



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Estratégias utilizadas na prevenção da hipotermia do recém-nascido no intraoperatório: revisão integrativa da literatura**

Ana Cristina Sabino Campos

setembro de 2023



# **Estratégias utilizadas na prevenção da hipotermia do recém-nascido no intraoperatório: revisão integrativa da literatura**

Ana Cristina Sabino Campos

**Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e

12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação da Sra.  
Professora Doutora Ernestina Batoca Silva

setembro de 2023



## **Pensamento**

“Grande é a poesia, a bondade e as danças...  
Mas o melhor do mundo são as crianças...”

Fernando Pessoa



## **Agradecimento**

Ao Pai pelo Amor Incondicional

Ao meu marido e ao meu filho,  
pelo amor, paciência, compreensão e motivação

Aos meus pais pelo apoio e disponibilidade

À minha amiga, colega, companheira e madrinha

E por fim, à minha professora orientadora, Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Ernestina Batoca,  
pela orientação, partilha de conhecimento e acima de tudo pela sua cordialidade e  
amabilidade.

A todos o meu Obrigada!!



## Resumo

**Enquadramento:** Neste documento designado Estágio com Relatório Final é apresentada a reflexão crítica acerca da aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no contexto dos estágios e a investigação realizada, cujo tema é “Estratégias utilizadas na prevenção da hipotermia do recém-nascido no intraoperatório”. A hipotermia no recém-nascido é caracterizada pela redução da temperatura corporal atingindo valores inferiores a 36,5°C. A termorregulação ineficaz é uma das principais complicações com que este se depara, uma vez que a hipotermia predispõe a alterações fisiológicas e neurológicas graves. A prevenção da hipotermia é uma das medidas essenciais para a qualidade da assistência neonatal no intraoperatório, na medida em que os recém-nascidos estão expostos a vários fatores que favorecem a perda de calor, como a anestesia geral, a exposição da pele e das cavidades corporais, o uso de soluções frias e o ambiente da sala operatória. Assim, surge o interesse em conhecer o perfil de termorregulação do recém-nascido pois suscita a reflexão sobre as causas e efeitos da instabilidade térmica e possibilita investigar sobre as estratégias utilizadas na prevenção da hipotermia do recém-nascido no intraoperatório com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e excelência do exercício profissional.

**Objetivos:** Descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas nos estágios, baseadas na evidência científica e tendo em vista a aquisição de competências especializadas; sintetizar através da evidência científica estratégias utilizadas na prevenção da hipotermia do recém-nascido no intraoperatório.

**Metodologia:** Através de uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, baseada na evidência científica, abordamos as várias atividades desenvolvidas nos estágios de pediatria, neonatologia e saúde infantil e familiar, que concretizaram os objetivos específicos delineados para desenvolver as competências exigidas ao Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Numa segunda parte desenvolvemos uma revisão integrativa da literatura com busca nas bases de dados, B-On, PubMed, EBSCO, MEDLINE e CINAHL Complete.

**Resultados:** Apesar da grande experiência como enfermeira em pediatria, consideramos relevante a aprendizagem em estágio ao nível da comunicação com o binómio criança/família, assistência especializada em situações de especial complexidade, gestão da dor, promoção da parentalidade, parceria de cuidados e vigilância da saúde infantil e juvenil. Na investigação realizada foram selecionados 137 artigos e destes foram incluídos 7. Os diferentes artigos analisados revelam que as estratégias utilizadas para a prevenção da hipotermia do recém-nascido no intraoperatório passam por utilizar sistemas de aquecimento ativo, administração endovenosa de fluidos aquecidos assim como os fluidos de irrigação, a temperatura da sala operatória com valores superiores a 23°C, planejar de forma prévia o aquecimento do recém-nascido antes da cirurgia e envolvimento das extremidades e cabeça com ligaduras de algodão e gorros. Vários estudos recomendam a elaboração de protocolos assistenciais.

**Conclusão:** Conseguimos com este relatório responder aos objetivos propostos e desenvolver com sucesso as competências previstas, com implicações para a prática profissional. Os resultados da pesquisa apontam estratégias eficazes na prevenção da hipotermia do recém-nascido no intraoperatório, mas com necessidade de validação de futuros estudos devido à escassez dos mesmos.

**Palavras-Chave:** Recém-nascido; Intraoperatório; Hipotermia; Prevenção.



## **Abstract**

**Background:** In this document called Internship with Final Report, a critical reflection is presented on the acquisition of skills as a Specialist Nurse in Child and Paediatric Health in the context of the internships and the research carried out, whose theme is “Strategies used in the prevention of intraoperative hypothermia in newborns”. Hypothermia in newborns is characterized by a decrease in body temperature reaching values below 36.5°C. Ineffective thermoregulation is one of the main complications that this patient faces, since hypothermia predisposes to severe physiological and neurological changes. The prevention of hypothermia is one of the essential measures for the quality of intraoperative neonatal care, as newborns are exposed to several factors that favour heat loss, such as general anaesthesia, exposure of the skin and cavities bodies, the use of cold solutions and the operating room environment. Thus, the interest in knowing the thermoregulation profile of newborns arises, as it raises reflection on the causes and effects of thermal instability and makes it possible to investigate the strategies used in the prevention of hypothermia in newborns during the intraoperative period, in order to contribute to improving the quality of care provided and excellence in professional practice.

**Objectives:** To describe and reflect on the activities carried out during the internships, based on scientific evidence and with a view to acquiring specialised skills; to synthesise strategies used to prevent hypothermia in newborns during surgery using scientific evidence.

**Methodology:** Through a descriptive and critical-reflective methodology, based on scientific evidence, we approached the various activities developed in the paediatrics, neonatology and child and family health internships, which achieved the specific objectives outlined to develop the competences required of the specialist child and paediatric health nurse. In the second part, we carried out an integrative literature review by searching the B-On, PubMed, EBSCO, MEDLINE and CINAHL Complete databases.

**Results:** In spite of my extensive experience as a paediatric nurse, we consider it relevant to learn from the internship in terms of communication with the child/family binomial, specialised care in situations of particular complexity, pain management, promotion of parenting, care partnership and child and adolescent health surveillance. 137 articles were selected and 7 of these were included in the research carried out. The different articles analysed show that the strategies used to prevent hypothermia in newborns during surgery include using active heating systems, intravenous administration of heated fluids as well as irrigation fluids, operating room temperature above 23°C, pre-planning the warming of newborns before surgery and wrapping the extremities and head with cotton bandages and caps. Several studies recommend drawing up care protocols.

**Conclusion:** With this report, we were able to meet the proposed objectives and successfully develop the expected competences, with implications for professional practice. The results of the research point to effective strategies for preventing hypothermia in newborns during surgery, but there is a need for validation in future studies due to the scarcity of studies.

**Keywords:** Newborn, Intraoperative, Hypothermia, Prevention.



## Sumário

Lista de tabelas

Lista de figuras

Lista de Abreviaturas/Acrónimos

<b>Introdução</b> .....	19
<b>1- Percurso formativo de aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica</b> .....	25
1.1.- Estágio de Pediatria .....	27
1.2.- Estágio de Neonatologia .....	33
1.3. - Estágio de Saúde Infantil e Familiar .....	40
<b>2- Enquadramento teórico e justificação</b> .....	53
<b>3- Metodologia</b> .....	57
3.1 - Tipo de estudo .....	57
3.2 - Questão de investigação .....	57
3.3 - Objetivos .....	58
3.4 - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos.....	58
3.5 - Procedimentos de pesquisa .....	59
<b>4- Resultados</b> .....	61
<b>5- Discussão</b> .....	67
<b>6- Conclusão</b> .....	71
<b>Considerações finais</b> .....	73
<b>Referências bibliográficas</b> .....	75
<b>Apêndices</b> .....	87
<b>Apêndice I</b> .....	89
Projeto de estágio I - Pediatria .....	89
<b>Apêndice II</b> .....	93
Projeto de estágio II - Neonatologia .....	93
<b>Apêndice III –</b> .....	97

Projeto de estágio III - Saúde Infantil e Familiar .....	97
<b>Anexos</b> .....	101
<b>Anexo I</b> .....	103
Método Baby-Led Weaning (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão .....	103
<b>Anexo II</b> .....	113
Baby Led Weaning, panorama da nova abordagem sobre introdução alimentar: revisão integrativa de literatura .....	113

## **Lista de Tabelas**

	<b>Pág.</b>
Tabela 1- Elementos da estratégia PICO	58
Tabela 2- Critérios de inclusão	58
Tabela 3 - Características dos artigos selecionados	61
Tabela 4 - Estratégias, desfecho e recomendações dos artigos para a redução da hipotermia	62



## **Lista figuras**

	<b>Pág.</b>
Figura 1 - Fluxograma das fases da revisão integrativa ancorado no PRISMA 2020	60



## Lista de Abreviaturas/Acrónimos

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
BLW	Baby-Led Weaning
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSIJ	Consulta de Saúde Infantil e Juvenil
DGS	Direção Geral de Saúde
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
EDIN	Échelle de Douleur et Dínconfort du Nouveau-Né
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
EFCNI	European Foundation of the Care of Newborn Infants
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
ETCO2	Dióxido de Carbono Expirado Final
FC	Frequência Cardíaca
MSD	Merck Sharp & Dohme
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSIJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Prematuro
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde Familiar
SpO2	Saturação Periférica de Oxigénio



## **Introdução**

No âmbito do 8.º Curso de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, grau de mestre e 12.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) na unidade curricular de Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia, elaborámos este relatório final. Os estágios decorreram em serviços especializados entre 2 de janeiro e 19 de maio de 2023, num total de 750 horas, sendo 390 horas de estágio e 180 horas de orientação tutorial e 30 ECTS.

No sentido de desenvolver conhecimentos e competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, torna-se indispensável as experiências em diferentes contextos da prática clínica nesta área de especialização. De facto, a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica desempenha um papel fundamental no cuidado e promoção da saúde nessa população vulnerável, proporcionando atenção holística e adaptada às necessidades específicas de cada criança/família. Compreender as complexidades e desafios relacionados à saúde infantil e pediátrica é essencial para aprimorar a qualidade do cuidar e melhorar os resultados em saúde.

A área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, visa promover, proteger e recuperar a saúde das crianças e dos adolescentes, desde o nascimento até aos 18 anos de idade, bem como apoiar as suas famílias e comunidades (Portugal, Regulamento nº 422/2018). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) é um profissional que possui competências avançadas e diferenciadas para prestar cuidados de enfermagem de elevada qualidade e complexidade a esta população, em diferentes contextos e níveis de intervenção (Portugal, Regulamento nº 422/2018). Assim, pretendemos refletir sobre o percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências conduzido ao longo dos estágios realizados. Deste modo, descrevemos de forma crítica as atividades realizadas dando cumprimento dos objetivos delineados, explorando e analisando com o suporte teórico bem como com os referenciais teóricos, filosofias e conceitos no cuidar em pediatria, as melhores práticas de enfermagem e as intervenções eficazes.

O conhecimento das teorias de enfermagem é essencial para explicar, descrever, prever e aprimorar as intervenções que sustentam a prática profissional proporcionando assim uma base científica sólida para o desenvolvimento da profissão (Bouso, et al., 2014).

Neste percurso formativo o foco no desenvolvimento das competências específicas do EEESIP foi crucial fundamentado nos pilares de enfermagem pediátrica dos quais destacamos, os Cuidados Centrados na Família, Cuidados Atraumáticos, a Parceria de Cuidados, segundo Anne Casey, consistindo num conjunto de intervenções para eliminar ou diminuir o sofrimento físico ou psicológico vivenciado pela criança e família nos cuidados de saúde (Carvalhais et al., 2022).

Destacamos também a teoria do conforto de Kolcaba, que se enquadra na categoria de teorias de alcance médio e está inserida na escola do Cuidar. Kolcaba é a mente por trás desta teoria, a qual operacionaliza o conceito de conforto (Kolcaba, 2011; Apóstolo, 2009). O conceito de conforto é intrínseco ao cuidar, sendo um dos princípios holísticos e científicos que norteiam as intervenções de enfermagem (Apóstolo, 2009). Por meio desta teoria procuramos fundamentar as nossas condutas no contexto do cuidar em pediatria, em especial a prevenção da hipotermia do Recém-Nascido (RN) no intraoperatório, considerando a promoção do conforto como uma intervenção integral e abrangente do cuidar em enfermagem.

Perseguindo a excelência do exercício profissional de enfermagem e procurando o caminho que permitisse a reflexão sobre as causas e efeitos da instabilidade térmica durante a permanência de RN no Bloco Operatório, local onde exercemos atividade profissional, procuramos investigar sobre a temática “Estratégias utilizadas na prevenção da hipotermia do recém-nascido no período intraoperatório”.

O RN é um bebé que, independentemente da idade gestacional e peso, tem uma probabilidade acima da média de morbidade ou mortalidade como consequência de perturbações ou circunstâncias sobrepostas ao nascimento ou ao ajustamento à vida extrauterina (Hockenberry, et al., 2018). A temperatura é um dos marcadores de qualidade da assistência prestada ao RN sendo da responsabilidade da equipa a vigilância e a manutenção desse sinal vital. A hipotermia é uma intercorrência clínica potencialmente evitável e é definida como uma temperatura central inferior a 36,5°C, sendo uma condição frequente e grave no RN, especialmente nos prematuros e de baixo peso (Merck Sharp & Dohme [MSD], 2022). A hipotermia pode ser causada por fatores ambientais ou por doenças intercorrentes e pode ter consequências adversas para a saúde e o desenvolvimento do RN, como o aumento do consumo de oxigênio, a acidose metabólica, a hipoglicemia, a coagulopatia, a hemorragia intraventricular, a enterocolite necrosante e a morte (MSD, 2022).

A prevenção da hipotermia é uma das medidas essenciais para a qualidade da assistência neonatal e deve ser iniciada desde a sala de partos até à admissão na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) (Fundação Oswaldo Cruz, 2018). No entanto, no

intraoperatório, o RN está exposto a vários fatores que favorecem a perda de calor, como a anestesia geral, a exposição da pele e das cavidades corporais, o uso de soluções frias e o ambiente cirúrgico (Fundação Oswaldo Cruz, 2018).

Considerando a importância de prevenir o risco de hipotermia no intraoperatório, é crucial a prestação de cuidados baseados na evidência científica. É neste sentido que surgiu o interesse pela elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), com o objetivo de sintetizar na evidência científica as estratégias utilizadas na prevenção da hipotermia do RN no intraoperatório, contribuindo desta forma para o alargamento do conhecimento dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, com repercussão na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e excelência do exercício profissional.

O documento está dividido em duas partes sendo a primeira referente à reflexão sobre os estágios. Nessa primeira parte apresentamos uma breve caracterização de cada um dos contextos clínicos e abordamos as competências adquiridas em cada percurso de estágio, analisando o processo de aprendizagem e de desenvolvimento das competências do EEESIP.

Na segunda parte apresentamos a investigação com foco no tema previamente mencionado. São abordados aspectos como a problemática em questão com o seu enquadramento teórico e justificativa do interesse, a metodologia adotada, resultados obtidos, a discussão e conclusão.

Finalmente, apresentamos as considerações finais deste relatório, que englobam a síntese do percurso efetuado para a aquisição de competências do EEESIP e suas implicações para a prática profissional, juntamente com os achados do estudo efetuado, seguidas das referências bibliográficas, de acordo com a American Psychological Association, e os respectivos apêndices.



## PARTE I



## **1- Percurso formativo de aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**

A busca pela excelência ao longo da vida profissional é uma necessidade intrínseca ao exercício da profissão, consagrado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Assim, dessa necessidade resultou a decisão de frequentar o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no sentido de legitimar e fundamentar a experiência profissional e prática clínica de acordo com o estado da arte e sua sustentação científica, assim como a aquisição de habilidades, recursos e competências acrescidas, especializadas e de elevada complexidade. É neste sentido, que a OE, refere que o Enfermeiro Especialista é aquele a quem é reconhecida a competência técnica, científica e humana, e que permite ser reconhecido como tal (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia, incluída no 3º semestre dos cursos referidos anteriormente, no ano letivo de 2022/2023, elaborámos uma reflexão crítico-reflexiva para cada estágio. A sua carga letiva tem a duração total de 750 horas em que 570 horas são de contacto, sendo estas respetivamente, 390 horas de estágio e 180 horas de orientação tutorial (ESSV, 2022).

Os estágios decorreram em serviços especializados e de acordo com os seguintes períodos:

- Estágio de Pediatria realizado no serviço de Cirurgia, Queimados e Transplantação Hepática, do Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) que decorreu de 2 janeiro a 10 fevereiro;

- Estágio de Neonatologia realizado na Unidade de Neonatologia B da Maternidade de Bissaya Barreto, CHUC de 20 fevereiro a 31 março;

- Estágio de Saúde Infantil e Familiar realizado na Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, no Centro de Saúde Fernão Magalhães, Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Mondego, de 10 abril a 19 maio.

