúde futura (DGS, 2019).

Atribui-se a designação de lactente, ao bebé que é alimentado maioritariamente com leite, desde o nascimento até aos 12 meses de idade (Oliveira & Saraiva, 2017), e dá-se o nome de “aleitamento materno exclusivo”, quando o lactente é alimentado com leite materno exclusivamente, sem ser permitido nenhum outro alimento ou bebida, nem mesmo água, sendo permitido que a criança ingira sais de reidratação oral, gotas e xaropes (vitaminas, minerais e medicamentos). É considerado aleitamento predominante, quando, para além do leite materno, é dado ao bebé outros líquidos não lácteos como chá ou água. Quando o bebé é alimentado com leite de fórmula intercalado com leite materno, é chamado misto. Se o aleitamento for acompanhado com alimentação complementar, designa-se aleitamento parcial (Afonso, 2017).

A OMS (2021), recomenda que, as crianças comecem a ser alimentadas com leite materno desde a primeira hora de vida, até aos 6 meses de idade, sendo a amamentação durante este período de caráter exclusivo. Depois dos 6 meses, o volume de leite materno ingerido deixa de ser suficiente para suprir adequadamente as necessidades energéticas, proteicas e nutricionais da criança. É então necessário, assegurar o início da diversificação alimentar, que se prende pela introdução de novos alimentos, entre os 5 e os 6 meses de vida, tendo em conta aspetos nutricionais e o desenvolvimento do lactente, de modo a também permitir a transição entre a alimentação láctea exclusiva e a alimentação familiar. Durante este período, devem continuar a beber leite materno em regime parcial até aos 2 anos de vida, sendo o leite materno

a fonte láctea preferencial durante este período de diversificação alimentar (OMS, 2021; Rêgo et al., 2018).

O leite materno é considerado um alimento vivo, completo e natural, uma vez que está disponível a qualquer hora do dia, à temperatura certa, é isento de microrganismos. Devido à sua composição, possui características únicas que lhe permitem acompanhar e respeitam o crescimento e as necessidades de cada bebê. É constituído por 97,5% de água, o que permite ao bebê manter-se hidratado mesmo em climas muito secos, sem necessidade de ser hidratado com água. Para além disso, constitui uma fonte de nutrientes que são essenciais para o funcionamento das funções biológicas, sendo indispensável para o desenvolvimento do sistema neurológico e digestivo e na adequação do sistema imunológico, protegendo contra infeções e estimulando a produção de antígenos (DGS, 2019; ESPGHAN Committee on Nutrition et al., 2009; Guerra et al., 2012).

O colostro é o primeiro fluido segregado pelas glândulas mamárias, durante a primeira semana pós-parto, este é rico em anticorpos que ajudam a proteger o bebê de infeções e a fortalecer o sistema imunológico, proporcionando um desenvolvimento mais saudável (Eriksen et al., 2018). Hoje, sabe-se também que ao ser amamentado, o lactente recebe inúmeros estímulos sensoriais ao nível do paladar, uma vez que a alimentação da mãe acaba por influenciar o sabor do leite materno, acabado por facilitar a aceitação de novos alimentos futuramente (Mennella et al., 2017).

Apesar de todos estes benefícios, há alguns casos em que amamentação está contraindicada. Estas contraindicações podem ser de carácter temporário, até a situação estar normalizada, ou de carácter definitivo (DGS, 2019; Levy & Bértolo, 2012)

As **contraindicações definitivas** do aleitamento materno são raras, estas podem ser maternas ou relacionadas com a própria criança. A mãe está impedida de amamentar em caso de doença grave ou crónica debilitante, no caso de ser portadora do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e quanto tem necessidade absoluta de tratamento com fármacos como antineoplásicos, alguns anti convulsionantes, alcaloides da ergotamina e radiofármacos. Relativamente ao recém-nascido/lactente, a amamentação está contraindicada nos casos de doenças metabólicas congénitas raras, como a fenilcetonúria e a galactosémia. No que diz respeito as **contraindicações temporárias**, estas estão relacionadas com doenças infecciosas maternas, ou a toma de fármacos que contraindiquem a amamentação temporariamente (DGS, 2019).

De acordo com o relatório do Registo de Aleitamento Materno realizado pela Direção Geral de Saúde (DGS) entre janeiro e dezembro de 2013, com base nos resultados obtidos a partir dos Cuidados de Saúde Pública, verificou-se que na consulta do puerpério, entre a 5ª e a 6ª semana de vida, 67,5 % das crianças eram amamentadas com leite materno, 28,7 % tinham iniciado aleitamento artificial antes da 7ª semana de vida, sendo que 17,7% recebia leite materno e leite artificial. Demonstrou ainda que entre os dois e os três meses de vida, pelo menos 76,7% das crianças ainda eram alimentadas com leite materno e apenas 51,6% mantinha o aleitamento exclusivo aos 61 dias. Entre os 3 e os 4 meses de idade, verificou-se que 41,2% iniciou o aleitamento artificial antes dos 4 meses e 52,8% mantinha o aleitamento materno exclusivo aos 91 dias de vida. Já entre os 4 e os 5 meses das crianças, apenas 35% mantinha o aleitamento materno exclusivo e 52,3% já tinha iniciado aleitamento artificial. Aos 6 meses de vida, apenas 22,1% mantinha o aleitamento materno exclusivo, 59,2 % iniciou aleitamento artificial e 25,4% iniciou a alimentação complementar antes dos 6 meses (DGS, 2014).

Deste modo, a DGS recomenda que durante o período em que a amamentação está suspensa, o lactente deve ser alimentado com fórmula infantil, e a mãe deve continuar a extrair leite materno para continuar a estimular a sua produção (DGS, 2019).

Atualmente existe uma enorme variedade de fórmulas infantis, que visam dar resposta às necessidades nutricionais dos lactentes. Para salvaguardar o correto desenvolvimento do lactente, é necessário adaptar as Fórmulas Infantis a cada etapa do crescimento e também ter em conta a sensibilidade alimentar e as alterações metabólicas que possam surgir. As fórmulas infantis têm sofrido sucessivas modificações, ao longo dos anos, com o principal objetivo de aproximar ao máximo a sua composição ao do leite materno, garantindo a semelhança no perfil de crescimento, composição corporal, marcadores bioquímicos e funcionais, entre lactentes alimentados com leite materno e lactentes alimentados com fórmula infantil (Costa et al., 2021).

As Fórmulas Infantis são disponibilizadas em três apresentações diferentes, em pó, líquido, e já prontas a utilizar. As fórmulas em pó são as mais económicas a nível financeiro, e devem ser reconstituídas no momento da utilização. As fórmulas líquidas são adquiridas em estado concentrado, tendo de ser diluídas com água esterilizada antes de serem utilizadas. Por sua vez, os leites de fórmula que se encontram no mercado prontos a consumir, são os mais dispendiosos, não necessitando de qualquer reconstituição ou diluição (Costa et al., 2021).

O alimento concebido para suprir as necessidades nutricionais dos lactentes não amamentados, até a introdução alimentar, são as Fórmulas Lácteas para lactentes (FL), sendo também comercializadas com o nome de “Leites 1”, que são indicadas para alimentação dos

lactentes dos 0 aos 12 meses de idade, recomendando-se a suplementação com ferro partir dos 6 meses (Rêgo et al., 2013).

A composição das diferentes Fórmulas Infantis disponibilizadas, são específicas e adaptadas as necessidades de cada lactente, considerando diversos fatores como a faixa etária, a presença de alergias e intolerâncias, o refluxo e patologias, entre outros (Moraes et al., 2020; Galvão et al., 2024).

A legislação atualmente em vigor, garante a segurança das Fórmulas Infantis (FI), ao definir as normas que devem ser seguidas em termos de composição, rotulagem, comercialização e até publicidade. A composição nutricional das Fórmulas infantis obedece obrigatoriamente aos critérios legalmente estabelecidos, no que diz respeito aos ingredientes alimentares utilizados para o seu fabrico, aos teores mínimos e máximos de micro e macronutrientes e também aos nutrientes funcionais que fazem parte da sua composição (Costa et al., 2021).

Para além das fórmulas para lactentes conhecidas como “Leites 1”, existem ainda as fórmulas de transição (FT), comercializadas como “Leites 2”, e as fórmulas de crescimento (FC). As FT são géneros alimentícios destinados para lactentes dos seis aos doze meses de idade, sendo um complemento à diversificação alimentar, podendo assim prolongar-se até aos dois ou três anos de idade. A composição das FT é semelhante às das FL, sendo que possuem uma quantidade superior de cálcio, fósforo e ferro. As FC, por sua vez, estão indicadas a partir do primeiro ano de vida, com o objetivo de adiar a introdução do leite de vaca. A partir do primeiro ano de vida, a velocidade de maturação neurológica e fisiológica dos bebés abrandar, sendo aconselhado que o leite e os seus derivados representem no máximo um terço da sua dieta, ou seja, 300 a 500 ml de produtos lácteos por dia (DGS, 2019; Rêgo et al., 2013).

Apesar das necessidades energéticas do lactente diferirem no primeiro e segundo semestre de vida, no entanto, os valores energéticos estipulados legalmente pelo Ministério da Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural (2017), são os mesmos, estando entre 60 e 70 Kcal/100 ml (Costa et al., 2021).

No sentido de prever algumas situações peculiares e excecionais, foram ainda criadas outras fórmulas especiais que possuem características diferentes das FL e FT, não sendo consideradas *formulas standard*. A utilização destas fórmulas deve ser mediante aconselhamento médico. De entre estas fórmulas especiais, destacam-se: Leites Hipo Alergénicos ou Leites com hidrólise da Proteína, que são constituídos por caseína ou proteínas

do soro de leite de vaca hidrolisadas, de forma a reduzir os elementos alergénicos, e por isso estão destinados a lactentes com manifestações clínicas de alergia à proteína do leite de vaca (APLV) ou que apresentem grande probabilidade de desenvolver este tipo de alergias, tendo em conta antecedentes familiares (Abana, 2017; Vandenplas et al., 2019) ; Leites Antirregurgitação, que sendo aditivados com agentes espessantes como por exemplo, o amido de milho, amido de arroz, amido de batata ou semente de alfarroba, com o objetivo de aumentar a sua viscosidade dentro do estomago, são indicados para lactentes que tenham apresentado refluxo gastrointestinal não complicado (Dupont & Vandenplas, 2020); Leites para Recém-nascidos de Pré-termo ou de Baixo-peso para a Idade Gestacional, que apresentam um teor proteico mais elevado, uma maior densidade calórica e percentagens mais elevadas de ácido araquidónico e de ácido docosahexanóico, ácidos gordos essenciais ao desenvolvimento cognitivo e imunológico nos primeiros tempos de vida do bebe (Lapillonne et al., 2019); Leites sem Lactose ou com Baixo Teor em Lactose, indicados para lactentes intolerantes à lactose ou que sofrem de galactosémia, podendo também ser uma alternativa temporária em situações de diarreia ou gastroenterites agudas (Rêgo et al., 2013; Rêgo, et al., 2018).

Podem encontrar-se ainda comercializadas FI anticólicas, anti obstipação, antidiarreicas e também para a saciedade, às quais são conferidas algumas propriedades funcionais, através da modificação das macromoléculas adicionadas e de alguns ingredientes (Rêgo et al., 2013).

Para os lactentes não amamentados saudáveis, cujos pais/cuidadores optam por um padrão de alimentação vegano, ou quando estes são diagnosticados com APLV, ou intolerância à lactose, podem ser recomendadas FI feitas à base de proteína de soja ou com proteína de arroz, podendo ser administrados desde o nascimento. Esta fórmula não contém lactose e a sua gordura tem exclusivamente origem vegetal. As FI à base de proteína de arroz, apresentam um aminoacidograma semelhante ao do leite humano, têm baixa concentração de fitatos e não registam atividade estrogénica. A fonte de proteína destas fórmulas tem menor valor nutricional que a do LV e a biodisponibilidade de alguns minerais como o zinco, o fósforo, o cálcio e o ferro também é mais baixa, pelo que deve ser suplementada com *L-carnitina*, *L-metionina* e *taurina*, e é formulada com teores mais elevados de ferro e fósforo (Pimentel et al., 2018).

Neste contexto, a seleção adequada e a consequente correta preparação, conservação administração das FI, é fundamental para garantir o crescimento e desenvolvimento adequado da criança (Costa et al., 2021).

A segurança alimentar e nutricional nos primeiros meses de vida é um dos fatores mais importantes para a maturação neurológica e fisiológica adequada do lactente, tendo

repercussões no seu estado de saúde futuro. Deste modo, a ingestão de alimentos deve ser realizada com a máxima segurança e deve ser adequada às necessidades do organismo em cada fase do seu crescimento e desenvolvimento (Galvão et al., 2024; Strapasson et al., 2021).

As FI não são produtos esterilizados, sendo assim potenciais fontes de contaminação, podendo provocar doenças graves. Para diminuir o risco de aparecimento de doenças provocadas por alguns microrganismos que podem estar presentes nas FI destinadas a lactentes, é crucial a implementação de boas práticas na preparação, manipulação e conservação das mesmas (OMS, 2015).

Entre os grupos mais vulneráveis, encontram-se os recém-nascidos, os prematuros e os recém-nascidos imunologicamente deprimidos, nomeadamente infetados por VIH. Estes são mais propícios a desenvolver este tipo de doenças, uma vez que o seu estômago possui um ambiente mais ácido, quando comparado ao de uma pessoa adulta (Rodrigues et al., 2019).

Dentro dos riscos associados à contaminação das FI, destacam-se a meningite, enterocolite necrosante, sépsis e bacteriemia, podendo estar na origem de sequelas neurológicas, e em casos mais graves, ser causa de morte. A *Salmonella Enterica* e *Cronobacter Sakazakii* são as principais bactérias potenciadoras de intoxicações alimentares e infeções graves nos lactentes, sendo a *Salmonella Enterica*, responsável por quadros de diarreias, podendo posteriormente evoluir para meningite e bacteriemia. Esta transmissão pode ter origem na falta de higiene, falhas no processamento, contaminação das matérias-primas, ou até mesmo na contaminação ambiental após o tratamento térmico. A *Cronobacter Sakazakii*, por sua vez, é uma bactéria oportunista, que está associada a infeções em RN devido ao consumo de FI desidratadas (Galvão et al., 2024; Rodrigues et al., 2019).

Segundo a DGS (2019), a adoção de boas práticas, desde a preparação até a administração e consumo do leite de FI, é imprescindível para reduzir significativamente o risco de aparecimento de doenças no lactente alimentado com FI, uma vez que estas fórmulas lácteas são um excelente meio de cultura para a multiplicação de bactérias potencialmente patogénicas. Assim, uma correta preparação e manipulação das fórmulas, assumem um papel fundamental na garantia da qualidade nutricional do leite, tornando-o um alimento seguro para consumo (Galego & Ganen, 2022; OMS, 2015).

Relativamente à preparação das FI, a OMS recomenda a utilização de uma superfície limpa e desinfetada, a higienização adequada das mãos antes de iniciar o procedimento, utensílios devidamente limpos e esterilizados, e que deve ser privilegiada a preparação de cada

porção individualmente num biberão. No que diz respeito à quantidade de água e pó para a realização da reconstituição, nas fórmulas mais comuns, a OMS recomenda que, a reconstituição de fórmulas desidratadas para lactentes deve ser feita com água, que deverá ter um pH neutro (entre 6,7 a 7,7), a uma temperatura igual ou superior a 70 °C para garantir a eliminação de *Cronobacter sakazakii*, reduzindo significativamente o risco de infeções, devendo ser acrescentada à água, a quantidade exata de pó que está recomendada nos rótulos das embalagens de Fi, sendo habitualmente 1 colher rasa de medida de pó por cada 30 ml de água (OMS, 2015).

Idealmente, as FI devem ser oferecidas ao lactente imediatamente após a sua preparação, no caso de não ser possível, os biberões já preparados, devem ser devidamente etiquetados com o tipo de leite e data e hora de preparação, e armazenados no frigorífico, devendo ser consumidos nas 24h seguintes, sendo que passado este prazo, o leite deve ser desperdiçado. Nestes casos, o leite deve ser retirado do frigorífico e aquecido, de preferência, em aquecedores de biberões a seco, ou em banho-maria, com a água entre os 40°C e os 42°C, por um período menor ou igual a 15 minutos. O período entre o aquecimento do leite e a toma da totalidade do biberão não deve exceder as 2h, sendo que este não pode ser reaquecido (DGS, 2013).

Após cada mamada, o biberão deve ser esvaziado e desmontado, e juntamente com a tetina e as roscas, devem ser lavados com água e sabão, e secos naturalmente em ar ambiente para posteriormente serem esterilizados. Para proceder à esterilização dos utensílios, pode recorrer-se a um esterilizador elétrico ou micro-ondas, ou ainda colocá-los numa panela com água a ferver durante 15 minutos (DGS, 2013).

Segundo a DGS, devem ser feitas entre seis e oito refeições por dia, dependendo da idade, com intervalos entre as refeições de três a três horas e meia, utilizando-se a fórmula 150 ml/kg/dia para o cálculo do suprimento hídrico diário, não devendo exceder um volume de 180 a 210 ml de FI em cada refeição (DGS, 2019).

Como já foi referido, as FI suprem as necessidades nutricionais e energéticas da maioria dos lactentes até aos seis meses de vida, sendo que alguns lactentes poderão necessitar de introduzir outros alimentos antes dos seis meses, para garantir um crescimento e desenvolvimento adequados. A Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica (ESPGHAN) recomenda o início da diversificação alimentar entre as 17 e as 26 semanas, ou seja, entre os 4 meses e 1 semana e os 6 meses e 1 semana (Afonso, 2017; DGS, 2019; ESPGHAN Committee on Nutrition et al., 2009).

A diversificação alimentar é influenciada por uma série de fatores biológicos, nutricionais e socioculturais, desempenhando um papel essencial no desenvolvimento infantil. O segundo semestre de vida caracteriza-se por uma redução da velocidade de crescimento e pelo aumento da atividade física, exigindo uma redistribuição dos macronutrientes ingeridos, com maior aporte de hidratos de carbono e uma diminuição das necessidades proteicas. O sucesso da diversificação alimentar depende de múltiplos fatores, sendo o desenvolvimento neuromotor um dos principais. Assim, o próprio lactente dá-nos alguns sinais de que está pronto para iniciar a diversificação alimentar, dos quais a perda do reflexo de extrusão da língua, que ocorre por volta dos quatro a cinco meses de idade, a capacidade de ficar sentado e o vedamento labial, que ocorrem entre o quinto e o sexto mês de vida, e a capacidade de pinça fina e maior controle ocular, que ocorrem entre os sete e os oito meses e representam capacidade de ir buscar o alimento e coloca-lo na boca, denotando cada vez mais autonomia (D'Auria et al., 2018; DGS, 2019).

A Acta Portuguesa de Nutrição publicou uma revisão integrativa da literatura, realizada entre março e junho de 2023, onde se verifica que os conhecimentos dos pais são escassos e superficiais relativamente as vantagens, desvantagens e preparação da FI, constatando-se que as práticas adotadas na sua utilização, apresentam lacunas, necessitando de mais atenção por parte dos profissionais de saúde. Averiguou-se também nesta revisão, que a etapa que suscitava mais dúvidas aos pais, era justamente a da preparação das FI, e que recorriam preferencialmente a fontes informais de informação, por se sentirem constrangidos com as suas inseguranças ao procurar ajuda de profissionais de saúde (Galvão et al., 2024).

A literacia em Saúde refere-se ao grau de competência dos indivíduos na aquisição, interpretação e compreensão de informações fundamentais sobre saúde, permitindo a tomada de decisão informada e correta utilização dos serviços disponíveis. Este conceito assume um papel essencial na promoção da saúde, prevenção da doença e otimização da utilização dos serviços de saúde, contribuindo para a sua eficácia e eficiência (DGS, 2019).

Tendo em conta a percentagem de lactentes alimentados com FI e os riscos associados à sua incorreta manipulação, desde a preparação até ao consumo, torna-se fundamental desenvolver iniciativas que forneçam informação aos pais e cuidadores de lactentes não amamentados, sobre os riscos associados as FI, uma vez que não se trata de um produto estéril, estando sujeito a probabilidade de contaminação por microrganismos patogénicos que podem causar doenças graves, para que estes estejam alerta e devidamente informados para que tenham capacidade de tomar decisões conscientes. Segundo as recomendações da reunião conjunta de

peritos da Organização para a Alimentação e Agricultura das Nações Unidas (FAO) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, devem ainda ser desenvolvidas orientações sobre a preparação, utilização e manipulação de FI de modo a minimizar o risco, garantindo a segurança alimentar dos lactentes (OMS, 2015).

É neste âmbito, que surge a adaptação transcultural para português europeu, do instrumento de educação para a saúde brasileiro “Álbum Seriado Via Láctea – *O caminho para a segurança alimentar e nutricional de crianças menores de 6 meses não amamentadas*”. A adaptação transcultural deste manual ilustrado, disponibiliza um recurso educativo para profissionais de saúde e famílias, adaptado as especificidades da população alvo, assegurando a essência do conteúdo original, abordando diversos tópicos importantes, como informação sobre as fórmulas lácteas disponíveis, a sua preparação, utensílios e administração.

2. Metodologia

Etimologicamente falando, a palavra método significa caminho, o que neste contexto, diz respeito ao caminho percorrido da condução do método utilizado na pesquisa académica e científica. A metodologia constitui assim uma explicação minuciosa, rigorosa e detalhada de toda a ação desenvolvida no método de trabalho de pesquisa (Néné & Sequeira, 2022)

O presente capítulo debruça-se sobre o caminho metodológico percorrido para a condução do estudo.

O documento original “*Álbum Seriado Via láctea: o caminho para segurança alimentar e nutricional de crianças menores de 6 meses não amamentadas*”, consiste num conjunto de tecnologias, com conteúdo textual e visual baseado em evidência científica, destinado a famílias de crianças com menos de 6 meses de idade não amamentadas, e ser utilizado por profissionais como instrumento de educação para a saúde. O seu conteúdo é adaptado à população-alvo e está estruturado em formato de perguntas e respostas, incluindo orientações, recomendações e alertas sobre os cuidados essenciais a ter para a segurança alimentar e nutricional de lactentes com menos de 6 meses de idade que não são amamentados.

Este trabalho integra um projeto multicêntrico de tradução de conhecimento e adaptação transcultural do conteúdo textual e imagético em parceria com a Rede ENSI Internacional, que envolve outros países como o deste projeto, resulta o “Manual ilustrado Via Láctea”, adaptado à cultura portuguesa.

O presente trabalho possui como finalidade a adaptação transcultural do conteúdo textual e imagético de um Manual Ilustrado, um instrumento que se destina a dar apoio a famílias e a profissionais de saúde como auxiliar na educação para a saúde sobre segurança alimentar e nutricional de crianças até aos seis meses de idade que não são amamentadas.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivos:

- Realizar a adaptação transcultural do “*Álbum Seriado Via láctea: o caminho para segurança alimentar e nutricional de crianças menores de 6 meses não amamentadas*” para a realidade portuguesa no que se refere a sua validade de conteúdo;

- Realizar a adaptação detalhada do conteúdo imagético para a realidade e cultura portuguesa;
- Descrever as fórmulas lácteas disponíveis para alimentação de lactentes não amamentados;
- Descrever os cuidados a ter com a manipulação das fórmulas lácteas, desde a preparação até ao consumo.

O presente estudo consiste na adaptação transcultural do conteúdo textual e imagético do instrumento destinado a educação para a saúde “*Álbum Seriado Via láctea: o caminho para segurança alimentar e nutricional de crianças menores de 6 meses não amamentadas*” para a realidade portuguesa, garantindo e estabelecendo a sua fidelidade e validade.

O processo de tradução e adaptação visa garantir que o instrumento traduzido e adaptado mantenha a essência da cultura do país de origem e que seja conceitualmente equivalente ao da língua de origem. Para assegurar essa equivalência, não basta apenas uma correta tradução linguística, mas também fazer a sua adaptação cultural, sendo este último parâmetro determinante para a validade do instrumento (Beaton et al., 2007).

Existe uma grande diversidade de métodos para o processo de tradução e adaptação descritos na literatura, sendo que não existe um consenso sobre qual o método seria o mais indicado. Deste modo, o processo de validação e adaptação transcultural utilizado no presente estudo tomou como base o método proposto por Beaton e colaboradores (2007) que compreende: Tradução; Síntese das traduções; Retroversão; Síntese das retroversões; Painel de peritos e Pré-teste.

Para iniciar um processo de validação e adaptação de um instrumento, é necessário conhecer e ter em conta vários fatores, nomeadamente objetivos, cultura e características da população-alvo.

Assim, para que um instrumento de avaliação em saúde possa ser aplicado de forma eficaz e segura em diferentes contextos culturais, é fundamental que o processo de tradução e adaptação transcultural preserve a equivalência estrutural e funcional em relação ao original.

2.1. Tradução e Adaptação Transcultural do Conteúdo Textual

A primeira fase deste trabalho consistiu na adaptação transcultural do conteúdo textual do “álbum seriado” Via láctea, de PB para PE.

Apesar de ser um idioma comum a diversos países, a língua portuguesa, apresenta diferenças significativas entre as suas variantes, em especial entre o português europeu (PE) e o português brasileiro (PB). Estas variações refletem não apenas a evolução histórica e cultural de cada território, mas também adaptações linguísticas naturais ao longo do tempo. As distinções mais evidentes encontram-se na gramática, na sintaxe e no léxico, o que pode gerar algumas dificuldades de compreensão entre nativos das duas variantes, sobretudo em contextos mais formais (Aio, 2010).

No que diz respeito à gramática, uma das diferenças mais marcantes está no uso dos pronomes pessoais e na colocação pronominal. O PE segue rigorosamente as normas gramaticais que favorecem a ênclise, enquanto o PB permite um uso mais flexível, optando frequentemente pela próclise, mesmo em contextos em que esta não seria aceitável segundo a gramática normativa (Aio, 2010).

Outra diferença significativa é a utilização do gerúndio. Além disso, o futuro do conjuntivo, amplamente utilizado em Portugal, tem vindo a ser substituído no Brasil por outras construções verbais, como o presente do indicativo ou o futuro do presente (Aio, 2010).

No domínio lexical, as diferenças são igualmente notórias. Muitas palavras do quotidiano possuem variantes específicas em cada país. Estas variações lexicais são resultado de diferentes influências culturais e históricas, sendo que, no Brasil, houve uma maior incorporação de termos de origem indígena e africana, enquanto em Portugal se preservaram influências do latim e do francês. Também as expressões idiomáticas, apresentam distinções que podem dificultar a compreensão entre nativos das duas variantes (Aio, 2010).

Estas diferenças tornam necessária a adaptação linguística e cultural de textos entre as duas variantes, especialmente em contextos técnicos, científicos ou institucionais. A adaptação transcultural, conforme preconizada por Beaton et al. (2000), procura garantir que os conteúdos sejam compreendidos corretamente por ambas as populações, respeitando as especificidades de cada variante da língua. Para isso, é fundamental a criação de um glossário de equivalência terminológica, bem como a revisão do conteúdo por especialistas, assegurando que a comunicação seja clara e eficaz para o público-alvo.

Oliveira et al. (2018) apresenta uma revisão integrativa da literatura com o propósito de identificar as metodologias predominantes na adaptação transcultural e validação de instrumentos na área da enfermagem. A análise de 28 publicações revelou que a abordagem metodológica mais amplamente adotada corresponde à proposta por Beaton, Bombardier,

Guillemin e Ferraz (2000, 2007) e Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), sendo aplicada em 78,57% dos estudos analisados.

A metodologia delineada por estes autores estrutura-se em cinco etapas essenciais: tradução, síntese, retrotradução (back-translation), revisão por um painel de peritos e realização de um pré-teste. Este processo visa assegurar que a versão traduzida do instrumento mantém equivalência conceitual, semântica e cultural em relação ao original, permitindo a sua aplicabilidade em diferentes contextos (Oliveira et al., 2018).

A implementação das cinco etapas propostas permite minimizar erros de tradução, assegurar a adequação cultural e avaliar a inteligibilidade da versão adaptada na população-alvo. No âmbito do ensino para a saúde, a aplicação deste modelo metodológico é crucial para garantir que os instrumentos utilizados para avaliação, formação e prática sejam fiáveis, válidos e culturalmente ajustados, promovendo, assim, a qualidade e a precisão na recolha de dados e na aplicação dos instrumentos na realidade clínica e educacional (Oliveira et al., 2018).