Reconhecemos que na formação especializada em enfermagem, o estágio constitui um momento privilegiado e de forte relevância na construção da aprendizagem e no desenvolvimento de competências profissionais e pessoais para a prática especializada.

Neste sentido, esta reflexão crítica reveste-se de particular importância pois exigiu uma atitude de procura do conhecimento e aprendizagens suportada na evidência científica, de autoanálise sobre os objetivos propostos e sua concretização de forma a contribuírem para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Para tal, faz parte desta Unidade Curricular a elaboração de projetos de estágios com os seus objetivos específicos que se podem observar nos Apêndices I, II e III, e também este relatório que apresenta todo o percurso formativo realizado nos estágios. Para a realização destes estágios, projetamos como objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns e específicas na prática profissional, ética e legal dos cuidados de enfermagem especializados;

- Melhorar a qualidade e gestão dos cuidados e no desenvolvimento de aprendizagens, assim como competências específicas de EEESIP, aos três níveis de prevenção, com base num projeto de aprendizagem orientado por objetivos a nível avançado e desenvolvido para os estágios de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e Neonatologia;

- Basear a prática clínica no conhecimento e em evidências científicas, utilizando a reflexão na e sobre a ação como forma de melhorar as competências na área da saúde infantil e a integrá-las no trabalho de Relatório Final.

O EEESIP utiliza "...um modelo concetual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados" e "...detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital..." (Portugal, Regulamento nº 422/2018), desde o nascimento até aos 18 anos de idade, trabalhando em parceria com a criança, e família/pessoa significativa, quer em ambiente hospitalar, cuidados continuados, centros de saúde, escola e domicílio, de modo a promover o mais elevado estado de saúde.

É objetivo de ação do EEESIP dar resposta às diversas áreas na sua complexidade tais como "...deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar" (Portugal, Regulamento nº 422/2018).

Segundo a OE, as competências específicas do EEESIP, são as seguintes:

- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Cuida da criança/jovem e famílias nas situações de especial complexidade;
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Consideramos que estes estágios proporcionaram as mais ricas experiências e oportunidades e, foi bastante útil, no percurso formativo de aquisição de competências especializadas e de nível de mestrado.

Foram vários os referenciais teóricos de enfermagem que contribuíram para o desenvolvimento deste percurso formativo, ajudando na sua descrição e reflexão.

### 1.1. - Estágio de Pediatria

O estágio de Pediatria foi realizado no serviço de Cirurgia, Queimados e Transplantação Hepática do Hospital Pediátrico de Coimbra. Este serviço integra várias especialidades cirúrgicas, nomeadamente cirurgia geral de pediatria, cirurgia plástica, cirurgia de urologia, cirurgia de gastro, cirurgia maxilo-facial, torácica, endoscópica, transplantes hepáticos e renais, estomatologia, otorrinolaringologia e queimados.

O serviço dispõe atualmente de vinte sete camas para o internamento de crianças desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias de idade que necessitam de intervenção cirúrgica programada em regime de ambulatório ou não, e de urgência.

Possui uma equipa de enfermagem constituída por vinte sete enfermeiros, dos quais dezoito são especialistas de Saúde Infantil e Pediátrica e um de Reabilitação.

Para a realização deste estágio estavam previamente definidos objetivos gerais e, para além destes, foram definidos os objetivos específicos individuais (Apêndice I). É a partir de cada um dos objetivos específicos que iremos organizar esta reflexão crítica.

Objetivo 1: Compreender o papel do EEESIP na prestação de cuidados especializados no serviço de cirurgia, queimados e transplantação hepática:

É fundamental conhecer características físicas e organizacionais do serviço, de modo, a compreender a sua dinâmica, bem como, a estrutura da equipa. O acolhimento da equipa multidisciplinar, assim como o interesse e motivação que nos norteiam, foram uma mais-valia para a aquisição de confiança e autonomia na prestação de cuidados.

Cuidar de crianças e das suas famílias implica ao enfermeiro possuir diversas competências nesta área. Neste sentido, as experiências vivenciadas neste contexto de estágio, contribuíram para a aquisição de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família. Ao longo deste estágio todos os momentos constituíram a ligação entre o conhecimento teórico que tivemos oportunidade de aprofundar, mobilizando os saberes adquiridos enquanto enfermeira no Bloco Operatório e as experiências em contexto de

estágio, contribuindo de forma inequívoca para o nosso crescimento pessoal e profissional, permitindo desenvolver as competências do EEESIP (Portugal, Regulamento nº 422/2018). Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2017), serviram de orientação a uma prática especializada, que estimulou a reflexão contínua e o apoio ao processo de melhoria da prestação de cuidados e elevação da qualidade de cuidados.

No serviço de Cirurgia Queimados e Transplantação Hepática, os modelos de organização dos cuidados de enfermagem implementados são o método de trabalho de Enfermeiro de Referência e o método Individual de Trabalho. O modelo de Enfermeiro de Referência consiste num modelo de prestação de cuidados que enfatiza a prática de cuidados de enfermagem completos, individualizados e contínuos por um Enfermeiro de Referência, que assume a responsabilidade de gestão dos aspetos assistenciais da criança/jovem e família específicos durante todo o período em que está internada. Pollard et al. (2020) referem que as competências inerentes ao Enfermeiro de Referência podem agrupar-se nas seguintes dimensões: conhecimento, cuidados, comunicação e apoio, coordenador e cuidados baseados na última evidência científica, que visam alcançar os mais elevados padrões de qualidade.

O método Individual de Trabalho baseia-se num conceito de cuidado global e implica afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a carga de trabalho o permitir. O enfermeiro é responsável pelo planeamento e execução dos cuidados na sua totalidade no sentido de satisfazer todas as necessidades desses clientes (Parreira et al., 2021). O atendimento não é fragmentado durante o tempo em que o enfermeiro está de serviço. Assim, enquanto o enfermeiro se encontra a desempenhar a prestação de cuidados, adotando o método Individual de Trabalho, a assistência prestada não é dividida e a responsabilidade dos cuidados é sua, que concebe, implementa e avalia esses cuidados (Ventura-Silva et al., 2021).

Durante o estágio, tivemos oportunidade de pôr em prática o método de trabalho de Enfermeiro de Referência, o que facilitou um melhor conhecimento e acompanhamento de crianças e suas famílias colocando sempre em prática a filosofia dos cuidados de enfermagem Centrados na Família, a Parceria de Cuidados segundo a teoria de Anne Casey e os Cuidados Atraumáticos.

A filosofia de Cuidados da Parceria de Cuidados, defendida por Anne Casey desde 1988, abraça a ideia de que os pais são os melhores prestadores de cuidados para os seus filhos no sentido de proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento. Defende ainda que

este tipo de cuidar tem por base a negociação partilhada respeitando cada família nos seus desejos, sentimentos e competências (Casey,1993).

Por outro lado, o modelo de Cuidados Centrados na Família e a filosofia dos Cuidados Atraumáticos são o fio condutor que orienta os cuidados prestados no serviço de pediatria. Sabemos que desde a entrada no hospital, a criança e família vivem um conjunto de experiências que podem ser sentidas como positivas ou negativas e com uma duração incerta. Assim, durante a hospitalização não temos dúvidas em relação à importância e contributo da aplicação destes modelos para a criança e família.

Os Cuidados Atraumáticos baseiam-se no pressuposto de que as experiências como a doença, a dor e a hospitalização podem ser traumáticas, devendo ser foco de estratégias e políticas organizacionais e de intervenções dos profissionais para minimizar esse trauma (Fernandes, 2020). Também Hockenberry et al. (2018), afirmam que os Cuidados Atraumáticos em pediatria têm como princípio o cuidado terapêutico que respeita a criança e sua família, procurando minimizar o seu sofrimento físico e emocional, visando não causar dano ao promoverem a relação criança/pais, a preparação da criança e seus pais antes de um procedimento, o controlo da dor, o respeito pela privacidade e diferenças culturais, a diminuição do medo pela oportunidade de escolha, oferta de brincar e expressão de sentimentos.

No serviço de Cirurgia, Queimados e Transplantação Hepática, através da observação, da partilha de saberes com a equipa multidisciplinar e análise de protocolos, consideramos que o modelo de Cuidados Centrados na Família e a filosofia dos Cuidados Atraumáticos estão bem implementados e integrados na prestação de cuidados.

O facto de a equipa de enfermagem ser uma equipa experiente, com uma grande percentagem de enfermeiros especialistas, focados e motivados para a prestação de cuidados diferenciados e de qualidade, contribui para a validação da integração do modelo dos Cuidados Centrados na Família e aplicabilidade da filosofia de Cuidados Atraumáticos, indo ao encontro das competências específicas do EEESIP.

O sistema de informação clínica implementado na Cirurgia, Queimados e Transplantação Hepática é o SClínico e não foi de toda novidade, uma vez que é o que aplicamos no nosso serviço, Bloco Operatório. A elaboração de plano de cuidados, é de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) segundo os Sistemas de Informação de Enfermagem (OE,2007). Após a admissão da criança é realizada a avaliação inicial e atitudes terapêuticas tais como, os hábitos de vida (tipo de alimentação e alimentos preferidos, eliminação vesical e intestinal), peso, avaliação dos sinais vitais para consequentemente elaborar o processo de enfermagem com a identificação de focos de

atenção, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e respetivos registos. Todo este processo não foi novidade já que durante o nosso percurso profissional enquanto trabalhámos no serviço de Medicina, tivemos oportunidade de prestar cuidados de enfermagem pelo método de Enfermeiro de Referência e conseqüentemente a utilização deste sistema de informação.

Objetivo 2: Desenvolver competências que permitam a assistência especializada à criança/jovem e família no pré e pós-operatório, bem como em contexto de doença crónica e aguda de acordo com as competências do EEESIP:

Para dar resposta a este objetivo foi importante colaborar com a enfermeira tutora, Enfermeira de Referência de crianças submetidas a transplante hepático, nos cuidados à criança/jovem e família. Toda uma prática que se baseia em elaborar, implementar e avaliar um plano de cuidados adequado a cada criança/jovem e família tendo em consideração a sua patologia clínica. A relação que se estabeleceu é de empatia, confiança levando à otimização de cuidados e partilha de informação.

Tivemos oportunidade de realizar o acolhimento de várias crianças/jovens e respetivas famílias, aos quais demos atenção especial, uma vez que é neste momento que se inicia uma relação de confiança com a criança/jovem e sua família, uma relação de ajuda (Hockenberry et al., 2018), em que manifestar aprovação de um comportamento que agrada pode ajudar a criança a saber o que se espera dela, e facilita a relação empática. De facto, o primeiro contato representa um momento oportuno para conhecer melhor a díade criança/jovem e família, seus hábitos e comportamentos e é também neste momento que nós, enfermeiros, devemos proceder à recolha de informação objetiva, de forma a poder obter uma avaliação inicial o mais completa possível e assim elaborar posteriormente um plano de cuidados adequado e organizado.

O interesse pela preparação da criança para a cirurgia surgiu como uma oportunidade de melhoria da prática profissional, uma vez que trabalhamos no Bloco Operatório e deste modo pudemos observar, participar e acompanhar a articulação dos cuidados prestados no pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

De realçar na preparação pré-operatória, a preocupação existente por parte dos enfermeiros na administração de medicação pré-anestésica. Como pudemos constatar diariamente, as crianças que chegam ao Bloco Operatório pré-medicadas, apresentam-se mais tranquilas, sem manifestações de choro nem de medo ou ansiedade e apresentam um pós-operatório também mais tranquilo e com menor dor. Já as crianças/jovem que nos chegam em situação de urgência e sem estarem pré-medicadas, manifestam maiores níveis

de ansiedade e medo e conseqüentemente um pós-operatório imediato mais agitado, referindo scores de dor mais elevados.

A prevenção e alívio da dor na criança constituem uma questão ética e um dever que realça o Cuidar em Enfermagem, contribuindo para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, e respeitando-se a filosofia dos Cuidados Atraumáticos. A dor como 5º sinal vital (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2003) assume grande importância em pediatria, nos vários procedimentos dolorosos e invasivos que realizamos diariamente. Numa tentativa de minimizar a dor e promover o conforto na criança, é importante adotar medidas preventivas ou de alívio da dor.

Durante procedimentos dolorosos, em colaboração com a enfermeira tutora, proporcionamos estratégias não farmacológicas para alívio da dor, aplicando conhecimentos e habilidades em terapias como a distração, uso do brinquedo, colaboração dos pais, o uso de objeto de transição, chupeta e imaginação guiada para proporcionar conforto (OE, 2013).

As intervenções não farmacológicas para controlo ou alívio da dor na criança são diversas, e a importância do seu recurso deve-se ao facto de muitas delas modificarem o significado da dor, pelo que a sua utilidade é reconhecida, quer isoladas ou em complementaridade (OE, 2013). Constatamos que a gestão diferenciada da dor é uma das competências do EEESIP, e o recurso a técnicas não farmacológicas de forma sistemática (como intervenções autónomas do enfermeiro sendo da sua responsabilidade a prescrição, execução e avaliação) permitem uma melhoria dos cuidados em saúde e conseqüentemente, um reconhecimento do papel do enfermeiro.

Objetivo 3: Desenvolver competências que contribuam para a promoção da adaptação da criança/jovem e família ao processo de doença aguda e hospitalização:

O terceiro objetivo traduz a importância do contato com os pais/família das crianças e jovens internados, com os quais foi necessária alguma sensibilidade e um saber estar. O envolver os pais nos cuidados, a parceria de cuidados, prescreve o respeito pela sua individualidade, crenças e cultura. Promover o papel parental passa por explicar-lhes a importância do toque e do afeto, explicar-lhe importância da sua presença, demonstrando atenção ao longo do internamento e contribuindo para minimizar os efeitos da hospitalização.

Como futura enfermeira especialista tentamos oferecer suporte à criança/jovem e família por forma a reduzir a ansiedade e o medo do desconhecido, relacionados com a experiência da hospitalização. Adotamos uma postura de empatia e incentivei à expressão de sentimentos e esclarecimento de dúvidas.

Já anteriormente demos ênfase ao modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey que consiste num modelo de enfermagem pediátrica que preconiza o envolvimento dos pais nos cuidados à criança, de forma ativa, em parceria com os profissionais de saúde (Monteiro & Cerqueira (2020). Os cuidados são planeados de acordo com o desejo e capacidade dos pais. Desta forma, pais e enfermeiros negociam e partilham os cuidados tomando decisões em conjunto. Para minimizar a angústia da separação, incentivamos os pais a uma permanência ativa, desenvolvendo assim o papel parental durante a hospitalização (OE, 2015). Para isso informamos e encorajamos os pais sobre que cuidados podiam desempenhar durante a hospitalização, de forma autónoma ou com a nossa assistência ou supervisão, negociando a participação dos mesmos, respeitando sempre as suas expectativas ou capacitando-os, quando a sua participação era crucial para a recuperação do seu filho.

Em pediatria o brinquedo ajuda na minimização da ansiedade provocada pela experiência assustadora da hospitalização. Tendo em conta isto, quando a criança era encaminhada ao Bloco Operatório levava o seu brinquedo, para assim ir mais tranquila sentindo-se em segurança. Promovemos também o brincar terapêutico sempre que possível.

Um dos aspetos que também realçamos foi envolver os pais, incentivando-os na sua participação de cuidados no pós-operatório, sobretudo nos cuidados a ter após alta no domicílio. Foram feitos vários ensinamentos com vista ao desenvolvimento do papel parental e capacitação dos pais/cuidadores para a prestação de cuidados.

Pudemos ainda verificar e refletir sobre o incentivo à presença dos pais, à sua autonomia na tomada de decisão em relação à prestação dos cuidados (cuidados de higiene, administração de terapêutica oral), à partilha de dúvidas e informação como forma de os tornar capazes, isto é, capacitando e empoderando as famílias.

A adesão aos tratamentos e a satisfação de criança/jovem e pais é consequência de uma boa comunicação. A comunicação em pediatria apresenta vários desafios, pois o enfermeiro é confrontado com a díade (pais e criança/jovem), exigindo assim competências específicas às diversas idades. Baseado em Hockenberry et al. (2018), a comunicação é a base de qualquer relação interpessoal.

O desenvolvimento de técnicas de comunicação é fundamental para o exercício de enfermagem em qualquer uma das suas dimensões. O EEESIP deve ter uma comunicação eficaz e assertiva, pelo que precisa estar atento a qualquer tipo de comunicação (verbal, e não verbal). Todo este percurso de estágio foi também importante no sentido de apurar o saber ouvir e o escutar.