No contexto da adaptação transcultural do “Álbum Seriado” Via Láctea de PB para PE, a metodologia utilizada distanciou-se das tradicionais etapas de tradução e retrotradução, como proposto por autores descritos por Oliveira et al. (2018), dado que ambas as variantes pertencem à mesma língua e, portanto, não se justificava a tradução no sentido literal do termo. Em vez disso, adotou-se uma abordagem colaborativa e integrada, envolvendo um grupo composto por profissionais de saúde de Portugal e do Brasil, supervisionados pelas autoras do documento original (Apêndice VII). Esta metodologia visou assegurar que a adaptação mantivesse a equivalência semântica e cultural, respeitando as especificidades de cada variante linguística, assim como as necessidades do público-alvo.

A adaptação transcultural do manual seguiu uma metodologia estruturada que envolveu a colaboração entre especialistas de ambos os países, assegurando que o resultado fosse adequado tanto do ponto de vista linguístico quanto cultural. Este processo foi essencial para garantir a qualidade e a validade da versão adaptada, promovendo a sua utilização eficaz e segura no contexto de saúde infantil em Portugal.

Etapas 1: Leitura e análise conjunta do documento original

Nesta etapa, foi-nos apresentado o documento original pelas autoras do próprio. Sendo realizada a leitura e análise em conjunto, e posteriormente individual dos conteúdos abordados no documento original. Em seguida, foi realizada uma análise crítica do conteúdo, com

particular atenção para as diferenças na prática clínica sobre o tema “segurança alimentar e nutricional de crianças até aos seis meses não amamentadas”.

Etapa 2: Mapeamento das diretrizes e recomendações oficiais em Portugal.

Nesta etapa, foi realizado pelos profissionais de saúde portuguesas, o levantamento das diretrizes e recomendações oficiais em Portugal sobre a alimentação de crianças não amamentadas até aos 6 meses de idade. Primeiramente, foram partilhados todos os documentos com recomendações oficiais com as autoras do documento original, e de seguida, foi preenchida uma grelha disponibilizada pelas autoras do documento original, em formato Excel, que continha todos os temas abordados e respetivos títulos (capítulos) do documento original para que fossem preenchidos de acordo com cada documento. Cada profissional de saúde preencheu a grelha de forma individual e posteriormente foi realizada a análise crítica em conjunto com todos os elementos da equipa, no sentido de selecionar, qual a informação a retirar, manter e acrescentar. Este passo foi fundamental para garantir que as informações presentes no manual fossem alinhadas com as práticas e orientações vigentes em Portugal, refletindo as realidades locais e contextuais.

Etapa 3: Criação de um glossário de equivalência de termos

Nesta etapa, foi realizada a revisão léxica do texto do documento original, durante a qual se criou um glossário de equivalência de termos, para garantir que as palavras e expressões utilizadas fossem compreendidas de forma adequada no contexto português, evitando ambiguidades e possíveis mal-entendidos.

Etapa 4: Tradução/adaptação linguística

Nesta etapa do processo, foi enviado o texto original com o conteúdo a ser adaptado. Foi preenchida uma grelha em formato word (Apêndice IX), em que a primeira coluna contém o número da página do documento original, a segunda, pelo texto em PB e a terceira coluna onde será inserido o texto traduzido e adaptado para PE. O arquivo foi colocado numa pasta partilhada com as autoras do documento original. A informação foi então adaptada com base nos documentos oficiais analisados, assegurando que as modificações estivessem de acordo com as orientações nacionais, realizada pelas três profissionais de saúde de Portugal de forma

individual, que garantiram a conformidade com as normas gramaticais e linguísticas do português europeu.

Etapas 5: Revisão por um Painel de peritos

O painel de peritos foi constituído por 7 elementos:

Perito 1: Licenciado em Enfermagem, especialização em Enfermagem Pediátrica, doutor em Enfermagem e possui pós-doutoramento na área de Saúde Mental e Psiquiatria Transcultural. Atualmente, é docente de enfermagem no ensino superior. É coordenador de projetos da RED ENSI e um dos autores do documento original.

Perito 2: Licenciado em Enfermagem, especialização em Enfermagem Pediátrica e Saúde do Adolescente. Mestre e doutor em enfermagem. Atualmente, é docente de enfermagem no ensino superior. É um dos autores do documento original.

Perito 3: Licenciado em Nutrição, mestrado em Saúde e Ruralidade. Atualmente doutorando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Perito 4: Licenciado em Enfermagem, mestre e especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Doutor em Fundamentos Científicos em Pediatria. É docente de enfermagem no ensino superior.

Perito 5: Enfermeira Especialista em saúde infantil e Pediátrica. Atualmente é docente de enfermagem no ensino superior.

Perito 6: Licenciatura em enfermagem. Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Perito 7: Professora de Língua Portuguesa.

A função do painel foi rever e consolidar as versões resultantes das etapas anteriores, pela avaliação da equivalência entre a versão original e a versão destino em quatro áreas: semântica, idiomática, experiencial e conceptual. A versão adaptada foi ainda submetida a uma apreciação por um profissional da língua portuguesa de Portugal, que assegurou que o texto estivesse adequado ao nível linguístico e cultural esperado para a população-alvo. Este processo colaborativo e iterativo visou garantir que o manual fosse não apenas linguística e gramaticalmente correto, mas também culturalmente pertinente, facilitando a compreensão e a aplicação das recomendações de forma eficaz no contexto clínico e educacional de Portugal.

No final do processo foi desenvolvida uma versão pré-final portuguesa do instrumento, tendo-se mantido um contacto próximo com os autores do documento original durante esta etapa.

Etapa 6: Teste Piloto

Esta etapa será desenvolvida em estudo futuro. O Manual Ilustrado Via Láctea será submetido a um teste piloto, realizado com um número reduzido das famílias que correspondam à população-alvo para procurar possíveis dificuldades de compreensão.

2.2. Adaptação Transcultural do Conteúdo Imagético

Nesta fase foi desenvolvida a adaptação das imagens para cultura portuguesa. Inicialmente, foi composta uma equipa para a adaptação das imagens do Álbum Seriado "Via-láctea". A equipa foi composta por sete participantes sendo os peritos 1, 2, 3, 4, 5 e 6 do painel de peritos da etapa anterior e o profissional de designer.

Inicialmente foi proposto aos membros portugueses da equipa que conseguissem imagens fotográfica da realidade do nosso quotidiano e pratica clínica, em particular de instrumentos e utensílios utilizados na preparação da FI.

Posteriormente, foram realizadas várias reuniões de consenso (Apêndice VII), em que ocorreu a apresentação geral dos integrantes da equipa e realização de debates com o objetivo de adaptar as imagens para que correspondessem à realidade do público-alvo.

Foi preenchida novamente uma grelha em formato word (Apêndice X), em que a primeira coluna contém o número da página do documento original, a segunda, pela imagem do documento original e a terceira coluna onde seriam descritas as sugestões de alterações feitas por cada membro português da equipa. Durante as reuniões que se seguiram, foi feita a verificação das imagens já alteradas pelo designer.

A indumentária adotada pelos indivíduos reflete uma expressão cultural própria, cuja preservação é fundamental no processo de adaptação transcultural. Neste contexto, o profissional ilustrador procedeu à revisão e ajustamento das imagens digitais, garantindo a sua conformidade com os critérios estabelecidos pela equipa. Foram considerados elementos como o vestuário, a tonalidade da pele e os objetos representados no álbum seriado. Particular atenção foi dada à modelação das figuras humanas e das suas vestes, assegurando uma representação fidedigna da realidade portuguesa. Este processo visou promover uma maior identificação por

parte do público-alvo, tendo sido alcançado consenso quanto à adequação das ilustrações ajustadas.

A discussão foi conduzida através de um grupo na rede social WhatsApp, sendo as imagens revistas e ajustadas sempre que solicitado por qualquer dos membros deste grupo. Deste modo, a versão final foi aprovada, permitindo a conclusão da diagramação do Manual Ilustrado Via Láctea.

3. Resultados e Discussão

Neste capítulo são apresentados os resultados de cada uma das fases do estudo, descritas no capítulo anterior. A primeira parte diz respeito à tradução e adaptação transcultural do conteúdo textual, onde se encontram reportados os resultados das etapas do processo de adaptação cultural do “Álbum Seriado” Via Láctea para português europeu. Na segunda parte encontram-se descritos os resultados da adaptação transcultural do conteúdo imagético.

A adaptação transcultural foi conduzida através de um processo estruturado e colaborativo, com a participação de profissionais de saúde e especialistas em nutrição e enfermagem pediátrica de Portugal e Brasil, na qual se inserem as duas autoras do documento original. As reuniões de equipa foram realizadas em formato *on-line*, e constituíram um elemento central deste trabalho, permitindo a discussão detalhada de cada etapa do processo (Apêndice VII).

3.1. Processo de Tradução/Adaptação do Conteúdo Textual

Esta secção encontra-se organizada de acordo com as etapas do processo de adaptação cultural conforme foi descrito no capítulo anterior, sendo elas: mapeamento das diretrizes e recomendações oficiais em Portugal; criação de um glossário de equivalência de termos; adaptação linguística; Revisão por um Painel de peritos.

Para proceder ao mapeamento das diretrizes e recomendações oficiais em Portugal, foi preenchida uma grelha disponibilizada pelas autoras do documento original, em língua espanhola, uma vez que foi disponibilizada para todos os grupos de trabalhos dos países que estão incluídos neste projeto multicêntrico. Este instrumento, contém uma coluna a direita com tópicos relacionados com a segurança alimentar e nutricional de crianças não amamentadas até aos 6 meses de idade, e espaços para colocar o nome do documento, a sua referência bibliográfica, ano de publicação e o nome da organização/associação que o publicou. A grelha de extração de dados foi preenchida pelos elementos do grupo português, como descrito no Apêndice VIII.

Como já foi referido anteriormente, ao longo do processo de adaptação do conteúdo textual e imagético do Álbum Seriado Via Láctea, foram realizadas diversas reuniões através da plataforma Google Meet e coordenadas pelas autoras do documento original. Depois de ser realizado um mapeamento das diretrizes e recomendações oficiais em Portugal, a informação

recolhida foi discutida em reunião com as autoras do documento original, ambas peritas na área de pediatria, uma profissional de nutrição e profissionais de saúde da área da pediatria de Portugal, na qual me incluo. Neste sentido, foram identificadas algumas discrepâncias relativamente à alimentação e segurança alimentar e nutricional de lactentes menores de 6 meses que não são amamentados, entre as recomendações oficiais e praticas dos dois países, Brasil e Portugal. Desta discussão, emergiram alguns tópicos a ser acrescentados e outros que não faziam sentido constar na versão adaptada do álbum seriado para Portugal, conforme descrito nas tabelas 1 e 2.

Conteúdo adicionado	Discussão
Fórmulas infantis de origem vegetal	Em Portugal, as fórmulas infantis de origem vegetal são recomendadas, como alternativa as fórmulas infantis <i>standart</i>, em contextos específicos, como em famílias que seguem um regime alimentar vegano ou em casos de alergia à proteína do leite de vaca. Evidências científicas demonstram que crianças alimentadas com este tipo de fórmulas apresentam um crescimento e desenvolvimento comparável ao das que consomem fórmulas infantis à base de proteína do leite de vaca. Foi proposto as autoras do documento original, a sua inclusão na versão adaptada do Álbum Seriado para Portugal. A abordagem deste tema foi consensual, depois de ter sido alvo de nova revisão. Dado que o processo de manuseamento, desde a sua preparação até a administração, da fórmula infantil <i>standart</i> é igual ao da fórmula infantil de origem vegetal, os capítulos dedicados ao tema foram mantidos para ambas.
Higienização e esterilização dos utensílios	No capítulo dedicado à higienização e esterilização dos utensílios, o documento original apenas faz referência ao método de fervura, pelo foram incluídos os métodos de esterilização por meio de esterilizadores elétricos e micro-ondas, atualizando a informação de acordo com as práticas comuns em Portugal. Esta decisão contou com a concordância de todos os peritos.

Tabela 1. Conteúdo acrescentado à versão adaptada do álbum seriado Via Láctea para Portugal

Conteúdo eliminado	Discussão
Alternativas ao leite materno	Para além das fórmulas infantis, no Brasil também é recomendado a administração de leite de vaca diluído e leite em pó, estes apresentam deficiências em vitaminas A, D e C, podendo comprometer a resposta imunológica do lactente, tendo de ser devidamente suplementados com vitaminas e minerais e sob recomendação e supervisão de um profissional de saúde. Em Portugal, quando o aleitamento materno não é possível, a DGS (Direção Geral da Saúde), recomenda o uso da fórmula infantil standard - Fórmula infantil 1- sendo a suplementação recomendada independente da alimentação do lactente, pelo que as restantes alternativas evidenciadas no documento original, foram excluídas da versão adaptada do Álbum Seriado para Portugal, com a concordância de todos os elementos da equipa.
Utilização da chupeta e de tetina	No documento original, foram indicadas desvantagens do uso da chupeta e das tetinas, por prejudicar o desenvolvimento musculoesquelético da orofaringe, afetando futuramente a mastigação, deglutição e fala, e por ser difícil de higienizar, podendo causar infeções. É ainda referido que pode interferir na identificação dos sinais de fome do bebé. Em Portugal, não existem normas que contraindiquem o uso de chupeta. Esta questão não teve concordância de todos os elementos da equipa, pelo que foi realizada nova revisão sobre o tema. A utilização de chupeta tem vantagens e desvantagens, pelo que, aquando da sua utilização, esta deve ser adequada à idade e desenvolvimento muscular da mandíbula, e deve estar sempre limpa. A sucção não nutritiva através da chupeta, e descrita como um método de autorregulação de stress do bebé, contribuindo para o alívio da dor e do desconforto (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Assim, depois de ser discutido novamente, a eliminação do conteúdo textual que contraindica o uso de chupetas e tetinas, foi aprovada por toda a equipa.
Cuidados com a água	No capítulo relativo ao tratamento da água, foi proposta a eliminação de alguns métodos pouco utilizados no quotidiano em Portugal, como é o caso de caixas d'água, cisternas, filtros de barro e outros reservatórios de armazenamento. Esta sugestão foi aprovada por toda a equipa.

Tabela 2. Conteúdo eliminado da versão adaptada do álbum seriado Via Láctea para Portugal

Paralelamente, foi criado um glossário de equivalência de termos (Tabela 3). Este constitui um elemento fundamental neste processo, visando garantir a uniformidade linguística e adequação cultural do conteúdo. A uniformidade terminológica é imprescindível para que os conceitos da área da saúde e da educação sejam apresentados de forma coerente ao longo do documento, evitando ambiguidades e favorecendo a compreensão pelo público-alvo (Oliveira et al., 2018).

Português do Brasil	Português europeu
Álbum Seriado	Manual ilustrado
Caderneta da Criança	Boletim de Saúde infantil e juvenil
Fórmula láctea	Fórmula infantil
Mamadeira	Biberão
Bico de mamadeira	Tetina
Rosca de mamadeira	Anel de tetina
Geladeira	Frigorífico
Chaleira	Jarro elétrico
Carboidratos	Hidratos de carbono
Necessidades dietoterápicas	Necessidades alimentares
Água sanitária	Água potável

Tabela 3. Glossário de equivalência de termos

O processo de tradução e adaptação do conteúdo textual prosseguiu com o preenchimento de uma grelha de tradução em formato word, disponibilizada pelas autoras do documento original, estruturada em três colunas, a primeira com o número da página do documento original, a segunda com o texto em português do Brasil e a terceira destinada à inserção do texto traduzido e adaptado para português europeu. O documento foi preenchido

pelos elementos nativos de Portugal de forma individual, e posteriormente foi apresentado em contexto de reunião com as autoras do documento original, tendo culminado numa versão única e sintetizada (Apêndice IX), que foi sofrendo pequenas alterações de acordo com as sugestões apresentadas pelas mesmas.

Posteriormente, esta versão foi submetida a uma revisão linguística por parte de uma profissional da língua portuguesa.

Para tornar o manual ilustrado mais interativo e devidamente adaptado à população-alvo, foram efetuadas ainda algumas modificações, no sentido de garantir a adequação do conteúdo às diretrizes e referências nacionais. Assim, na página 3 de ambos os documentos, o QR code da Caderneta da Criança (Brasil) foi substituído pelo QR code do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (Portugal), assegurando que os pais têm acesso ao Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e às informações que nele constam sobre a promoção e manutenção da saúde das crianças e jovens, em formato PDF.

Adicionalmente, o QR code do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, presente na página 29 do documento original, foi substituído pelo QR code do Guia *Alimentação Saudável dos 0-6 Anos*, documento oficial da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2019). Esta alteração visa facilitar a consulta de informação atualizada e validada sobre diversificação alimentar a partir dos seis meses de idade, promovendo a adoção de práticas alimentares saudáveis de acordo com as recomendações nacionais.

3.2. Processo de Adaptação Cultural do conteúdo Imagético

O processo de adaptação cultural do conteúdo imagético teve a contribuição de um designer gráfico, que para além de ter sido incluído num grupo da rede social WhatsApp com os restantes elementos da equipa, compareceu também a reuniões realizadas através da plataforma Google meet (Apêndice VII), facilitando a troca de ideias relativamente às ilustrações da versão adaptada do álbum seriado. Nesta fase, foi particularmente debatido, o vestuário das personagens, tendo em consideração que é um elemento identitário e cultural, os utensílios e a criação das imagens que ilustram o conteúdo textual acrescentado.

Alguns estudos demonstram que, quando se fala em hierarquia cognitiva, a informação visual é processada prioritariamente em relação à informação textual, pelo que a imagem constitui, por si só, um texto visual que deve estar em consonância com o discurso escrito (Marcuschi, 2002; Martins, 2004). A forma como as pessoas se vestem reflete características

socioculturais específicas, influenciando a percepção e identificação do público-alvo. Por essa razão, a avaliação crítica da qualidade das imagens revela-se essencial, dado que estas veiculam informação não verbal.

O design gráfico desempenhou um papel fundamental na análise e ajuste das imagens selecionadas, dispondo-se prontamente a realizar as alterações solicitadas pelos elementos de nacionalidade portuguesa, garantindo a sua adequação à realidade portuguesa. Ao longo de todo o processo foi assegurada a fidelidade cultural das representações visuais, de modo a promover a identificação do público com os conteúdos apresentados. À medida que as imagens adaptadas nos eram apresentadas, houve sempre concordância de todos os membros da equipa, obtendo-se um produto final, em que todas as imagens se integram harmoniosamente com o texto escrito, reforçando ou complementando a informação transmitida. Importa salientar que a imagem, enquanto elemento comunicacional, contribui para a coesão semântica e a inteligibilidade do material didático.

No Apêndice X, são apresentadas as principais alterações realizadas ao conteúdo imagético do documento oficial, tendo sido considerados com especial atenção, aspetos como a cor da pele, do cabelo, o vestuário das personagens, os utensílios, nomeadamente as ilustrações criadas para acompanhar o conteúdo textual acrescentado.

4. Conclusão

O presente estudo teve como objetivo a adaptação transcultural do "Álbum Seriado Via Láctea", de português do Brasil para português europeu, assegurando sua validade de conteúdo textual e imagético para a realidade portuguesa. Esta adaptação foi realizada através de um processo colaborativo entre profissionais de saúde de Portugal e Brasil, no qual se incluem as autoras do documento original, com base em diretrizes e recomendações nacionais sobre segurança alimentar e nutricional de crianças não amamentadas com menos de 6 meses.

O processo de tradução e adaptação do conteúdo textual envolveu diversas etapas, com base em metodologia recomendada. No entanto, tratando-se da mesma língua, língua portuguesa, mas sendo duas variáveis distintas, português do Brasil e português europeu, o método de trabalho utilizado sofreu alguns ajustes por sugestão das autoras do documento original. Assim, priorizou-se uma adaptação cultural e semântica, garantindo que o material mantivesse a sua precisão conceitual e relevância clínica para o contexto português.

A metodologia utilizada para a realização deste estudo, é completamente nova para mim, já que é a primeira vez que tenho contacto com este tipo de estudos de validação, tradução e adaptação de escalas e instrumentos. Deste modo, considero que o desenvolvimento deste estudo está a ser uma grande oportunidade de aprendizagem, representando uma mais-valia para a minha evolução como profissional. Desde o início, que sinto muita vontade de aprender mais sobre este método de trabalho e, por isso, mais motivada a cada etapa que passa, encarando-o como um desafio.

As etapas de trabalho incluíram, o mapeamento de diretrizes e recomendações seguidas em Portugal, a criação de um glossário de equivalência de termos, a adaptação linguística e a revisão por um painel de peritos. Durante esse processo, foram identificadas discrepâncias entre as recomendações oficiais e as práticas dos dois países, o que resultou na necessidade de ajustes específicos para garantir a aplicabilidade do material à realidade portuguesa.

Os principais desafios encontrados na realização deste estudo de adaptação cultural, passaram, numa fase inicial, pelo reconhecimento das diferenças entre a cultura e as práticas clínicas realizadas no Brasil e em Portugal, no sentido de fundamentar, com base em evidência científica e as diretrizes em vigor em Portugal, a eliminação e/ou acréscimo de alguns conteúdos, com o objetivo de garantir uma maior fidelidade ao contexto sociocultural da população-alvo.

Uma das principais alterações foi a inclusão de informações sobre fórmulas infantis de origem vegetal, que são recomendadas em Portugal em casos específicos, tendo sido atualizado também o conteúdo sobre métodos de higienização e esterilização dos utensílios utilizados no manuseamento das fórmulas infantis, no sentido de promover a segurança alimentar e nutricional de lactentes alimentados com leite de fórmula até aos 6 meses. Foram também retirados conteúdos, que não constam nas recomendações mapeadas inicialmente, facilitando a compreensão do instrumento pela população alvo.

Como resultado final, obteve-se um Manual Ilustrado culturalmente adaptado à população-alvo, neste caso, à população Portuguesa, apelativo e de fácil leitura, disponível também em formato digital através do QR code presente no anexo I e do link <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/564/2020/01/VP-Album-Versao-portugal-digital.pdf>.

Dado o elevado número de lactentes alimentados com fórmulas infantis (FI) e os riscos associados à sua manipulação inadequada, desde a preparação até ao consumo, é essencial desenvolver iniciativas que informem pais e cuidadores de lactentes não amamentados sobre os perigos inerentes ao uso das FI, e como evitá-los, através do correto manuseamento. É crucial que os cuidadores estejam devidamente informados e alertas para tomar decisões conscientes. Desta forma, considero que a criação de instrumentos de educação para a saúde específicos sobre a preparação, utilização e manipulação das FI, de forma a minimizar os riscos e garantir a segurança alimentar dos lactentes, é fundamental e deve ser incentivada.

Concluindo, o produto final deste trabalho contribui para a disseminação de informação científica sobre a segurança alimentar e nutricional de lactentes não amamentados, promovendo a educação para a saúde e fortalecendo a atuação dos profissionais desta área.

Considerações Finais

A enfermagem tem evoluído ao longo do tempo, acompanhando as mudanças na forma como o mundo é percebido e compreendido. A procura contínua de conhecimento, tanto a nível prático como teórico, contribui para a prestação de cuidados de saúde com qualidade e excelência, e fomenta a prática baseada na evidência.

Considero que o presente relatório reflete a importância dos estágios, sendo estes uma oportunidade para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da minha prática profissional a um nível de excelência, contribuindo para aquisição de competências não só a nível científico e técnico, como também a nível relacional, humano, ético e cultural, sendo todas estas vertentes importantes para a prestação de cuidados de enfermagem autónomos, personalizados e de qualidade. Deste modo, é essencial a valorização e diferenciação dos enfermeiros, evidenciando o papel distinto desta profissão na melhoria do estado de saúde pessoa que é alvo de cuidados.

Ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no meu ponto de vista, acarreta uma motivação pessoal e personalidade de características específicas, que permitem cuidados personalizados a crianças com características únicas, em idades e fases de desenvolvimento diferentes. A arte de cuidar em pediatria é muitas vezes demonstrado através de um sorriso, tom de voz doce e suave, olhar meigo e demonstrações de afeto. É por isso que, cuidar da criança/jovem e sua família assume, desde já, alguns pressupostos que serão essenciais na base de todo o cuidado de enfermagem, como por exemplo, a procura constante da empatia na comunicação eficaz, devidamente adaptada a idade e ao estágio de desenvolvimento e sensível à sua cultura e família.

Um dos grandes pilares que sustentou a minha prática clínica, em todos os estágios que fizeram parte deste percurso, foi a filosofia de cuidados centrados na família e parceria de cuidados de Anne Casey. Os valores que estão subjacentes ao Modelo de Parceria de Cuidados são, o respeito, a empatia, a abordagem holística, a comunicação, a informação partilhada e a negociação. Esta parceria, vai muito para além do pressuposto de que cuidados são prestados pelos pais, uma vez que tem como principal preocupação, o cuidado integral da criança e família, promovendo o bem-estar desta e o desenvolvimento da criança através de um cuidado centrado na família. Desta forma, enquanto futura EEESIP, procurei sempre alcançar os mais elevados níveis de satisfação da criança/jovem e sua família.

Deste percurso formativo, surgiram novos horizontes e oportunidades, considero que cada momento de aprendizagem foi fundamental para o meu crescimento enquanto pessoa e enquanto profissional, pelo que, faço um balanço muito positivo do percurso efetuado.

Uma das grandes portas que este percurso me abriu, foi a oportunidade de integrar um projeto multicêntrico, totalmente fora da minha zona de conforto, de adaptação transcultural de um instrumento de educação para a saúde, surgindo assim o tema para o meu trabalho de investigação. Participar neste projeto está a ser uma experiência incrível, repleta de aprendizagens e crescimento a nível pessoal e profissional. Tratando-se de um estudo que envolve vários países tão distintos entre si, fez-me olhar para as culturas diferentes da minha e para a prática de enfermagem com ainda mais respeito.

A adaptação transcultural do Álbum Seriado Via Láctea, constituiu um verdadeiro desafio que encarei com muita dedicação e carinho desde o início. De facto, a realidade em Portugal é bastante diferente de outros países, no que diz respeito a segurança alimentar e nutricional de lactentes não amamentados. Tendo em conta aos problemas de saúde pública que podem emergir do manuseamento incorreto das fórmulas infantis, e a quantidade de crianças em Portugal que não são amamentadas exclusivamente, considero fundamental a criação de mais instrumentos de educação para a saúde, como este, para que possamos ter pais e famílias devidamente informadas e educadas para que tomem decisões conscientes e informadas, tornando-os nossos parceiros no cuidado.

Embora o resultado do presente relatório represente apenas a primeira versão do manual adaptado, a investigação ainda não se encontra concluída, sendo o próximo passo a realização um estudo piloto. A construção do conhecimento faz-se de forma contínua e progressiva, pelo que, após a conclusão do MESIP, darei continuidade a este trabalho, aprofundando a sua implementação e refinamento através do estudo piloto. Esta fase permitirá consolidar a adaptação transcultural realizada, garantindo que o manual responde, de forma científica e contextualizada, às necessidades das famílias e dos profissionais de saúde, contribuindo para a promoção da literacia em saúde e para a melhoria das práticas no âmbito da segurança alimentar e nutricional do lactente.

A conclusão deste percurso marca o início de uma nova etapa na minha vida profissional, onde me pretendo destacar por cuidados de enfermagem excelência como futura EEESIP.