## 1.2. - Estágio de Neonatologia

A assistência especializada pelo EEESIP visa a manutenção/melhoria do estado de saúde da criança/jovem/família, o qual representa um conceito também abrangido pelo Metaparadigma de Enfermagem (Deliktas et al., 2019; OE, 2011). Este, quando aplicado ao contexto de cuidados de enfermagem à população pediátrica e, neste caso específico, ao recém-nascido prematuro (RNPT), a saúde reporta-se à maximização deste estado, bem como à satisfação das necessidades desenvolvimentais específicas de cada faixa etária. Porém, transversalmente à filosofia em que assenta os cuidados de enfermagem em pediatria, o conceito de saúde engloba o potencial que cada criança pode atingir, não a dissociando do seu meio mais íntimo (OE, 2011).

Tal como para o estágio anterior, para a realização deste estágio estavam previamente definidos objetivos gerais e, para além destes, foram definidos os objetivos específicos (Apêndice II). Procederemos de seguida a uma reflexão crítica sobre os objetivos propostos e atividades inerentes, tendo em conta a sua contribuição para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP.

Objetivo 1: Compreender e refletir sobre o papel do EEESIP na prestação de cuidados especializados ao RN e família na UCIN:

Ao analisar o desempenho neste estágio, consideramos ter atingido este objetivo, para o qual 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, destacamos inicialmente 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, identificar as patologias e problemas de saúde mais frequentes do RN, assim como o contacto estabelecido com o RN internado no serviço e suas famílias.

Consideramos, pois, fundamental conhecer as características físicas e organizacionais do serviço, de modo, a compreender a dinâmica do serviço, bem como, a constituição da equipa.

Assim, no que se refere à descrição sumária da unidade de Neonatologia B, faz parte da Maternidade de Bissaya Barreto, integrada no CHUC e está definida na rede de diferenciação como um hospital de apoio perinatal diferenciado, com autonomia definida para a intervenção em toda a população de RN de termo ou pré-termo (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde [DGS], 2001), executando os quadros cirúrgicos os quais são transferidos para a Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. No

total, este serviço tem uma capacidade de doze unidades, repartidas por três salas, podendo admitir RN para incubadora, berços com aquecimento radiante, berço com colchão de aquecimento e berço normal. A sala central é o lugar privilegiado para a alocação do RN que necessita de suporte ventilatório invasivo ou que apresentam maior instabilidade.

A equipa de enfermagem é constituída por vinte e três enfermeiros, com diferentes níveis de experiência profissional no serviço, bem como com formação académica muito díspar. No entanto, ressalvo ser transversal a toda a equipa o enorme profissionalismo, empenho e dedicação com que prestam cuidados, agindo numa parceria de cuidados verdadeira, a qual não fica apenas no papel e nos registos.

A prematuridade é a principal causa de admissão na UCIN e representa um problema de saúde global com grande impacto em termos económicos e sociais, estimando-se que, anualmente, ocorram cerca de 15 milhões de partos prematuros em todo o planeta (Gaiva et al., 2021; Ramos & Figueiredo, 2020).

Durante o internamento na Neonatologia, o RNPT encontra-se num ambiente com uma ampla diversidade de estímulos, e dado a sua imaturidade, é difícil conseguir gerir e processar os cuidados de forma eficaz. Assim, facilmente se percebe que a intervenção do EEESIP encerra em si uma grande especificidade e abrangência em termos de cuidados, relativamente aos aspetos cognitivos, sociais, emocionais e físicos.

Consideramos que o acolhimento da equipa multidisciplinar, assim como o nosso interesse e motivação, foram uma mais-valia para a aquisição de competências nesta área de cuidados. Cuidar de RN e das suas famílias implica ao enfermeiro possuir conhecimentos, habilidades e competências técnicas, científicas, éticas e relacionais, e neste sentido, consideramos que as experiências vivenciadas neste estágio, contribuiram para o seu aprimoramento.

O modelo de organização dos cuidados de enfermagem implementado é o método Individual de Trabalho que implica o cuidado global e a afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um. O atendimento não é fragmentado durante o tempo em que o enfermeiro está de serviço. É um modelo que facilita a personalização de cuidados e contribui para a qualidade de cuidados.

O modelo orientador da prática dos cuidados de enfermagem tem por base, os referenciais teóricos da Teoria das Transições de Meleis, da Parceria de Cuidados de Anne Casey e do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary. Pudemos constatar a sua aplicabilidade e de que forma exercem influência na prática de cuidados de enfermagem.

A Teoria das Transições, modelo proposto por Afaf Meleis, assenta no desenvolvimento de intervenções que proporcionam um cuidado eficaz anterior a situações

de mudança na vida. É papel do enfermeiro proporcionar transições saudáveis, pois cada ser humano tem as suas particularidades de prosseguir a sua vida com as novas competências (Meleis, 2010). Esta mudança, passagem de uma fase da vida para outra, implica que este processo passe por várias fases, por um intervalo de tempo e que haja perceção do significado que a transição, tem para a própria pessoa (Meleis, 2010).

O modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, também é orientador para a prática nesta unidade de Neonatologia. É um modelo proposto e implantado por Wright e Leahey, da Universidade de Calgary. Tal modelo, é um referencial metodológico que permite analisar a família como um sistema, por meio do diagnóstico de seus problemas de saúde, seus recursos potenciais para enfrentar os problemas e os suportes sociais e comunitários possíveis (Wright & Leahey, 2012).

Consideramos que o facto de a equipa de enfermagem ser uma equipa experiente, focada e motivada para a prestação de cuidados diferenciados e de qualidade, contribui para a validação da integração do modelo dos Cuidados Centrados na Família e aplicabilidade da filosofia de Cuidados Atraumáticos, indo ao encontro das competências específicas do EEESIP.

Atualmente o sistema de registo de enfermagem é efetuado em suporte de papel, não existindo suporte informático associado à documentação dos cuidados de enfermagem. Importa salientarmos que os principais aspetos relativos aos cuidados de enfermagem prestados ficam registados, porém, consideramos que a escassa utilização de linguagem classificada, veiculada através da CIPE torna-se uma desvantagem ao nível da continuidade de cuidados.

Ao longo deste estágio recorreremos aos conhecimentos adquiridos na fase teórica e à pesquisa bibliográfica de forma sistemática, promovendo assim uma constante atualização de conhecimentos para a prestação de cuidados.

Finalmente, importa referirmos que o desenvolvimento enquanto futuros EEESIP em processo de formação foi também potenciado pela qualidade dos enfermeiros tutores que me acompanharam durante este processo. A sua orientação neste contexto do exercício profissional foi sempre baseada num enorme rigor, profissionalismo e consistência, contribuindo para a construção do nosso percurso no âmbito da formação especializada.

Objetivo 2: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem que permitam a assistência especializada ao RN de alto risco e família:

O cuidado ao RNPT reveste-se de uma enorme importância, uma vez que se a intervenção mais invasiva visa a manutenção e preservação da vida, o cuidado desenvolvimental é aquele que, identificando os seus pontos fortes e as suas principais vulnerabilidades, estabelece um cuidado em colaboração, adequando-se ao comportamento observado no RN. O objetivo primordial centra-se na manutenção de um estado organizado, com a apresentação de mínimos sinais de *stress*. O cuidado desenvolvimental acarreta uma atenção a vários níveis, nomeadamente ao nível da proteção do sono, gestão e avaliação da dor, o posicionamento terapêutico, o método canguru e amamentação (Chandebois et al., 2021; Gaiva et al., 2021; Marski et al., 2018 & Maciel, 2019). Para além disso, esta forma de cuidar reconhece a necessidade de que os cuidados implementados sejam centrados na família, mediante a negociação e partilha dos mesmos, bem como identifica no ambiente envolvente um importante preditor do estado de organização *versus stress* no RNPT (Chandebois, 2021). Este tipo de cuidar pretende proteger o desenvolvimento cerebral através da otimização do ambiente e das intervenções implementadas, agindo sempre em colaboração com a família. Para tal, os pais devem ser devidamente empoderados quanto ao conhecimento e capacidades no que se relaciona com o cuidado direto ao RNPT (Khurana et al., 2020; Soni & Tscherning, 2021).

Os cuidados de desenvolvimento individualizado são identificados pela sigla NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program - Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Recém-nascido). Esta abordagem focaliza uma leitura detalhada dos sinais comportamentais individuais de cada RN. O ambiente e os cuidados são adaptados a fim de realçar os pontos positivos de cada RN e sua autorregulação, por meio da colaboração entre o RN e seus pais, que são os principais responsáveis pelos cuidados quotidianos com o RN e o ajudam a construir o vínculo (Als, 2017).

Neste sentido, consideramos que foram cruciais determinadas experiências vivenciadas em contexto de estágio, onde prestamos cuidados de enfermagem adequados ao desenvolvimento do RN incluindo medidas para minimizar o *stress*, o controlo de estímulos dolorosos, concentrar as manipulações e promover o seu autocontrolo através da contenção. Sempre foi respeitado o sono evitando as manipulações desnecessárias e introduzir de forma lenta e gradual os estímulos, nomeadamente o toque, observando as suas respostas fisiológicas e comportamentais. Constatamos que é prática das enfermeiras, na prestação de cuidados, atenderem a um vasto conjunto de parâmetros, nomeadamente a regulação da intensidade luminosa, do ruído, da temperatura, da manipulação em excesso, do controle da dor na realização dos procedimentos dolorosos, entre outros (Gaiva et al., 2019; Ramos & Figueiredo, 2020).

De acordo com o padronizado pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2017), as prestações dos cuidados de enfermagem devem assentar nos quatro conceitos: a saúde da criança e do jovem, a pessoa, o ambiente da criança e do jovem e os cuidados de enfermagem especializados em saúde infantil e pediátrica. Estes conceitos serão abordados ao longo da análise reflexiva dos diferentes objetivos, e que correspondem aos conceitos meta paradigmáticos (Deliktas et al., 2019).

O controlo da dor sempre foi um dos focos da nossa atenção. Destacamos a grande preocupação com o controlo da dor aquando da realização de procedimentos dolorosos recorrendo à administração de sacarose oral a 24%. A administração oral de sacarose consiste numa estratégia não farmacológica para controlo da dor de forma eficaz, reduzindo a resposta à dor em procedimentos que causem dor ligeira, sendo recomendada a dosagem de solução a 24% cerca de 2 minutos antes do procedimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

A experiência dolorosa no RN, de forma repetida e não controlada, nesta fase precoce da vida, pode causar complicações a nível neurodesenvolvimental e do comportamento. Contudo, os procedimentos terapêuticos e de diagnóstico são necessários em unidades neonatais, no entanto muitos provocam estímulos dolorosos no RN (Maciel et al., 2019). A implementação de estratégias não farmacológicas para controlo da dor são uma das intervenções autónomas de enfermagem. Segundo a OE (2013), as intervenções não farmacológicas no controlo da dor do RN incluem: a diminuição da luz e ruído; a promoção dos períodos de sono; a contenção; a massagem; o método canguru; a sucção não nutritiva; o leite materno e a administração de sacarose. A escala de avaliação da dor recomendada para o RN é a escala de EDIN (Échelle de Douleur et Dínconfort du Nouveau-Né). Esta escala permite um tratamento mais eficaz e promove um cuidado integral ao RNPT.

Paralelamente, a contenção facilitada representa uma estratégia não farmacológica para controlo da dor e desconforto durante a realização de alguns procedimentos. A sua realização ocorre segurando com alguma firmeza o bebé junto ao tórax, de forma a manter as suas extremidades em flexão. A esta estratégia encontra-se associado efeitos positivos como a diminuição da frequência cardíaca, do choro e uma maior estabilidade nos ciclos de sono e vigília durante os procedimentos geradores de *stress*/resposta dolorosa (Fanaroff & Fanaroff, 2015; Hockenberry & Wilson, 2014). Deste modo, consideramos que o cuidado com o posicionamento terapêutico do RNPT, é um cuidado desenvolvimental de extrema importância e que também se revelou uma experiência muito enriquecedora. Esta intervenção de enfermagem, claramente associada ao nosso exercício autónomo, consiste na reprodução de um ambiente de “apoio contido e harmonioso do útero materno, considerando que este é o

ambiente idílico para o desenvolvimento (...) que lhe permitem a flexão e o movimento ativo com retorno à flexão, mantendo a orientação à linha média” (Sousa et al., 2016, citado por Carvalho, 2021, p.29).

Uma das características do RNPT é a falta de tecido adiposo, apresentando assim, uma maior fragilidade térmica e uma debilidade a nível cutâneo. Deste modo, por parte da equipa de enfermagem constatamos o cuidado numa avaliação constante da pele, bem como da temperatura. Relativamente ao risco de lesões, este é inversamente proporcional à idade gestacional, ou seja, quanto menor a idade gestacional, maior o risco de desenvolver lesões e infeções na pele (Feitosa et al., 2018). Também em relação a este aspeto, verificamos uma atenção especial aquando dos cuidados prestados ao RN.

Para além do risco de lesões da pele, o RN também apresenta uma instabilidade térmica devido a perda de calor e, deste modo, existe um maior consumo de oxigénio e dificuldade em ganhar peso (Feitosa et al., 2018). Assim sendo, é deveras importante o enfermeiro monitorizar regularmente a temperatura do bebé e verificar se a temperatura da incubadora se encontra adequada. A temperatura era avaliada com frequência sempre que eram prestados cuidados de enfermagem.

Objetivo 3: Desenvolver competências relacionais e comunicacionais, promovendo a vinculação parental através da participação dos pais nos cuidados prestados ao RN de alto risco:

O presente objetivo foi concretizado através do planeamento e prestação de cuidados adequados ao RN, de modo, a promover o seu desenvolvimento bem como, pelo envolvimento dos pais e negociação dos cuidados a prestar ao seu filho, a promoção da parentalidade.

Ao assumir a família como uma constante na vida e cuidado à criança, potencia-se ao máximo a sua participação nos cuidados prestados. No entanto a família deve ser envolvida em todas as fases do cuidar, desde o planeamento à implementação dos cuidados, culminando com uma retrospectiva do cuidado prestado. Assim, consideramos muito importante o momento da avaliação inicial, aquando da admissão de um RNPT na UCIN, em que não importa apenas o contexto em que decorreu a prematuridade, mas também a rede de suporte familiar, as condições socioeconómicas da família, o apoio esperado quando existem outros filhos, e o tipo de cuidados mãe/pai que pretendem prestar durante o período da hospitalização (Ramos & Figueiredo, 2020). Para além disso, o planeamento antecipado da alta e o modo como é preparada durante o internamento, auxiliam a família na transição entre o ambiente de cuidados intensivos para o domicílio, garantindo que os pais

compreendem a necessidade dos cuidados a realizar, bem como executá-los minimizando as dificuldades sentidas.

Importante para o percurso da formação especializada em Saúde Infantil e Pediátrica, foi compreender o trabalho desenvolvido ao nível da parentalidade no contexto de uma UCIN. Tal como anteriormente referido, o cuidado desenvolvimental perspetiva que a melhor fonte de cuidados resulta do cuidado que é prestado pelos próprios progenitores (Chandebois et al., 2021). No entanto, o nascimento de um RNPT acarreta que o papel parental seja forçosamente estabelecido num contexto também ele prematuro e de maior instabilidade, associado ao internamento, à aquisição de competências de cuidados diferenciados e fora do padrão considerado normal e para o qual os pais foram preparados (Nunes, 2019). A mãe tende a manifestar sentimentos de medo, ansiedade, culpa, solidão e tristeza, sentindo-se isolada e apenas um mero espetador dos cuidados prestados ao filho. Neste sentido, destacamos a importância da nossa intervenção conjugando o cuidado ao RNPT e aos pais, no sentido da facilitação da transição para a parentalidade de forma saudável.

A capacitação dos pais através do ensino e treino de competências, promovendo o desenvolvimento de um sentimento de mestria no cuidar, consiste num contributo extremamente importante para a promoção da transição para a parentalidade saudável. Assim os Cuidados Centrados na Família, a Parceria de Cuidados, assumem-se como pilares deste tipo de capacitação, bem como uma ferramenta válida no cuidado prestado (Nunes, 2019). Aos pais deve ser-lhes possibilitado o acompanhamento permanente, bem como a educação e treino necessário para que se tornem elementos válidos na equipa de cuidados e importantes agentes na tomada de decisão (European Foundation of The Care Newborn Infants [EFCNI], 2018).

Consideramos que a promoção da parentalidade representa uma das principais áreas em que desenvolvemos competências e de uma forma muito significativa durante este estágio. Destacamos a negociação dos cuidados, a criação de uma relação terapêutica, recorrendo à disponibilidade, à escuta ativa ou simplesmente transmitir aos pais que não estão sozinhos. A área da comunicação é sem dúvida fundamental, tendo repercussões na capacitação dos pais para a prestação dos cuidados, e relevamos a sensibilidade e empatia de como se realiza a transmissão de conhecimentos necessários e o respetivo treino de habilidades para o cuidar do seu filho.

Os benefícios do método canguru são fortemente evidenciados pela comunidade científica e entre eles destacamos: o fortalecimento do vínculo mãe/pai-filho e redução do tempo de separação entre eles; o estímulo ao aleitamento materno; a diminuição do risco de infeção hospitalar e do período de internamento; o possibilitar um adequado controle térmico

do RN; promover a estimulação sensorial protetora e o desenvolvimento neuro psicomotor de qualidade; reduzir o *stress* e a dor; melhorar o relacionamento da família com a equipa de saúde além de ser uma intervenção com boa relação custo/benefício (Ferreira et al., 2019). Deverá ser iniciado o mais precocemente possível, mas apenas quando o bebé estiver estável a nível hemodinâmico e deve ser praticado de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo assim uma maior participação dos pais nos cuidados ao seu filho.

A atuação da equipa de enfermagem é importante no método canguru, através da orientação dos pais em todas as etapas da aplicação desse método, assim como o esclarecimento das vantagens relacionadas com os RNPT (Ferreira et al., 2019). Foi uma prática que assistimos várias vezes, onde tivemos a oportunidade de presenciar o vínculo que se estabelece durante aquele momento que é tão delicado e ao mesmo tempo saudável para ambos mãe/filho ou pai/filho. Inicialmente os pais são informados deste método, das suas vantagens para depois o colocar em prática. Apesar do serviço ter uma estrutura física pequena e com dificuldade na gestão do espaço, este nunca foi impeditivo para a realização deste método. Os enfermeiros têm um papel fundamental no que concerne à assistência do RN ao cuidar da díade RN/família.

### 1.3. - Estágio de Saúde Infantil e Familiar

A assistência especializada pelo EEESIP visa a manutenção/melhoria do estado de saúde da criança/jovem/família, o que representa um conceito também abrangido pela meta paradigma de enfermagem (Deliktas et al., 2019; OE, 2011). Este, quando aplicado ao contexto de cuidados de enfermagem à população pediátrica, reporta-se à maximização do estado de saúde, bem como à satisfação das necessidades específicas de cada faixa etária. Porém, transversalmente à filosofia em que assentam os cuidados de enfermagem em pediatria, o conceito de saúde engloba o potencial que cada criança pode atingir, não a dissociando do seu meio mais íntimo (OE, 2011).

Potenciar o desenvolvimento e crescimento das crianças/adolescentes/jovens representa, nos dias de hoje, um grande desafio, mas também um ótimo investimento, pois estaremos a contribuir para uma sociedade futura mais saudável, cujo impacto em termos de custos e qualidade de vida traduz-se em ganhos em saúde a curto e longo prazo (Ramos & Figueiredo, 2020). O enfermeiro, envolvendo a criança/ adolescente e sua família, desenvolve a sua intervenção em redor de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período desde o nascimento até aos 18 anos de idade (Portugal, Regulamento nº 422/2018).

A promoção de crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial do desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar da criança, a deteção precoce e o encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade desta, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez, a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, são focos de intervenção para o qual o EEESIP tem que direcionar a sua atenção (OE, 2017; OE, 2010).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2017) constitui-se como uma oportunidade e um referencial para a prática especializada, que estimula a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoia os processos de melhoria contínua da qualidade. Por outro lado, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Portugal, Regulamento nº 422/2018), define um modelo concetual centrado na criança e família e orienta o enfermeiro para a prestação de cuidados de nível avançado.

Para a realização deste estágio estavam previamente definidos objetivos gerais e, para além destes, foram definidos os objetivos específicos individuais (Apêndice III). Procederemos de seguida a uma reflexão crítica sobre os objetivos propostos e atividades inerentes, tendo em conta a sua contribuição para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP.

Objetivo 1: Conhecer a estrutura organizacional, funcionamento, equipa e dinâmicas da Unidade de Saúde Familiar:

As Unidades de Saúde Familiares (USF) são unidades que prestam cuidados de saúde, tanto individuais como familiares e, são constituídas por equipas multidisciplinares. Apresentam como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados na população de uma determinada área geográfica com o objetivo de garantir acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade de cuidados (Portugal, Decreto-Lei nº 73/2017).

O ACeS do Baixo Mondego, no qual está englobado a USF Coimbra Centro, tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Os objetivos deste agrupamento são: desenvolver atividades de promoção para a saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participar na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua (Portugal, Decreto-Lei nº 52/2022).

Relativamente à USF Coimbra Centro, esta encontra-se inserida no Centro de Saúde Fernão Magalhães. Este Centro de Saúde é constituído por outras unidades, nomeadamente a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e pela Unidade de Cuidados na Comunidade Coimbra Saúde.

A USF iniciou a sua atividade no dia 4 de dezembro de 2017. Esta é uma USF modelo A, possui autonomia organizativa, funcional e técnica para prestar cuidados de saúde aos utentes. É constituída por três principais grupos de profissionais: 6 especialistas em Medicina Geral e Familiar, 5 enfermeiros de família e 5 assistentes técnicos, contando com o apoio de 4 internos de Especialidade de Medicina Geral e Familiar. Embora não estejam contemplados na legislação das USF como profissionais integrantes, é importante referir que tem também como colaboradores diretos elementos do Centro de Saúde Fernão Magalhães, assistentes operacionais, nutricionista, psicóloga e assistente social (Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Regulamento interno da USF Coimbra Centro, 2023). Encontra-se dividida em 2 unidades: a sede que se encontra localizada na Av. Fernão Magalhães e o polo em Antuzede. Abrange uma população de cerca de 8046 utentes com idades compreendidas entre 0 e > 95 anos, em que apenas 3,16% correspondem a crianças com idade inferior a 5 anos de idade (Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP], 2023).

A metodologia adotada nesta unidade é do Enfermeiro de Família definido como o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Portugal, Decreto-Lei nº 118/2014).

A missão da USF Coimbra Centro é atender em tempo útil, com eficiência e qualidade, os utentes e também de forma abrangente, e sempre que necessário, toda a população da sua área geográfica de influência, garantindo acessibilidade, globalidade e a continuidade de cuidados. Têm elencados oito principais valores de referência, que materializam o código de conduta da USF: qualidade, acessibilidade e disponibilidade, respeito e dedicação, inovação, transparência e ética, eficácia e adequação de resposta e por fim a satisfação dos utentes e dos profissionais (Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Regulamento interno da USF Coimbra Centro, 2023).

Atualmente o sistema de registo de enfermagem é efetuado na plataforma informática SClínico com utilização de linguagem classificada, veiculada através CIPE. Não foi de todo novidade para nós, uma vez que a instituição onde desempenhamos funções fez recentemente formação a todos os enfermeiros sobre “Sistemas de Informação em

Enfermagem” onde esteve contemplado os registos de enfermagem em SCLinico nos Centros de Saúde.

Ao analisar o desempenho neste estágio, consideramos ter atingido este objetivo, para o qual foi essencial o acolhimento efetuado por todos os profissionais de saúde do serviço assim como o nosso interesse e motivação. Uma palavra de reconhecimento para cada um dos profissionais. Nesta perspetiva, destacamos inicialmente a possibilidade de observar a estrutura geral da USF, compreender a dinâmica e as formas de trabalho praticadas em contexto da prestação de cuidados, identificar os problemas de saúde mais frequentes, assim como o contacto estabelecido com as crianças e suas famílias. Consideramos, pois, fundamental este objetivo de conhecer as características físicas e organizacionais do serviço, funcionamento, equipa e dinâmicas da USF, de modo a adquirir confiança e autonomia para a prestação de cuidados.

Cuidar em cuidados de saúde primários implica ao enfermeiro possuir diversas competências nesta área. Neste sentido, as experiências vivenciadas neste contexto de estágio, contribuíram para a aquisição de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto comunitário.

O modelo de organização dos cuidados de enfermagem implementado é o método Individual de trabalho. Este modelo baseia-se no conceito de cuidado global e implica afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a “carga de trabalho” o permitir. O atendimento não é fragmentado durante o tempo em que o enfermeiro está de serviço.

O modelo orientador da prática dos cuidados de enfermagem tem por base, o referencial teórico do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar. O Internacional Council of Nurses reconheceu-o como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar no mundo (Schober & Affara, 2001). É um modelo de enfermagem que foi desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey e adotado pela OE como modelo interventivo na área da saúde familiar. Este modelo é um referencial metodológico que apresenta uma estrutura multidimensional que permite analisar a família como um sistema, por meio do diagnóstico de seus problemas de saúde, seus recursos potenciais para enfrentar os problemas e os suportes sociais comunitários disponíveis. Para a avaliação da família, são realizadas entrevistas semiestruturadas, utilizando-se instrumentos como o genograma e o ecomapa. Por meio desses instrumentos, podemos verificar as estruturas internas e externas da família, os membros que a compõem, o vínculo afetivo entre eles e o contexto familiar no qual estão inseridos. Compreender e estabelecer proximidade junto das famílias é uma vantagem do

enfermeiro de família, o que lhes permite prestar cuidados direcionados e avaliar a família enquanto sistema funcional (Barbiéri-Figueiredo, 2012; Pinho et al., 2022).

Consideramos que o facto de a equipa de enfermagem ser uma equipa experiente, focada e motivada para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, contribui para a validação da integração do modelo dos Cuidados Centrados na Família e aplicabilidade da filosofia de Cuidados Atraumáticos, indo ao encontro das competências do EEESIP.

Pertinente e facilitador nesta primeira fase foi pesquisarmos e relembrarmos conceitos, temáticas e cuidados a abordar nas Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, recorrendo às aulas teóricas lecionadas e à Norma da Direção-Geral da Saúde 10/2013, que identifica as idades-chave para a realização dos exames de saúde, bem como os cuidados antecipatórios a ter em conta em cada consulta. Todo o apoio e disponibilidade da equipa de enfermagem, foi, sem dúvida, o grande impulsionador da aprendizagem. Sentimos, continuamente, um acompanhamento sólido e esclarecedor que se refletiu na motivação para aprender e concretização dos objetivos.

Objetivo 2: Desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências no âmbito: da consulta de saúde infantil e juvenil; do plano nacional de vacinação; na promoção do papel parental e no estabelecimento de uma relação terapêutica comunicacional segura com a criança/jovem e família:

As Consultas de Saúde Infantil e Juvenil (CSIJ) foram das valências mais exploradoras ao longo deste estágio. Importa referir que esta consulta consiste, numa intervenção que visa a realização de uma avaliação ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar a criança, adolescente e jovem, saudável ou doente, e aos grupos sociais a que pertencem, de forma a manter, melhorar e/ou recuperar a sua saúde, levando-os a atingir a máxima capacidade de autocuidado, o mais breve possível (Ramos & Figueiredo, 2020). Estas consultas são conjuntas, com o médico de família, sendo grande parte efetuadas no gabinete de enfermagem para causar o menor desconforto possível para a criança e família. Sempre que era previsto procedimentos dolorosos estes eram sempre no final da consulta, para não perturbar a observação desenvolvimental.

No início, foi uma fase de observação e conhecimento dos conceitos, temáticas e cuidados a prestar nas consultas, tendo em conta as diretrizes da DGS (Portugal, Direção Geral da Saúde, 2013), a qual, para além de identificar as idades principais para a realização dos exames de saúde, refere também os conteúdos a abordar na consulta assim como os cuidados antecipatórios.

No decorrer das CSIJ, foi possível avaliar as medidas antropométricas, interpretar as curvas de percentis de acordo com a idade da criança, avaliar o seu crescimento e

desenvolvimento, realizar ensinamentos oportunos às famílias acerca dos cuidados antecipatórios, promover a vinculação e desempenho do papel parental, reforçar as competências de cada família e promover a adoção de comportamentos para a promoção da saúde. Os registros, como já foi referido, são efetuados no Boletim Individual de Saúde e no SCLínico.

Para Gaiva (2017), é importante acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil, pois estes são indicadores de qualidade de vida e de saúde. Deste modo, durante as CSIJ é crucial a avaliação do crescimento e do desenvolvimento.

Nas CSIJ, o crescimento é avaliado através do peso, altura/comprimento, índice de massa corporal e perímetro cefálico (até aos 2 anos de idade). O desenvolvimento é avaliado até aos 5 anos de idade através da Escala de Mary Sheridan Modificada, instrumento padronizado pela DGS (Portugal, Direção Geral da Saúde, 2013). Esta escala tem como objetivo a avaliação da postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem, comportamento e adaptação social. Assim, no decorrer das CSIJ, aplicámos esta escala, sempre que adequado à idade da criança. Foi uma das experiências que realçamos, pois, contribuiu para um melhor conhecimento dos parâmetros normais do desenvolvimento e dos seus amplos limites e consolidar o desenvolvimento das competências enquanto EEESIP.

Durante as CSIJ, em que participamos, quando eram abordados os cuidados antecipatórios aos pais, eram referidas as atividades promotoras de desenvolvimento que deveriam implementar, bem como da importância de promover uma alimentação saudável.

Os cuidados de saúde primários constituem o contexto privilegiado para a promoção dos determinantes de saúde e da sua influência no cliente (Ramos & Figueiredo, 2020). Deste modo, as CSIJ são um momento ideal para identificar algumas situações de risco, principalmente os comportamentos de risco adotados pelos adolescentes, como por exemplo o tabagismo, o consumo de álcool, as relações sexuais sem proteção e a gravidez na adolescência. Nestas consultas, em que o número foi bastante reduzido, sentimos alguma dificuldade, pois estes, maioritariamente vinham acompanhados pelos pais o que tornou difícil a plena abordagem destes temas. Muitas das vezes eram os pais que respondiam nomeadamente, no que diz respeito ao consumo de álcool, tabaco, substâncias ilícitas entre outros. Estes adolescentes vinham maioritariamente para a vacinação.

A educação para a saúde representa uma área de intervenção do enfermeiro a nível da literacia em saúde e cuidados antecipatórios junto das crianças, adolescentes e respetivas famílias (Hockenberry et al., 2018). Também se sabe que a qualidade de crescimento e desenvolvimento está fortemente ligada ao exercício do papel parental adequado, pelo que o enfermeiro deve adequar a sua intervenção no sentido de acompanhar a evolução do

desempenho deste papel, tendo em conta as variações observadas no decorrer de cada fase do desenvolvimento.

Foi também possível adquirirmos conhecimentos e competências a nível da vacinação e respetivo Programa Nacional de Vacinação (PNV) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2020). Tivemos a oportunidade de administrar vacinas em quase todas as faixas etárias, desde os 2 meses de idade até aos 10 anos o que nos permitiu ter um maior conhecimento do PNV.

Desde o primeiro dia que a enfermeira tutora nos deu autonomia e transmitiu segurança para a realização deste procedimento. Foi enriquecedor na medida em que permitiu perceber que devemos atuar de diferentes maneiras perante a unicidade de ser criança, tanto nas diferentes faixas etárias como em diferentes contextos sociais. Assim, numa tentativa de minimizar a dor e promover o conforto na criança é importante adotar medidas preventivas ou de alívio da dor. Aquando da vacinação, proporcionámos estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, como a distração guiada, a colaboração dos pais, a promoção da amamentação ou o uso da chupeta durante os procedimentos e a utilização de brinquedo e do objeto significativo para conforto em crianças mais pequenas. Nas crianças mais crescidas concedíamos-lhes tempo para que verbalizassem os seus medos e preocupações, preparando-as de seguida para o procedimento a realizar, valorizando a dor e o seu controle, recorrendo com frequência à distração ou brincadeira e envolvendo sempre que possível, os pais/família nesses mesmos cuidados.

Outro aspeto que prestamos atenção durante a vacinação foi a vigilância da ocorrência de reações adversas após a administração e a realização de ensinamentos acerca dos cuidados a ter no domicílio.

A comunicação é essencial na relação entre o cliente e o enfermeiro. Esta deve ser acessível, acionável, ter credibilidade e ter confiabilidade. A informação fornecida deve ser relevante e centrada no cliente, bem como na família. Um fator essencial para o sucesso da comunicação é a atitude do enfermeiro, em que este deve demonstrar disponibilidade, consistência e transparência. Deste modo, é fundamental o enfermeiro adaptar a informação a cada indivíduo, bem como à sua singularidade (Ramos & Figueiredo, 2020). Durante as consultas a comunicação foi assertiva tendo em conta a criança/adolescente e sua família. Ou seja, os ensinamentos e as informações fornecidas aos pais e às crianças iam ao encontro da sua faixa etária e do seu estatuto sociocultural.