Referências Bibliográficas

- Abana, M. D. (2017). The role of hydrolyzed formula in allergy prevention. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 70(2), 38–45. <https://doi.org/10.1159/000460269>
- Afonso, A. C. (2017). *Saúde infantil e juvenil: Manual prático*. Lidel.
- Agostoni, C., Braegger, C., Decsi, T., Kolacek, S., Koletzko, B., Michaelsen, K. F., Mihatsch, W., Moreno, L. A., Puntis, J., Shamir, R., Szajewska, H., Turck, D., & van Goudoever, J. (2009). Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 49(1), 112–125. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31819f52c3>
- Aio, M. de A. (2010). A tradução literária entre o português europeu e o português brasileiro: Relação entre língua e cultura. *Babilónia*, 8/9, 97–107.
- Albuquerque, M. M., Valente, S., Oliveira, G., & Albuquerque, M. T. (2006). Estimativa do nível de ruído na UCERN - HSM. *Nascer e Crescer*, 15(4), 219-222.
- Als, H. (2015). Program Guide Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): An education and training program for health care professionals. Boston: NIDCAP.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lidel.
- Batton, D. G., Barrington, K. J., Wallman, C., American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, & American Academy of Pediatrics Section on Surgery. (2006). Prevention and management of pain in the neonate: An update. *Pediatrics*, 118(5), 2231-2241. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2277>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand). *Institute for Work and Health*.
- Brantes, A. L., & Curado, M. A. (2023). *Competências oro-motoras do recém-nascido*. LIDEL. <https://m.lidel.pt/pt/catalogo/ciencias-da-enfermagem/enfermagem/competencias-oro-motoras-do-recem-nascido/>

- Brázio, P. (2014). *Ansiedade Infantil em Contexto Cirúrgico: Estudo Experimental*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Área de Especialização em Psicologia Geral. Madeira, Universidade da Madeira.
- Casey, A. (1988). A partnership with the child and family. *Senior Nurse*, 8(4), 8–9.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper & A. Toker (Eds.) *Advances in Child Health Nursing* (pp. 183-193). Scutari Press.
- Costa, C. P., Mascarenhas-Melo, F., & Bell, V. (2021). Fórmulas infantis: Indicação, função e constituição. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 27, 18–23. <https://dx.doi.org/10.21011/apn.2021.2704>
- D'Auria, E., Bergamini, M., Staiano, A., Banderali, G., Pendezza, E., Penagini, F., Zuccotti, G. V., Peroni, D. G., & Italian Society of Pediatrics (2018). Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on. *Italian journal of pediatrics*, 44(1), 49.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde (DGS), Direção dos Serviços e Planeamento. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência (pp. 6-24). Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2010). Orientação nº 014/2010. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). *Orientação nº 018/2013 de 20/12/2013: Leite materno, fórmulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar*. Lisboa: DGS. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Orientacao_Preparacao_Leite.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Relatório de Aleitamento Materno*. Recuperado em 15 de março de 2023, de http://www.aleitamentomaterno.pt/images/registo_aleitamento_materno_DGS_2013.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2019a). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de orientação para profissionais e educadores*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos-linhas-de-orientacao-para-profissionais-e-educadores-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2019b). *Manual de boas práticas: Literacia em saúde – Capacitação dos profissionais de saúde*.
- Dupont, C., & Vandenplas, Y. (2020). Different thickening complexes with pectin in infant anti-regurgitation formula. *Acta Paediatrica*, 109, 471–480. <https://doi.org/10.1111/apa.15015>
- Eriksen, K. G., Christensen, S. H., Lind, M. V., & Michaelsen, K. F. (2018). Human milk composition and infant growth. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 21(3), 200–206. <https://doi.org/10.1097/MCO.0000000000000473>
- European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2022). *Standards europeus de cuidados de saúde ao recém-nascido*.
- Fernandes, A., Pais, M., & Campos, D. (2012). Prevalência da dor em crianças hospitalizadas: Revisão Sistemática da literatura. In *Revista de Enfermagem Referência*, III Série.
- Ferreira, M. M. C., & Costa, M. G. F. A. (2018). *Cuidar em parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo*. Revista Millenium, Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Recuperado de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/download/8434/6020>
- Fortes, C. P. D. D., & Araújo, A. P. D. Q. C. (2019). Check list para tradução e adaptação transcultural de questionários em saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, 27(2), 202–209. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900020002>
- Galego, D. S., & Ganen, A. P. (2022). *Orientações para o preparo, manipulação e conservação de fórmulas infantis em pó no domicílio – Manual de boas práticas*. Centro Universitário São Camilo.
- Galvão, D. M. P. G., Abreu, Í. C., Marques, B. V., & Fernandes, B. F. (2024). Conhecimentos dos pais de lactentes saudáveis sobre utilização de fórmulas infantis: Revisão integrativa da literatura. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 38, 24–29. <https://dx.doi.org/10.21011/apn.2024.3805>
- Gawronski O, L. J. (2022). Escalation of care in children at high risk of clinical deterioration in a tertiary care children’s hospital using the Bedside Pediatric Early Warning System. *BMC Pediatrics*.
- Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Cordeiro Ferreira, G., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, S17–S34.

- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417–1432. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-N](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-N)
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2013). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., Vol. I). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (IAC). (2009) *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada*.
- Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., Fernandes, A., Streiner, D., Inglis, D., & Zee, R. (2017). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008435.pub4>
- Koletzko, B., Brands, B., Grote, V., Kirchberg, F. F., Prell, C., Rzehak, P., Uhl, O., Weber, M., & Early Nutrition Programming Project (2017). Long-Term Health Impact of Early Nutrition: The Power of Programming. *Annals of nutrition & metabolism*, 70(3), 161–169. <https://doi.org/10.1159/000477781>
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. de A. (2021). *Fundamentos de metodologia científica* (7ª ed.). Atlas.
- Lapillonne, A., Bronsky, J., Campoy, C., et al. (2019). Feeding the late and moderately preterm infant: A position paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 69(2), 259–270. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002397>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF.
- Lim, Y., & Godambe, S. (2017). Prevention and management of procedural pain in the neonate: An update. American Academy of Pediatrics, 2016. *Archives of Disease in Childhood: Education and Practice Edition*, 101(5), 254-256
- Lima, C. B. (Coord.). (2015). *Perturbações do neurodesenvolvimento: Manual de orientações diagnósticas e estratégias de intervenção*. LIDEL.
- Marcuschi, L. A. (2002). Gêneros textuais: definição e funcionalidade. In A. P. Dionísio, A. R. Machado, & M. A. Bezerra (Orgs.), *Gêneros textuais & ensino* (pp. 19-36). Rio de Janeiro: Editora Lucerna.

- Mennella, J. A., Daniels, L. M., & Reiter, A. R. (2017). Learning to like vegetables during breastfeeding: A randomized clinical trial of lactating mothers and infants. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 106(1), 67–76. <https://doi.org/10.3945/ajcn.117.153989>
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain* (2nd ed.). IASP Task Force on Taxonomy. IASP Press. <http://www.iasp-pain.org/Education/content.aspx?ItemNumber=1698>
- Mills, D. S. (2021). Implementation of a pediatric early warning score tool in a pediatric oncology Ward in Palestine. *BMC Health Services Research*.
- Ministério da Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural. (2017). *Decreto-Lei n.º 62/2017, de 9 de junho. Diário da República, 1.ª série (112)*, 2924–2944.
- Moraes, I. C., Sena, N. L., Oliveira, H. K., Albuquerque, F. H., Rolim, K. M., Fernandes, H. I., & Silva, N. C. (2020). Percepção sobre a importância do aleitamento materno pelas mães e dificuldades enfrentadas no processo de amamentação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e19065. <https://doi.org/10.12707/RIV19065>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática*. Lisboa: LIDEL.
- Noronha, J., & Shanthi, S. (2015). Effectiveness of Picture Book on Preoperative Anxiety among Children (6-12 Years) in Selected Hospitals at Mangalore. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 5(4), 523-525.
- Oliveira, F., Kuznier, T. P., Souza, C. C., & Chianca, T. C. M. (2018). Theoretical and methodological aspects for the cultural adaptation and validation of instruments in nursing. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2), e4900016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004900016>
- Oliveira, G., & Albuquerque, M. E. (2023). *Cuidados e técnicas em medicina neonatal: O essencial*. Rei dos Livros.
- Oliveira, G., & Saraiva, J. (2017). *Lições de Pediatria Vol. I e II*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Desenvolvimento profissional – Individualização das especialidades em enfermagem – Fundamentos e proposta de sistema. *Revista da ordem dos Enfermeiros*, Suplemento do nº 26: 4-8.

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática. Conselho de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989- 8444-23-3.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 422/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República, 2.^a série, N.º 133, 12 de julho de 2018. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.^a série, N.º 26, 6 de fevereiro de 2019. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Preparação, manipulação e conservação de fórmulas desidratadas para lactentes – Manual de boas práticas*. Lisboa, Portugal.
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Amamentação*. Recuperado de https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2
- Pimentel, D., Tomada, I., & Rêgo, C. (2018). Alimentação vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações. *Acta Portuguesa De Nutrição*, 14, 10–17. <https://doi.org/10.21011/apn.2017.1403>
- Ponce, P. (Coord.). (2006). *Manual de Urgências e Emergências*. Lisboa: Lidel.
- Ramos, A., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Rêgo, C., & Videira Amaral, J. M. (2024). Leites e Fórmulas Infantis. In *Tratado de Clínica Pediátrica* (pp. 1–12). <https://tratadoclinicapediatica.pt/i-volume/parte-xi-nutricao/leites-e-formulas-infantis/>
- Rêgo, C., Pereira-Da-Silva, L., & Ferreira, R. (2018). CoFI - Consensus on infant formulas: The opinion of Portuguese experts on their composition and indications. *Acta Médica Portuguesa*, 31(12), 754–765. <https://doi.org/10.20344/amp.10620>
- Reuland, C., Shi, G., Deatras, M., Ang, M., Evangelista, P. P., & Shilkofski, N. (2023). A qualitative study of barriers and facilitators to pediatric early warning score (PEWS) implementation in a resource-limited setting. *Frontiers in Pediatrics*, .

- Rodrigues, V. C. C., Oliveira, I. P., Bezerra, R. M. N., & Antunes, A. E. C. (2019). Riscos microbiológicos das fórmulas infantis. *Revista Brasileira de Tecnologia Alimentar*, 22, e2018056. <https://doi.org/10.1590/1981-6723.05618>
- Rosman, S. L. (2022). The impact of pediatric early warning score and rapid response algorithm training and implementation and interprofessional collaboration in resource-limited setting . *PLoS ONE*.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro*. Recuperado de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/A-luz-e-o-desenvolvimento-visual-do-RN-prematuro.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *O som na unidade de neonatologia*. Recuperado de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/O-Som-na-Unidade-de-Neonatologia.pdf>
- Sridhar, S. S. (2020). Implementation of a pediatric early warning score to improve communication and nursing empowerment in a rural district hospital in Rwanda. *Glob Health Sci Pract*, 838-845.
- Strapasson, K. C., Borges, M. E., Ravazzani, E. D. A., Sales, W. B., & Lima, C. P. (2021). Análise microbiológica de fórmulas infantis. *Visão Acadêmica*, 22(1). <https://doi.org/10.5380/acd.v22i1.79347>
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Trigo, C. M. E. (2015). Tradução, adaptação cultural e validação de conteúdo do instrumento “Avaliação da Prontidão do Prematuro para o Início da Alimentação Oral”. Dissertação de Mestrado em Terapia da Fala, na Especialidade de Motricidade Orofacial e Deglutição, Escola Superior de Saúde de Alcoitão, Alcoitão.
- Vandenplas, Y., Munasir, Z., Hegar, B., et al. (2019). A perspective on partially hydrolyzed protein infant formula in nonexclusively breastfed infants. *Korean Journal of Pediatrics*, 62(5), 149–154. <https://doi.org/10.3345/kjp.2018.07276>
- Williams, G., Howard, R. F., & Liossi, C. (2017). Persistent postsurgical pain in children and young people: Prediction, prevention, and management. *PAIN Reports*, 2(5), e616. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000616>

- World Health Organization. (2012). *The Partnership for Maternal, New-born & Child Health*. Save the Children Born too soon: the global action report on preterm birth. WHO
- Xavier C. (1995). Avaliação de alimentação de recém-nascidos em fase de hospitalização (Escala de avaliação motora oral da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo). Pró-Fono Revista de Atualização Científica, 7 (2), 69-74.

Apêndices e Anexos

Apêndices

Apêndice I - Ação de formação sobre “Estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor e desconforto no RN”


 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COVA DA BEIRA

ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR E DO STRESS NO RECÉM-NASCIDO

Implementação de um Standard Europeu de Cuidados de Saúde ao Recém-nascido



PARTE 1



Dor no Recém-nascido

- Impacto da dor no Recém-nascido;



Reconhecimento da dor em Neonatologia

- Avaliação da dor;
- Sinais de Dor e desconforto;
- Previsibilidade da dor em neonatologia;



Controlo da dor

- Medidas ambientais e comportamentais;
- Estratégias Farmacológicas;
- Estratégias não farmacológicas;
- Recomendações para os procedimentos mais frequentes.

PARTE 2

Standards Europeus de Cuidados de Saúde ao Recém-nascido

- Procedimentos de prestação de cuidados
- Suporte durante procedimentos dolorosos e avaliação da dor





Dor no Recém-nascido

Recém-nascido de alto risco

Os RNPT são na realidade fetos, que vivenciam um padrão diferente e muito maior de estímulos sensoriais do que teriam *in útero* criando uma lacuna importante entre o ambiente sensorial nas unidades neonatais e as necessidades esperadas para o desenvolvimento do Sistema Nervoso Central.

A imaturidade neurofisiológica do recém-nascido prematuro traduz-se numa **maior sensibilidade aos estímulos do ambiente**, como por exemplo, a luz, o som e a atividade;

O ambiente extrauterino é percebido como **hiperestimulação**;

Classificação prematuridade de acordo com a idade gestacional	
Designação	Idade Gestacional
Prematuridade extrema	<28 semanas
Prematuridade severa	28 a 31 semanas e 6 dias
Prematuridade moderada	32 a 33 semanas e 6 dias
Prematuridade tardia	34 a 36 semanas e 6 dias

Als, H, (2008); WHO (2018)



Dor no Recém-nascido

Recém-nascido de alto risco

A experiência de dor no período neonatal afeta não só o **número de células cerebrais e conexões entre elas**, mas também a forma como essas conexões são realizadas.

As crianças que nascem antes das 32 semanas ou com peso inferior a 1500g apresentam um elevado risco de **sequelas no seu neurodesenvolvimento**.

A realização de procedimentos dolorosos nos RN, assim como a presença de elevados níveis de estimulação física, de luminosidade e ruído nas unidades de cuidados, **potenciam a ocorrência de mudanças na estrutura e fisiologia do sistema nervoso central**;

Responder aos estímulos de forma organizada é difícil para o recém-nascido, pois a quantidade e o tipo de estímulos que o ambiente extrauterino oferece, podem tornar-se **desconfortáveis e desorientadores**.

O choque e o stress que o recém-nascido pré-termo experimenta na adaptação ao meio extra uterino podem causar **rutura dos capilares da região peri ventricular**, que é onde se desenvolvem e originam novas células cerebrais que posteriormente migram para formar o córtex cerebral responsável pela **inteligência, aprendizagem da linguagem, comportamento e personalidade**.



Dor no Recém-nascido

Recém-nascido de alto risco

No recém-nascido, e principalmente no prematuro, os *mecanismos de regulação da transmissão dolorosa* a nível medular e supramedular são controversos;

O sistema nociceptivo, é responsável pela percepção e resposta a dor, englobando os mecanismos básicos de percepção da dor;

O sistema anti nociceptivo, ao ser ativado, inibe a entrada dos estímulos nódios no SNC.

O sistema nociceptivo desenvolve-se normalmente até ao nascimento, mas **o sistema inibidor é indiferenciado até aos 3 meses de vida;**

Este desequilíbrio faz com que a **transmissão e percepção da dor seja aumentada e potenciada**, principalmente por uma **diminuição da capacidade em modular a dor**, tornando o RN, um ser **hiperálgico**;

O recém-nascido doente, **está menos apto para modular respostas fisiológicas de stresse** manter a homeostasia.



Dor no Recém-nascido

Recém-nascido de alto risco

Ironicamente, **quanto mais imaturo**, mais vai necessitar de um ambiente de **estímulos controlados**, para fazer face a vulnerabilidade conferida pela pouca idade gestacional, e **mais "agressivas" são as intervenções inevitáveis** e as medidas invasivas de suporte a vida, presentes nas unidades de neonatologia, que são **essenciais a sobrevivência** destes bebés.

No sentido de minimizar hiperestimulação que causa desconforto e stress no recém-nascido, é importante a **adequação de medidas neuroprotetoras**, de modo a oferecer a **continuação de um desenvolvimento harmonioso** do bebé que nasce antes do tempo;



Reconhecimento da dor em Neonatologia

Avaliação da Dor

A avaliação da dor é fundamental para a estimativa da **gravidade da dor** e para o **processo de decisão clínica**;

Avaliar a dor implica descobrir a natureza e significado da experiência dolorosa;

Devem privilegiar-se escalas multidimensionais, que englobem **parâmetros fisiológicos**, **comportamentais** e eventuais **fatores contextuais**;

A avaliação da dor deve ser realizada **antes, durante e após** a realização dos procedimentos nocivos;

A melhor abordagem para estudar e compreender a experiência de dor no RN, preconiza a avaliação em simultâneo das mudanças evocadas pelos procedimentos nociceptivos no comportamento, nos parâmetros fisiológicos e na atividade observada no córtex cerebral;



Reconhecimento da dor em Neonatologia

Sinais de Dor e Desconforto no Recém-nascido

Tendo em conta os indicadores das escalas de avaliação da dor

Escola EDIN + NIPS

1. Sobrancelhas franzidas;
2. Lábios contraídos;
3. Queixo franzido;
4. Queixo trémulo;
5. Agitação frequente;
6. Bocejos e espirros frequentes;
7. Frequente extrusão da língua;
8. Tremores;
9. Sustos;
10. Movimentos bruscos;
11. Dificil acalmar;
12. Dificuldade em adormecer;
13. Dedos afastados ou mãos cerradas;
14. Movimentos de extensão;
15. Grito e gemido sem a menor estimulação;

Escola de NIPS + CRIES + PIPP

1. Inspiração irregular, mais rápida que o normal, sufocante que impede a respiração;
2. A necessidade de O2 suplementar pode ser um indicador de dor e stress;
3. Aumento dos valores de tensão arterial e frequência cardíaca em 20% comparativamente a um momento de ausência de stress;



Reconhecimento da dor em Neonatologia

Sinais de Dor e Desconforto no Recém-nascido

Segundo Blackburn

Alterações de estado

Aumento dos sustos;
Movimentos abruptos dos membros;
Movimentos descoordenados;
Soluços;
Bocejos;
Hipotonia facial e olhar fixo;

Alterações cardiorrespiratórias

Bradycardia;
Respiração irregular;
Apneia;

Flutuações da cor

Palidez;
Marmoramento;
Cianose;
Icterícia;
Coloração escura;

Outras alterações

Hipotonia ou hipertonia;
Hiperextensão dos membros;
Forte hiperflexão;
Movimentos peristálticos.

Fostering Behavioral Development of High-Risk Infants

SUSAN BLACKBURN RN, PHD



Reconhecimento da dor em Neonatologia

Escalas de Avaliação da Dor em Recém-nascidos

Escala	População alvo	Indicadores	Intervenção estudada	Escala métrica
NFCS convencional <i>Neonatal Facial Coding Scale</i> (Grunau <i>et al.</i> , 1987)	RN pré-termo e de termo ≥ 25 semanas-4 meses	<i>Comportamentais</i> Expressão facial - 10 ações	Dor aguda <i>Punção do calcâneo, venopunção e injeção intramuscular</i>	0 a 10
NFCS modificada		Expressão facial - 4 ações (testa franzida, olhos cerrados, aprofundamento do sulco naso-labial, estiramento horizontal da boca)	Dor prolongada <i>Pós-cirurgia</i>	
PIPP^b <i>Premature Infant Pain Profile</i> (Stevens <i>et al.</i> , 1996)	RN pré-termo e de termo 28-40 semanas	<i>Fisiológicos</i> Frequência cardíaca Saturação de oxigênio	Dor aguda <i>Punção do calcâneo e venopunção</i>	0 a 18 RN termo
PIPP-R^b <i>Premature Infant Pain Profile-Revised</i> (Stevens <i>et al.</i> , 2014)	RN pré-termo e de termo < 28 semanas	<i>Comportamentais</i> Expressão facial <i>Contexto</i> Idade gestacional ^a Estado de alerta	<i>Outros</i> Dor prolongada <i>Pós-cirurgia</i>	0 a 21 RN pré-termo
NIPS <i>Neonatal Infant Pain Scale</i> de termo (Lawrence <i>et al.</i> , 1993)	RN pré-termo e de termo 28-41 semanas	<i>Fisiológicos</i> Padrão respiratório <i>Comportamentais</i> Expressão facial; Choro; Movimentos dos membros superiores e inferiores <i>Contexto</i> Estado de alerta	Dor aguda <i>Punção do calcâneo, venopunção, intubação endotraqueal, aspiração gástrica e traqueal.</i> Dor prolongada <i>Pós-cirurgia</i>	0 a 7

A escala de NFCS baseia-se nas **diferentes expressões faciais do RN** (de termo e pré-termo), quando submetido a procedimentos dolorosos agudos;

A escala PIPP é uma **escala multidimensional**, e tem o objetivo de avaliar a dor aguda em RN, recorrendo a indicadores fisiológicos, comportamentais e contextuais;

A escala de NIPS é considerada uma escala simples de utilizar, contudo **não pode ser aplicada a RN entubados**



Reconhecimento da dor em Neonatologia

Escalas de Avaliação da Dor em Recém-nascidos

Escala	População alvo	Indicadores	Intervenção estudada	Escala métrica
CRIES <i>Crying Requires oxygen, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness</i> (Kretchel et al., 1995)	RN pré-termo e de termo 32 a 60 semanas	<i>Fisiológicos</i> Oxigénio suplementar Aumento frequência cardíaca e pressão arterial <i>Comportamentais</i> Expressão facial; Choro <i>Contexto</i> Padrão do sono	Dor prolongada <i>Pós-cirurgia</i> Dor crónica ???	0 a 10
EDIN <i>Echelle Douleur Inconfort Nouveau-né</i> (Debillon et al., 2001)	RN pré-termo 25-36 semanas	<i>Comportamentais</i> Expressão facial Movimentos corporais Qualidade de interação Reconforto/consolabilidade <i>Contexto</i> Qualidade do sono	Dor prolongada <i>Ventilação mecânica</i> <i>Pós-cirurgia</i>	0 a 15

A **escala CRIES** é uma escala multidimensional desenvolvida para reconhecer a dor pós-cirúrgica no recém-nascido a partir das 32 semanas;

A **escala EDIN** foi desenvolvida para ser utilizada especificamente em unidades neonatais, avalia a dor aguda de duração breve a prolongada. É uma escala que utiliza essencialmente variáveis comportamentais do recém-nascido. Permite avaliar a dor e o desconforto.



Reconhecimento da dor em Neonatologia

Escalas de Avaliação da Dor em Recém-nascidos

Indicador	Descrição
Rosto	0 – Rosto calmo 1 – Caretas passageiras: sobranceiras franzidas/lábios contraídos/queixo franzido/queixo trémulo 2 – Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas 3 – Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada
Corpo	0 – Corpo calmo 1 – Agitação transitória, geralmente calmo 2 – Agitação frequente, mas acalma-se 3 – Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel
Sono	0 – Adormece facilmente, sono prolongado, calmo 1 – Adormece dificilmente 2 – Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado 3 – Não adormece
Interação	0 – Atento 1 – Apreensão passageira no momento do contacto 2 – Contacto difícil, grito à menor estimulação 3 – Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação
Reconforto	0 – Sem necessidade de reconforto 1 – Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta 2 – Acalma-se dificilmente 3 – Inconsolável. Sucção desesperada

Pode ser aplicada até aos 3 meses de vida, sendo mais recomendado até ao primeiro mês;

Pode ser aplicada a recém-nascidos sedados;

Cada indicador é medido numa escala de 0 a 3 pontos, perfazendo um total de pontuação mínima de 0 pontos e máxima de 15 pontos.

Requer um contacto mínimo de pelo menos uma hora, no entanto está recomendado um contacto entre 4 a 8 horas.

Para um valor igual ou superior a 5 pontos recomenda-se intervenção terapêutica para alívio da dor.



Reconhecimento da dor em Neonatologia

Previsibilidade da dor em Neonatologia

Consideram-se dolorosos os **procedimentos médicos ou de enfermagem** com intuito **diagnóstico ou terapêutico** em que há **lesão real ou potencial da pele e/ou das mucosas** do RN, presumindo-se uma maior intensidade de dor associada aos mais invasivos.

A dor de etiologia invasiva é de caráter **previsível**, pelo que a componente da **antecipação** é muito forte.

- Colocação de sonda Nasogástrica;
- Aspiração nasofaríngea;
- Colocação de cateter umbilical;
- Remoção de adesivos;

- Cateter venoso;
- Punção venosa;
- Punção do calcanhar;
- Punção suprapúbica;
- Injeção subcutânea;
- Injeção intramuscular;
- Cuidados com feridas;
- Remoção de dreno torácico;

- Colocação de dreno;
- Punção lombar;
- Tratamento de retinopatia;



Controlo da dor

Recomendações da DGS

Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)

Consideram-se critérios de boas práticas:

- **Implementação de protocolos** multiprofissionais atualizados que combinem intervenções não-farmacológicas e farmacológicas;
- **Formação contínua** dos profissionais de saúde;
- Promoção da **presença e participação dos pais** nos cuidados;
- **Auditorias internas** para melhoria contínua da qualidade.



ASSUNTO: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)
PALAVRAS-CHAVE: Dor nos recém-nascidos;
PARA: Profissionais de saúde que tratam recém-nascidos
CONTACTOS: Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde: dsps@dgps.pt

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, sob proposta da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, ouvido o Departamento da Qualidade na Saúde, emite-se a Orientação seguinte:

1 - ORIENTAÇÃO

O controlo da dor nos recém-nascidos (RN) inclui a dor aguda causada por procedimentos invasivos¹, a dor persistente ou prolongada decorrente da doença ou de tratamentos médicos², e a dor pós-operatória, devendo ser observadas as seguintes orientações:

- Gerir os estímulos ambientais e utilizar medidas de conforto de maneira a reduzir o stress:
 - Controlar a luz e o ruído ambiental;
 - Agrupar os cuidados para permitir intervalos de repouso, respeitando os ciclos de sono-vigília;
 - Colocar o recém-nascido numa posição confortável mobilizando-o regularmente;
 - Realizar manipulação mínima nos recém-nascidos gravemente doentes.
- Na realização de procedimentos dolorosos (Anexo 1):
 - Espagar os procedimentos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais;
 - Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento, para ajustar as intervenções em conformidade;
 - Selecionar o material e realizar o procedimento da forma que cause menos dor (ex: lanceta automática em vez de manual na punção do calcanhar; garrote manual em vez de borracha para a punção venosa; afastamento das pálpebras com cotonete em vez de blefaróstato para observação oftalmológica);

¹ Procedimentos invasivos são todos os que envolvem agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam lesão real ou potencial dos tecidos.
² A dor prolongada ou persistente pode ocorrer na sequência de patologia (ex: enterocolite necrosante), tratamentos médicos (ex: ventilação mecânica, hipotermia induzida) ou cirurgia.



Controlo da dor

Recomendações da DGS

Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)

Gerir os estímulos ambientais e utilizar medidas de conforto de maneira a reduzir o stress:

- **Controlar a luz e o ruído** ambiental;
- **Agrupar os cuidados** para permitir intervalos de repouso, respeitando os ciclos de sono-vigília;
- Colocar o recém-nascido numa **posição confortável** mobilizando-o regularmente;
- Realizar **manipulação mínima** nos recém-nascidos gravemente doentes.

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



ASSUNTO: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)
PALAVRAS-CHAVE: Dor nos recém-nascidos;
PARA: Profissionais de saúde que tratam recém-nascidos
CONTACTOS: Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde: dsapds@dgs.pt

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, sob proposta da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, ouvido o Departamento da Qualidade na Saúde, emite-se a Orientação seguinte:

1- ORIENTAÇÃO

O controlo da dor nos recém-nascidos (RN) inclui a dor aguda causada por procedimentos invasivos¹, a dor persistente ou prolongada decorrente da doença ou de tratamentos médicos², e a dor pós-operatória, devendo ser observadas as seguintes orientações:

- Gerir os estímulos ambientais e utilizar medidas de conforto de maneira a reduzir o stress:
 - Controlar a luz e o ruído ambiental;
 - Agrupar os cuidados para permitir intervalos de repouso, respeitando os ciclos de sono-vigília;
 - Colocar o recém-nascido numa posição confortável mobilizando-o regularmente;
 - Realizar manipulação mínima nos recém-nascidos gravemente doentes.
- Na realização de procedimentos dolorosos (Anexo 1):
 - Espacar os procedimentos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais;
 - Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento, para ajustar as intervenções em conformidade;
 - Selecionar o material e realizar o procedimento da forma que cause menos dor (ex: lanceta automática em vez de manual na punção do calcanhar, garrote manual em vez de borracha para a punção venosa, afastamento das pálpebras com cotonete em vez de biefaróstato para observação oftalmológica);

¹ Procedimentos invasivos são todos os que envolvem agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causem lesão real ou potencial dos tecidos.
² A dor prolongada ou persistente pode ocorrer na sequência de patologia (ex: enterocolite necrosante), tratamentos médicos (ex: ventilação mecânica, hipotermia induzida) ou cirurgia.



Controlo da dor

Recomendações da DGS

Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)

- Espacar os procedimentos para permitir a **recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais**;
- **Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento**, para ajustar as intervenções em conformidade;
- Utilizar sistematicamente a **contenção manual ou com lençol** conforme apropriado;
- As intervenções sensoriais ou não-farmacológicas (ex: sacarose, sucção) podem ser suficientes para os procedimentos minor;
- **Avaliar a dor em simultâneo com os outros sinais vitais**, 20 minutos após a utilização de medidas analgésicas (sensoriais e farmacológicas), quando haja sinais de desconforto e com a regularidade necessária para manter um controlo eficaz

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



ASSUNTO: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)
PALAVRAS-CHAVE: Dor nos recém-nascidos;
PARA: Profissionais de saúde que tratam recém-nascidos
CONTACTOS: Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde: dsapds@dgs.pt

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, sob proposta da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, ouvido o Departamento da Qualidade na Saúde, emite-se a Orientação seguinte:

1- ORIENTAÇÃO

O controlo da dor nos recém-nascidos (RN) inclui a dor aguda causada por procedimentos invasivos¹, a dor persistente ou prolongada decorrente da doença ou de tratamentos médicos², e a dor pós-operatória, devendo ser observadas as seguintes orientações:

- Gerir os estímulos ambientais e utilizar medidas de conforto de maneira a reduzir o stress:
 - Controlar a luz e o ruído ambiental;
 - Agrupar os cuidados para permitir intervalos de repouso, respeitando os ciclos de sono-vigília;
 - Colocar o recém-nascido numa posição confortável mobilizando-o regularmente;
 - Realizar manipulação mínima nos recém-nascidos gravemente doentes.
- Na realização de procedimentos dolorosos (Anexo 1):
 - Espacar os procedimentos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais;
 - Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento, para ajustar as intervenções em conformidade;
 - Selecionar o material e realizar o procedimento da forma que cause menos dor (ex: lanceta automática em vez de manual na punção do calcanhar, garrote manual em vez de borracha para a punção venosa, afastamento das pálpebras com cotonete em vez de biefaróstato para observação oftalmológica);

¹ Procedimentos invasivos são todos os que envolvem agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causem lesão real ou potencial dos tecidos.
² A dor prolongada ou persistente pode ocorrer na sequência de patologia (ex: enterocolite necrosante), tratamentos médicos (ex: ventilação mecânica, hipotermia induzida) ou cirurgia.



Controlo da dor

Medidas Ambientais e Comportamentais

Recém-nascido Prematuro

- **Capacidade limitada** na filtração da luz (pálpebras mais finas, reflexo pupilar ainda inexistente ou imaturo)
- **Não necessita de luz** para o desenvolvimento visual

Cuidados:

- Necessita de proteção contínua de fontes luminosas
- Necessita de proteção visual de luz artificial e natural intensas

Recém-nascido de Termo

- Acima das 36 semanas é capaz de **limitar a exposição à luz**
- **Necessita de estimulação** externa visual para o desenvolvimento do sistema visual

Cuidados:

- Requer proteção visual durante o sono e estímulos visuais quando desperto
- Necessita de proteção visual de luz artificial e natural intensa

Consenso Clínico		Código
"A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro"		Pág. 1 / 16
1. Introdução O desenvolvimento do recém-nascido (RN) internado tem sido alvo de grande preocupação por parte dos profissionais de saúde e investigadores por todo o mundo, porque a qualidade das experiências precoces tem impacto no desenvolvimento da criança. A preocupação é maior quando falamos de RNs pré-termo (RNPT). São diversos os fatores que podem interferir com o desenvolvimento, nomeadamente emocionais e psicológicos, clínicos e ambientais. As luzes artificiais intensas e brilhantes, elevados níveis de ruído, sensações dolorosas frequentes, a privação do sono, a sedação prolongada e a separação materna, afetam o desenvolvimento global e neurosensorial (1, 2). Neste sentido tem sido dada grande importância à proteção do sistema visual cujos problemas são muito comuns e ocupam um lugar importante no follow-up do RNPT (3). Em 2008 a Secção de Neonatologia da SPP apresentou o primeiro consenso nacional para a luz. Luz nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (2). Tendo como pano de fundo esse trabalho, e sem esquecer as condições ambientais e estimuladoras das unidades de neonatologia do país, que colocam verdadeiros desafios à implementação de medidas, pretende-se atualizar e fundamentar algumas recomendações consideradas importantes e que podem ser facilmente adaptadas no sentido de apoiar e proteger o desenvolvimento do sistema visual do RN internado, bem como os ritmos circadianos.		
2. Desenvolvimento 2.1 - O Desenvolvimento Visual e ritmos circadianos do feto e do RN Compreender as diferentes etapas do desenvolvimento visual do feto e recém-nascido é importante para desenvolver estratégias que o protejam e estimulem. A diminuição da intensidade luminosa está associada a uma otimização do crescimento feto e a uma maior estabilidade hemodinâmica, respiratória e motora nos recém-nascidos prematuros (4,7,8,9). Tem sido também proposto que níveis de luz contínuos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) impedem o normal desenvolvimento do ritmo circadiano, alterando os ritmos de sono e vigília, elevando os níveis de cortisol e de stress. Vários estudos examinaram os efeitos da luz contínua vs. cíclica. Esta última parece melhorar a tolerância alimentar, o ganho de peso, a função respiratória, a coordenação motora e diminuir a hiperbilirrubinemia (4,7,8). A luz, energia radiante, pode ser medida em intensidade luminosa (expressa em lux) e radiancia (tipo de luz) (5). A intensidade de luz recomendada nas UCIN é de 10-400 lux, para um nível de acomodação da		
Edição n.º 2018	Categoria: 1 - Apoio / Sistema, Geral 2 - Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovação em Validade até: 1 / 1

Secção de Neonatologia da SPP. (2018). *A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro*. Consenso Clínico, 2(2018).



Controlo da dor

Recomendações

Prematuros com menos de 32 semanas:

- Tapar as incubadoras com uma capa acolchoada deixando sempre uma parte descoberta para que o bebé seja convenientemente vigiado e receba alguma luz, de preferência natural (ritmos circadianos);
- Proteger da luz com uma manta, quando for ao colo, ao canguru ou sempre que for necessário sair da incubadora.

Recém-nascidos com mais de 32-34 semanas:

- Adequar a luz à sensibilidade dos RNs (se detetados sinais de instabilidade ou aversão, proteger da luz e gradualmente ir destapando a incubadora);
- Cobrir a incubadora parcialmente (tapar 50% da incubadora), evitando sempre luz direta e intensa sobre os olhos;
- Entre as 32-34 semanas considerar a introdução gradual para a luz ambiente, de preferência natural, durante o dia, e manter a quase escuridão à noite;
- Proteger os olhos quando for necessário incidir luz sobre a incubadora e o RN;
- Proteger da luz com as mãos quando for ao colo ou sair da incubadora;
- Privilegiar as posições no colo face a face para estimulação visual com os pais.

Secção de Neonatologia da SPP. (2018). *A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro*. Consenso Clínico, 2(2018).





Controlo da dor

Recomendações

Bebés perto do termo e termo (35-40 semanas) e na pré-alta:

- Luz diurna natural; se artificial, moderada; escuro à noite (são medidas importantes para a manutenção de ritmos biológicos saudáveis)
- Adequar a luz para que consiga ver as faces que o interpelam, nomeadamente dos pais, quando acordado;
- Cobrir a incubadora parcialmente quando a dormir, e destapar se acordado, em alerta e a alimentar-se;
- A luz diurna deve permitir que, quando acordado e em alerta, possa ver objetos e formas necessárias para o desenvolvimento da retina.

Consentimento Eu, _____, declaro que li e compreendi o conteúdo do documento de consentimento informado e que concordo com a realização do procedimento proposto. Assinatura: _____ Data: _____	Assinatura do Profissional de Saúde Assinatura: _____ Data: _____
--	---

Secção de Neonatologia da SPP. (2018). *A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro*. Consenso Clínico, 2(2018).



Controlo da dor

Medidas Ambientais e Comportamentais

O sistema auditivo dos Recém-nascidos desenvolve-se num ambiente líquido no útero, que atenua sons.

O ambiente ruidoso da UCIN pode prejudicar o desenvolvimento auditivo e cognitivo dos bebês.

Efeitos do Som no RNPT:

Fisiológicos: O ruído pode causar bradicardia, taquicardia, apneia e alterações na saturação de oxigénio, afetando o crescimento e o desenvolvimento.

Audição: RNPTs apresentam maior risco de défice auditivo devido à exposição prolongada ao ruído;

Sono: O ruído interfere negativamente no sono, prejudicando seu desenvolvimento neurológico.

	Consenso Clínico "O Som na Unidade de Neonatologia"	Código Pág. 1 / 16
	1. Introdução A pesar dos avanços médicos, os recém-nascidos prematuros (RNPT), especialmente os de extremo baixo peso, hospitalizados em unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN), têm risco de sequelas do neurodesenvolvimento e ao nível da linguagem (1). São vários os fatores médicos que estão relacionados com estas limitações, mas fatores ambientais das UCIN durante períodos críticos do desenvolvimento cerebral estão também envolvidos (2). O ambiente das UCIN difere bastante do ambiente in utero (3,4). Este novo ambiente expõe os RNPT a uma excessiva estimulação neurosensorial assim como a uma privação sensorial que pode alterar o seu bem-estar e interferir com o seu neurodesenvolvimento e crescimento (5,6). O ambiente acústico nas UCIN é particularmente prejudicial, frequentemente com sons agudos e intensos. Este ruído alto, desorganizado e imprevisível parece contribuir para as alterações neurocognitivas dos RNPT, levar a défice de atenção e atenuar as capacidades precoces de comunicação (7). Nas UCIN, os sons transmitem-se através do ar, que não atenua nenhuma frequência. Além disso, frequentemente a voz humana precede e acompanha estímulos dolorosos e desagradáveis (8). Estes conhecimentos levaram ao desenvolvimento de estratégias de cuidados centrados no desenvolvimento com o objetivo de adaptar as experiências sensoriais dos RNPT nas UCIN às suas expectativas sensoriais e às suas capacidades (9). Têm sido estabelecidas recomendações sobre o nível de ruído permitido nas UCIN, de forma a melhorar o ambiente acústico e reduzir a exposição ao ruído (10,11,12). Estas recomendações são também importantes porque permitem a exposição do RNPT a estímulos adequados do ponto de vista neurosensorial como a voz da mãe (7).	2. Desenvolvimento 2.1 - Definições O som define-se como uma variação da pressão atmosférica que o ouvido humano pode detetar. O ruído é definido como um som desagradável ou indesejável para o ser humano (13). O som caracteriza-se pela sua frequência e pressão. A frequência do som mede-se em Hertz (Hz) e o ouvido humano é capaz de ouvir frequências entre 20 e 20 000 Hz. O ouvido humano é extremamente sensível à pressão do som, pelo que se torna pouco prático o uso da escala linear de pressão sonora em Pascal (Pa), a unidade de referência. Assim, criou-se uma escala logarítmica de nível de pressão sonora

Edição: n.º 1 / 2018	Classificação: 1 - Aparente / Sistema, Geral 2 - Clínico, Técnico, Terapêutico	Aprovado em Validado em
----------------------	--	---------------------------------------

Consenso Clínico. (2018). *O Som na Unidade de Neonatologia*.



Controlo da dor

Recomendações

- A intervenção de redução do som deverá iniciar-se ao nascimento e ser implementada durante a reanimação, transporte e durante o internamento;
- Silenciar os vários alarmes o mais rapidamente possível e manter os seus volumes no mínimo necessário e seguro;
- Evitar telemóveis nas áreas de internamento de recém-nascidos ou, se permitido, mantê-los em modo de silêncio;
- Retirar da zona de internamento aparelhos como telefones, campainhas, rádios, televisões e impressoras;
- Fechar cuidadosamente e silenciosamente as portas das incubadoras;
- Não colocar objetos em cima das incubadoras;



Controlo da dor

Recomendações

- Usar cobertas acolchoadas nas incubadoras de forma a melhorar o isolamento acústico das mesmas;
- Procurar colocar os RN mais prematuros e/ou mais instáveis em incubadoras fechadas e em zonas mais tranquilas e silenciosas;
- Falar baixo na zona dos recém-nascidos;
- Procurar usar sapatos silenciosos;
- Fomentar os pais a falarem e/ou cantarem para os RN em tom de conversação baixo sobretudo a partir das 31 semanas;
- Oferecer um estímulo sensorial de cada vez (estímulo auditivo, visual ou tátil ou vestibular) de forma a evitar a sobrecarga sensorial;
- Observar cuidadosamente as reações dos bebés aos sons de forma a adequar os momentos ótimos para a estimulação auditiva;





Controlo da dor

Medidas Farmacológicas

É difícil prever uma dose ótima, pela heterogeneidade nas respostas à terapêutica e pelas particularidades farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos medicamentos.

A farmacocinética e a farmacodinâmica dos analgésicos varia de acordo com o desenvolvimento do lactente.

O **Paracetamol** é o analgésico mais prescrito em pediatria.

Os **AINE** são eficazes para o controlo de uma dor leve a moderada.

Na prática neonatal, os fármacos mais utilizados são o diclofenac, o ibuprofeno e o cetoprofeno.

A combinação de um **AINE** e o **Paracetamol** é recomendada, pela ação sinérgica e diminuição da necessidade de opióides;

Os **opióides** são os analgésicos indicados para a dor severa, atuando através de recetores amplamente distribuídos por todo o SNC e nos locais de inflamação periférica.

Anestésicos gerais e locais, sedativos, benzodiazepinas e anticonvulsivantes, cuja indicação principal não é o alívio da dor.

Têm por objetivos a redução da *morbilidade ligada ao stress* e a *melhoria das condições de segurança*, nomeadamente com a diminuição da saída accidental de tubos endotraqueais e/ou de cateteres



Controlo da dor

Medidas Farmacológicas

Os recém-nascidos apresentam uma baixa concentração sérica de albumina e glicoproteínas, que reduz a ligação das drogas às proteínas, aumentando os seus efeitos ou riscos de toxicidade.

A administração de paracetamol ou AINE, em combinação com opióides, pode reduzir a quantidade necessária de opióides.

Intensidade da dor	Escala de EDIN	Indicador	
Ligeira	1-4	Uma intensidade menor que 3 é um bom indicador de qualidade de cuidados. Até um valor de 5 devem recorrer-se a estratégias não farmacológicas.	Degrau I: Paracetamol; AINE
Moderada	5-8	Degrau I ou II	Degrau II: Codeína; Tramadol; Oxycodona
Intensa	9-12	Degrau II ou III	
Muito intensa	13-15	Degrau III	Degrau III: Morfina; Fentanil
Intervenção terapêutica	Recomenda-se que a intervenção farmacológica se inicie quando a intensidade for superior a 5		



Controlo da dor

Medidas Farmacológicas

É difícil prever uma dose ótima, pela heterogeneidade nas respostas à terapêutica e pelas particularidades farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos medicamentos.

A farmacocinética e a farmacodinâmica dos analgésicos varia de acordo com o desenvolvimento do lactente.

O **Paracetamol** é o analgésico mais prescrito em pediatria.

Os **AINE** são eficazes para o controlo de uma dor leve a moderada.

Na prática neonatal, os fármacos mais utilizados são o diclofenac, o ibuprofeno e o cetoprofeno.

A combinação de um **AINE** e o **Paracetamol** é recomendada, pela ação sinérgica e diminuição da necessidade de opióides;

Os **opióides** são os analgésicos indicados para a **dor severa**, atuando através de recetores amplamente distribuídos por todo o SNC e nos locais de inflamação periférica.

Anestésicos gerais e locais, sedativos, benzodiazepinas e anticonvulsivantes, cuja indicação principal não é o alívio da dor.

Têm por objetivos a redução da *morbilidade ligada ao stress* e a *melhoria das condições de segurança*, nomeadamente com a diminuição da saída accidental de tubos endotraqueais e/ou de cateteres



Controlo da dor

Paracetamol

O seu mecanismo de ação envolve a inibição central da ciclo-oxigenase com um pequeno efeito na produção de prostaglandinas a nível periférico.

O paracetamol não é eficaz na prevenção e tratamento da dor provocada pela punção;

A via endovenosa está particularmente recomendada no pós-operatório. A posologia para esta via é de até 15 mg/kg/6h para recém-nascidos até 10 dias.

A via oral deve ser escolhida sempre que possível.

A posologia por via oral não deve exceder os 60 mg/kg/dia nos recém nascidos com mais de 32 semanas e as 40 mg/kg/dia nos recém-nascidos prematuros com menos de 32 semanas;

Recomenda-se a sua utilização em **horário fixo**, no sentido de evitar que o recém-nascido apresente sinais de dor, evitando as administrações em SOS.



Controlo da dor

Paracetamol

Via Oral e Via Retal:

Dose de carga: 20mg/kg

Manutenção:

Idade gestacional 28-32 semanas: 10-15 mg/Kg, q 8-12h

Idade gestacional superior a 32 semanas: 10-15mg/kg, q 6-8h

1-3 meses: 15 mg/kg, q 6h

Via endovenosa:

Dose de carga: 20 mg/kg

Manutenção: 10mg/kg, q 6h

ORIENTAÇÃO

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



ASSUNTO: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)
PALAVRAS-CHAVE: Dor nos recém-nascidos;
PARA: Profissionais de saúde que tratam recém-nascidos
CONTACTOS: Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde: dsapds@dgs.pt

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, sob proposta da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, ouvido o Departamento da Qualidade na Saúde, emite-se a Orientação seguinte:

1- ORIENTAÇÃO

O controlo da dor nos recém-nascidos (RN) inclui a dor aguda causada por procedimentos invasivos¹, a dor persistente ou prolongada decorrente da doença ou de tratamentos médicos², e a dor pós-operatória, devendo ser observadas as seguintes orientações:

- Gerir os estímulos ambientais e utilizar medidas de conforto de maneira a reduzir o stress:
 - Controlar a luz e o ruído ambiental;
 - Agrupar os cuidados para permitir intervalos de repouso, respeitando os ciclos de sono-vigília;
 - Colocar o recém-nascido numa posição confortável mobilizando-o regularmente;
 - Realizar manipulação mínima nos recém-nascidos gravemente doentes.
- Na realização de procedimentos dolorosos (Anexo 1):
 - Espacar os procedimentos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais;
 - Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento, para ajustar as intervenções em conformidade;
 - Selecionar o material e realizar o procedimento da forma que cause menos dor (ex: lanceta automática em vez de manual na punção do calcanhar, garrote manual em vez de borracha para a punção venosa, afastamento das pálpebras com cotonete em vez de bifeardato para observação oftalmológica);

¹ Procedimentos invasivos são todos os que envolvem agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam todo real ou potencial dos tecidos.
² A dor prolongada ou persistente pode ocorrer na sequência de patologia (ex: enterocolite necrosante), tratamentos médicos (ex: ventilação mecânica, hipotermia induzida) ou cirurgia.



Controlo da dor

Medidas Não Farmacológicas

As intervenções não farmacológicas **reduzem significativamente os sinais de dor no RN**, assim como as pontuações nas escalas de dor, e promovem uma **recuperação mais rápida dos valores médios dos parâmetros fisiológicos**, durante e após a realização dos procedimentos dolorosos.

- 1. Contenção do recém-nascido;**
- 2. Sucção não nutritiva;**
- 3. Canguru materno;**
- 4. Soluções doces;**
- 5. Aleitamento materno;**
- 6. Estimulação multissensorial**



Controlo da dor

Medidas Não Farmacológicas

Contenção do recém-nascido;

Consiste em **restringir o movimento dos membros**, limitar a atividade propriocetiva dos sistemas tátil e térmico, promover a autorregulação e **facilitar a aproximação da mão à boca** para autossucção e autoconsolo;

Esta intervenção é considerada **protetora e promotora do desenvolvimento do RN**, não sendo exclusiva para a realização dos procedimentos dolorosos;

Uma posição semelhante à fetal intrauterina evita a desorganização motora, transmite uma sensação de autoconfinamento e **ajuda a regular o tônus muscular**.

Como intervenção não farmacológica *deverá ter início três minutos antes da realização do procedimento doloroso*, para ajudar o RN a adaptar-se à estimulação tátil, durante e após o procedimento *até à sua recuperação*.

Nonpharmacological management of procedural pain in infants and young children: an abridged Cochrane review

Rebecca Pillai Riddell ¹, Nicole Racine, Kara Turcotte, Lindsay Uman, Rachel Horton, Laila Din Osmun, Sara Ahola Kohut, Jessica Hillgrove-Stuart, Bonnie Stevens, Diana Lisi

Segundo um estudo de metanálise a contenção revelou-se eficaz na redução dos comportamentos de dor aos estímulos: **punção do calcanhar** e **aspiração traqueal**.



Controlo da dor

Medidas Não Farmacológicas

Sucção não nutritiva;

Consiste em **oferecer uma 'chupeta' ao RN acordado**, que mostra interesse ou capacidade para a sucção;

O RN *não recebe qualquer ingestão nutricional*;

O comportamento de sucção começa a estar presente no RN prematuro entre a 24ª e a 27ª semana de gestação, no entanto, é a partir da 34ª semana que se torna ritmada e forte;

Tem um efeito positivo na **diminuição da duração do tempo total do choro do RN** e no menor aumento da frequência cardíaca em resposta aos estímulos punção do calcanhar e punção venosa;

Recomenda-se a sua associação com a **contenção, canguru materno** e/ou **administração de soluções doces**, incluindo o leite materno.

Alguns autores consideram o seu *efeito analgésico quando o seu ritmo excede as 30 sucções por minuto*;



Controlo da dor

Medidas Não Farmacológicas

Contenção do recém-nascido;

Consiste em **restringir o movimento dos membros**, limitar a atividade propriocetiva dos sistemas tátil e térmico, promover a autorregulação e **facilitar a aproximação da mão à boca** para autosucção e autoconsolo;

Esta intervenção é considerada **protetora e promotora do desenvolvimento do RN**, não sendo exclusiva para a realização dos procedimentos dolorosos;

Uma posição semelhante à fetal intrauterina evita a desorganização motora, transmite uma sensação de autoconfinamento e **ajuda a regular o tônus muscular**.

Como intervenção não farmacológica *deverá ter início três minutos antes da realização do procedimento doloroso*, para ajudar o RN a adaptar-se à estimulação tátil, durante e após o procedimento *até à sua recuperação*.

Nonpharmacological management of procedural pain in infants and young children: an abridged Cochrane review

Rebecca Pillai Riddell ¹, Nicole Racine, Kara Turcotte, Lindsay Uman, Rachel Horton, Laila Din Osmun, Sara Ahola Kohut, Jessica Hillgrove-Stuart, Bonnie Stevens, Diana Lisi

Segundo um estudo de metanálise a contenção revelou-se eficaz na redução dos comportamentos de dor aos estímulos: **punção do calcanhar** e **aspiração traqueal**.



Controlo da dor

Medidas Não Farmacológicas

Canguru materno;

Consiste em colocar o RN em **contato direto pele-a-pele** sobre o tórax materno ou paterno;

Promove o **equilíbrio entre os sistemas tátil, propriocetivo, visual e auditivo** e protege o RN da estimulação nociva;

Esta intervenção acresce-se o **envolvimento dos pais** no controlo da dor do RN.

Deve ser iniciado, pelo menos, **15 minutos** antes do procedimento doloroso.

Todos os cuidados que envolvem os pais, devem ser feitos com o seu consentimento, depois de serem informados sobre o procedimento, e devem ser adequados a sua vontade e capacidade.

Skin-to-skin care for procedural pain in neonates

Celeste Johnston ¹, Marsha Campbell-Yeo ², Timothy Disher ³, Britney Benoit ³, Ananda Fernandes ⁴, David Streiner ⁵, Darlene Inglis ², Rebekah Zee ²

Numa revisão sistemática da literatura, observa-se o benefício do contato pele-a-pele na **punção do calcanhar**, **injeção intramuscular** e **punção venosa**.



Controlo da dor

Medidas Não Farmacológicas

Sucção não nutritiva;

Consiste em **oferecer uma 'chupeta' ao RN acordado**, que mostra interesse ou capacidade para a sucção;

O RN **não recebe qualquer ingestão nutricional**;

O comportamento de sucção começa a estar presente no RN prematuro entre a 24ª e a 27ª semana de gestação, no entanto, é a partir da 34ª semana que se torna ritmada e forte;

Tem um efeito positivo na **diminuição da duração do tempo total do choro do RN** e no menor aumento da frequência cardíaca em resposta aos estímulos punção do calcanhar e punção venosa;

Recomenda-se a sua associação com a **contenção, canguru materno** e/ou **administração de soluções doces**, incluindo o leite materno.

Alguns autores consideram o seu **efeito analgésico quando o seu ritmo excede as 30 sucções por minuto**;



Controlo da dor

Medidas Não Farmacológicas

Administração de Soluções doces

Consiste na **administração de sacarose (12 a 24%) ou leite materno**;

Pequenos volumes de soluções doces são eficazes na **redução dos sinais de dor** e/ou pontuação nas escalas multidimensionais de avaliação da dor;

A sacarose é um dissacarídeo composto por glucose e frutose reconstituído para fins analgésicos numa solução;

O açúcar do leite humano (lactose) é o monossacarídeo menos doce dos açúcares, pelo que o **efeito analgésico por esta via é considerado mínimo**.

Deve ser **administrado na porção anterior da língua, dois minutos antes** da realização do procedimento;

Dose mínima eficaz: 0,05-0,5 ml.
Doses máximas:
27-31 semanas de IG: 0,5 ml.
32-36 semanas de IG: 1 ml.
Mais de 36 semanas: 2 ml.

Frequência máxima de 4 vezes no prematuro e 6 vezes no RN de termo

Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures

Bonnie Stevens ¹, Janet Yamada, Arne Ohlsson, Sarah Haliburton, Allyson Shorkey

Em RN prematuros com idade gestacional inferior a 31 semanas, 10 ou mais doses por dia, principalmente na primeira semana de vida, parecem **ter repercussões negativas para o seu neurodesenvolvimento**



Controlo da dor

Medidas Não Farmacológicas

Aleitamento materno;

Consiste em colocar o RN à mama, **antes, durante e após a realização do procedimento**, não devendo ser descontinuado;

O aleitamento materno, quando disponível, **deve ser a primeira escolha para aliviar a dor** em RN submetidos a um único procedimento doloroso;

O aleitamento materno diminui significativamente a variabilidade das respostas fisiológicas do RN;

O aleitamento materno é uma **alternativa natural** e apresenta uma eficácia similar a outras soluções doces.

Promove um menor aumento na frequência cardíaca, uma diminuição na duração do tempo total do choro e na intensidade da dor.



Controlo da dor

Medidas Não Farmacológicas

Estimulação multissensorial

A estimulação multissensorial ou saturação sensorial consiste em **transmitir ao RN mensagens simultâneas relacionadas com o sistema tátil, gustatório, auditivo e visual** que têm por função **competir com a informação sensorial dolorosa**;

Tem a vantagem de incluir a cooperação e o **envolvimento dos pais**;

Consiste em massajar a face do RN, falar suavemente para atrair a sua atenção, administrar uma solução doce e estimular a sucção.



Controlo da dor

Técnica dos 5'S

Swaddling

1º passo.

Consiste no enfaixamento confortável do bebé que imita a restrição de movimentos dentro do útero.

Side/stomach position

2º passo

Lateralizar o bebé. O decúbito lateral esquerdo facilita a digestão, diminuindo o desconforto gástrico para o bebé. Posição de conforto.

Shushing

3º passo

Consiste em fazer o som shhh a cerca de 10 a 20 cm de distância do bebé, simulando os sons do coração e intestino materno durante a gestação.

Swinging

4º passo

Embar o bebé com movimentos suaves para trás e para a frente, simulando a mãe a deambular durante a gravidez.

Sucking

5º passo

Consiste em sucção não nutritiva. Pode ser realizado com recurso a uma "chupeta", ou mesmo com a mão do bebé ou com o dedo mindinho dos pais.

Consiste na realização de cinco técnicas que têm como objetivo **estimular o reflexo da calma** que nasce com o recém-nascido.

In útero, o bebé estava constantemente a ser **tocado, acariciado e embalado**.

Montagu (1986), criou o conceito de **exterogestação**, que foi mais tarde popularizado como "teoria do 4º trimestre", que assenta no princípio de que **o bebé necessita de um período de adaptação ao meio extrauterino de pelo menos 3 meses**, contemplando uma gestação externa, um momento em que o bebé continua o seu desenvolvimento físico e emocional ao colo da mãe.