A comunicação em pediatria apresenta vários desafios, pois o enfermeiro é confrontado com a díade (pais/criança-adolescente), exigindo, assim, competências específicas às diversas idades. Com base em Hockenberry et al., (2018), a comunicação é a

base de qualquer relação interpessoal. O desenvolvimento de técnicas de comunicação é fundamental para o exercício da Enfermagem, em qualquer uma das suas dimensões. Durante a entrevista o EEESIP deve ter uma comunicação eficaz e assertiva, pelo que precisa estar atento a qualquer tipo de comunicação (verbal e não verbal), apurando o saber ouvir e o escutar.

O gabinete de enfermagem onde decorrem as consultas oferece privacidade e tal como defende Hockenberry et al. (2018), estavam presentes também fatores de distração para as crianças mais pequenas, como brinquedos ou desenhos para estas se manterem ocupadas durante a entrevista dos pais. De acordo com os mesmos autores a entrevista é o método mais utilizado para comunicar com os pais, pois é uma forma de comunicação direcionada a uma meta.

Em todas as consultas em que participamos, maioritariamente nas idades compreendidas entre os 2 meses e 12 anos, sentimos sempre necessidade de utilizar essas pequenas distrações, conseguindo criar uma ligação e empatia com a criança. De forma também a melhorar e manter qualidade nos cuidados à criança, jovem e família, tentamos gerir recursos materiais o mais eficazmente possível. Na abordagem da criança, efetuamos uma aproximação de forma lenta com voz calma e movimentos tranquilos.

A comunicação com as crianças e bebés mais pequenos era através de brincadeiras ou por vezes fazendo questões de resposta curta. Quando as crianças já eram mais crescidas eram incluídas como participantes ativos na entrevista. A prática obviamente está diretamente relacionada com o trabalho em equipa e como tal pode referir-se que se cooperou com a equipa multidisciplinar na tomada de decisão dos cuidados a prestar.

Objetivo 3: Refletir sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde infantil e Pediátrica na promoção da saúde da criança /jovem e família:

As competências do EEESIP centram-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente (Portugal, Regulamento nº 422/ 2018).

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários as funções são essencialmente baseadas na educação para a saúde e na prevenção da doença. Assim, e como já foi referido, no decorrer do estágio prestamos cuidados na CSIJ, visando através da qualidade dos cuidados prestados a promoção do conforto e bem-estar da criança/família. Destaque ainda para a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, assim

como a educação para a saúde. Estes momentos de educação para a saúde foram efetuados continuamente ao longo de todas as consultas efetuadas.

No decorrer da consulta de enfermagem, que constitui um momento fundamental para a promoção da saúde, efetuamos ensinamentos em diversas áreas segundo os temas preconizados no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (Portugal, Direção Geral da Saúde, 2013) e dos quais destacamos: a amamentação, prevenção de acidentes, higiene oral, higiene do sono e estilos de vida saudáveis. Deste modo, em cada consulta de saúde infantil procuramos encarar o momento como uma oportunidade para contribuir para a capacitação dos pais para uma melhor prestação de cuidados aos seus filhos tentando identificar as suas necessidades e posteriormente dirigir os ensinamentos às suas preocupações e dúvidas, utilizando uma linguagem clara, simples e própria de cada família.

De início sentimos alguma dificuldade na realização de educação para a saúde, o que com o passar do tempo foi ultrapassado, conseguindo maior confiança e segurança na transmissão de informação e esclarecimento de dúvidas que iam sendo colocadas. Por vezes torna-se difícil fazer com que os outros percebam o que queremos dizer. E em contexto de pediatria a comunicação ainda se torna mais peculiar. No entanto, e aliado à nossa experiência profissional de 32 anos em pediatria, conseguimos ao longo do estágio estabelecer uma comunicação efetiva com a criança e família, mantendo um discurso tranquilo na transmissão da informação e negociando cuidados com a criança, jovem e família.

No decorrer das CSIJ, percebemos que existiam muitos pais de crianças com idades compreendidas entre os 6 e 12 meses de idade que ficavam bastante relutantes em relação à alimentação preconizada para os seus filhos. Constatamos que atualmente existem muitos pais a complementar a alimentação do seu filho pela alimentação designada por "*Baby-Led Weaning*" (BLW) e que preconiza alguns aspetos bastante distintos da alimentação habitual.

O método BLW sugere que bebés a partir do sexto mês de idade têm capacidade motora para guiarem a própria ingestão de alimentos, e, por isso, os que demonstram crescimento e desenvolvimento adequados estão aptos a iniciarem o consumo de alimentos em pedaços, sendo desnecessárias alterações substanciais da consistência dos alimentos (Arantes et al., 2018).

A BLW, segundo o marco teórico-conceitual nomeado por Gil Rapley (Arantes et al., 2018; Gomez et al., 2020) oferece oportunidades para as crianças escolherem, os momentos em que as refeições são iniciadas, o que será consumido entre as opções saudáveis oferecidas pelos pais/cuidadores, o ritmo em que as refeições serão realizadas e a quantidade a ser ingerida. Resumindo, oferecer alimentos em pedaços representa um facilitador para a autoalimentação infantil e o próprio bebé vai dirigir o processo desde o início, em

autorregulação e de forma autónoma, respeitando o seu ritmo e as suas escolhas (Anexo I, Anexo II).

A Organização Mundial de Saúde ([OMS], 2017), preconiza o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, sem que haja oferta de água, chá ou quaisquer alimentos. Só após este período é que se recomenda a alimentação complementar de consistência pastosa.

A alimentação é um foco importante nas CSIJ e foram realizados ensinamentos tendo por base o documento Alimentação Saudável dos 0 aos 6 Anos – Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores (Rêgo et al., 2019). A maioria dos pais acolhem de bom grado e ficam atentos aos ensinamentos sobre a alimentação, introdução de alimentos e hábitos de vida saudáveis. Cada vez mais se nota a preocupação dos pais face ao excesso de peso e aprendizagem de hábitos alimentares saudáveis. São por vezes os próprios pais que nos questionam e solicitam esclarecimentos sobre este assunto.

Em relação à higiene oral sentimos que a maioria das crianças não tem grande motivação para os hábitos corretos e por vezes os pais também descartam os incentivos que deviam prestar aos seus filhos. Também durante as CSIJ quando questionados os pais e crianças sobre os hábitos de sono várias foram as respostas obtidas. São exemplo: “adormece ao colo e depois vai para a cama dele”, “adormece na nossa cama”, “adormece na cama dele com o pai ou a mãe e a meio da noite vai para a nossa cama”. Perante estas situações incentivámos e sensibilizámos os pais para a importância da implementação de hábitos de sono saudáveis. Mas também houve pais que referiam que o filho adormecia sozinho e tinha uma boa higiene do sono.

No PNSIJ (2013), a DGS identifica a importância da necessidade de bons hábitos de sono nesta fase do ciclo de vida, colocando os hábitos de sono como ponto a abordar nos cuidados antecipatórios das consultas a partir do primeiro mês de vida e, a partir dos nove meses, considerando o sono como um determinante do estilo de vida saudável. Os hábitos de sono têm um papel fundamental em todo o processo de desenvolvimento, estado emocional e funcionalidade nos diferentes domínios da vida da criança.



## PARTE II



## 2. - Enquadramento teórico e justificação

A segunda parte do presente relatório trata-se de uma revisão que incide sobre o tema “Estratégias utilizadas na prevenção da hipotermia do recém-nascido no intraoperatório”, que pressupõe a adequação dos cuidados de Enfermagem e do ambiente às necessidades encontradas perante este evento evitável. Iniciamos com a apresentação do estado de arte no que diz respeito à temática em causa, assim como a justificação da relevância do estudo.

O período neonatal decorre desde que o bebé nasce até que perfaz 28 dias de vida (Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde, 2016; Martins et al., 2022b). Este período caracteriza-se por uma adaptação à vida extrauterina, o que torna o RN vulnerável, assim que exposto ao novo ambiente, devido à imaturidade sistémica e à necessidade de alterações a nível metabólico, pulmonar, cardíaco, endócrino, entre outros. O sistema termorregulador é controlado por estas adaptações e a exposição ao frio, assim como a necessidade de manter a normotermia, constituem-se como desafios para o RN (Garcia et al., 2019; Martins et al., 2022b; Moura, 2021).

Um RN pode ser classificado como pré-termo (nados vivos antes das 38 semanas de gravidez), de termo (nados vivos entre a 38<sup>a</sup> e a 41<sup>a</sup> semana e 6 dias) ou pós-termo (após a 42 semanas de gestação). Entre o RNPT, existem ainda prematuros extremos (nados vivos antes das 28 semanas), muito prematuros (nados vivos entre as 28 e antes das 32 semanas de gravidez), prematuros moderados (nados vivos entre as 32 e as 34 semanas) e os prematuros tardios, que nascem até às 38 semanas de gravidez (OMS, 2012).

O RN pode, ainda, ser caracterizado de acordo com o seu peso à nascença: se tiver menos de 1000 gramas (g), é considerado de extremo baixo peso; entre 1000g e 1500g é um RN de muito baixo peso; até 2500g, é considerado de baixo peso; se o seu peso se compreender entre 2500g e 3999g é considerado normal; e se apresentar mais de 4001g é considerado um RN macrossómico (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF] & OMS, 2004).

É importante considerar estas informações, no sentido em que as potenciais consequências da hipotermia no RN estão diretamente associadas com gestações mais curtas e pesos mais baixos. Isto porque, quando exposto ao frio, a instabilidade térmica traduz-se em *stress* fisiológico para o organismo do RN, que tenta compensar a perda de calor através da aceleração do metabolismo celular. Esta compensação consiste num mecanismo de termogénese química ou não espasmogénica, que resulta no catabolismo da gordura

castanha. RNPT e de baixo peso têm maior risco de hipotermia devido ao menor *stock* de gordura castanha, “menor resposta termogénica por hipoxia, superfície corporal maior comparada ao peso, epiderme com queratinização inadequada, maior quantidade de água extracelular (maior evaporação) e menor vasoconstrição cutânea” (Martins et al., 2022b, p. 6).

A temperatura resulta da diferença entre a produção e perda de calor, sendo que a perda de calor se dá através da pele, por mecanismos de radiação, condução, convecção e evaporação. Considera-se hipotermia quando a temperatura corporal do RN é inferior a 36,5 graus centígrados (°C), seja devido a termorregulação ineficaz ou outros fatores, e constitui-se como uma preocupação principal, no sentido em que pode causar complicações no estado de saúde do RN (Garcia et al., 2019; Moura, 2021; Martins et al., 2022b).

De destacar que existem vários níveis de hipotermia, que se caracteriza por uma maior eliminação do que produção de calor, podendo ser leve – entre 36°C e 36,4°C, moderada – entre 32° e 35,9°C, ou grave – inferior a 32°C (Garcia et al., 2019; Martins et al., 2022b).

Ainda que o prognóstico agrave mais em RNPT e de baixo peso, o *stress* que advém da exposição ao frio pode traduzir-se no agravamento do estado de saúde do bebé, devido a complicações metabólicas e/ou fisiológicas, tais como “desconforto respiratório, desarmonia ácido-metabólica, hemorragia intraperiventricular, enterocolite necrosante” e/ou “infecção em local cirúrgico”. Ultimamente, sobretudo pela ausência de tratamento, pode levar à morte do RN (Garcia et al., 2019; Martins et al., 2022b).

A hipotermia não intencional do RN pode colocar em causa a segurança da criança e, portanto, o EEESIP deve estar atento a possíveis sinais, a fim de prevenir e reduzir os episódios de hipotermia do RN, nomeadamente em contexto intraoperatório (Martins et al., 2022a; Martins et al., 2022b). Vários estudos (Martins et al., 2022b, Zhao et al., 2023) demonstram que a hipotermia se manifesta de várias formas, através de alterações fisiológicas e clínicas, podendo ser identificada pelas repercussões a vários níveis:

- Sistémicas, devido ao mecanismo de compensação do corpo, que entra em stress por não conseguir manter a homeostase: bradicardia, alterações neurológicas, hipoglicémia, alterações cardíacas, convulsões, hipoxia, vasoconstrição pulmonar, acidose metabólica, necrose intestinal, entre outras;

- No pré e intraoperatório: dificuldade na manutenção hemodinâmica, o que pode levar às consequências sistémicas enumeradas, devendo haver um maior cuidado no transporte, manipulação e exposição do corpo do RN;

- Na recuperação cirúrgica: descompensação pós-operatória, com aparecimento de complicações e agravamento do prognóstico;

- Na morbimortalidade do RN: agravamento do quadro clínico do RN e possível óbito.

A nível perioperatório, a hipotermia é uma das complicações mais comuns (Martins et al., 2022a; Martins et al., 2022b). Esta questão torna-se pertinente no sentido em que pode impedir ou atrasar o período operatório, assim como levar ao agravamento do estado de saúde do RN, não só pela possibilidade de infeção do local cirúrgico, como também pelo aumento do volume cardíaco e de oxigenação, possíveis distúrbios de coagulação e consequentes complicações hemodinâmicas (hemorragia, trombose), náuseas e vômitos, dor, alterações renais, diminuição do estado de consciência e, por último, aumento do tempo de internamento necessário (Martins et al., 2022b; Zhao et al., 2023).

No período intraoperatório o risco de hipotermia aumenta, pois acresce o efeito anestésico (diminuição da temperatura em 1-2°C), a temperatura baixa da sala operatória, o recurso a fluídos frios, tempo prolongado de cirurgia e uso de campos húmidos (Moura, 2021; Zhao et al., 2023). Por este motivo, é também fundamental ter em consideração, aquando dos cuidados ao RN, a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, que explora a influência do ambiente no processo de saúde-doença” afirmando que as condições extrínsecas influenciam a vida e o desenvolvimento do organismo, sendo factíveis de prevenir, eliminar ou mesmo contribuir para a saúde, o adoecimento e a morte” (Martins et al., 2022b, p. 2; Moura, 2021). Os autores acrescentam que tal como previsto por Nightingale, o recurso a estratégias para controlo da temperatura ambiental é imperativo para a prevenção de eventuais complicações da hipotermia.

A hipotermia é um diagnóstico de Enfermagem, sendo da responsabilidade do Enfermeiro o planeamento de medidas de prevenção, gestão e avaliação deste evento adverso (Garcia et al., 2019). Neste sentido, o EEESIP para que seja capaz de diagnosticar e atuar de forma rápida perante um episódio de hipotermia, deve estar atento, acima de tudo, à monitorização de sinais vitais (frequência cardíaca, tensão arterial, frequência respiratória) e da glicémia (Martins et al., 2022b).

O EEESIP, provido de um conjunto de competências para cuidar do RN, deve reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, tal como é o caso da hipotermia, prestando posteriormente os cuidados de enfermagem mais adequados (OE, 2018). Neste sentido, tem por obrigação mobilizar “conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” (Portugal, Regulamento nº 422/2018).

Sabendo que a hipotermia do RN é um evento previsível e evitável, é preciso identificar e implementar estratégias a fim de diminuir e até prevenir a ocorrência deste evento (Garcia et al., 2019). Torna-se evidente que é primordial o conforto do RN, podendo o EEESIP

direcionar a sua perspectiva clínica tendo por base a Teoria de Conforto de Kolcaba. Partindo do pressuposto que o conforto é considerado uma necessidade básica da pessoa, constitui-se como um indicador de resultado desejável dos cuidados de enfermagem. Kolcaba defende que o conforto deve ser um dos principais focos no cuidado, constituindo-se como uma experiência imediata que promove alívio e tranquilidade (Cardoso et al., 2019).

Da mesma forma, o EEESIP tem ainda a capacidade e o dever de promover cuidados “promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”, o que implica possuir “conhecimentos e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer” e a procura de “evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a usar” (Portugal, Regulamento nº 422/ 2018).

Considerando a importância de prevenir o risco de hipotermia no intraoperatório, é crucial a prestação de cuidados baseados na evidência científica. É neste sentido que se propõe a elaboração de uma RIL, com o objetivo de sintetizar na evidência científica as estratégias utilizadas na prevenção da hipotermia do RN no intraoperatório.

### 3. Metodologia

A investigação em Enfermagem contribui “para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes”, constituindo-se como um instrumento para a visibilidade social enquanto ciência. A investigação permite, ainda, “fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica” (Martins, 2008, p. 63).

No presente capítulo, encontra-se descrita a metodologia de investigação utilizada para a concretização do estudo.