O bebé precisa de colo e contacto com os pais. Deste modo, o conceito de 4º trimestre engloba todas as práticas que simulam o ambiente intra-uterino.



Controlo da dor

Técnica dos 5'S

Evidência Científica

Teoria Síncrono-ativa (Als, 1986)

Esta teoria descreve **cinco sistemas de desenvolvimento** no recém-nascido, que se interligam com o ambiente na gestão da energia do bebé.

Sistema autónomo

Controla as alterações de respiração, perfusão periférica (mudanças da cor da pele) e sinais viscerais (soluços, regurgitações e movimentos peristálticos);

Sistema motor

Controla a postura, tónus muscular e o movimento;

Sistema de organização de estados

Mudanças nos estados de consciência (variação, transição e estabilidade dos estados de sono profundo e estado de alerta, quanto menor a idade gestacional menos definidos e organizados serão esses estados de consciência;

Sistema de atenção e interação

Capacidade do bebé permanecer em estado de alerta e apreender informações do meio através de estímulos;

Sistema regulador

Engloba as estratégias que o bebé utiliza para manter uma integração equilibrada, relativamente estável e relaxada dos subsistemas.

O choro é um mecanismo de regulação que o bebé utiliza para descarregar toda a sua energia acumulada, dando a oportunidade de se acalmar.



Controlo da dor

Técnica dos 5'S Evidência Científica

Se ao longo do dia, o bebé for sujeito a um **excesso de estímulos e não os conseguir gerir**, poderá demonstrar uma série de **sinais de sobrecarga sensorial**.

Esta desorganização é **mais acentuada em recém-nascidos prematuros**, uma vez que os seus subsistemas são ainda mais imaturos.

Os benefícios desta técnica que simula o sistema regulador, são induzir uma **resposta calmante** dos recém-nascidos. Os bebés acalmados com esta técnica mostram uma diminuição da duração do choro e **scores** mais baixos de dor.

Effective analgesia using physical interventions for infant immunizations

John W Harrington ¹, Stacey Logan, Courtney Harwell, Jessica Gardner, Jessica Swingle, Erin McGuire, Rosemarie Santos

Um estudo que validou esta técnica, refere que o método dos 5's é duas vezes mais eficaz para parar o choro do que a administração de sacarose muitas vezes usada como analgesia em procedimentos dolorosos. Sendo muito eficaz após a administração de vacinas.



Controlo da dor

Recomendações para os procedimentos mais frequentes



CONSENSOS E RECOMENDAÇÕES
DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA



Analgesia e sedação no recém-nascido
Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Procedimento	Analgesia	Recomendações
<i>Colocação de Sonda Nasogástrica</i>	1. Medidas não farmacológicas: Medidas ambientais; 2. Considerar anestésico tópico com gel de lidocaína a 1%.	Técnica suave; Lubrificação da Sonda.
<i>Colocação de cateteres umbilicais</i>	1. Medidas não farmacológicas: Medidas ambientais; Contenção; Sucção não nutritiva;	Evitar suturas e pinças hemostáticas na pele em redor do coto umbilical.
<i>Aspiração traqueal em RN ventilados</i>	1. Medidas não farmacológicas: Contenção; 2. Considerar infusão de opióides em casos selecionados	Considerar este procedimento apenas quando há presença de secreções e não por rotina; Realizar a técnica preferencialmente em circuito fechado e a 4 mãos;

Direção-Geral da Saúde. (2012).

Adaptado de: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2006). Analgesia e sedação no recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 37(4), 168-73.



Controlo da dor

Recomendações para os procedimentos mais frequentes



CONSENSOS E RECOMENDAÇÕES
DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA



Analgesia e sedação no recém-nascido
Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Procedimento	Analgesia	Recomendações
<i>Punção venosa/ Colocação de cateter venoso periféricos</i>	1. Medidas não farmacológicas: Medidas ambientais; Contenção; Sucção não nutritiva; Administração de Soluções doces 2. Medidas Farmacológicas: EMLA ou lidocaína creme lipossómica a 4%;	
<i>Punção do calcanhar</i>	1. Medidas não farmacológicas: Medidas ambientais; Contenção; Sucção não nutritiva; Canguru materno; Amamentação.	Considerar punção venosa periférica no RN de termo e pré-termo tardio; Manipulação suave (a compressão do calcanhar é a parte mais dolorosa); Utilizar dispositivos mecânicos em vez da lanceta manual;

Direção-Geral da Saúde. (2012).

Adaptado de: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2006). Analgesia e sedação no recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 37(4), 168-73.



Controlo da dor

Recomendações para os procedimentos mais frequentes



CONSENSOS E RECOMENDAÇÕES
DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA



Analgesia e sedação no recém-nascido
Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Procedimento	Analgesia	Recomendações
<i>Injeções SC e IM</i>	1. Medidas não farmacológicas: Medidas ambientais; Amamentação; Sucção não nutritiva; Administração de Soluções doces; 2. Considerar anestésico tópico com lidocaína creme lipossómica a 4%.	Evitar a via IM preferindo, sempre que possível, a via IV.
<i>Punção supra-púbica</i>	1. Medidas não farmacológicas: Medidas ambientais; Sucção não nutritiva; Administração de Soluções doces. 2. Anestésico tópico com EMLA (se não urgente) ou lidocaína creme lipossómica a 4%; 3. Considerar paracetamol ou infusão de opióides, em casos selecionados;	

Direção-Geral da Saúde. (2012).

Adaptado de: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2006). Analgesia e sedação no recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 37(4), 168-73.



Controlo da dor

Recomendações para os procedimentos mais frequentes



CONSENSOS E RECOMENDAÇÕES
DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA



Analgesia e sedação no recém-nascido
Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Procedimento	Analgesia	Recomendações
<i>Limpeza de feridas</i>	1. Medidas não farmacológicas: Medidas ambientais; Sucção não nutritiva; Administração de Soluções doces; Contacto pele-a-pele com os pais se possível. 2. Medidas Farmacológicas; Paracetamol, Infusão de opioides e em feridas extensas ou profundas, considerar sedação ou anestesia.	
<i>Colocação de dreno torácico</i>	1. Medidas não farmacológicas: Contenção; Sunção não nutritiva; Administração de Soluções doces; 2. Anestésico tópico: EMLA (se não urgente) ou lidocaína creme lipossómica a 4%; 3. Considerar infusão de opioides: Bólus de opióide em recém-nascidos ventilados; Em não ventilados considerar bólus de cetamina, antecipando sempre a necessidade de suporte ventilatório;	Monitorizar procedimento com escala de dor apropriada e ajustar analgesia de acordo com a pontuação na escala de dor utilizada.

Direção-Geral da Saúde. (2012).

Adaptado de: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2006). Analgesia e sedação no recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 37(4), 168-73.



Standards Europeus de Cuidados de Saúde ao Recém-nascido

Atendem às disparidades existentes na organização dos cuidados, apostam na formação dos profissionais de saúde e nas estruturas e na prestação de cuidados de saúde a bebés prematuros e doentes.

O projeto promove cuidados de saúde equitativos e de alto nível a bebés prematuros e doentes em toda a Europa, através de uma abordagem sistemática que inclui o envolvimento das varias partes interessadas desde as fases iniciais, o envolvimento de organizações de doentes (de pais), um conjunto amplo de tópicos abordados e uma estratégia de divulgação a vários níveis.



O projeto tem como objetivo, a longo prazo, garantir cuidados equitativos e de alto nível em toda a Europa, facilitando e harmonizando os cuidados neonatais e as áreas médicas relacionadas. Impulsionado pelo esforço dos pais, este é um projeto verdadeiramente centrado nos doentes e onde, pela primeira vez, os próprios doentes encontram-se envolvidos em todas as etapas do desenvolvimento dos standards.



Standards Europeus de Cuidados de Saúde ao Recém-nascido

Saúde dos recém-nascidos – dividida por 11 tópicos muito abrangentes

Foram identificadas onze áreas-chave (tópicos) relacionadas com a saúde dos recém-nascidos.



Para cada tópico, foram seleccionadas questões específicas para standardização, e estão continuamente a ser definidos novos temas



Standards Europeus de Cuidados de Saúde ao Recém-nascido

Saúde dos recém-nascidos – dividida por 11 tópicos muito abrangentes

Foram identificadas onze áreas-chave (tópicos) relacionadas com a saúde dos recém-nascidos.



Um standard é definido como um parecer desenvolvido de forma sistemática com o objetivo de apoiar as decisões dos médicos, enfermeiros e dos doentes relativamente aos cuidados adequados a prestar em problemas de saúde específicos.

O Grupo de Especialistas do Tópico **Procedimentos de prestação de cuidados** trabalha em tópicos que refletem as diferentes necessidades de cuidados dos bebés prematuros e doentes e resume as técnicas mais adequadas.

Para cada tópico, foram seleccionadas questões específicas para standardização, e estão continuamente a ser definidos novos temas



Procedimentos de prestação de cuidados

Suporte durante procedimentos dolorosos e avaliação da dor

Autores

Oude-Reimer M, Frauenfelder O, Binter J, Cámba F, Ceccatelli M, Hanks-Drielsma I, Jørgensen E, Silva E

Grupo-alvo

Bebês e pais (família)

Grupo-utilizador

Profissionais de saúde, unidades neonatais, hospitais e serviços de saúde

“Todas as crianças internadas em unidades neonatais e pediátricas recebem o máximo de **conforto para minimizar o stress e a dor**, com apoio dos pais.”

Fundamentação

Garantir conforto, reconhecer e tratar a dor são práticas essenciais no cuidado a recém-nascidos, que frequentemente são sujeitos a procedimentos dolorosos. Os recém-nascidos, especialmente os prematuros, dependem de outros para reconhecer e tratar a dor, pois o seu desenvolvimento imaturo dificulta a sua manifestação. Têm maior risco de analgesia inadequada e a dor é frequentemente subestimada. Minimizar a dor e o stress inclui observação regular por parte dos profissionais, respeito pelas pistas comportamentais, atenção ao posicionamento, ambiente e momento da intervenção, além do uso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Procedimentos não urgentes podem ser realizados com a presença dos pais, utilizando estratégias de alívio da dor.



Procedimentos de prestação de cuidados

Suporte durante procedimentos dolorosos e avaliação da dor

Autores

Oude-Reimer M, Frauenfelder O, Binter J, Cámba F, Ceccatelli M, Hanks-Drielsma I, Jørgensen E, Silva E

Benefícios

Benefícios de curto prazo

- Melhor qualidade de sono;
- Melhoria da digestão da alimentação;
- Desenvolvimento ponderal;
- Níveis cortisol;
- Estabilidade fisiológica;

Benefícios a longo prazo

- Estruturação e desenvolvimento do cérebro;
- Comportamental.



Para os pais e a família

- Os pais são informados pelos profissionais de saúde sobre estratégias para otimizar o conforto, minimizar os estímulos dolorosos e gerir a dor inevitável durante os cuidados.
- Os pais são informados pelos profissionais de saúde e é-lhes oferecida a oportunidade de estarem presentes e assistirem durante os procedimentos, quando apropriado.
- Os pais são ensinados pelos profissionais de saúde a reconhecer os sinais de dor e desconforto no seu bebé e a confortá-lo.



Para profissionais de saúde

- Todos os profissionais de saúde aderem a uma diretriz da unidade sobre a importância de estratégias adequadas de alívio da dor, farmacológicas e não farmacológicas, durante os cuidados e procedimentos.
- Todos os profissionais de saúde responsáveis recebem formação para reconhecer a dor e a angústia em bebés de termo e pré-termo.
- Todos os profissionais de saúde recebem formação para evitar qualquer procedimento doloroso ou incómodo não essencial.
- A dor e o stress são avaliados através de instrumentos validados.
- Todos os bebés recebem alívio farmacológico e não farmacológico adequado da dor.



Procedimentos de prestação de cuidados

Suporte durante procedimentos dolorosos e avaliação da dor

Componentes da norma	Classificação	Indicador de cumprimento da norma
Para os pais (família)		
1. Os pais são informados pelos profissionais de saúde sobre as estratégias para otimizar o conforto, minimizar os estímulos dolorosos e gerir a dor inevitável durante os cuidados.	A (Alta qualidade) B (Alta qualidade)	Folheto de informação fornecido aos pais.
2. Os pais são informados pelos profissionais de saúde sobre os procedimentos a efetuar e é-lhes oferecida a oportunidade de estarem presentes e assistirem aos mesmos, quando necessário.	A (Alta qualidade) B (Alta qualidade)	Relatório de auditoria; Folheto de informação fornecido aos pais.
3. Os pais são ensinados pelos profissionais de saúde a reconhecer os sinais de dor e desconforto do seu bebé e a confortá-lo	A (Alta qualidade) B (Alta qualidade)	Folheto de informação fornecido aos pais. Documento de formação e/ou registo na plataforma Sclínico



Procedimentos de prestação de cuidados

Suporte durante procedimentos dolorosos e avaliação da dor

Componentes da norma	Classificação	Indicador de cumprimento da norma
Para profissionais de saúde		
4. Todos os profissionais de saúde aderem a um protocolo de serviço sobre a importância de estratégias adequadas de alívio da dor, farmacológicas e não farmacológicas, durante os cuidados e procedimentos.	B (Alta qualidade)	Relatório de auditoria Protocolo de serviço
5. Todos os profissionais de saúde responsáveis recebem formação para reconhecer a dor e stress no recém-nascido de termo e pré-termo	A (Alta qualidade) B (Alta qualidade)	Relatório de auditoria Documento de formação
6. Todos os profissionais de saúde recebem formação para evitar quaisquer procedimentos dolorosos e incómodos não essenciais.	A (Alta qualidade) B (Alta qualidade)	Documento de formação



Procedimentos de prestação de cuidados

Suporte durante procedimentos dolorosos e avaliação da dor

Componentes da norma	Classificação	Indicador de cumprimento da norma
Para profissionais de saúde		
7. A dor e o stress são avaliados através de instrumentos validados	A (Alta qualidade) B (Alta qualidade)	Instrumento de avaliação validado
8. Todos os bebés recebem alívio adequado da dor, farmacológico e não farmacológico.	A (Alta qualidade) B (Alta qualidade)	Relatório de auditoria Protocolo de serviço



Procedimentos de prestação de cuidados

Suporte durante procedimentos dolorosos e avaliação da dor

Componentes da norma	Classificação	Indicador de cumprimento da norma
Para a unidade de Neonatologia		
9. O serviço tem disponível uma diretriz, regularmente atualizada, para manter conforto, evitar a dor e o desconforto desnecessários, e utilizar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor.	A (Alta qualidade) B (Alta qualidade)	Protocolo de serviço
10. Cada unidade reconhece uma abordagem individualizada de cuidados de desenvolvimento ao reduzir e evitar experiências de dor e desconforto durante o internamento dos recém-nascidos.	A (Alta qualidade) B (Alta qualidade)	Relatório de auditoria;

Referências Bibliográficas

1. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. (2010). ABM clinical protocol #23: Non-pharmacologic management of procedure-related pain in the breastfeeding infant. *Breastfeeding Medicine*, 5(6), 315-319. <https://doi.org/10.1089/bfm.2010.9978>
2. Als, H., & Duffy, F. H. (2008). Individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): Changing the future of infants and families in intensive and special care units. *Early Childhood Services*, 2(1), 1-20.
3. Als, H. (2015). Program Guide Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): An education and training program for health care professionals. Boston: NIDCAP.
4. Anand, K. J. S. (2007). Pharmacological approaches to the management of pain in the neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association*, 27(Suppl. 1), S4-S11.
5. Batton, D. G., Barrington, K. J., Wallman, C., American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, & American Academy of Pediatrics Section on Surgery. (2006). Prevention and management of pain in the neonate: An update. *Pediatrics*, 118(5), 2231-2241. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2277>
6. Blackburn, S. (1998). Environmental impact of the NICU on developmental outcomes. *Journal of Pediatric Nursing*, 13(5), 279-289.
7. Bueno, M., Yamada, J., Harrison, D., Khan, S., Ohlsson, A., Adams-Webber, T., & Beyene, J. (2013). A systematic review and meta-analyses of nonsucrose sweet solutions for pain relief in neonates. *Pain Research and Management*, 18(3), 153-161.
8. Campbell-Yeo, M., Eriksson, M., & Benoit, B. (2022). Assessment and management of pain in preterm infants: A practice update. *Children (Basel)*, 9(2)
9. Chang, H. H., Larson, J., Blencowe, H., Spong, C. Y., Howson, C. P., Cairns-Smith, S., ... Lawn, J. E. (2013). Preventing preterm births: Analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *The Lancet*, 381(9862), 223-234. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61856-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61856-X)
10. Coughlin, M. (2017). *Trauma-Informed Care in the NICU: Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. New York: Springer Publishing Company.
11. Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientação nº 024/2012 de 18/12/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
12. EFCNI, Oude-Reimer, M., Frauenfelder, O., et al. (2018). European standards of care for newborn health: Support during painful procedures and pain assessment. *European Foundation for the Care of Newborn Infants*.
13. Fernandes, A. M. (2010). The efficacy of kangaroo mother care, sucrose and pacifier to reduce responses of preterm infants to procedural pain (Tese de doutoramento), Universidade de Lisboa.
14. Gatto, E., Pellegrino, S., D'Angelo, G., Barberi, I., Reiter, R. J., & Romeo, C. (2012). Stress response and procedural pain in the preterm newborn: The role of pharmacological and non-pharmacological treatments. *European Journal of Pediatrics*, 171(6), 927-933
15. Harrington, J. W., Logan, S., Harwell, C., Gardner, J., Swingle, J., McGuire, E., & Santos, R. (2012). Analgesia eficaz usando intervenções físicas para imunizações infantis. *Pediatrics*, 129(5), 815-822. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1607>
16. Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., Fernandes, A., Streiner, D., & Inglis, D. (2014). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1),
17. Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., Fernandes, A., Streiner, D., Inglis, D., & Zee, R. (2017). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2)
18. Mountcastle, K. (2010). An ounce of prevention: Decreasing painful interventions in the NICU. *Neonatal Network*, 29(6), 353-359.
19. Neil, M. J. E., & Nair, S. (2013). Paediatric pain: Physiology, assessment and pharmacology. *Anaesthesia Tutorial of the Week (ATOTW)*, (2013), 1-10.
20. Pillai Riddell, R., Racine, N. M., Turcotte, K., Uman, L. S., Horton, R. E., Din Osmun, L., & Ahola Kohut, S. (2011). Nonpharmacological management of procedural pain in infants and young children: An abridged Cochrane review. *Pain Research and Management*, 16(5), 321-330.
21. Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lidel- Edições Técnicas, Lda.
22. Rocha, G., et al. (2006). Analgesia e sedação no recém-nascido- Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 37(4), 168-173.
23. Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-31.
24. South Central Neonatal Network Quality Care Group. (2015). Guideline for Non-Nutritive Sucking. *NHS South Central*, 2, 1-6.
25. Stevens, B., Yamada, J., Ohlsson, A., Haliburton, S., & Shorkey, A. (2016). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD001069. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001069.pub5>

Apêndice II – Panfleto sobre Sinais de Dor e Desconforto no Recém-nascido e como confortá-lo

Técnica dos 5's para acalmar o Recém-nascido

O Recém-nascido precisa de colo, calor e contacto com os pais, a semelhança do que acontecia no útero materno!

A técnica dos 5's pretende ativar o reflexo da calma, imitando o que acontece no útero materno.

É eficaz para acalmar os bebés até aos 3 meses.

1º Passo: *Swaddling*

Imobilização/Enfaixamento – imita a contenção de movimentos dentro do útero nos últimos meses de gravidez.

2º Passo: *Stomach position*

Posição de lateralização – decúbito lateral esquerdo diminui o desconforto gástrico devido a posição anatómica do estômago.

3º Passo: *Shushing*

Fazer o som “shhhh” a cerca de 10-20 cm do bebé, imitando os sons do útero.

4º Passo: *Swinging*

Embar o bebé de forma suave e ritmada, simulando os caminhar da mãe durante a gravidez.

5º Passo: *Sucking*

Sucção nutritiva ou não nutritiva, aproximando a mão do bebé á boca.

Os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos, por isso, queremos que colabore connosco!

Unidade Local de Saúde Cova da Beira

Hospital Pêro da Covilhã

SERVIÇO DE PEDIATRIA

Unidade de Neonatologia

Alameda Pêro da Covilhã
6200-251, Covilhã

neonatologia@chcbeira.min-saude.pt

Telefone: 275330000
Extensão: 14600



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COVA DA BEIRA



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Sinais de Dor e Desconforto no Recém-nascido e como confortá-lo

Papel dos pais junto dos profissionais de Saúde



Unidade de Neonatologia

mdjaff - Freepik.com

A **Imaturidade Cerebral** do recém-nascido prematuro traduz-se numa **maior sensibilidade** aos estímulos do ambiente, como por exemplo, **a luz, o som e a atividade**;

Como pode ajudar?

1. Tapar a incubadora em períodos de sono para **evitar a incidência direta da luz** no bebé;
2. **Reduzir os níveis de ruído**;
3. Não bater na incubadora;
4. Abrir e fechar as portas da incubadora com muito cuidado;
5. **Não falar alto** perto da incubadora;
6. Não colocar objetos por cima da incubadora;
7. **Agrupar manipulações** para evitar perturbações desnecessárias

Estes são alguns dos procedimentos mais dolorosos em Neonatologia:

- Punção venosa (colocar um cateter)
- Punção do calcanhar (teste do pezinho)
- Injeção subcutânea;
- Injeção intramuscular (vacinas);
- Cuidados a feridas;
- Colocação de Sonda Nasogástrica;
- Aspiração de Secreções;
- Remoção de adesivos;

Sinais de Dor e Desconforto no Recém-nascido

Sobrelhas franzidas;
Lábios contraídos;
Queixo franzido;
Queixo trémulo; Bocejos e espirros frequentes;
Frequente extrusão da língua;
Agitação frequente;
Tremores;
Sustos;
Movimentos bruscos;
Dedos afastados ou mãos cerradas;
Movimentos de extensão;
Grito e gemido sem a menor estimulação;
Dificuldade em adormecer;
Difícil acalmar;
Face prostrada;
Olhar fixo;
Flacidez/Corpo imóvel;

A realização de procedimentos dolorosos nos Recém-nascidos, assim como a presença de elevados níveis de estimulação física, de luminosidade e ruído nas unidades de cuidados, **potenciam a ocorrência de mudanças na estrutura e fisiologia do sistema nervoso central.**

Estratégias Não farmacológicas para o alívio da dor no Recém-nascido

Sucção não nutritiva

Consiste em **oferecer chupeta** ao Recém-nascido acordado, que mostra interesse e capacidade para a sucção, não recebendo qualquer ingestão nutricional.

Aleitamento Materno

Consiste em colocar o recém-nascido à mama, **antes, durante e após** um procedimento doloroso.

Método Canguru

Colocar o recém-nascido em **contacto pele-a-pele** direto sobre o tórax materno ou paterno. Promove o equilíbrio entre os sistemas tátil, proprioceptivo, visual e auditivo e protege o RN da estimulação dolorosa.

Contenção do recém-nascido

Restringir o movimento dos membros e limitar a atividade, para promover a autorregulação e facilitar a aproximação da mão à boca para autosucção e autoconsolo.

Estimulação Multissensorial

Massajar a face do RN, falar suavemente para atrair a sua atenção, administrar uma solução doce, que pode ser leite materno, e estimular a sucção.

Apêndice III - Check list de ensinios a realizar aos pais



Unidade de Neonatologia

Ensino sobre Sinais de dor e desconforto no Recém-nascido e Estratégias não Farmacológicas de alívio da dor (Proposta)

Nome do bebé: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade Gestacional: _____

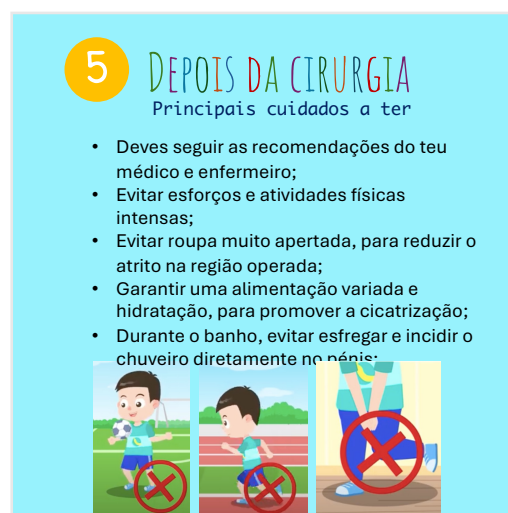
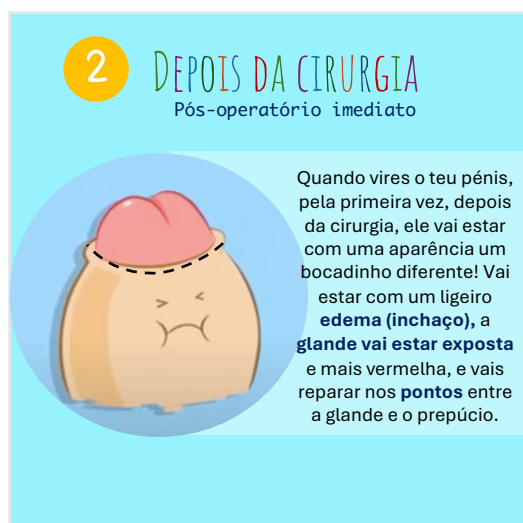
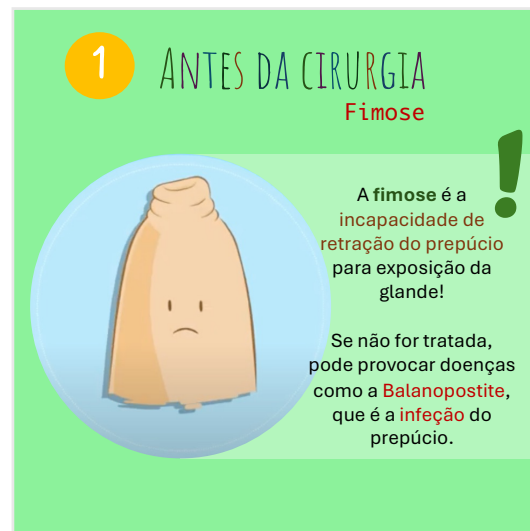
Legenda da avaliação

1 - Requer orientação/Incentivo

2 - Autónoma

Ensinos	Data/ assinatura do enfermeiro	Avaliação	Data/ assinatura do enfermeiro	Avaliação
1. Sinais de dor e desconforto no recém-nascido:				
1.1. Rosto (Caretas frequentes)				
1.2. Corpo (Agitação/tremores/sustos)				
1.3. Interação (Choro ao menor contacto)				
1.4. Reconforto (Dificuldade em acalmar)				
2. Medidas ambientais de conforto:				
2.1. Luz ambiental;				
2.2. Ruído ambiental;				
2.3. Agrupar Cuidados;				
3. Medidas não farmacológicas:				
3.1. Contenção do Recém-nascido;				
3.2. Sucção não nutritiva;				
3.3. Amamentação;				
3.4. Método canguru;				
3.5. Estimulação Multissensorial;				
3.6. Técnica dos 5's				
4. Entrega de documentação informativa sobre o tema;				

Apêndice IV – “Cartões Didáticos sobre Pós-Operatório de uma Circuncisão”



6 DEPOIS DA CIRURGIA

Já em casa



Quando já estiveres em casa, a **partir do 7º dia** após a cirurgia, os pontos vão começar a cair sozinhos, sem precisares de fazer nada!



7 SINAIS DE ALERTA

Deves ter atenção:



- Dor muito intensa;
- Náuseas ou vômitos persistentes;
- Febre;
- Edema (inchaço) acentuado;
- Alteração da cor da glândula (tonalidade arroxeadada);
- Dificuldade em urinar;
- Sangramento;
- Secreções purulentas (corrimento verde ou amarelo);
- Aderências (dificuldade na retração do prepúcio);

8 DEPOIS DA CIRURGIA



Alguns dias depois, o teu pénis recupera, e tudo volta ao normal!

LEMBRA-TE DE CONFIAR SEMPRE
NA TUA EQUIPA DE SAÚDE! ELES
ESTÃO TOTALMENTE CAPACITADOS
PARA TE AJUDAREM EM TUDO E
ESCLARECEREM TODAS AS TUAS
DÚVIDAS!

Trabalho realizado no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e do 13º curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, por Vitória Barreiros Proença Anastácio

Apêndice V – Procedimento Operativo proposto para a utilização dos “Cartões Didáticos sobre Pós-Operatório de uma Circuncisão”

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Cartões Didáticos sobre Pós-Operatório de uma Circuncisão

1. ENQUADRAMENTO

A hospitalização é considerada uma situação de crise maior para uma criança, não só pela alteração dos seus padrões e rotina normal de vida, como também pelo medo do desconhecido. Um internamento com cirurgia são fatores potenciadores de ansiedade, medos e ideias preconcebidas na criança e nos pais/família, podendo até resultar numa experiência traumática (Brázio, 2014). A reação à hospitalização depende de diversos fatores, como por exemplo, a idade dos pais e da criança, o estilo parental e estratégias de coping, o contexto cultural, o tipo de cirurgia, e do medo causado por experiências anteriores em contexto de ambiente hospitalar, assim como das experiências prévias de cirurgia e dor (Brázio, 2014).

As crianças são mais suscetíveis a sofrer com a ansiedade peri-operatória, devido a uma menor capacidade para lidar com o abstrato, gerir a ansiedade e dominar as suas emoções. Em cada faixa etária, existem medos considerados normais, e outros que variam de criança para criança. Os principais fatores responsáveis pelo medo e ansiedade pré-operatória na criança são: a separação da família e do seu ambiente, a perda de controlo devido ao ambiente desconhecido, a incerteza relacionada com a anestesia e pós-operatório, e a dor relacionada com os procedimentos (Brázio, 2014; OE, 2008).

A melhor maneira para reduzir o medo e a ansiedade peri-operatória, é investir na preparação da criança e da família para a cirurgia, tendo em conta as particularidades únicas de cada um. A preparação para a hospitalização e para a cirurgia, quando realizada por enfermeiros integrados numa equipa multidisciplinar, tem demonstrado ser a melhor forma de diminuir a ansiedade e desmistificar medos, uma vez que a criança/jovem vai sempre ter mais medo do desconhecido do que daquilo que conhece (Perry, Hooper e Maslongale, 2012).

A Carta da Criança Hospitalizada, que foi cuidadosamente criada em 1996 por várias associações europeias em Leiden, para sintetizar os direitos das crianças hospitalizadas, prevê no artigo 4º que *“As crianças e os pais têm direito a receber informação sobre a doença e os respetivos tratamentos, adequada à idade e à sua compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito”* (IAC, 1996).

Durante este processo, o enfermeiro surge como dinamizador, uma vez que a preparação dos seus utentes para todo e qualquer procedimento, faz parte das suas competências e intervenções autónomas, abrindo caminho para o estabelecimento de uma relação terapêutica com os mesmos. Para que tal aconteça, o enfermeiro deve deter um conjunto de conhecimentos científicos sobre as necessidades da criança, e ser capaz de mobilizar competências técnico-científicas sobre o procedimento, adaptando a linguagem a cada criança/jovem e sua família, tendo em conta o seu contexto (OE, 2008).

Um estudo realizado num hospital em Mangalore, uma cidade na Índia, comprovou a eficácia da utilização de um livro ilustrado na redução da ansiedade pré-operatória entre as crianças com idades entre os 6 e os 12 anos, utilizando a escala de avaliação da ansiedade de Hamilton (Noronha & Shanthi, 2015).

A circuncisão é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção total ou parcial do prepúcio, que é a pele que protege e cobre a glândula. Este procedimento é indicado para tratamento de fimose, que é a incapacidade de retrair o prepúcio e expor a glândula, para correção da parafimose, e tratamento de balanopostite recorrente. Tem a vantagem de diminuir significativamente o risco de infeções urinárias e facilitar a higiene íntima, tal como a prevenção de outras doenças (Silva *et al.*, 2006; WHO & Jhpiego, 2010).

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Cartões Didáticos sobre Pós-Operatório de uma Circuncisão

2. OBJETIVOS

Os principais objetivos da preparação pré-operatória com a demonstração dos cartões didáticos sobre o pós-operatório da circuncisão, são:

- Preparar a criança/jovem e sua Família para a experiência cirúrgica;
- Minimizar o medo, a ansiedade e a incerteza relacionada com o pós-operatório;
- Aumentar a sensação de controlo e a segurança da criança/jovem;
- Encorajar a expressão emocional;
- Estabelecer uma relação de confiança com a criança/jovem e família;
- Promover o cumprimento do ensino efetuado, através do estabelecimento da parceria de cuidados;
- Proporcionar uma experiência positiva à criança/jovem e sua família (Brázio, 2014; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020)

3. APLICAÇÃO

Os cartões didáticos sobre o pós-operatório da circuncisão, são alusivos apenas aos cuidados de enfermagem, abordam a aparência e os cuidados a ter com o pénis depois da cirurgia e os principais sinais de alerta, e como a criança /jovem e família podem colaborar com a equipa multidisciplinar nos cuidados pós-operatórios, através de uma linguagem simples e acessível à criança. Devem ser utilizados como auxílio à realização de ensinos no pré-operatório.

A sua utilização permite ao enfermeiro identificar as fontes de ansiedade e os mecanismos para um *coping* eficaz, transmitir informação com simplicidade, clareza, pertinência e com linguagem adaptada. É importante tornar os pais, parceiros nos cuidados, e particularmente na preparação para uma cirurgia, e para isso é imperativo não mentir, ou ocultar informações à criança/jovem ou aos pais, para evitar a perda de confiança, uma vez que esta é essencial para o estabelecimento da parceria de cuidados.

A par da demonstração destes cartões, devem também ser efetuados ensinos sobre a interpretação da escala de avaliação da intensidade da dor, e sobre o local e técnica de colocação da pomada anestésica. No final, deve ser feito questionamento sobre dúvidas ou medos que ainda persistam, e certificado que a criança/jovem e a sua família compreendem os ensinos (Brázio, 2014).

4. RESPONSABILIDADE

Equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria da ULS Cova da Beira.

5. CONCLUSÃO

O período que antecede uma cirurgia, é sempre acompanhado de uma grande carga emocional para toda a família, sobretudo para a criança/jovem. A preparação pré-operatória é uma atividade de enfermagem, em que o enfermeiro tem uma posição privilegiada e um papel fundamental junto da criança/jovem e sua família. Uma

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Cartões Didáticos sobre Pós-Operatório de uma Circuncisão

preparação dirigida para as dúvidas e medos relacionados com o pós-operatório, pode ajudar a criança/jovem e família a lidar com o stress inerente a cirurgia. O desenvolvimento de uma preparação operatória consistente, adaptada e estruturada, possibilita o planeamento de um cuidado holístico e vai ao encontro do dever de informação, com vista a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, na procura permanente da excelência no exercício profissional, ajudando o utente a alcançar o máximo potencial de saúde (Barbieri-Figueiredo, 2020)

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brázio, P. (2014). *Ansiedade infantil em contexto cirúrgico: estudo experimental*. Dissertação de doutoramento em psicologia. Área de especialização em psicologia geral. Universidade da Madeira.
2. Instituto de Apoio à Criança (IAC). (1996). *Carta da Criança Hospitalizada*. Portugal: Humanização dos serviços de atendimento à criança.
3. Jiménez y Felipe, J. H. (2022). La circuncisión en pediatría. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 39(2), 38-42.
4. Noronha, J., & Shanthi, S. (2015). Effectiveness of Picture Book on Preoperative Anxiety among Children (6-12 Years) in Selected Hospitals at Mangalore. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 5(4), 523-525.
5. Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de Boa prática*. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
6. Perry, J., Hooper, V., & Masiongale, J. (2012). Reduction of Preoperative Anxiety in Pediatric Surgery Patients Using Age-Appropriate Teaching Interventions. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 27(2), 69-81.
7. Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
8. Santos, T. (2014). Intervenções de enfermagem para reduzir a ansiedade pré-operatória em crianças em idade escolar: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 149-155.
9. Silva, C. B., Alves, M. C., Ribeiro, J. C., & Santos, A. R. (2006). Fimose e circuncisão. *Acta Urológica*, 23(2), 21-26.
10. World Health Organization (WHO), & Jhpiego. (2010). *Manual for early infant male circumcision under local anaesthesia*. World Health Organization.

Apêndice VI – Procedimento Operativo proposto sobre “Medidas não farmacológicas no controlo da dor no serviço de Urgência Pediátrica”

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Medidas não farmacológicas no controlo da dor no serviço de Urgência Pediátrica

1. Objetivo

Estabelecer estratégias não farmacológicas eficazes na prevenção e controlo da dor, de acordo com a idade e o desenvolvimento de cada criança/jovem, de forma a minimizar o sofrimento e promover o bem-estar e humanização dos cuidados de saúde.

2. Aplicação

Serviço de Urgência Pediátrica da Unidade Local de Saúde Cova da Beira.

3. Definições

IASP
RN
SU

4. Responsabilidades

Enfermeiros e Médicos do Serviço de Urgência Pediátrica da unidade Local de Saúde cova da Beira.

5. Procedimento

1) Definição da dor na criança/jovem

A dor é uma experiência sentida por todo o ser humano, em algum momento da sua vida. A sua perceção pode variar de pessoa para pessoa, de acordo com as suas características físicas, emocionais, sensoriais e sociais, sendo assim, uma resposta subjetiva (Batalha, 2010). Segundo a IASP 2020, a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos”(Malik| 2020).

A criança/jovem, dependendo da sua idade e desenvolvimento, apresentam maior hipersensibilidade aos estímulos dolorosos e stressantes, devido à imaturidade dos sistemas (Reis, 2009).

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Medidas não farmacológicas no controlo da dor no serviço de Urgência Pediátrica

2) Caracterização e avaliação da dor na criança/jovem

Uma correta "avaliação da dor é o primeiro passo para se alcançar o tratamento eficaz, seja ele farmacológico, não farmacológico ou associado" (Candido & Tacla, 2015, p.527).

A DGS considera que são normas de boas práticas na avaliação da dor:

1. Acreditar sempre na criança que refere dor;
2. Privilegiar a auto-avaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível;
3. Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
4. Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade;
5. Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) / pais / cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;
6. Realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta;
7. Manter o instrumento em todas as avaliações da mesma criança, exceto se a situação clínica justificar a mudança;

A avaliação e tratamento da dor é uma obrigação legal, e deve ser realizada de acordo com escalas apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança de acordo com o protocolo X. A avaliação deve incluir também a história da dor, que consiste na colheita de informação, que permite orientar o profissional na escolha do método de avaliação e tratamento da dor.

3) Medidas não farmacológicas para controlo da dor

Recém-nascido	
Técnica	Recomendações
Contenção	Intervenção não farmacológica que deverá ter início três minutos antes da realização do procedimento doloroso, e deve ser mantida durante e após o procedimento, até a sua recuperação.

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Medidas não farmacológicas no controlo da dor no serviço de Urgência Pediátrica

Sucção não nutritiva	Recomenda-se a sua associação com outras intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, nomeadamente a contenção e administração de soluções doces (sacarose ou leite materno).
Aleitamento materno	O bebé deve ser colocado a mama, antes, se possível, durante, e após a realização do procedimento doloroso, pois diminui significativamente a variabilidade de respostas fisiológicas à dor.
Estimulação multissensorial	Consiste em transmitir ao bebé mensagens simultâneas relacionadas com o sistema tátil, gustatório, auditivo e visual, competindo com a informação sensorial dolorosa. Inclui, medidas físicas, como massagem, aplicação de calor/frio, falar suavemente para atrair a sua atenção, e pode também ser associada a outras medidas farmacológicas e não farmacológicas como a sucção e a administração de solução doce.
Técnica dos 5'S	Consiste na realização de cinco técnicas que têm como objetivo estimular o reflexo da calma que nasce com o recém-nascido. <i>In útero</i>, o bebé estava constantemente a ser tocado, acariciado e embalado. Esta técnica engloba todas as práticas que simulam o ambiente intrauterino. <u>1º Passo – Swaddling</u> Consiste no enfaixamento confortável do bebé que limita a restrição de movimentos dentro do útero. <u>2º Passo – Side/Stomach position</u> Lateralizar o bebé para o lado esquerdo, facilitando a digestão, diminuindo o desconforto gástrico para o bebé. <u>3º Passo – Shushing</u> Consiste em fazer o som “shhhh” a cerca de 10 a 20 cm de distância do bebé, simulando os sons do coração e intestino materno durante a gestação. <u>4º Passo – Swinging</u> Embalar o bebé com movimentos suaves para trás e para a frente, simulando a mãe a deambular durante a gravidez. <u>5º Passo – Sucking</u> Consiste em sucção não nutritiva. Pode ser realizado com recurso a uma “chupeta”, com a mão do bebé ou com o dedo mindinho dos pais.
Método Canguru	Consiste em colocar o Recém-nascido em contacto direto pele a pele sobre o tórax materno ou paterno, o que promove o equilíbrio entre os sistemas tátil, proprioceptivo, visual e auditivo, protegendo o RN da estimulação nociva. Deve ser iniciado, pelo menos, 15 minutos antes do procedimento doloroso, observando-se o seu benefício em

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Medidas não farmacológicas no controlo da dor no serviço de Urgência Pediátrica

		envolvimento da criança e algum tempo para uma explicação adequada e eficaz do método.
Distração		Consiste em direccionar a atenção para algo relacionado com o procedimento doloroso, sendo particularmente eficaz no controlo da dor com curta duração, como por exemplo, a punção para colheita de sangue. Para crianças em idade pré-escolar, deve utilizar-se a leitura, o contar histórias, pequenos jogos e bolas de sabão. O uso de bolhas de sabão é uma boa técnica hipnótica de distração na redução do medo e na percepção da dor em crianças que aguardam procedimentos dolorosos.
Relaxamento muscular através de respiração diafragmática.		Exercícios de respiração diafragmática, que são de fácil compreensão e colocados em prática num curto espaço de tempo, pelo que podem ser utilizados em crianças a partir dos dois anos. Devem ser dadas instruções como: "sopra com força para deitares o ar todo cá para fora" e "enche a barriga de ar, como de fosse um balão e depois esvazia o ar todo para a barriga ficar magrinha". Em crianças mais pequenas, podem ser utilizados instrumentos como brinquedos, apitos, bolas de sabão. Esta técnica evita a hiperventilação, que é muitas vezes responsável pelo agravamento sintomático das queixas.
Arteterapia e musicoterapia		A arte, a poesia, as marionetas, a escrita e o desenho, ajudam a criança a verbalizar e expressar pensamentos sobre a sua doença ou medos associados, ganhando assim, um maior controlo sobre a dor. A música ajuda a diminuir o stress, induz o relaxamento e ativa a produção de endorfinas endógenas, que através da imaginação, permitem a fuga para um universo sem dor. Estas técnicas salvaguardam o sentimento de segurança e conforto da criança.
Reforço positivo		Consiste no elogio ou recompensa da criança após procedimentos dolorosos, no sentido de premiar e agradecer a sua colaboração. Este pode ser feito através de um elogio verbal ou até pela entrega autocolantes, brinquedo, medalha ou diploma de bom comportamento.

Criança em idade escolar	
Técnica	Recomendações
Fornecimento de informação antecipatória	A informação sobre os procedimentos a realizar é um dever do profissional de saúde e também um dos direitos da criança e sua família. Ao dar esta informação, a linguagem deve ser adaptada à idade, estágio de desenvolvimento e

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Medidas não farmacológicas no controlo da dor no serviço de Urgência Pediátrica

	doença ou medos associados, ganhando assim, um maior controlo sobre a dor. A música ajuda a diminuir o stress, induz o relaxamento e ativa a produção de endorfinas endógenas, que através da imaginação, permitem a fuga para um universo sem dor. Estas técnicas salvaguardam o sentimento de segurança e conforto da criança.
Reforço positivo	Consiste no elogio ou recompensa da criança após procedimentos dolorosos, no sentido de premiar e agradecer a sua colaboração. Este pode ser feito através de um elogio verbal ou até pela entrega autocolantes, brinquedo, medalha ou diploma de bom comportamento.

□

Adolescente	
Técnica	Recomendações
Intervenções cognitivas	Fornecimento de informação antecipatória sobre procedimentos. Discussões sobre preferências e escolhas na gestão da dor. O envolvimento ativo do adolescente e criança mais crescida, com o procedimento doloroso, pode facilitar o seu comportamento e colaboração durante a execução das técnicas.
Intervenções cognitivo-comportamentais	As intervenções cognitivo-comportamentais combinam, pelo menos, uma intervenção de caráter cognitivo e outra de caráter comportamental. Têm como objetivo, modificar os processos cognitivos da criança/jovem, atenuando a sua perceção de dor, com base no pressuposto de que esta perceção é afetada por diversos fatores, inerentes ao ambiente, à situação que está a ser experienciada e também à própria criança. Pretende-se com esta técnica que a criança/jovem, compreenda a associação que existe entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos decorrentes da dor ou aqueles que aumentem a sua intensidade.
Relaxamento muscular progressivo	Os exercícios de relaxamento muscular progressivo requerem mais tempo e devem ser utilizados a partir dos seis anos de idade, sendo particularmente útil nos adolescentes. Esta técnica procura reduzir os níveis de ativação, alcançando um estado de relaxamento geral do corpo, através de uma série de exercícios de contração e descontração muscular. Por exemplo, ao dar as seguintes instruções: "fecha os olhos", "Imagina que tens um limão na tua mão. Agora espreme-o com força. Sente a tensão na tua mão e no teu braço enquanto espremes. Agora deixa cair o limão. Repara como os teus músculos se sentem quando estão

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Medidas não farmacológicas no controlo da dor no serviço de Urgência Pediátrica

	relaxados”, repetindo com outras partes do corpo e finalizando com “Deixa que o teu corpo se torne mole e sente os músculos relaxados”.
Distração	Consiste em direcionar a atenção para algo relacionado com o procedimento doloroso, sendo particularmente eficaz no controlo da dor com curta duração, como por exemplo, a punção para colheita de sangue. Para crianças mais velhas ou adolescentes, resulta a distração com uma conversa sobre acontecimentos passados, presentes ou futuros, no sentido de descentrar o seu pensamento do procedimento doloroso.
Reforço positivo	Consiste no elogio ou recompensa da criança/jovem após procedimentos dolorosos, no sentido de premiar e agradecer a sua colaboração.

4) Métodos físicos no alívio da dor

Técnica	Recomendações
Aplicação de frio ou calor	A aplicação de calor na região dolorosa promove a ativação do sistema supressor da dor e o relaxamento muscular. Pode ser feita através de compressas quente ou bolsas térmicas, promovendo a circulação sanguínea. Produz efeitos a nível local ou geral, de acordo com o tempo de aplicação e intensidade. A aplicação de frio, diminui a circulação sanguínea, produzindo uma ação anti-inflamatória. Favorece o alívio da dor e redução do edema local.
Massagem	A massagem ou estimulação cutânea, tem o propósito de aliviar a dor através de relaxamento e distração, ativando mecanismos inibitórios da dor. Esta técnica pode ser associada a outras estratégias, como a musicoterapia.
Posicionamentos	Consiste em mudanças de posição que promovam o conforto.

5) Comunicação e Envolvimento da família

A comunicação com a criança/jovem e sua família é fundamental e deve ser adequada à idade e desenvolvimento cognitivo da criança/jovem e ao contexto social e cultural da família, atendendo aos contextos de saúde, doença e à dor associada (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

É importante explicar o procedimento de forma simples e exata, progressivamente e repetindo as vezes que forem precisas (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Medidas não farmacológicas no controlo da dor no serviço de Urgência Pediátrica

Os procedimentos médicos ou de enfermagem nunca devem ser usados como ameaça e é fundamental não mentir à criança/jovem quanto aos mesmos, no sentido de criar uma relação de confiança (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

O profissional deve dar espaço à criança/jovem para fazer perguntas e exprimir os seus sentimentos, ajudando-a a participar no controlo da sua dor (Batalha, 2010).

O envolvimento da família é fundamental, e a presença dos pais deve ser sempre permitida e encorajada, dando liberdade para decidirem que tipo de colaboração pretendem dar (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A presença da família ou de alguém significativo, ajuda a dar segurança à criança/jovem e reduz o medo e ansiedade dos procedimentos dolorosos. O familiar ou pessoa significativa que acompanha a criança deve ser encarado, pelo profissional, como parceiro de cuidados, pelo que, deve ser incluído nos ensinamentos sobre o procedimento doloroso e tratamento da dor. O apoio do profissional de saúde à família, na prestação de cuidados, deve ser constante, uma vez que o seu contributo como parceiros de cuidados é fundamental, não só para a criança, como também para a equipa multidisciplinar. Esta parceria traz segurança e um sentimento de utilidade e confiança à família, sentimentos de proteção e segurança para a criança, e facilita o trabalho dos profissionais no momento de executar procedimentos e avaliar a sua eficácia (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

6. Avaliação dos resultados/Registos

Esta avaliação tem como objetivo aferir a eficácia das intervenções, no sentido de promover uma gestão correta da dor na criança, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

O registo deve ser universal e sistemático, e feito em local próprio no processo clínico:

1) Triagem

Na triagem, a avaliação da dor deve ser feita uma vez, e deve ser registado através do ícone de sinais vitais (em caso de dor 0, registar nas notas de enfermagem). O

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Medidas não farmacológicas no controlo da dor no serviço de Urgência Pediátrica

registo da escala de avaliação da dor utilizada deve ser feito nas notas de enfermagem.

2) Balcão

Proceder à reavaliação da intensidade da dor, entre 30 minutos a 1 hora após a atuação da terapêutica, e fazer o registo através do ícone de sinais vitais (em caso de dor 0, registar nas notas de enfermagem).

3) SO

A avaliação da intensidade da dor deve ser feita 1 vez por turno e em SOS, e deve ser registado através do ícone de sinais vitais (em caso de dor 0, registar nas notas de enfermagem).|

7. Referencias bibliográficas

- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lidel.
- Candido, L. K., & Tacla, M. T. G. (2015). Avaliação e caracterização da dor na criança: Utilização de indicadores de qualidade. *Revista de Enfermagem UERJ*, 23(4), 526–532. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.10514>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientação nº 024/2012 de 18/12/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Direção-Geral da Saúde.
- Harrington, J. W., Logan, S., Harwell, C., Gardner, J., Swingle, J., McGuire, E., & Santos, R. (2012). Effective analgesia using physical interventions for infant immunizations. *Pediatrics*, 129(5), 815–822. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1607>
- Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., Fernandes, A., Streiner, D., Inglis, D., & Zee, R. (2017). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2).

PROCEDIMENTO OPERATIVO

Medidas não farmacológicas no controlo da dor no serviço de Urgência Pediátrica

- Longobardi, C., Prino, L. E., Fabris, M. A., & Settanni, M. (2018). Soap bubbles as a distraction technique in the management of pain, anxiety, and fear in children at the paediatric emergency room: A pilot study. *Child: Care, Health and Development*, 45(2), 300–305. <https://doi.org/10.1111/cch.12633>
- Malik, N. A. (2020). Revised definition of pain by 'International Association for the Study of Pain': Concepts, challenges and compromises. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*, 24(5), 481–483. <https://doi.org/10.35975/apic.v24i5.1352>
- Oliveira, G., & Albuquerque, M. E. (2023). *Cuidados e técnicas em medicina neonatal: O essencial*. Rei dos Livros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-23-3.
- Pavelski, T., & Ferraz, L. (2015). O lúdico como instrumento de educação em saúde a crianças e adolescentes hospitalizados. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, 11(3), 153–155.
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lidel- Edições Técnicas.
- Reis, G. (2009). Avaliação e controlo da dor em cuidados intensivos neonatais: Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista Dor®, Órgão de Expressão Oficial da APED*, 17(17).
- Secção de Neonatologia da SPP. (2018). A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro. *Consenso Clínico*, 2(2018).
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica*. Lidel.
- South Central Neonatal Network Quality Care Group. (2015). *Guideline for non-nutritive sucking*. NHS South Central, 2, 1–6.

8. Anexos

Apêndice VII – Síntese dos conteúdos abordados em cada reunião de equipa.

Reunião	Data	Participantes	Assuntos discutidos
1º Reunião	8 de junho de 2024	Peritos 1, 2, 3, 4, 5 e 6 Equipas de outros países do projeto	A primeira reunião de trabalho foi realizada através da rede social Google Meet e coordenada pelas autoras do documento original (Peritos 1 e 2), contando com a participação de todos os elementos integrantes do projeto multicêntrico, incluindo as equipas de Espanha, Colômbia, México, Peru e Cuba. Durante esta sessão, foi realizada a apresentação do projeto multicêntrico de tradução e adaptação do “<i>Álbum Seriado</i>” Via Láctea, contextualizados os seus objetivos e a metodologia a ser utilizada. Procedeu-se à leitura e breve análise do documento original, permitindo uma primeira análise conjunta do seu conteúdo. Foi apresentada a metodologia de trabalho recomendada para a adaptação transcultural, delineando os procedimentos a seguir ao longo do processo. Para facilitar a partilha e organização dos documentos e informações relevantes, foi criada uma pasta na plataforma Google Drive, acessível a todos os membros do projeto, onde foi de imediato partilhada, pelas autoras do documento original (Peritos 1 e 2) a bibliografia referente a metodologia de trabalho. Paralelamente, foi solicitado aos elementos da equipa de cada país envolvido no projeto, o mapeamento das diretrizes e recomendações oficiais seguidas no país, sobre alimentação láctea até ao primeiro ano de vida, bem como sobre segurança alimentar e nutricional de crianças menores de seis meses não amamentadas. Entre a primeira e a segunda reunião, os peritos 4, 5 e 6 procederam à recolha dos documentos normativos sobre o tema e disponibilizaram-nos na pasta partilhada, conforme solicitado.
2ª Reunião	3 de julho de 2024	Peritos 1, 2, 3, 4, 5 e 6	A segunda reunião de trabalho foi realizada através da rede social Google Meet e coordenada pelas autoras do documento original (Peritos 1 e 2).