#### 3.1 - Tipo de estudo

O presente estudo consiste numa RIL, sendo este um método que “permite a realização da análise ampla de um determinado assunto, com profundo conhecimento acerca da temática proposta, possibilitando as discussões sobre métodos, resultados e obtendo conclusões a partir de estudos selecionados, assim como reflexões acerca da realização de futuros estudos” (Martins et al., 2022a, p. 2).

Mendes et al. (2008) e Sousa et al. (2017) propõem a realização da RIL de acordo com seis etapas: elaboração da questão de pesquisa e/ou identificação de objetivos; definição dos critérios de inclusão e exclusão; procura da evidência disponível sobre a temática em estudo; avaliação dos resultados; análise dos estudos; e apresentação dos resultados da revisão integrativa.

#### 3.2 - Questão de investigação

Considerando a problemática em estudo, formulou-se a questão de investigação, para nortear a pesquisa:

- Quais as estratégias utilizadas na prevenção da hipotermia do recém-nascido no intraoperatório?

A elaboração desta questão foi baseada na estratégia PICO (Joanna Briggs Institute [JBI], 2020): População (P), Intervenção/Fenómeno de Interesse (I) e Contexto (Co), sendo que P - corresponde aos RN submetidos a procedimentos cirúrgicos; I - são as estratégias utilizadas na prevenção de hipotermia do RN no intraoperatório; Co - refere-se à sala operatória (Tabela1).

**Tabela 1 – Elementos da estratégia PICO**

<b>Acrônimo</b>	<b>Definição</b>	<b>Elemento da construção da questão</b>
<b>P</b>	População	RN submetidos a procedimentos cirúrgicos
<b>I</b>	Intervenção	Estratégias utilizadas na prevenção da hipotermia no intraoperatório
<b>Co</b>	Contexto	Sala operatória

### 3.3 - Objetivos

Como já mencionado, o objetivo geral da presente RIL é sintetizar na evidência científica as estratégias utilizadas na prevenção da hipotermia do RN no intraoperatório.

### 3.4 - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

Como critérios de inclusão: foram incluídos artigos originais publicados na íntegra e que abordassem as temáticas sobre estratégias para prevenção de hipotermia em RN no intraoperatório. Restringiu-se aos idiomas português, inglês e espanhol, assim como a um horizonte temporal entre 2017 e 2023.

Como critérios de exclusão: foram excluídos resumos e artigos que abordassem a hipotermia no RN como medida terapêutica, anteriores a 2017, outra língua sem ser as definidas nos critérios de inclusão e a literatura cinzenta (dissertações, teses, livros, monografias, artigos de opinião, protocolos, entre outros documentos não indexados).

**Tabela 2 – Critérios de inclusão**

<b>Critérios de seleção</b>	<b>Critérios de inclusão</b>
População	Recém-Nascidos
Intervenções	Estratégias de prevenção de hipotermia no intraoperatório
Espaço Temporal	2017 a 2023
Fontes	Artigos originais sobre a temática
Idioma	Português; Inglês e Espanhol

### 3.5 - Procedimentos de pesquisa

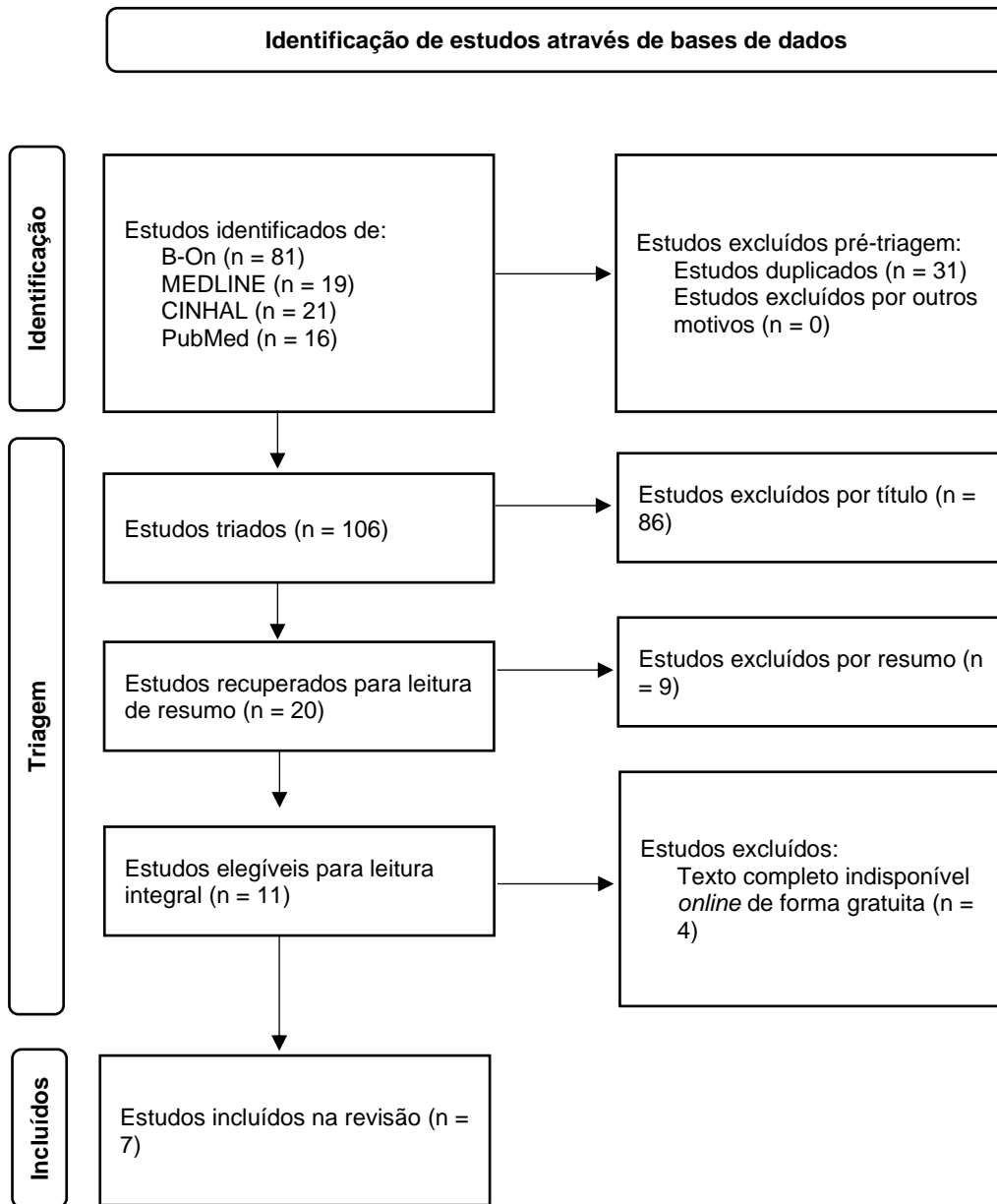
A pesquisa dos estudos a integrar na RIL foi realizada no período de junho de 2023, nos motores de busca Biblioteca do Conhecimento Online (B-On), *National Library of Medicine* (PubMed) e *Elton B. Stephens Company* (EBSCO), assim como nas respectivas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* ([MEDLINE], na EBSCO), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* ([CINAHL Complete], na EBSCO).

Em todas as pesquisas, recorreu-se à combinação de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) com os operadores booleanos AND ou OR da seguinte forma: [(infant\* OR baby\* OR newborn\* OR neonate\*) AND (“hypothermia prevention” OR “hypothermia control” OR “hypothermia management”) AND (intraoperative)].

O processo de seleção dos estudos é apresentado de seguida, usando um fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* ([PRISMA], Page et al., 2020).

Da pesquisa avançada realizada, resultaram 137 artigos. Inicialmente, foram excluídos os duplicados (31), deixando um total de 106 estudos para triagem. Foram selecionados, pelo título 20 estudos, a fim de ler o respetivo resumo. Após a leitura do resumo, foram excluídos 9 estudos, por não apresentarem pertinência para o estudo a realizar, uma vez que revelaram ser acerca de adultos ou cesarianas. Deste modo, sobraram 11 estudos para leitura integral. Foram excluídos 4 por não se encontrarem disponíveis gratuitamente para leitura completa, o que se colocou como restrição na pesquisa, mas não evitou o aparecimento destes artigos nos resultados da mesma.

Após a leitura integral dos estudos, foram selecionados 7 estudos que constituíram a presente RIL (Figura 1)



**Figura 1** - Fluxograma informativo das fases da revisão integrativa ancorado no PRISMA (Page et al., 2020)

#### 4 - Resultados

Após a seleção, incluímos 7 estudos na análise, por darem resposta à questão formulada e objetivo definido.

As características dos artigos são as seguintes: dois em português e cinco em inglês; três do ano de 2019, um de 2020, um de 2021, um de 2022 e um de 2023.

Quanto ao tipo de estudos, incluíram-se estudos diversos: um estudo experimental prospectivo, um estudo de coorte prospectivo, um estudo de caso (relato de experiência), um estudo quasi-experimental, duas revisões integrativas da literatura e uma revisão sistemática da literatura e meta-análise. Apresenta-se a tabela 3 com a síntese das características dos estudos incluídos.

**Tabela 3 - Características dos artigos selecionados**

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>País, Ano</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Objetivo</b>
Hüseyin Erdoğan, Canan Tülay Işıl, Hacer Şebnem Türk, Gülben Ergen & Sibel Oba.	“Comparison of Forced-air Warming Systems and Intravenous Fluid Asrmers in the Prevention of Pediatric Perioperative Hypothermia”	Turquia, 2019.	Estudo experimental prospectivo.	Comparar a eficácia de aquecer fluidos intravenosos e aquecimento de ar forçado para a prevenção de hipotermia perioperatória em utentes pediátricos menores de seis anos de idade.
Lee-Lee Lai, Mee-Hong See, Sanjay Rampal, Kee-Seong Ng & Lucy Chan.	“Significant factors influencing inadvertent Hypothermia in pediatric anesthesia”	Malásia, 2019.	Coorte prospectivo	Determinar a relação entre idade, peso corporal, tipo de cirurgia, perda total de sangue e tipo de anestesia na ocorrência de hipotermia.
Lucas Amaral Martins, Suely Pedreira Xavier da Silveira, Irene Maria Fraga Teixeira Avila, Jéssica Alves Sacramento de Moraes, Denise Santana Silva dos Santos, Maria Carolina Ortiz Whitaker & Climene Laura de Camargo.	“Implementação de protocolo de termorregulação para recém-nascidos em procedimentos cirúrgicos”	Brasil, 2019.	Estudo de caso (relato de experiência).	Descrever a implementação do protocolo de termorregulação para procedimentos cirúrgicos em RN.

Beverly S. Brozanski, Anthony J. Piazza, John Chuo, Girija Natarajan, Theresa R. Grover, Joan R. Smith, Teresa Mingrone, Richard E. McClead, Rakesh Rao, Natalie Rintoul, Judy Guidash, Bobby Bellflower, Margaret Holston, Troy Richardson & Eugenia K. Pallotto.	“STEPP IN – Working together to keep infants warm in the perioperative period”	Estados Unidos da América, 2020.	Estudo quase-experimental.	(1) Reduzir a hipotermia pós-operatória em até 50% num período abstrato de 12 meses em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de hospitais infantis; (2) Identificar práticas clínicas específicas que demonstram o sucesso das estratégias utilizadas
Marcus Nemeth, Clemens Miller & Anselm Bräuer.	“Perioperative Hypothermia in Children”	Suíça, 2021.	Revisão Integrativa da Literatura.	Identificar estratégias utilizadas para a manutenção da normotermia do RN no período perioperatório.
Lucas Amaral Martins, Climene Laura de Camargo, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Patrícia Figueiredo Marques, Aline Cristiane de Sousa Azevedo Aguiar & Caroline Tianeze de Castro.	“Prevenção da hipotermia em recém-nascido submetido a procedimentos cirúrgicos: revisão integrativa”	Brasil, 2022	Revisão Integrativa da Literatura.	Discutir, de acordo com a literatura científica, as estratégias utilizadas para prevenção de hipotermia no RN submetido a procedimentos cirúrgicos.
Man-Qing Zhang, Peng-Dang Ying, Yu-Jia Wang, Jia-lian Zhao, Jin-Jin Huang & Fang-Qi Gong.	“Intraoperative hypothermis in the neonate population-risk factors, outcomes and typical patients”	China, 2023.	Estudo retrospectivo	Identificar fatores de risco, resultados e padrões típicos de hipotermia intraoperatória em RN, para orientação de aplicação de medidas de isolamento térmico na sala operatória.

Após a leitura dos artigos analisaram-se as informações mais relevantes de cada artigo, que se apresentam na Tabela 4.

**Tabela 4 - Estratégias, desfecho e recomendações dos artigos para a redução da hipotermia**

<b>Autores</b>	<b>Estratégias utilizadas na prevenção de hipotermia do RN no intraoperatório</b>	<b>Recomendações</b>
Hüseyin Erdoğan, Canan Tülay Işıl, Hacer Şebnem Türk, Gülben Ergen & Sibel Oba.	No grupo 1, os RN foram aquecidos de forma ativa, com um sistema de aquecimento de ar forçado e um cobertor especial desde a chegada até à sala operatória. No grupo 2, os RN foram aquecidos de forma ativa através da administração endovenosa de fluídos e sangue	Ambos os métodos tiveram sucesso na prevenção da hipotermia e não se verificou superioridade de um em relação ao outro, em termos de eficácia. A temperatura da sala operatória sugerida é de cerca de 23-24°C para casos pediátricos. Deve monitorizar-se a temperatura corporal central de forma frequente, especificamente na

	<p>aquecidos, desde a chegada até à sala operatória.</p> <p>Na sala operatória, os RN foram monitorizados através de eletrocardiograma, saturação periférica de oxigénio (SpO<sub>2</sub>) e dióxido de carbono expirado final (EtCO<sub>2</sub>). A frequência cardíaca (FC), SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> e temperatura auricular foram registadas antes da indução anestésica e, posteriormente, a FC, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> e temperatura esofágica foram registadas em intervalos de 10 minutos, durante o intraoperatório. Em ambos os grupos, se a temperatura central diminuísse abaixo de 36°C, recorria-se a um segundo sistema de aquecimento de ar forçado. O aquecimento era interrompido quando a temperatura corporal subia acima de 37°C.</p>	<p>extremidade inferior do esófago, pois é onde a medição é mais realista.</p>
<p>Lee-Lee Lai, Mee-Hong See, Sanjay Rampal, Kee-Seong Ng &amp; Lucy Chan.</p>	<p>Controlo da temperatura ambiente da sala operatória, com recurso a aquecedor suspenso;</p> <p>Recurso a dispositivos médicos de aquecimento;</p> <p>Administração de fluídos endovenosos aquecidos;</p> <p>Envolvimento da criança em ligaduras de algodão e película aderente no tronco e nas extremidades.</p>	<p>O estudo conclui que a combinação de uma manta de aquecimento Bair Hugger®, Thermamed® e um aquecedor de fluídos endovenosos é a melhor estratégia para manter a temperatura central do RN no intraoperatório. Recomenda-se que os profissionais de saúde sejam instruídos para a utilização adequada de mantas de aquecimento e dispositivos de ar aquecido forçado, pelo risco de hipertermia e queimaduras, quando mal utilizados.</p>
<p>Lucas Amaral Martins, Suely Pedreira Xavier da Silveira, Irene Maria Fraga Teixeira Avila, Jéssica Alves Sacramento de Moraes, Denise Santana Silva dos Santos, Maria Carolina Ortiz Whitaker &amp; Climene Laura de Camargo.</p>	<p>Garantir a temperatura ambiente da sala operatória entre 23 e 26°C;</p> <p>Manter o RN com sensor de temperatura acoplado à pele para monitorização;</p> <p>Manter o RN em berços previamente aquecidos ao retirá-lo da incubadora ou colocá-lo em berço aquecido para transporte- Iniciar o procedimento cirúrgico apenas quando o RN estiver normotérmico;</p> <p>Inserir termómetro esofágico antes do procedimento cirúrgico, para monitorizar a temperatura;</p> <p>Utilizar manta térmica durante procedimentos cirúrgicos extensos;</p> <p>Administrar soluções e hemoderivados em temperatura adequada, entre 36,5°C e 37°C;</p> <p>Monitorizar a temperatura do RN em intervalos de 15 minutos nas situações em que apresenta hiper ou hipotermia.</p>	<p>Recomenda-se a elaboração de protocolos assistenciais para a redução do evento adverso que é a hipotermia, que inclua todas as estratégias identificadas.</p> <p>Recomenda-se, ainda, o envolvimento e instrução da equipa de saúde, nomeadamente da parte de Enfermagem.</p>