			Foi discutida a existência de diferenças lexicais e gramaticais entre o PB e o PE, apesar de as duas variantes pertencerem à mesma língua. Considerando essas particularidades linguísticas, as autoras do documento original (Peritos 1 e 2) apresentaram a metodologia de trabalho recomendada para a adaptação transcultural, sugerindo algumas alterações, dado que se trata de um processo dentro da mesma língua e não de uma tradução convencional. Paralelamente, foram analisadas e revistas, as normas e diretrizes em vigor em Portugal relativas à segurança alimentar e nutricional de crianças menores de seis meses não amamentadas, e discutidas de forma informal com a perita 3. De forma a aprofundar a compreensão das diferenças culturais e das práticas de saúde entre Portugal e Brasil, as autoras do documento original (Peritos 1 e 2) solicitaram aos elementos da equipa de Portugal (Peritos 4, 5 e 6) o preenchimento de uma grelha de extração de dados, com base nos documentos mapeados sobre segurança alimentar e nutricional de crianças não amamentadas. Este instrumento foi imediatamente partilhado através de uma pasta partilhada na plataforma Google Drive, a que todos os membros têm acesso, e analisada. Trata-se de uma grelha em formato Excel, que contem as principais questões/tópicos abordados no documento original, onde se pretende dar resposta com as normas presentes em cada documento referente à prática realizada em Portugal, permitindo identificar os conteúdos a manter, a excluir e a acrescentar, assegurando que a versão adaptada do manual refletisse as especificidades do contexto português. Nesta reunião, procedeu-se ainda à construção de um glossário de equivalência terminológica, com o objetivo de uniformizar a terminologia e garantir a clareza e coerência do conteúdo para a população portuguesa.
--	--	--	--

			Os peritos envolvidos na reunião demonstraram concordância relativamente aos aspetos discutidos. Entre a segunda e a terceira reunião, foi preenchida a grelha de extração de dados, tal como previsto.
3ª Reunião	9 de agosto de 2024	Peritos 1, 2, 3, 4, 5 e 6	A terceira reunião de trabalho foi realizada através da rede social Google Meet e coordenada pelas autoras do documento original (Peritos 1 e 2) Começou por ser apresentada pelos peritos 4, 5 e 6, a grelha de extração de dados, permitindo uma discussão detalhada sobre as diferenças entre as recomendações e diretrizes seguidas no Brasil e em Portugal, relativamente à segurança alimentar e nutricional de crianças menores que seis meses não amamentadas. Para enquadrar esta análise, a perita 3, profissional de nutrição, expôs as orientações adotadas no Brasil, bem como os hábitos e práticas culturais associadas ao tema, fornecendo uma base para a tomada de decisões quanto à adaptação do conteúdo. Foram identificadas diversas discrepâncias entre os dois países, resultando nas seguintes deliberações: Leite de vaca diluído: No Brasil, crianças menores de seis meses que não são amamentadas podem consumir leite de vaca diluído, como alternativa ao leite materno. desde que seja suplementado com vitaminas e minerais e sob recomendação de um profissional de saúde, uma vez que este leite apresenta deficiências em vitaminas A, D e C, podendo comprometer a resposta imunológica do lactente. Além disso, a biodisponibilidade do ferro é reduzida, potenciando o risco de anemia. Em Portugal, esta prática não é recomendada. Assim, houve concordância entre todos os peritos na exclusão dos capítulos que faziam referência a este tema. Leite em pó: No Brasil, é recomendada a utilização de leite em pó, desde que suplementado com vitaminas e minerais e sob supervisão de um profissional de saúde. Em Portugal, esta prática não

		é recomendada. Assim, houve concordância entre todos os peritos na exclusão dos capítulos que faziam referência a este tema. Em Portugal, quando o aleitamento materno não é possível, a DGS (Direção Geral da Saúde), recomenda o uso da fórmula infantil standard - Fórmula infantil 1- sem necessidade de suplementação em crianças saudáveis até aos 6 meses. Fórmulas infantis de origem vegetal: Considerando que, em Portugal, as fórmulas infantis de origem vegetal são recomendadas em contextos específicos, como em famílias que seguem um regime alimentar vegano ou em casos de alergia à proteína do leite de vaca, decidiu-se a inclusão de um capítulo dedicado a este tema. Evidências científicas demonstram que crianças alimentadas com este tipo de fórmulas apresentam um crescimento e desenvolvimento comparável ao das que consomem fórmulas infantis à base de proteína do leite de vaca. Dado que o processo de preparação das fórmulas infantis vegetais é idêntico ao das fórmulas padrão, optou-se por manter os capítulos sobre este tema para ambas. Neste ponto, não houve concordância dos peritos 2 e 3, que solicitaram uma revisão da literatura sobre o tema antes de ser tomada a decisão final. Utilização da chupeta: No documento original, eram indicadas desvantagens do uso da chupeta. No entanto, em Portugal, não existem diretrizes oficiais que contraindiquem a sua utilização, sendo esta frequentemente considerada um meio regulador de stress para o lactente. Neste ponto, não houve consenso com os peritos 1 e 2, pelo que se acordou a realização de uma revisão da literatura sobre este tema antes de uma decisão final. Higienização e esterilização dos utensílios: No capítulo dedicado à higienização e esterilização dos utensílios, foram incluídos os métodos de esterilização por meio de esterilizadores elétricos e micro-ondas, atualizando a informação de acordo com as práticas comuns em Portugal. Esta decisão contou com a concordância de todos os peritos.
--	--	--

			Cuidados com a água: No capítulo relativo ao tratamento da água, foi incluída a recomendação do uso do jarro elétrico para a fervura da água e removidas referências a métodos pouco utilizados em Portugal, como caixas d'água, cisternas, filtros de barro e outros reservatórios de armazenamento. Esta modificação contou com a concordância de todos os peritos.
4ª Reunião	23 de setembro de 2024	Peritos 1, 2, 3, 4, 5 e 6	A quarta reunião de trabalho foi realizada através da rede social Google Meet e coordenada pelas autoras do documento original (Peritos 1 e 2). Nesta reunião foi apresentado o posicionamento de associações de nutrição face a alimentação de lactentes não amamentados com formula infantil de origem vegetal. Evidências científicas demonstram que crianças alimentadas com este tipo de fórmulas apresentam um crescimento e desenvolvimento comparável ao das que consomem fórmulas infantis à base de proteína do leite de vaca. Dado que o processo de preparação das fórmulas infantis vegetais é idêntico ao das fórmulas padrão, optou-se por manter os capítulos sobre este tema para ambas. Este tema teve, por fim, a concordância de todos os peritos para ser adicionada ao instrumento adaptado. Foi também apresentado o resultado da revisão feita sobre a utilização da chupeta. Uma vez que em Portugal, não existem diretrizes oficiais que contraindiquem a sua utilização, A sua exclusão foi consensual por todos os peritos. Face à conclusão desta fase, ficou estabelecido o avanço para a próxima etapa do processo: o preenchimento da grelha de tradução disponibilizada pelas autoras do documento original (peritos 1 e 2). Esta grelha, em formato Word e armazenada na pasta partilhada, está estruturada em três colunas: a primeira com o número da página do documento original, a segunda com o texto em português do Brasil e a terceira destinada à inserção do texto traduzido e adaptado para português europeu.

			Entre a terceira e a quarta reunião, foi realizado o preenchimento da grelha de tradução pelas peritas 4, 5 e 6, profissionais de enfermagem de saúde infantil e pediátrica e nativas da variante português europeu, de forma individual. Este processo teve como base os temas discutidos na terceira reunião, bem como o glossário de equivalência de termos previamente elaborado.
5ª Reunião	30 de setembro de 2024	Peritos 1, 2, 3, 4, 5 e 6 + Designer	A quinta reunião de trabalho foi realizada através da plataforma Google Meet e coordenada pelas autoras do documento original (peritos 1 e 2). Paralelamente à adaptação do conteúdo textual trabalhada na reunião anterior, deu-se início nesta reunião, à adaptação do conteúdo imagético com o profissional de designer Matheus Tanuri Pacotini. Foi feita uma revisão das imagens, com algumas sugestões de alteração por parte das peritas 4, 5 e 6, nativas de Portugal. Neste sentido, foi criado um grupo no WhatsApp com os peritos 1, 2, 3, 4, 5 e 6, juntamente com o profissional de designer para agilizar a troca de ideias sobre as imagens.
6ª Reunião	14 de outubro de 2024	Peritos 1, 2, 3, 4, 5 e 6	A sexta reunião de trabalho foi realizada através da plataforma Google Meet e coordenada pelas autoras do documento original (peritos 1 e 2). Nesta reunião foi realizada a apresentação das grelhas de tradução e adaptação cultural do conteúdo textual, previamente preenchidas pelas peritas 4, 5 e 6, nativas da língua português europeu, de forma individual. Durante a reunião, procedeu-se ao que corresponde à síntese das traduções e retrotradução, uma vez que estavam presentes as autoras do documento original (peritos 1 e 2), garantindo assim a coerência e fidelidade do conteúdo. No decurso desta fase, foram introduzidas várias modificações pontuais, sugeridas pelos diferentes peritos presentes na reunião, com o objetivo de otimizar a clareza e precisão do texto.

			Como resultado, obteve-se a primeira versão da tradução e adaptação do conteúdo textual do <i>Manual Ilustrado Via Láctea</i>, que será posteriormente submetida à apreciação de um profissional da língua portuguesa para revisão final. Nesta reunião foi ainda abordada a metodologia utilizada futuramente na realização do teste piloto, tendo sido enviada pelas autoras do documento original (peritos 1 e 2), a bibliografia referente à metodologia.
7ª reunião	29 de janeiro de 2025	Peritos 1, 2, 3, 4, 5 e 6 + Designer	A sétima reunião de trabalho foi realizada através da plataforma Google Meet e coordenada pelas autoras do documento original (peritos 1 e 2). Entre a quinta e a sétima reunião, foram discutidos alguns itens relativamente ao conteúdo imagético através do grupo do WhatsApp. Nesta reunião foram apresentadas as imagens finais pelo profissional de design bem como a primeira versão adaptada culturalmente do Álbum seriado Via Láctea, uma vez que já tinha sido anteriormente realizada a revisão linguística pela profissional da língua portuguesa (perita 7). Nesta reunião foram ainda feitas algumas pequenas sugestões de alterações pelas peritas 4, 5 e 6.
8ª reunião	6 de fevereiro de 2024	Peritos 1, 2, 3, 4, 5 e 6	A oitava reunião de trabalho foi realizada através da plataforma Google Meet e coordenada pelas autoras do documento original (peritos 1 e 2). Nesta reunião deu-se a apresentação do produto final, a versão adaptada culturalmente do álbum seriado brasileiro “Via Láctea” para Portugal. Houve concordância de todos os peritos em relação ao trabalho apresentado.

Apêndice VIII – Grelha de extração de dados

Título	Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de orientação para profissionais e educadores.	Os primeiros 1000 dias de vida: Uma oportunidade para a construção de um futuro saudável	Alimentação e Nutrição do Lactente
Referencia de documento	Direção-Geral da Saúde. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 Anos. Ministério da Saúde, Portugal.	Craveiro, C., Carvalho, T., Carvalho, T., Real, H., & Mariano, T. (2019). Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro. In <i>E-book N. 53</i> . https://doi.org/10.0000/0000	Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Cordeiro Ferreira, G., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. <i>Acta Pediátrica Portuguesa</i> , S17–S34.
Año de publicacion	2019	2019	2012
Organización de publicación	Direção Geral de Saúde	Associação Portuguesa de Nutrição	Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Contraindicaciones clínicas para la lactancia materna.	As contraindicações definitivas do aleitamento materno são raras, podendo estas ser por razões maternas ou relacionadas com a própria criança. As contraindicações definitivas da amamentação relacionadas com a mãe são: Doenças graves ou crónicas debilitantes; infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH); necessidade absoluta de medicação que contraindique a amamentação, como antineoplásicos, alguns anticonvulsivantes, alcaloides da ergotamina e radiofármacos; E as contraindicações relacionadas com o lactente são: Doenças metabólicas congénitas raras, como a fenilcetonúria e a galactosémia. Há ainda, situações em que a amamentação está apenas temporariamente contraindicada associadas à mãe, são elas: Varicela; herpes com lesões mamárias; tuberculose ou brucelose não tratadas e medicação que contraindique o aleitamento materno.		
Indicación de tipos de leche para niños menores de seis meses que NO reciben leche materna	Na ausência de leite materno, um lactente saudável deve ser alimentado, com uma fórmula infantil <i>standard</i>, dado que todas as outras apresentam maior ou menor manipulação dos seus constituintes, afastando-as do padrão ideal que é o leite materno. Desta forma, leites de fórmula especiais (parcialmente hidrolisadas, de soja, antirrefluxo, sem lactose, etc.), devem ser utilizadas apenas com base em prescrição médica. Para lactentes dos 0 aos 12 meses, deve ser utilizada fórmula infantil 1.	Nas situações em que o aleitamento materno não é possível e/ou desejado, recomenda-se a utiização de fórmulas infantis para suprir as necessidades energéticas e nutricionais.	Na ausência de leite materno deverá ser privilegiado o uso de uma fórmula standard ou, em alternativa, uma fórmula com proteína de soja, no caso de dietas vegan.

Indicación de utensilios para ofrecer leche a niños menores de seis meses que NO reciben leche materna	Para oferecer leite de fórmula, deve ser usado o biberão . Este deve ser bem lavado com sabão (não detergente) e escovilhão, e posteriormente esterilizados.		
Edad que recomienda la guía para ofrecer agua al bebé	A oferta de água deve ser estimulada, mas há uma idade específica mencionada diretamente para começar.	A introdução de água aos bebés é recomendada após os 6 meses de idade, quando a alimentação complementar é iniciada.	Deverá ser oferecida aquando da introdução alimentar . Deverá ser oferecida água ao lactente, várias vezes dia.
Edad que recomienda la guía para introducir alimentos distintos a la leche	A alimentação láctea, depois dos seis meses de idade, deixa de suprir, as necessidades energéticas do lactente, tornando-se necessária a introdução de outros alimentos. A forma como ocorre a introdução desses alimentos, é indiferente da fonte láctea (leite materno ou fórmula infantil), e deve ter início entre as 17 e as 26 semanas, ou seja, os 4 meses e 1 semana e os 6 meses e 1 semana .	A alimentação complementar deve ser iniciada entre os 4 e os 6 meses de idade , sempre depois do 4º mês e o mais próximo possível do 6º mês.	A diversificação alimentar deve ser feita a partir dos 5 - 6 meses de vida do lactente , tendo em conta aspectos nutricionais e de desenvolvimento do lactente. Nunca antes dos 4 meses e preferivelmente cerca dos 6 meses de idade.
¿Existe alguna recomendación de suplementación de vitaminas y minerales cuando se utiliza leche o fórmula infantil?	Suplementação de vitamina D com 400 UI por dia, durante o primeiro ano de vida, pelo menos.	Durante o primeiro ano de vida: 400 UI por dia (transversal a todos os lactentes)	
¿Venden "compuestos lácteos" en su país?			
Mitos y creencias sobre la alimentación de niños menores de seis meses que NO reciben leche materna	É abordado o tópico de que “ <i>Mãe que não consegue amamentar não é menos mãe</i> ”		
Título	Leites e Fórmulas Infantis	Alimentação vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações	Fórmulas Infantis: indicação, função e constituição

Referencia de documento	Rêgo, C., & Videira Amaral, J. M. (2024). LEITES E FÓRMULAS INFANTIS. In <i>Tratado de Clínica Pediátrica</i> (pp. 1–12). https://tratadoclinicapediatica.pt/i-volume/parte-xi-nutricao/leites-e-formulas-infantis/	Pimentel, D., Tomada, I., & Rêgo, C. (2018). Alimentação vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações. <i>Acta Portuguesa De Nutrição</i> , 14, 10–17. https://doi.org/10.21011/apn.2017.1403	Costa, C. P., Mascarenhas-Melo, F., Bell, V., Laranjeira, J., & Gomes, R. (2021). Fórmulas Infantis: indicação, função e constituição. <i>Acta Portuguesa De Nutrição</i> , 27. https://doi.org/10.21011/apn.2021.2704
Año de publicacion	2024	2018	2021
Organización de publicación	Tratado de Clínica Pediátrica	Acta Portuguesa de Nutrição	Acta Portuguesa De Nutrição
Contraindicaciones clínicas para la lactancia materna.			Existem determinadas situações em que o leite materno não é utilizado como alimento dos lactentes, por decisão ou impedimento da mãe ou porque o aleitamento materno não é aconselhado. Situações em que as progenitoras necessitam de fazer concomitantemente tratamentos farmacológicos , que são contraindicados durante a amamentação, ou quando os bebés nascem com peso muito reduzido e a amamentação não supre totalmente as suas necessidades nutricionais.
Indicación de tipos de leche para niños menores de seis meses que NO reciben leche materna	Quando não é possível o aleitamento materno, dispõe-se hoje de alternativas nutricionalmente seguras, as fórmulas infantis , sendo que a composição do leite materno constitui o guia para a sua composição. Leites e Fórmulas para lactentes são géneros alimentícios com indicações nutricionais específicas destinados a lactentes durante os primeiros 6 meses de vida e que satisfaçam totalmente as necessidades nutricionais deste grupo etário. Em Portugal, todas as fórmulas infantis cumprem o requisito de serem enriquecidas com ferro.	Na ausência de leite materno ou quando este não é suficiente para suprir as necessidades energéticas e nutricionais do lactente, deverá ser introduzida uma fórmula infantil , estando disponíveis no mercado português diversas fórmulas infantis standard e especiais, cuja recomendação deve ser criteriosamente cumprida. Para os lactentes saudáveis, cujos pais/cuidadores decidam adotar um padrão vegano , podem ser recomendadas fórmulas infantis com proteína de soja ou com proteína de arroz , cuja administração pode ser feita desde o nascimento	Formulas infantis. As fórmulas infantis encontram-se disponíveis em três apresentações distintas : pó, líquido e pronta a utilizar. As fórmulas em pó devem ser reconstituídas no momento da utilização, sendo as mais económicas a nível financeiro. As fórmulas líquidas apresentam-se concentradas, necessitando de ser diluídas com água antes de serem utilizadas. As fórmulas que se encontram prontas a ser consumidas não requerem qualquer reconstituição sendo, no entanto, as mais dispendiosas.

Indicación de utensilios para ofrecer leche a niños menores de meses que seis NO reciben leche materna	O único utensilio mencionado no documento é o biberão .		
Edad que recomienda la guía para ofrecer agua al bebé		A oferta de água ao lactente só é mencionada após os 6 meses de idade , aquando da diversificação alimentar.	
Edad que recomienda la guía para introducir alimentos distintos a la leche	Entre o 4º e o 6º mês.	A diversificação alimentar, ou seja, a introdução na dieta do lactente de alimentos para além do leite materno ou fórmula infantil, poderá ocorrer entre as 17 e as 26 semanas , idealmente entre o 5º e o 6º mês de vida	
¿Existe alguna recomendación de suplementación de vitaminas y minerales cuando se utiliza leche o fórmula infantil?	No que toca à vitamina D existe fundamento para a sua adição (sob a forma de vitamina D3) às fórmulas infantis.	Suplementação oral de 400 UI por dia (10 µg colecalciferol) de Vitamina D em todos lactentes, independentemente do regime alimentar, durante o 1º ano de vida. Até aos 6 meses de vida, a suplementação em ferro é recomendada nos lactentes de pré-termo ou com baixo peso ao nascimento (<2500 g) , na dose de 2-3 mg/kg/dia, enquanto nos de termo a dose é de 1-2 mg de ferro/kg/dia a partir da 2.a-6.a semana de vida.	
¿Venden "compuestos lácteos" en su país?			
Mitos y creencias sobre la alimentación de niños menores de seis meses que NO reciben leche materna			

Apêndice IX – Grelha de tradução preenchida (síntese)

Página	Texto original do álbum seriado - português Brasil	Texto traduzido português Portugal
Título	Álbum Seriado Via Láctea – o caminho para a segurança alimentar e nutricional de crianças menores de 6 meses não amamentadas	Manual Ilustrado Via Láctea – o caminho para a segurança alimentar e nutricional de crianças com idade inferior a 6 meses que não são amamentadas
01	Apresentação O nascimento de uma criança é um momento de alegrias e amor, que também pode gerar dúvidas e medos. Esta tecnologia é para você que tem na família uma criança que não é amamentada. Neste álbum seriado, você poderá acessar perguntas sobre tipos de leite e utensílios utilizados para o preparo e administração do leite. O objetivo dessas perguntas é orientá-lo, então serão apresentadas dicas e cuidados importantes para a segurança alimentar e nutricional dessas crianças.	Apresentação O nascimento de uma criança é um momento de alegria e amor, mas que também pode suscitar dúvidas e receios. Este manual é para si, que tem na família uma criança que não é amamentada. Neste manual ilustrado, poderá encontrar perguntas sobre os tipos de leite e os utensílios utilizados para a sua preparação e administração. O objetivo destas perguntas é orientá-lo, partilhando conselhos e cuidados importantes para garantir a segurança alimentar e nutricional da criança.
02	Segurança alimentar e nutricional Para promover a segurança alimentar e nutricional, é importante que você e a sua família recebam orientações de como alimentar a criança. Esta segurança significa: Garantir que a criança receba os nutrientes que precisa. Que o preparo e a oferta do leite ou da fórmula sejam realizados com os cuidados de higiene necessários para evitar riscos de adoecimento na infância.	Segurança alimentar e nutricional Para garantir a segurança alimentar e nutricional, é importante que você e toda a família estejam informados sobre como alimentar o seu bebé. Esta segurança significa: Garantir que a criança recebe todos os nutrientes que necessita. Garantir que a preparação e administração da fórmula infantil sejam realizadas com os devidos cuidados de higiene necessários, no sentido de prevenir o risco de doença na criança.

03	Elaboração do conteúdo É importante estar atento se a criança está crescendo e se desenvolvendo bem. Informações de amigos, redes sociais e sites da internet podem estar incorretas ou desatualizadas. Por isso, sempre que você tiver alguma dúvida, busque informações em fontes seguras ou procure um profissional de saúde. Nas cadernetas constam alguns dados importantes que devem ser acompanhados pelos profissionais: Para elaborar o conteúdo desta tecnologia, utilizamos resultados de pesquisas nacionais e internacionais e o Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. E também convidamos famílias de crianças menores de 6 meses e profissionais para contribuírem com suas experiências neste assunto.	Desenvolvimento do manual É importante estar atento ao crescimento e desenvolvimento do seu bebê. Conelhos de amigos, e informações encontradas em redes sociais e sites da internet, nem sempre estão corretas e devidamente atualizadas. Por isso, em caso de dúvida, deve procurar informação em fontes fidedignas ou recorrer a um profissional de saúde. Nos boletins de saúde infantil, constam alguns dados importantes que devem ser monitorizados por profissionais de saúde; Para o desenvolvimento deste manual....
04	Para quem esse material é destinado? Esta tecnologia é para os profissionais desenvolverem educação em saúde, de modo individual ou grupal, com família que necessita de informações para alimentar uma criança que não pode ser amamentada. Quando não é recomendado a mulher amamentar? São poucas as condições em que se recomenda à mulher não amamentar. Exemplos disso são: Mães infectadas pelo HIV, HTLV 1 e 2 (vírus que comprometem as defesas do organismo) ou em uso de algum medicamento incompatível com a amamentação, por exemplo, no tratamento contra diversos tipos de câncer.	A quem se destina este material? Este manual destina-se a apoiar profissionais que desenvolvem educação para a saúde, tanto de forma individual como em grupo, no sentido de esclarecer famílias que necessitam de informações sobre como alimentar uma criança que não pode ser amamentada. Em que situações é que se recomenda que a mãe não amamente? Existem poucas situações em que se recomenda que a mãe não amamente. Alguns exemplos incluem: Contraindicações definitivas para a mãe: Doenças graves ou crônicas debilitantes; infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH); necessidade absoluta de medicação que contraindique a amamentação,

	Mães usuárias regulares de álcool ou drogas ilícitas não devem amamentar enquanto estiverem fazendo uso dessas substâncias. Em casos de mães com distúrbios de consciência ou comportamento grave, o caso deve ser avaliado separadamente.	como antineoplásicos, alguns anticonvulsivantes, alcaloides da ergotamina e radiofármacos. Contraindicações definitivas para o recém-nascido/lactente: Doenças metabólicas congênitas raras, como a fenilcetonúria e a galactosémia. Contraindicações Temporárias para a mãe: Varicela, herpes com lesões mamárias e tuberculose ou brucelose não tratadas. Medicação que contraindique o aleitamento materno. (página 53) Direção-Geral da Saúde. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 Anos. Ministério da Saúde, Portugal.
05	Agora, vamos para as perguntas! Com qual tipo de leite você está alimentando a criança? 06 Fórmula infantil 07 Você sabia que existem fórmulas infantis para crianças com necessidades alimentares específicas? 08 Você sabe por que é importante ter cuidados no preparo da fórmula infantil? 09 Você sabe como preparar a fórmula infantil? 10 Você sabe qual a quantidade de fórmula infantil preparar? 11 Leite de vaca 13 Você sabia que a criança alimentada com leite de vaca precisa receber suplementação de vitaminas e minerais? 13 Você sabe qual tipo de leite de vaca pode ser oferecido à criança? 13 Você sabe por que é importante ter cuidados no preparo do leite de vaca? 14 Você sabe preparar o leite para criança com menos de 4 meses? 14 Leite de vaca líquido 15 Você sabe qual a quantidade de leite de vaca líquido preparar? 15 Você sabe como diluir o leite de vaca? 17 Leite em pó 18 Você sabe qual a quantidade de leite em pó preparar? 18	Agora, vamos para as perguntas! Qual o tipo de leite que utiliza para alimentar a criança? 06 Fórmula infantil 07 Sabia que existem fórmulas infantis para crianças com necessidades alimentares específicas? 08 Sabe por que é importante ter cuidados na preparação da fórmula infantil? 09 Sabe como preparar a fórmula infantil? 10 Sabe qual a quantidade de fórmula infantil que tem de preparar? 11 Sabe preparar leite para crianças com idade inferior a 4 meses? 14 Acrescentar a parte do leite vegetal aqui Que utensílios utiliza para alimentar a criança? 21 Sabe que cuidados deve ter com os utensílios utilizados na preparação? 22 Sabe quais são os sinais de fome que a criança indica? 24 Sabe como oferecer a fórmula infantil? 25 E quando a criança terminar de mamar, sabe os cuidados que deve ter com os utensílios? 28 Sabe com que idade deve oferecer outros alimentos? 29 Sabe identificar quando a criança está pronta para a diversificação alimentar? 30

	Você conhece o Composto Lácteo? 20 Com qual utensílio você está alimentando a criança? 21 Você sabe quais cuidados deve ter com os utensílios utilizado no preparo? 22 Você sabe quais são os sinais de que a criança está ficando com fome? 24 Você sabe como oferecer a fórmula ou o leite de vaca com segurança? 25 E quando a criança terminar de mamar, você sabe os cuidados que deve ter com os utensílios? 28 Você sabe com que idade deve oferecer outros alimentos? 29 Você sabe identificar quando a criança está pronta para a introdução alimentar? 30 Você sabe quando oferecer água para a criança? 31 Você sabe quais cuidados deve ter com a qualidade da água? 32	Sabe quando oferecer água para a criança? 31 Sabe que cuidados deve ter com a qualidade da água?
06	Com qual tipo de leite você está alimentando a criança?	(retirar o leite de vaca e leite diluído- apenas é recomendada a utilização de fórmula) Fórmula Infantil Fórmula Infantil vegetal
07	Fórmula infantil A fórmula infantil é a melhor opção para alimentar crianças não amamentadas. Ela é considerada pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) como um alimento para fins especiais e, por isso, precisa ser prescrita por um profissional de saúde. A fórmula infantil é produzida pela indústria de alimentos, a partir da modificação do leite de vaca integral. As quantidades de proteínas, sódio, gorduras, carboidratos, vitaminas e minerais são alteradas, para criar um produto de composição mais adaptada ao organismo da criança do que o leite de vaca. Se a criança tem idade entre zero a 6 meses, deve utilizar a “Fórmula infantil para lactentes”.	Fórmula infantil Quando o aleitamento materno não é possível, a DGS (Direção Geral da Saúde), recomenda o uso da fórmula infantil standard - Fórmula infantil 1. As fórmulas infantis são consideradas alternativas nutricionalmente seguras, sendo a sua composição baseada na do leite materno e produzida pela indústria de alimentação, a partir da modificação do leite de vaca integral. Em Portugal, todas as fórmulas infantis cumprem o requisito de serem enriquecidas com ferro. A “Fórmula infantil para lactentes” têm indicações nutricionais específicas, e destinam-se a lactentes durante os primeiros 6 meses de vida, uma vez que suprimem totalmente as suas necessidades nutricionais.

08		Fórmula infantil vegetal No caso de famílias que optam por um regime alimentar vegano, no caso de lactentes saudáveis, estão recomendadas fórmulas infantis vegetais, com proteína de arroz, que pode ser oferecida desde o nascimento. As fórmulas infantis à base de arroz, apresentam um perfil de aminoácidos semelhante ao do leite materno, bem como ausência de fitoestrogênios e baixo teor de fitatos. As crianças alimentadas com esta fórmula infantil apresentam um crescimento e desenvolvimento sobreponível ao das crianças alimentadas com fórmulas infantis com proteína de leite de vaca .
09	Você sabia que existem fórmulas infantis para crianças com necessidades alimentares específicas? Existem fórmulas infantis específicas para crianças com necessidades alimentares especiais, como é o caso de crianças com alergia à proteína do leite de vaca. Somente profissionais de saúde podem indicar esses produtos, as formas de preparo e as quantidades que devem ser oferecidas à criança. Também poderão orientar a necessidade de suplementação de vitaminas e minerais.	Sabe que existem fórmulas infantis para crianças com necessidades alimentares específicas? Existem fórmulas infantis específicas para crianças com necessidades alimentares especiais, como é o caso de crianças com alergia à proteína do leite de vaca. Só os profissionais de saúde poderão indicar estas fórmulas, a forma de preparação e as quantidades adequadas a cada criança. Poderão também orientar a necessidade de suplementos de vitaminas e minerais.
10	Você sabe por que é importante ter cuidados no preparo da fórmula infantil? Os cuidados com o preparo são importantes para prevenir diarreia e dor de barriga ou problemas relacionados ao uso inadequado da fórmula infantil.	Sabe que é importante ter cuidados na preparação da fórmula infantil? Os cuidados com a preparação são importantes para prevenir diarreia e cólicas ou problemas relacionados à utilização inadequada das fórmulas infantis.
11	Você sabe como preparar a fórmula infantil? Observe a quantidade de fórmula e de água no preparo.	Sabe como preparar a fórmula infantil? Tenha em atenção a quantidade de pó e de água na preparação.

	É importante seguir as quantidades de pó e água indicadas no rótulo da fórmula infantil para evitar prejuízos no crescimento da criança. Ferva a água tratada por 5 minutos. Conte o tempo após o início da fervura. O pó deve ser misturado em água bem quente para evitar contaminação. Para isso, após ferver, espere no máximo 15 minutos. Não misture o pó na água enquanto ela estiver fervendo, para evitar que ocorram mudanças na composição da fórmula. O pó da fórmula não é estéril! Então, no momento em que entra em contato com a água, torna-se um ambiente ideal para o crescimento de microorganismos. Uma correta preparação e manipulação da fórmula reduz o risco de doenças. O uso de garrafas térmicas para armazenamento da água não é recomendado. A temperatura da água não se mantém estável e o recipiente é de difícil higienização e esterilização. Assim, pode ocorrer o risco de contaminação da água.	Cumpra as quantidades de pó e água indicadas no rótulo da embalagem da fórmula infantil para evitar alterações que prejudiquem o crescimento da criança. Ferva a água. A água utilizada devesse ter pH neutro e a temperatura no momento da reconstituição deve ser de cerca de 37°C. A reconstituição com água fria impede a adequada diluição dos nutrientes, e a temperatura demasiado elevada no momento da preparação do biberão aumenta o risco de mudanças na composição da fórmula. Uma correta preparação e manipulação da fórmula reduz o risco de doenças. O uso de garrafas térmicas para armazenamento da água não é recomendado. A temperatura da água não se mantém estável e o recipiente é de difícil higienização e esterilização. Assim, pode ocorrer o risco de contaminação da água.
12	Você sabe qual a quantidade de fórmula infantil preparar? A fórmula infantil deve ser preparada na quantidade necessária para o consumo imediato. Após o preparo, mesmo na geladeira, os micro-organismos da fórmula se multiplicam com o passar do tempo. Por isso, descarte o que sobrar para evitar dor de barriga!	Sabe qual a quantidade de fórmula infantil que deve preparar? A fórmula infantil deve ser preparada na quantidade necessária para o consumo imediato. Após a preparação, mesmo no frigorífico, os micro-organismos da fórmula infantil multiplicam-se com o passar do tempo. Descarte o que sobrar para evitar diarreia e cólicas! QUADRO Estes valores são apenas um exemplo. Para ajustar às necessidades da sua criança, procure um profissional de saúde.

13	1. Despeje a água dentro do copo medidor seguindo as quantidades indicadas para a idade da criança. Confira essas informações no rótulo da lata. 2. Encha a colher de medida que vem no interior da lata com fórmula infantil e retire o excesso, deixando o pó nivelado. Adicione o número de medidas conforme as instruções de uso no rótulo da lata. 3. Utilizando um garfo, agite bem a água para que a fórmula fique bem dissolvida. Atenção! Não aqueça a fórmula em micro-ondas, pois as altas temperaturas podem alterar sua composição e causar queimaduras. 4. Antes de oferecer a fórmula, teste a temperatura, pingando uma ou duas gotas na parte de trás da sua mão ou na parte interna do seu pulso. Se ainda estiver muito quente, esfrie mais um pouco. Você pode colocar o copo medidor em pé, em um recipiente com um pouco de água fria, movimentando-o se necessário. 5. Atenção! Feche bem a lata da fórmula após o uso. Deixe a lata sempre em local seco, fresco e arejado.	1. Coloque a água dentro do biberão de acordo com as quantidades indicadas para a criança. Confirme essa informação no rótulo da embalagem. 2. Encha a colher de medida que vem no interior da embalagem com a fórmula infantil, retire o excesso, deixando o pó nivelado (colher rasa). Adicione o número de medidas conforme as instruções no rótulo da embalagem. 3. Agite bem a água para que a fórmula infantil fique bem dissolvida. Atenção! Não aqueça a fórmula infantil no micro-ondas, pois as temperaturas altas podem alterar a sua composição e causar queimaduras. 4. Antes de oferecer a fórmula infantil, confirme a temperatura, pingando uma ou duas gotas na parte de trás da sua mão ou na parte interna do seu pulso. Se ainda estiver muito quente, arrefeça mais um pouco. Pode colocar o biberão em água fria, movimentando-o se necessário. 5. Atenção! Feche bem a embalagem da fórmula infantil após a sua utilização. Deixe a embalagem sempre em local seco, fresco e arejado.
13	Você sabia que a criança alimentada com leite de vaca precisa receber suplementação de vitaminas e minerais? O leite de vaca possui quantidades insuficientes de vitaminas A, D e C, o que pode reduzir a capacidade do organismo de se defender das doenças. Além disso, o ferro não é bem aproveitado pelo organismo da criança, o que pode causar anemia. Por isso, ofereça diariamente as vitaminas e minerais prescritas pelo profissional de saúde. Você sabe qual tipo de leite de vaca pode ser oferecido à criança? O leite de vaca integral é o tipo recomendado nesta situação	(Não se aplica em Portugal) Não se aconselha leite de vaca pois possui quantidades insuficientes de vitaminas A, D e C, o que pode reduzir a capacidade do organismo de se defender das doenças. Além disso, o ferro não é bem aproveitado pelo organismo da criança, o que pode causar anemia.

	O leite de vaca integral precisa ser diluído em água quando oferecido para crianças menores de 4 meses (consulte a informação na pergunta: Você sabe como diluir o leite de vaca?). Os leites desnatado e semidesnatado não são indicados para crianças menores de 2 anos, pois a gordura do leite é importante para o desenvolvimento neurológico da criança.	
14	Você sabe por que é importante ter cuidados no preparo do leite de vaca? Os cuidados de higiene e com o preparo são importantes para prevenir diarreia e dor de barriga ou problemas relacionados ao uso inadequado de leite de vaca. Você sabe preparar o leite pra criança com menos de 4 meses? O leite de vaca integral precisa ser diluído em água quando oferecido para crianças menores de 4 meses. As quantidades excessivas de proteína e sais minerais (como sódio, potássio e cloro) no leite de vaca não são adequadas para o organismo imaturo da criança. Por isso, podem sobrecarregar seus rins nos primeiros meses de vida. Atenção! A partir dos 4 meses, não é preciso diluir o leite de vaca integral líquido.	(Não se aplica em Portugal)
15	Leite de vaca líquido O leite de vaca integral também é chamado de “leite de caixinha” ou “leite de saquinho” ou “do leiteiro”. A composição do leite de vaca não é adequada para a criança menor de 12 meses. Por isso, você deve procurar um profissional de saúde para receber orientações sobre a necessidade de suplementação de vitaminas e minerais. Você sabe qual a quantidade de leite de vaca líquido preparar? Atenção! Para crianças menores de 4 meses, o leite de vaca integral deve ser diluído. As quantidades indicadas nessa tabela são do leite já diluído. Esses valores representam uma média de consumo. Para ajustar as necessidades da sua criança, procure o médico pediatra ou uma nutricionista.	(Não se aplica em Portugal)

	<table> <tr> <th colspan="3">Quantidade preparada para uma vez</th></tr> <tr> <th>Idade da criança</th><th>Quantidade por refeição</th><th>Número de refeições de leite por dia</th></tr> <tr> <td>Do nascimento aos 30 dias</td><td>60 - 120 ml</td><td>6 a 8</td></tr> <tr> <td>30 a 60 dias</td><td>120 - 150 ml</td><td>6 a 8</td></tr> <tr> <td>2 a 3 meses</td><td>150 - 180 ml</td><td>5 a 6</td></tr> <tr> <td>3 a 4 meses</td><td>180 - 200 ml</td><td>5 a 6</td></tr> <tr> <td>> 4 meses</td><td>180 - 200 ml</td><td>2 a 3</td></tr> </table>	Quantidade preparada para uma vez			Idade da criança	Quantidade por refeição	Número de refeições de leite por dia	Do nascimento aos 30 dias	60 - 120 ml	6 a 8	30 a 60 dias	120 - 150 ml	6 a 8	2 a 3 meses	150 - 180 ml	5 a 6	3 a 4 meses	180 - 200 ml	5 a 6	> 4 meses	180 - 200 ml	2 a 3	
Quantidade preparada para uma vez																							
Idade da criança	Quantidade por refeição	Número de refeições de leite por dia																					
Do nascimento aos 30 dias	60 - 120 ml	6 a 8																					
30 a 60 dias	120 - 150 ml	6 a 8																					
2 a 3 meses	150 - 180 ml	5 a 6																					
3 a 4 meses	180 - 200 ml	5 a 6																					
> 4 meses	180 - 200 ml	2 a 3																					
16	1. Despeje dentro da mamadeira ou copinho ou colher dosadora a quantidade de leite de vaca, adicione a água previamente fervida e o óleo, conforme orientações para diluição do leite. 2. Agite bem a mamadeira ou copinho ou colher dosadora para garantir que o leite integral, a água e o óleo estejam bem misturados. Não aqueça em micro-ondas, pois as altas temperaturas alcançadas podem alterar a composição do leite e causar queimaduras. 3. Antes de oferecer para a criança, teste a temperatura do leite pingando uma ou duas gotas na parte de trás da sua mão ou na parte interna do seu pulso. Se ainda estiver muito quente, esfrie mais um pouco embaixo da torneira. 4. Feche bem a embalagem do leite e a mantenha na geladeira. Depois de aberto, o leite deve ser consumido em até 48 horas, depois disso o restante não deve ser oferecido à criança. Atenção! Leites vegetais, como de arroz, soja, amêndoas, inhame etc, não são recomendados para crianças.	(Não se aplica em Portugal)																					

17	Você sabe como diluir o leite de vaca? O leite de vaca deve ser fervido para remover as bactérias que fazem mal à saúde. Se você utiliza o leite de vaca vendido pelo leiteiro ou ordenhado em casa, ele deve ser fervido. Para isso, coloque em uma panela e conte 5 minutos após o início da fervura. Depois guarde-o imediatamente na geladeira. O leite de vaca “de caixinha” ou “de saquinho” passa por esse processo na indústria, por isso, pode ser consumido sem ser fervido. Mesmo quando fechado o leite “de saquinho” deve ser mantido em geladeira! Reconstituição do leite para crianças menores de 4 meses Leite integral fluído: 2/3 de leite fluído + 1/3 de água fervida. 70 ml de leite + 30 ml de água = 100 ml 100 ml de leite + 50 ml de água = 150 ml 130 ml de leite + 70 ml de água = 200 ml Até a criança completar quatro meses de idade, ao leite diluído (em pó ou fluído) deve ser acrescentada 1 colher de chá de óleo vegetal (soja, girassol, canola, oliva) para cada 100 ml preparado. Após os quatro meses, não é mais necessário diluir o leite.	(Não se aplica em Portugal)
18	Leite em pó A composição do leite em pó não é adequada para a criança pequena. Por isso, você deve procurar um profissional de saúde para receber orientações sobre a necessidade de suplementação de vitaminas e minerais. Você sabe qual a quantidade de leite preparar? Atenção! Para crianças menores de 4 meses, o leite de vaca integral deve ser diluído. As quantidades indicadas nessa tabela são do leite já diluído. Esses valores representam uma média de consumo. Para ajustar as necessidades da sua criança, procure o médico pediatra ou uma nutricionista.	(Não se aplica em Portugal)

19	1. Despeje dentro da mamadeira ou copinho ou colher dosadora a quantidade de água previamente fervida e adicione o número de colheres de leite em pó, conforme o recomendado. 2. Agite bem a mamadeira ou copinho ou colher dosadora para garantir que o leite em pó fique bem dissolvido. Não aqueça em micro-ondas, pois as altas temperaturas alcançadas podem alterar a composição do leite e causar queimaduras. 3. Antes de oferecer para a criança, teste a temperatura do leite pingando uma ou duas gotas na parte de trás da sua mão ou na parte interna do seu pulso. Se ainda estiver muito quente, esfrie mais um pouco embaixo da torneira. 4. Feche bem a lata do leite em pó e mantenha em local seco, fresco e arejado.	(Não se aplica em Portugal)
20	Você conhece o Composto Lácteo? Composto lácteo é um alimento ultraprocessado, o que significa que sua fabricação envolve diversas etapas, técnicas de processamento para fazer uma mistura de leite e outros ingredientes lácteos e não lácteos, açúcar e aditivos alimentares. Então, ele não é indicado para crianças menores de 2 anos, inclusive por conter açúcar e expor à obesidade. Ele não é um substituto do leite materno e nem das fórmulas infantis. Os compostos lácteos têm embalagens e rótulos muito parecidos com os das fórmulas infantis, geralmente são colocados lado a lado nas prateleiras dos supermercados e farmácias e são mais baratos. Preste atenção no rótulo da embalagem!	(Não se aplica em Portugal)

21	Com qual utensílio você está alimentando a criança? Mamadeira Copinho Colher dosadora A mamadeira não deve ser a primeira opção, pois é mais difícil de ser higienizada, podendo causar infecções e seu uso faz com que o movimento e a posição da língua prejudiquem o desenvolvimento da deglutição, mastigação e fala. Qualquer tipo de chupeta, mesmo as chamadas ortodônticas, podem causar deformações na boca, mal alinhamento dos dentes e provocar problemas na fala, na mastigação e na respiração. Além disso, usar chupeta aumenta a chance da criança ter “sapinho” na boca (nome popular da candidíase ou monilíase). Desde cedo, as crianças aceitam muito bem a oferta de líquidos no copo.	Quais os utensílios que utiliza na alimentação da criança? Biberão Copo Colher A mamadeira não deve ser a primeira opção, pois é mais difícil de ser higienizada, podendo causar infecções e seu uso faz com que o movimento e a posição da língua prejudiquem o desenvolvimento da deglutição, mastigação e fala. Qualquer tipo de chupeta, mesmo as chamadas ortodônticas, podem causar deformações na boca, mal alinhamento dos dentes e provocar problemas na fala, na mastigação e na respiração. Além disso, usar chupeta aumenta a chance da criança ter “sapinho” na boca (nome popular da candidíase ou monilíase). Desde cedo, as crianças aceitam muito bem a oferta de líquidos no copo.
22	Você sabe quais cuidados deve ter com os utensílios utilizados no preparo? Todos os utensílios utilizados para o preparo da fórmula precisam ser esterilizados. Assim, os micro-organismos são destruídos, evitando a ocorrência de diarreia na criança. Comece o preparo um pouco antes do horário em que a criança irá se alimentar, para que ela se mantenha calma e aceite bem a fórmula.	Sabe que cuidados deve ter com os utensílios utilizados na preparação da fórmula infantil? Todos os utensílios utilizados na preparação da fórmula infantil necessitam de ser esterilizados para que os micro-organismos sejam destruídos, evitando a ocorrência de diarreia e cólicas na criança. Comece a preparação um pouco antes da hora em que a criança se irá alimentar, para que ela se mantenha calma e aceite melhor a fórmula infantil.
23	Antes de iniciar o preparo, lave bem as mãos e embaixo das unhas com sabão/sabonete e seque-as com pano limpo ou papel toalha. Higienize também o local de preparo (pia, bancada, mesa). Ferva a mamadeira, o bico e a rosca da mamadeira ou	Antes de iniciar a preparação, lave bem as mãos com sabão e seque-as com um pano limpo. Higienize também o local de preparação (bancada, mesa). Ferva o biberão, a tetina, o anel da tetina ou o copo. Deve contar 15 minutos a partir do início da fervura. Para evitar acidentes, ao ferver os

	o copinho ou a colher dosadora. Não esqueça o copo medidor! No caso de fórmula láctea, o garfo utilizado para misturá-la também precisa ser fervido. Você deve contar 15 minutos a partir do início da fervura. Para evitar acidentes, ao ferver os utensílios, use as bocas da parte de trás do fogão. Não faça essas atividades com a criança no colo!	utensílios, utilize os bicos de trás do fogão. Não realize essas atividades com a criança ao colo! Acrescentar - Esterilizador elétrico e de micro-ondas- colocar orientação de como fazer. Orientação em documento oficial. Incluir imagens novas - selecionar
24	Você sabe quais são os sinais de que a criança está ficando com fome? Identificar os sinais de que a criança está com fome e alimentá-la antes de começar a chorar facilitará a oferta da fórmula porque ela estará mais calma. Ela começa a virar a cabeça. Abrir a boca. Procurar algo para chupar, geralmente os dedos. Se espreguiçar. Não se prenda a horários, manter a criança por perto ajudará você a identificar o que ela precisa. O choro é a forma de comunicação da criança, entretanto, quando a criança usa chupeta, acaba chorando e resmungando menos. Dessa forma, como ela solicita menos atenção, a família tem maior dificuldade de reconhecer as necessidades da criança. Por isso, o uso de chupeta pode interferir na identificação dos sinais de fome da criança. Qualquer tipo de chupeta, mesmo as chamadas ortodônticas, podem causar deformações na boca, mal alinhamento dos dentes e provocar problemas na fala, mastigação e respiração.	Sabe identificar os sinais de fome na criança? Identificar os sinais de fome na criança e alimentá-la antes de começar a chorar facilitará a oferta da fórmula infantil, pois ela estará mais calma. Os sinais de fome incluem: virar a cabeça, abrir a boca, procurar algo para chupar (geralmente os dedos), ou espreguiçar-se. Não se prenda a horários fixos; manter a criança por perto ajudará a identificar o que ela precisa. O choro é a forma de comunicação da criança, entretanto, quando a criança usa chupeta, acaba chorando e resmungando menos. Dessa forma, como ela solicita menos atenção, a família tem maior dificuldade de reconhecer as necessidades da criança. Por isso, o uso de chupeta pode interferir na identificação dos sinais de fome da criança. Qualquer tipo de chupeta, mesmo as chamadas ortodônticas, podem causar deformações na boca, mal alinhamento dos dentes e provocar problemas na fala, mastigação e respiração.
25	Você sabe como oferecer a fórmula ou o leite de vaca com segurança? É importante que a mesma pessoa possa alimentar a criança na maioria das vezes. Mas este desafio não deve ser solitário! Tente incluir outras pessoas da família para apoiar você.	Sabe como oferecer a fórmula infantil com segurança? É importante que seja a mesma pessoa a alimentar a criança a maioria das vezes. No entanto, este desafio não precisa ser enfrentado sozinho!

	Elas podem contribuir com as demais tarefas diárias, para que você dê atenção à alimentação da criança com tranquilidade. Alimentar a criança é um momento especial, um momento de construir um relacionamento próximo e amoroso. Atenda aos sinais da criança para que a alimentação se torne mais agradável. Sente-se confortavelmente. Acomode a criança na posição sentada ou semi-sentada em seu colo, sendo que a cabeça forme um ângulo de 90° com o pescoço.	Tente envolver outros membros da família, eles podem ajudar com outras tarefas diárias, permitindo que você dedique atenção à alimentação da criança de forma tranquila. Alimentar a criança é um momento especial, uma oportunidade de construir um relacionamento próximo e afetivo. Responda aos sinais da criança para tornar a refeição mais agradável. Sente-se confortavelmente. Coloque a criança numa posição sentada ou semi-sentada no seu colo, garantindo que a cabeça forme um ângulo de 90° com o pescoço.
26	Encoste o utensílio no lábio inferior da criança e deixe a fórmula ou leite tocar o lábio. Ela fará movimentos de lambida, seguidos por goles (deglutição). Cuidado para não despejar a fórmula ou o leite na boca da criança. Deixe que ela controle a quantidade e o tempo necessário. Sempre segure a criança enquanto a alimenta. Não a deixe totalmente deitada, pois ela pode se engasgar. Quando a criança parar procurar a fórmula com a língua, afaste o utensílio da boca, permitindo que ela descanse antes de voltar a mamar. Deixe a criança definir o ritmo da mamada. Observe se ela precisa descansar, arrotar ou se está satisfeita. Se a criança parecer cheia, não force ela a continuar mamando.	Encoste o utensílio no lábio inferior da criança e deixe que a fórmula infantil toque o lábio. A criança fará movimentos com a língua, seguidos de movimentos de deglutição (engolir). Tenha cuidado para não despejar a fórmula infantil diretamente na boca da criança. Permita que ela controle a quantidade e o tempo necessário. Segure sempre a criança enquanto a alimenta, evitando que ela fique totalmente deitada, pois isso pode causar engasgamento. Quando a criança parar de procurar a fórmula com a língua, afaste o utensílio da boca para que ela descanse antes de retomar a mamada. Deixe a criança definir o ritmo. Observe se ela precisa descansar, arrotar ou se está satisfeita. Se parecer cheia, não a force a continuar a mamar.

27	Sempre segure a criança, olhe em seus olhos e fale com ela suavemente quando estiver a alimentando. Isso a ajudará a conhecer seu toque, cheiro e voz, e a sentir-se amada, segura e protegida. Ao final da mamada, a criança pode precisar arrotar. Você pode colocar a criança no seu colo, na posição de sentar, segurando seu rosto e esfregando suas costas. Também pode apoiá-la em seu ombro, esfregando ou dando leves batidas em suas costas até que ela arrote. Atenção! Nesse momento, pode ser que a criança golfe (regurgite) uma pequena quantidade da fórmula. Isso é normal, mas se a cor for diferente da fórmula ou leite, entre em contato com um profissional de saúde.	Segure sempre a criança, olhe nos seus olhos e fale com ela suavemente enquanto a alimenta. Isso ajudará a criança a reconhecer o seu toque, cheiro e voz, e a sentir-se amada, segura e protegida. No final da mamada, a criança pode precisar de arrotar. Pode colocá-la no seu colo, numa posição sentada, segurando suavemente o seu rosto e esfregando-lhe as costas. Outra opção é apoiá-la no seu ombro, esfregando ou dando leves pancadas nas costas até que ela arrote. Atenção! Nesse momento, a criança pode bolçar (regurgitar) uma pequena quantidade de fórmula infantil. Isso é normal, mas caso a cor seja diferente da fórmula infantil, deve contactar um profissional de saúde.
28	Você sabe os cuidados que deve ter com os utensílios depois que a criança mamar? Após a mamada, jogue fora a fórmula ou leite que sobrou e lave tudo com água e sabão. Não seque com panos ou toalhas. Deixe os utensílios secando de boca para baixo sobre um pano limpo ou papel toalha. Depois de secos, guarde-os em um recipiente com tampa. Esterilize os utensílios antes da próxima mamada. Para isso, coloque a mamadeira ou o copinho ou a colher dosadora, o copo medidor e, se for o caso, o garfo utilizado para misturar a fórmula em uma panela e cubra totalmente com água. Acenda o fogo e, a partir do início da fervura, conte 15 minutos. Desligue o fogo e deixe esfriar. Outra forma de esterilizar os utensílios é colocá-los em uma preparação de água com água sanitária (hipoclorito de sódio), por 1 hora. A quantidade recomendada é de 1 colher de sopa de água sanitária para cada litro de água.	Sabe quais os cuidados a ter com os utensílios depois da criança mamar? Após a mamada, descarte a fórmula infantil que sobrar e lave todos os utensílios com água e sabão. Não seque com panos ou toalhas; deixe-os secar de boca para baixo sobre um pano limpo. Depois de secos, guarde-os num recipiente com tampa. Esterilize os utensílios antes da próxima mamada. Para esterilizar, coloque o biberão, o copo, numa panela, cobrindo-os completamente com água. Aqueça até começar a ferver e conte 15 minutos. Desligue o fogo e deixe os utensílios arrefecer. Outra forma de esterilizar os utensílios é no microondas ou em esterilizador elétrico.

29	Você sabe com que idade deve oferecer outros alimentos? Se a criança estiver sendo alimentada com fórmula láctea: a partir dos 6 meses Se a criança estiver sendo alimentada com leite de vaca: a partir dos 4 meses Novos alimentos e água deverão ser oferecidos para a criança, para evitar deficiências nutricionais, pois o leite de vaca não possui todos os nutrientes de que a criança precisa. A partir desta idade, a fórmula ou leite não deve mais ser diluído. Para informações sobre composição dos alimentos, forma de introdução e consistência, confira o Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos e busque orientação na consulta de puericultura, o profissional de saúde lhe auxiliará nesse processo.	Sabe com que idade deve oferecer outros alimentos? A criança que está a ser alimentada com fórmula infantil: a partir dos 6 meses. Os novos alimentos e a água deverão ser oferecidos à criança para evitar deficiências nutricionais. Para informações sobre a composição dos alimentos, a forma de introdução e a consistência, consulte o Guia Alimentação saudável dos 0-6 anos e procure orientação na consulta de vigilância de saúde infantil. Os profissionais de saúde irão apoiá-la nesse processo.
30	Você sabe identificar quando a criança está pronta para a introdução alimentar? São sinais de que a criança está pronta para receber alimentos sólidos e pastosos: Consegue ficar sentada com apoio Mantém a cabeça firme Mostra coordenação entre olhos, as mãos e a boca O reflexo de empurrar o alimento com a língua está diminuindo	Sabe identificar quando a criança está pronta para a diversificação alimentar? Os sinais de que a criança está pronta para receber alimentos sólidos e pastosos incluem: ● Consegue ficar sentada com apoio ● Mantém a cabeça firme ● Mostra coordenação entre os olhos, as mãos e a boca ● O reflexo de empurrar o alimento com a língua está menos presente

31	Você sabe quando oferecer água para a criança? Oferecer água é importante quando outros alimentos além do leite são introduzidos. A criança não percebe que está com sede. Então, você pode deixar sempre acessível um copo ou garrafinha com água tampada. Essa é uma boa dica para oferecer com frequência. Atenção! Em lugares muito quentes, a necessidade de água é maior. Para oferecer a água: A criança deve estar sentada, com a cabeça e o pescoço firmes e alinhados. Se a criança recusar a água, ofereça em outros momentos até ela se acostumar. Água de coco, chás e outras bebidas não substituem a água. A água deve ser filtrada ou fervida ou tratada com água sanitária (hipoclorito de sódio – consulte a informação na pergunta: Você sabe quais os cuidados deve ter com a qualidade da água? Pg. 32).	Sabe quando deve oferecer água para a criança? Oferecer água torna-se importante quando outros alimentos, além da fórmula infantil, são introduzidos. A criança ainda não percebe que está com sede, por isso, é uma boa ideia manter sempre acessível um copo ou garrafa com água e oferecer com frequência. Atenção! Em climas muito quentes, a necessidade de água é maior. Para oferecer a água: • A criança deve estar sentada, com a cabeça e o pescoço firmes e alinhados. • Se a criança recusar a água, ofereça em outros momentos • Água de coco, chás e outras bebidas não substituem a água. A água deve ser fervida.
32	Você sabe quais os cuidados deve ter com a qualidade da água? Para evitar contaminações e doenças, apenas água potável (própria para consumo humano) deve ser consumida. Ela não deve ter gosto, cheiro ou cor que a deixe com aspecto desagradável. Mesmo a água da torneira precisa ser filtrada e fervida. Caixas d'água, cisternas, filtros de barro, garrafas, demais reservatórios e recipientes que armazenam a água para consumo em casa devem ser limpos regularmente. Para tratar a água em casa: Filtrar: despeje a água em um recipiente coberto por um pano limpo. Ferver: Coloque a água filtrada em uma panela e acenda o fogo, quando começar a ferver, conte 15 minutos. Tratar: depois de fria, misture duas gotas de água sanitária para cada litro de água e aguarde 30 minutos para consumir.	Sabe quais os cuidados a ter com a qualidade da água? Para evitar contaminações e doenças, apenas água potável (própria para consumo humano) deve ser consumida. Ela não deve ter gosto, cheiro ou cor que a tornem desagradável. A água da torneira tem de ser fervida. Para ferver a água: • Coloque a água numa panela e, ao começar a ferver, conte 15 minutos. • Pode utilizar um jarro elétrico. Quando o jarro desligar, a água já se encontra fervida.

	O ideal é que essa água seja utilizada no mesmo dia ou, no máximo, no dia seguinte.	Estes cuidados ajudam a garantir que a água é segura para consumo e que não há riscos de contaminação.
33	Parabéns! Você chegou até aqui! Esperamos que essas orientações de práticas seguras para alimentar a criança menor de seis meses, ajudem você no seu dia a dia.	Parabéns! Você chegou até aqui! Esperamos que estas orientações, acerca de práticas seguras para alimentar a criança com menos de seis meses, a ajudem no seu dia a dia.
34	Créditos Esta tecnologia foi desenvolvida em projeto de pesquisa que contou com apoio de agências de fomento.	Créditos Esta ferramenta resultou de um projeto de investigação que contou com o apoio de_____
CONTRACA PA	Se você cuida de uma criança que não é amamentada acesse pelo QR CODE	Se cuida de uma criança que não é amamentada entre no QR CODE

Apêndice X – Disposição das imagens originais e adaptadas

Página	Imagem original	Imagem adaptada
01		
02		^a 
03		
04		

06		 
14		
28		 
32		

Anexos

Anexo I – QR code de acesso à versão culturalmente adaptada do álbum seriado brasileiro "Vialáctea" para Portugal.



VIALÁCTEA

É um manual ilustrado com perguntas e respostas que orientam sobre fórmulas infantis e cuidados na sua preparação e administração em crianças menores de seis meses

Se você cuida de uma criança que não é amamentada
aceda através do QR Code



Versão adaptada culturalmente do álbum seriado brasileiro "Vialáctea" para Portugal

Créditos



Fomento