<p>Beverly S. Brozanski, Anthony J. Piazza, John Chuo, Girija Natarajan, Theresa R. Grover, Joan R. Smith, Teresa Mingrone, Richard E. McClead, Rakesh Rao, Natalie Rintoul, Judy Guidash, Bobby Bellflower, Margaret Holston, Troy Richardson &amp; Eugenia K. Pallotto.</p>	<p>Ajuste da temperatura ambiente da sala operatória;</p> <p>Monitorizar e documentar a temperatura do RN pelo menos a cada 15 minutos ou de acordo com o protocolo do hospital;</p> <p>Prevenção de perda de calor: chapéu e cobertor reflexivo conforme apropriado, utilização de soluções de preparação pré-aquecidas;</p> <p>Aquecimento ativo durante o interaoperatório: <i>bair hugger</i>, luzes de aquecimento, fato de água circulante aquecido ou colchão de aquecimento químico;</p> <p>Fluídos da sala operatória: evitar o uso de fluidos endovenosos e/ou de irrigação que se encontrem frios.</p>	<p>Cada equipa deve avaliar seu próprio sistema interno, a fim de identificar barreiras e oportunidades de mudança, a fim de apresentar melhoria na prevenção da hipotermia do RN no período intraoperatório, considerando as estratégias propostas, que se revelaram eficazes.</p>
<p>Marcus Nemeth, Clemens Miller &amp; Anselm Bräuer.</p>	<p>Aquecimento durante o transporte, com berço idealmente pré-aquecido e com aquecedor radiante ou colchão de aquecimento, que deve ser coberto durante o transporte, podendo ainda recorrer-se a uma almofada de aquecimento;</p> <p>Aquecimento antes da indução anestésica: a sala operatória deve encontrar-se a uma temperatura que seja termoneutra e permita que os RN permaneçam aquecidos antes da indução. Deve-se iniciar aquecimento ativo antes da indução anestésica, colocando a criança numa superfície já aquecida, com ar forçado e cobertor aquecido;</p> <p>Aquecimento durante a indução anestésica: manter as estratégias de aquecimento ativo, administrar fluídos aquecidos, aquecer as soluções de irrigação à temperatura do corpo.</p>	<p>Uma boa estratégia de aquecimento no intraoperatório deve ser planeada de forma prévia, não esquecendo a importância da manutenção da normotermia durante o transporte, do aquecimento ativo antes da indução anestésica, aquecimento ativo durante a indução anestésica e cirurgia e monitorização precisa da temperatura central em detrimento da periférica.</p>
<p>Lucas Amaral Martins, Climene Laura de Camargo, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes, Patrícia Figueiredo Marques, Aline Cristiane de Sousa Azevedo Aguiar &amp; Caroline Tianeze de Castro.</p>	<p>Controlo térmico do ambiente em que é realizada a cirurgia; Utilização de colchão térmico, químico ou mantas aquecidas;</p> <p>Recurso a toucas, cueiros e cobertor/mantas;</p> <p>Administração endovenosa de fluídos aquecidos;</p> <p>Monitorização da temperatura corporal nas regiões axilar, nasofaríngea, esofágica ou retal;</p> <p>Utilização de incubadora previamente aquecida ou berço aquecido;</p>	<p>Recomendam-se as estratégias enumeradas para a prevenção de hipotermia no RN cirúrgico, assim como o desenvolvimento de mais pesquisas acerca desta temática.</p> <p>Recomenda-se, ainda, a capacitação dos profissionais de saúde com informação baseada em evidência científica, para uma maior segurança dos cuidados prestados no sentido de prevenir a hipotermia do RN no intraoperatório.</p>

---

	<p>Rotinas de aferição da temperatura no perioperatório: estabelecimento de humificação relativa do ar, qualidade da limpeza do ar condicionado e lâmpadas de calor, cobertura de órgãos abdominais com compressas cirúrgicas húmidas e aquecidas.</p>	
<p>Man-Qing Zhang, Peng-Dang Ying, Yu-Jia Wang, Jia-lian Zhao, Jin-Jin Huang &amp; Fang-Qi Gong.</p>	<p>Administração de fluídos aquecidos; Recurso a dispositivos de infusão isolados; Manutenção de uma temperatura pré-operatória adequada, inclusive durante o transporte; Planeamento do aquecimento pré-cirúrgico.</p>	<p>Devem ser tomadas medidas de isolamento térmico o mais rápido possível e dar prioridade às crianças de alto risco, no caso de equipamentos de isolamento insuficientes para reduzir o impacto da hipotermia.</p>

---



## 5 – Discussão

Em condições normais, a temperatura central do corpo é regulada pelo hipotálamo. A temperatura normal é de 37°C no RN, e os mecanismos termorreguladores mantêm essa temperatura com um desvio padrão de cerca de 0,2°C, através do ajuste da produção e distribuição de calor. Os anestésicos endovenosos e inalatórios têm efeitos depressores sobre o hipotálamo, o que aumenta o limiar da resposta ao calor de 0,2°C para 4°C (Erdoğan et al., 2019).

Durante os primeiros 10 a 30 minutos após a indução anestésica, observa-se uma ligeira queda na temperatura central, a média de 1°C no RN, sendo que a principal causa é a vasoconstrição provocada pela medicação anestésica (Lai et al., 2019). A hipotermia inadvertida depende, também, da idade da criança, em que os RN não conseguem manter, de forma autônoma, a temperatura central durante a cirurgia. Acresce, ainda, o facto dos RN se encontrarem despídos e imóveis na sala operatória, que é fria, a respirar gases frios e a perder calor através do fenómeno de evaporação (Erdoğan et al., 2019; Lai et al., 2019; Martins et al., 2019).

Além disso, existem mais outros aspetos inerentes aos RN que os tornam mais propensos à hipotermia, tais como a reduzida relação peso-superfície, a maior perda de calor através da cabeça, e existência de *stocks* limitados de gordura subcutânea para isolamento térmico (gordura castanha). Os RN com peso extremamente baixo ao nascer apresentam défice do mecanismo vasomotor e são incapazes de apresentar vasoconstrição periférica para preservar o calor. No entanto, em RN de termo, a termorregulação encontra-se geralmente bem desenvolvida ao nascer (Nemeth et al., 2021).

A redistribuição central-periférica do calor interno está ainda relacionada com o tipo e a dose de anestesia, o tipo e a duração da cirurgia, a temperatura ambiente na sala operatória, a temperatura inicial do corpo do RN, a quantidade de fluídos/sangue utilizados ao longo da cirurgia, o uso de dispositivos de aquecimento e a duração da ventilação mecânica (Erdoğan et al., 2019; Lai et al., 2019; Martins et al., 2019; Zhang et al., 2023).

A superfície da pele e as extremidades do corpo têm uma temperatura entre 2 a 4°C mais baixa do que a temperatura central. Por este motivo, a monitorização periférica da temperatura do RN no ambiente hospitalar, nomeadamente em contexto de sala operatória, considera-se imprecisa, pelo que se deve privilegiar a monitorização da temperatura corporal

central (via esofágica, nasofaríngea, vesical ou retal) em detrimento da temperatura periférica (Erdoğan et al., 2019; Nemeth et al., 2021).

A hipotermia, como já referido, é um dos eventos adversos mais comuns no intraoperatório, pelo que é imperativa a aplicação de várias estratégias para a sua prevenção: controlar a temperatura da sala operatória (sugere-se entre 23°C e 26°C); controlar a temperatura central do RN de forma frequente (sugere-se de 15 em 15 minutos); iniciar o procedimento cirúrgico apenas quando o RN estiver normotérmico; iniciar o processo de aquecimento previamente à cirurgia, de forma preventiva, recorrendo a sistemas de aquecimento de ar forçado; utilização de cobertores de aquecimento ativo/mantas térmicas; administração endovenosa de fluídos e sangue aquecidos à temperatura adequada (36,5° C a 37°C); envolvimento da criança em ligaduras de algodão e película aderente, nas extremidades; manter o RN em berços previamente aquecidos ao retirá-lo da incubadora ou colocá-lo em berço aquecido para transporte; recurso a chapéus ou berços refletivos; utilização de colchões e almofadas de aquecimento; estabelecimento da humidificação adequada do ar; prezar pela qualidade da limpeza do ar condicionado e lâmpadas de calor; e, ainda, cobrir os órgãos abdominais com compressas cirúrgicas húmidas e aquecidas, quando necessário (Brozanski et al., 2020; Erdoğan et al., 2019; Lai et al., 2019; Martins et al., 2019; Martins et al., 2022b; Nemeth et al., 2021; Zhang et al., 2023).

É crucial referir que os dispositivos de aquecimento de ar forçado, como aqueles recomendados nos vários estudos analisados e acima enumerados, têm de ser manuseados com grande cuidado, pois uma má utilização pode resultar em hipertermia e até queimaduras para o RN (Erdoğan et al., 2019; Lai et al., 2019).

A cobertura com ligadura de algodão e película aderente, seja no tronco ou nas extremidades, é um método barato e eficaz para reduzir a incidência de hipotermia intraoperatória entre 21% e 46% em RNPT. No entanto, esta estratégia também deve ser usada com cuidado, devido ao risco de hipertermia (Lai et al., 2019).

Vários estudos recomendam a elaboração de protocolos e diretrizes para a redução do evento adverso intraoperatório no RN que é a hipotermia e que inclua todas as estratégias identificadas. Recomenda-se, ainda, o envolvimento e formação extensa e contínua da equipa de saúde, nomeadamente da equipa de enfermagem. É importante envolver os profissionais para a implementação dos protocolos e diretrizes, de forma a atuarem de forma normalizada e com uma maior segurança dos cuidados prestados no sentido de prevenir a hipotermia do RN no intraoperatório (Brozanski et al., 2020; Martins et al., 2019; Martins et al., 2022b).

Importa reafirmar que a hipotermia está diretamente associada a maiores riscos de eventos adversos clínicos no intra e pós-operatório, pois é um fator de risco independente que contribui para a mortalidade, uma vez que afeta o sistema cardiovascular, a capacidade de coagulação, o equilíbrio ácido-base e o sistema respiratório. Os RN são os utentes mais sensíveis aos efeitos colaterais da hipotermia durante a cirurgia (Zhang et al., 2023), pelo que é imperioso a sua prevenção.

Sugerimos que cada equipa deve avaliar a sua prática de cuidar, identificando barreiras e oportunidades de mudança, a fim de apresentar melhorias na prevenção da hipotermia do RN no período intraoperatório. Tal pode incluir identificar se os RN apresentam diminuição da temperatura enquanto aguardam pela cirurgia. Esta diminuição da temperatura, por exemplo, vai atenuar o benefício das estratégias de aquecimento durante o transporte para a sala operatória. Da mesma forma, deve-se analisar se existem estratégias intraoperatórias adicionais a serem implementadas, caso necessário. As equipas com melhor desempenho relatam o envolvimento ativo da equipa multidisciplinar (Brozanski et al., 2020).



## 6 – Conclusão

Neste capítulo apresentam-se as principais conclusões, que derivam da questão de investigação formulada, focando-se na importância e eficácia das estratégias utilizadas para a prevenção de hipotermia do RN no intraoperatório.

A pesquisa permite concluir que são várias as estratégias utilizadas para a prevenção da hipotermia do RN no intraoperatório. Este é um evento evitável que pode ser controlado através de vários procedimentos eficazes e que confirmam a importância do conforto e do controlo do ambiente, nomeadamente no período intraoperatório, como defendem as teóricas Florence Nightingale e Katharine Kolcaba. Realçamos também a importância da equipa multidisciplinar, especialmente o EEESIP, ser capacitada e motivada a atuarem de forma normalizada e com segurança, no sentido de intervirem de forma preventiva da ocorrência da hipotermia.

Ainda que tenha sido possível a obtenção de resultados considerados satisfatórios, a investigação realizada tornou evidente a escassez de estudos que incidam sobre esta temática. Ainda que se encontre uma vasta literatura acerca da hipotermia no pós-operatório e até relacionada com a cesariana, são limitados aqueles que apresentam estratégias para a prevenção da hipotermia do RN especificamente no intraoperatório.

A utilização de estratégias para a prevenção de hipotermia do RN no intraoperatório vai ao encontro das competências do EEESIP, especialmente no que concerne à mobilização de “conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” (Portugal, Regulamento nº 422/2018).

Conclui-se que este estudo, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, apresenta resultados que corroboram a evidência científica já existente, acrescentando ainda a validação da necessidade de estudar ainda mais as medidas preventivas da hipotermia do RN no intraoperatório.



## **Considerações finais**

A enfermagem tem sofrido várias alterações na sua conceção de acordo com a forma de ver e compreender o mundo. A procura de conhecimentos, quer a nível técnico, quer do conhecimento em si, permite uma prestação de cuidados de qualidade e excelência.

No presente relatório, expressamos que os estágios foram uma oportunidade de desenvolver e aperfeiçoar a formação a um nível de excelência, possibilitando atingir mais do que competências científicas e técnicas, mas também relacionais, humanas, éticas e culturais, sendo todas importantes na execução de intervenções autónomas, interdependentes e de qualidade no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assim, é essencial o reconhecimento e diferenciação dos enfermeiros, procurando tornar evidente a ação distinta da enfermagem na melhoria do estado de saúde da pessoa alvo de cuidados, prestando cuidados a nível de excelência (Portugal, Regulamento nº 422/2018).

Para tal, a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica apoia-se na filosofia de Cuidados Centrados na Família, Cuidados Atraumáticos, Parceria de Cuidados de Anne Casey, teoria do Conforto de Kolcaba, consistindo cada uma delas num conjunto de intervenções que promovem o cuidar da criança e família nos cuidados de saúde com excelência e atendendo às suas necessidades (Carvalhais et al., 2022). Destacamos que estas foram pilares que sustentaram a minha prática em todos os estágios efetuados.

As oportunidades que surgiram no percurso formativo em estágio de aquisição de competências do EEESIP, fizeram sem dúvida parte do nosso crescimento como enfermeira. Aqui, construímos, partilhámos, desenvolvemos, refletimos e muito mais. Como tal, consideramos que o percurso efetuado foi muito positivo.

Desta forma, enquanto futura EEESIP, procurámos sempre os mais elevados níveis de satisfação das crianças/adolescentes/ jovens e família. O alcance dos objetivos propostos e o percorrer este caminho permitiu-nos o desenvolvimento de competências de EEESIP, através de tomada de decisões e práticas profissionais seguras e fundamentadas (OE, 2018).

A hipotermia do RN no intraoperatório é um dos eventos adversos mais comuns. Por isso, o interesse por este tema e a decisão de investigar através de uma RIL cujo objetivo foi sintetizar na evidência científica as estratégias utilizadas na prevenção da hipotermia do RN no intraoperatório, contribuindo desta forma para o alargar do conhecimento dos profissionais de saúde.

As estratégias que foram referenciadas como eficazes na prevenção da hipotermia do RN no período intraoperatório confirmam a importância do conforto e do controle do ambiente. Katharine Kolcaba e Florence Nightingale defendem que o conforto e o controle do ambiente são essenciais para a saúde e o bem-estar dos RN.

Consideramos que os objetivos inicialmente propostos, foram alcançados. Os resultados do estudo efetuado mostraram que a hipotermia é uma condição comum entre os RN no intraoperatório e que os profissionais de saúde devem estar cientes dos riscos da hipotermia e devem tomar medidas para prevenir esta condição.

A conclusão deste percurso marca o início de uma nova etapa na vida profissional onde se pretende destacar a excelência dos cuidados de enfermagem através da formação como Mestre e EEESIP.

## Referências Bibliográficas

- Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde. (2016). *APPENDIX D: Definitions of Neonate, Newborn, Normal Newborn, and Outborn*.  
[https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V60-ICD10/TechSpecs/PQI\\_Appendix\\_D.pdf](https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V60-ICD10/TechSpecs/PQI_Appendix_D.pdf)
- Als, H. (2017). Prematuridade: cuidados de desenvolvimento individualizados para bebês prematuros. In R. E., Tremblay, M. Boivin & Peters, R.V. (Coords.), *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância* (pp. 1–9). <https://www.encyclopedia-crianca.com/prematuridade/segundo-especialistas/cuidados-de-desenvolvimento-individualizados-para-bebes>
- Apóstolo, J. L. N. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. *Referência – Revista de Enfermagem*, II (9), 61-67.  
[https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=262&codigo](https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=262&codigo)
- Arantes, L. A. A., Neves, F. S., Campos, A. A. L., & Netto, M. P. (2018). Método Baby-Led Weaning (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão. *Revista Paulista Pediatria*, 36(3), 353-363. <https://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;3;00001>
- Balest, A. L. (2022). Hipotermia em neonatos. *Manual Merck Sharp & Dohme Versão Para Profissionais de Saúde*. <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/problemas-perinatais/hipotermia-em-neonatos>

- Barbieri-Figueiredo, M.C., Santos, M.R., Andrade, L., Vilar, A. I., Martinho, J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes, Concepções e Práticas dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados às Famílias em Cuidados de Saúde Primários. IN. J. C. Carvalho, M. C. Barbiéri-Figueiredo, H. I. Fernandes, A. I. Vilar, L. Andrade, M. R. Santos, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, M. M. Martins, & P. Oliveira (Coords.) *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp 36-43). Escola superior de Enfermagem do Porto.
- Bouso, R. S., Poles, K., & Cruz, D. de A. L. M. (2014, fevereiro). Conceitos e teorias na enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem USP*, 48(1), 141–145.  
[doi: 10.1590/S0080-623420140000100018](https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018)
- Brozanski, B. S., Piazza, A. J., Chuo, J., Natarajan, G., Grover, T. R., Smith, J. R., Mingrone, T., McClead, R. E., Rao, R., Rintoul, N., Guidash, J., Bellflower, B., Holston, M., Richardson, T., & Pallotto, E. K. (2020). STEPP IN: Working Together to Keep Infants Warm in the Perioperative Period. *Pediatrics*, 145(4), 277-286.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2019-1121>
- Cardoso, R. B., Caldas, C. P., & Souza, P. A. D. (2019). Uso da teoria do conforto de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 8(1), 118-128.  
<https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2758>
- Carvalhais, M. D., Oliveira, A., Silva, C., Rocha, J., & Roque, M. J. (2022). Perspetivas dos Enfermeiros Especialistas sobre os cuidados atraumáticos em Pediatria. *Millenium*, 2(17), 31-39. <https://doi.org/10.29352/mill0217.24102>

- Carvalho, C. G. (2021). *Posicionar para desenvolver: Contributos do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no posicionamento terapêutico do recém-nascido numa UCIN*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Beja, Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja.ipbeja.pt*. <http://handle.net/20.500.12207/5497>
- Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care*. In Glasper, E., & Tucker, A. *Advances in Child Health Nursing*. Oxford: Scutari Press.
- Chandebois, L., Nogue, E., Bouschbacher, C., Durand, S., Masson, F., Mesnage, R., Nagot, N., & Cambonie, G. (2021). Dissemination of newborn behavior observation skills after Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) implementation. *Nursing Open*, 8(6). <https://doi.org/10.1002/nop2.904>
- CIPE. (2019). *International Classification for Nursing Practice (ICNP) (Versão portuguesa)*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Deliktas, A., Korukcu, O., Aydin, R., & Kabukcuoglu, K. (2019). Nursing Students' Perceptions of Nursing Metaparadigms. *Journal of Nursing Research*, 27(5), 1-9. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000311>
- Erdoğan, H., Işıl, T. C., Türk, H. S., Ergen, G., & Oba, S. (2019). Comparison of Forced-air Warming Systems and Intravenous Fluid Warmers in the Prevention of Pediatric Perioperative Hypothermia. *Medical Bulletin of Haseki*, 57, 225-231. <https://doi.org/10.4274/haseki.galenos.2018.4784>
- European Foundation of the Care of Newborn Infants, (2018). *European Standards of The Care Newborn Health - Project Report*. <https://newborn-health-standards.org/>
- Fanaroff, A. A., & Fanaroff, J. M. (2014). *Klaus & Fanaroff: Alto Risco em Neonatologia*. (6ª ed.). Elsevier.

- Feitosa, A., Fontinele, L., Santiago, A., Oliveira, L., & Costa, G. (2018). Cuidados de enfermagem na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos prematuros: Revisão Integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 22 (1), 100-106. [https://www.mastereditora.com.br/periodico/2018030\\_175311.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/2018030_175311.pdf)
- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A. L. Ramos & M.C. Barbieri-Figueiredo (coods.) *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 40-42). Lidel.
- Ferreira, D. D. O., Silva, M. P. C., Galon, T., Goulart, B. F., Amaral, J. B. D., & Contim, D. (2019). Kangaroo method: Perceptions on knowledge, potentialities and barriers among nurses. *Escola Anna Nery*, 23 (4), 1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0100>
- Fundação Oswaldo Cruz. (2018). Prevenção de hipotermia em recém-nascidos pré-termo: da sala de parto à admissão na UTI neonatal. *Instituto Nacional de Saúde Da Mulher, Da Criança E Do Adolescente Fernandes Figueira*. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/48043>
- Fundo das Nações Unidas para a Infância & Organização Mundial de Saúde. (2004). *Low birthweight: country, regional and global estimates*.
- Gaiva, M. A. M., Monteschio, C. A. C., Moreira, M. D. de S., & Salge, A. K. M. (2018). Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Avances en Enfermería*, 36(1), 8-21. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.62150>
- Gaiva, M. A. M., Rodrigues, E. C., Toso, B. R. G. O., & Mandetta, M. A. (2021). *Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e família*. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras.

- Garcia, K. R. S., Reis, A. T., Braga, E. S., Trugilho, F. C., Paiva, E. D., & Marta, C. B. (2019). Estratégia de intervenção para prevenção de hipotermia neonatal: Revisão integrativa. *Revista Nursing*, 22(259), 3426-3430.  
<https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i259p3426-3430>
- Gomez, M. S., Novaes, A. P. T., Silva, J. P., Guerra, L. M., & Possobon, R. F. (2020). Baby-Led Weaning, panorama da nova abordagem sobre introdução alimentar: Revisão Integrativa de Literatura. *Revista Paulista Pediatria*, 38.  
<https://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018084>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente* (9.<sup>a</sup> ed.). Lusociência.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers C. C. (2018). *Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica* (10<sup>a</sup> ed.). Elsevier.
- Lai, L., See, M., Rampal, S., Ng, K., & Chan, L. (2019). Significant factors influencing inadvertent hypothermia in pediatric anesthesia. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*, 33, 1105-1112. <https://doi.org/10.1007/s10877-019-00259-2>
- Khurana, S., Kane, A. E., Brown, S. E., Tarver, T., & Dusing, S. C. (2020). Effect of Neonatal Therapy on the Motor, Cognitive and Behavioral Development of Infants Born Preterm: A Systematic Review. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 62(6), 684-693. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14485>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.  
[https://books.google.pt/books?id=nduGie\\_ouQkC&printsec=copyright&hl=pt-PT](https://books.google.pt/books?id=nduGie_ouQkC&printsec=copyright&hl=pt-PT)
- Maciel, H.I.A., Costa, M.F., Costa, A. C. L., Marcatto, J. O., Manzo, B.F., & Bueno, M. (2019). Medidas farmacológicas e não farmacológicas de manejo e tratamento da dor em recém-nascidos. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 31 (1), 21-26.  
[doi.org/10.5935/0103-507X.20190007](https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190007)

- Marski, B. S. L., Facio, B. C., Ichisato, S. M. T., Barba, P. C. S. D., & Wernet, M. (2018). Cuidados Desenvolvimentais: assistência de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2758–2766.  
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0912>
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66.  
[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf)
- Martins, L. A., Camargo, C. L., Fernandes, E. T. B. S., Marques, P. F., Aguiar, A. C. S. A., & Castro, C. T. (2022a). Prevenção da hipotermia em recém-nascido submetido a procedimentos cirúrgicos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0940>
- Martins, L. A., Santos, I. J., Moura, J. S., Santos, D. V., Morais, A. C., & Camargo, C. L. (2022b). Repercussões da hipotermia na saúde de recém-nascidos cirúrgicos: perspectiva das enfermeiras. *Revista Mineira de Enfermagem*, 26.  
<https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.40561>
- Martins, L.A., Silveira, S. P. X., Avila, I. M. F. T., Moraes, J. A. S., Santos, D. S. S., Whitaker, M. C. O., & Camargo, C. L. (2019). Thermoregulation protocol implementation for newborns in surgical procedures. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1-6.  
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180218>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation-specific theories in research and nursing practice*. Springer Publishing Company.  
<https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/PDF>
- Mendes, K. D., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Textos e Contextos – Enfermagem*, 17(4), 758-764.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

- Monteiro, A., & Cerqueira, C., (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33-37). Lidel.
- Moura, J. S. (2021). *Estratégias utilizadas por enfermeiras na prevenção da hipotermia em recém-nascidos cirúrgicos*. Colegiado de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.
- Nemeth, M., Miller, C., & Bräuer, A. (2021). Perioperative Hypothermia in Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (7541), 1-18.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18147541>
- Nunes, D. C. R. (2019). Transição para a parentalidade na prematuridade: [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. IN *comum.rcaap.pt*.  
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/37131>
- Ordem dos Enfermeiros, (2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrncipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrncipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Entrevista ao adolescente e promover o desenvolvimento infantil na criança*. Cadernos OE, série I. (nº 3, Vol.1)  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores\\_BoaPratica\\_SaudelInfantil\\_Pediatrica\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudelInfantil_Pediatrica_volume1.pdf)
- Ordem Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Promoção da esperança e Preparação do regresso a casa da criança*. Cadernos da OE. Série I. (nº3, Vol.3)

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe\\_guiasorientadoresboapraticeesip\\_vol\\_iii.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_vol_iii.pdf)

Ordem Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos da Ordem. Série I, (nº6).

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicascontolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontolodorcrianca.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe\\_estatuto2016\\_versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos da Ordem. Série I, (nº8).

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidatedpositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidatedpositiva_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto2_padroesqualidcuidesip.pdf)

Organização Mundial de Saúde & Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2004). *Low birthweight country, regional and global estimates*.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43184>

Organização Mundial de Saúde. (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44864>

Organização Mundial da Saúde & UNICEF. (2017). *Aconselhamento em aleitamento materno*.

[https://www.aleitamentomaterno.pt/images/Conceitos\\_e\\_definicoes\\_da\\_OMS.pdf](https://www.aleitamentomaterno.pt/images/Conceitos_e_definicoes_da_OMS.pdf)

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., & Moher, D. (2020). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Parreira, P., Santos, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., Salgueiro, A. (2021). Métodos de trabalho para a assistência de enfermagem. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (4), 278-29 <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Pinho, J., Viseu, I. Carvalho, D., Sousa, S. Figueiredo, M. H., & Vilar, A. (2022). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 9-19. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.182Portugal, 2022>
- Pollard, D., Harrison, C., Dodgson, S., Holland, M., & Khair, K. (2020). The UK haemophilia specialist nurse: Competencies fit for practice in the 21st century. *Haemophilia*, 26(4), 622-630. [doi:10.1111/hae.14002](https://doi.org/10.1111/hae.14002)
- Portugal, Decreto-Lei nº 118/2014. (2014, Agosto 5). Enfermeiro de família. *Diário da República*, 1 (149), pp. 4069–4071. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/EnfermeiroFamilia\\_DecLei\\_118\\_2014.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/EnfermeiroFamilia_DecLei_118_2014.pdf)
- Portugal, Decreto-Lei nº 73/2017 (2017, Junho 21). Regime jurídico das unidades de saúde familiar. *Diário Da República*, 1 (118), pp. 3128–3131. <https://dre.pt/application/file/a/107542705>

Portugal, Decreto-Lei nº 52/2022. (2022, Agosto 4). Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

*Diário da República*, 1 (150), pp. 5-52.

<https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2001). Divisão de saúde materna, infantil e dos adolescentes. *Rede de Referência Materno-Infantil*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://apmj.pt/files/159/Violencia-Obstetrica/345/Rede-Perinatal.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa nº9/DGCG de 14/6/2003: A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 10/2013 de 31/5/2013: Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. DGS. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS\\_010\\_2013-05.2013.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_010_2013-05.2013.pdf)

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2020, Maio 10). *Programa Nacional de Vacinação*. DGS. Recuperado junho 8, 2023, em <https://www.sns24.gov.pt/tema/vacinas/programa-nacional-de-vacinacao/#o-que-e-o-programa-nacional-de-vacinacao>

Portugal, Regulamento nº 422/2018 (2018, Julho 12). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, 2(133), pp. 19192-19194. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Portugal, Regulamento nº 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário Da República*, 2(26), pp. 4744–4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Portugal, Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: USF Coimbra Centro*.

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2060991/Pages/default.aspx>

Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Coords.). (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.

Rêgo, C., Lopes, C., Durão, C., Pinto, E., Mansilla, H., Pereira-da-Silva, L., Nazareth, M., Graça, P., Ferreira, R., Lima, R.M., & Vale, S. (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos. Linhas de orientação para profissionais e educadores*. DGS.

<http://www.spgp.pt/media/1316/n-e-a-alimenta%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%A1vel-dos-0-aos-6-anos-dgs-2019.pdf>

Schober, M., & Affara, F. (2001). *The family nurse: frameworks for practice*. International Council of Nurses.

Soni, R., & Tscherning, C. (2021). Centred and Developmental care on the Neonatal Unit. *Symposium: Neonatology*, 31(1), 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2020.10.003>

Sousa, B., Dias, C., Pedro, C., Atilheiro, G., & Curado, A. (2016). Cuidar para o desenvolvimento: a terapêutica de posição no recém-nascido pré-termo. In M. Lourenço, Ó. Ferreira, & C. Baixinho (Coords.) *Terapêutica de posição: contributo para um cuidado seguro* (5ªed., pp.167-184). Lusodidacta.

Sousa, L., Vieira, C., Severino, S., & Antunes, A. (2017). Metodologia da revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21(2), 17-26.

<https://www.sinais vitais.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf>

The Joanna Briggs Institute (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. (E. Aromataris & Z. Munn, Eds.) JBI. <https://doi.org/10.46658/jbimes-20-01>

Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro (2023). *Manual de Acolhimento do Novo Profissional: Profissionais de Saúde e Alunos de Medicina e de Enfermagem*.

Ventura-Silva, J.M.A., Martins, M.M.F. P da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O.M.P.L., & Cardoso, M.F.P.T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295.

<http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>. Recuperado de:

<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>

Wright, M. I., & Leahey, M. (cords). (2012). *Enfermeiras e famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5.<sup>a</sup> ed.). Roca.

Zhang, M., Ying, P., Wang, Y., Zhao, J., Huang, J., & Gong, F. (2023). Intraoperative hypothermia in the neonate population: risk factors, outcomes, and typical patterns. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*, 37, 93–102.

<https://doi.org/10.1007/s10877-022-00863-9>

Zhao, J., Le, Z., Chu, L., Gao, Y., Zhang, M., Fan, J., Ma, D., Hu, Y., & Lai, D. (2023). Risk factors and outcomes of intraoperative hypothermia in neonatal and infant patients undergoing general anesthesia and surgery. *Frontiers in Pediatrics*, 11, 1-8.

<https://doi.org/10.3389/fped.2023.1113627>

## Apêndices



## **Apêndice I**

### **Projeto de estágio I - Pediatria**

Com a elaboração deste documento, pretende-se genericamente, o planeamento do campo de estágio de forma a “refletir e intervir no domínio dos cuidados de enfermagem especializados a prestar à criança/jovem e sua família” (Guia Orientador dos Estágios de Urgências Pediátricas e Estágio com Relatório Final: estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia, ano letivo 2022/2023), no respetivo campo de estágio, providenciando informação pertinente a orientadores de estágio e tutores, dos objetivos, atividades e expectativas que se pretende desenvolver e adquirir ao longo desse percurso.

#### 1.1- Objetivos específicos e atividades a desenvolver

De seguida apresento os objetivos específicos que considero relevantes para o meu processo de aprendizagem durante este ensino clínico, enumerando as atividades que me proponho desenvolver para os concretizar.

#### **Compreender e refletir sobre o papel do EEESIP na prestação de cuidados especializados no serviço de cirurgia, queimados e transplantação hepática**

Para atingir este objetivo planeio realizar as seguintes atividades:

- ✓ Conhecimento da estrutura física, orgânica e dinâmica do serviço, no que diz respeito aos espaços físicos, materiais e circuitos;
- ✓ Observação e identificação da metodologia de trabalho que sustenta a prática de enfermagem no serviço de cirurgia, queimados e transplantação hepática;
- ✓ Conhecimento e reflexão acerca das práticas de enfermagem do serviço, através da consulta dos padrões de documentação, normas, protocolos existentes no serviço e do sistema informático (SCLínico) usado no serviço para elaboração de registos, desenvolvimento de intervenções de enfermagem e consulta do processo da criança/jovem;
- ✓ Conhecimento das diferentes áreas de atuação do EEESIP nos variados setores do serviço de cirurgia (cirúrgico, queimados e transplantação hepática);
- ✓ Análise da dinâmica do serviço desde o acolhimento até à alta, e/ou transferência da criança/jovem e família para outros serviços;

- ✓ Demonstração de responsabilidade e assertividade na interação com a equipa multidisciplinar, mostrando espírito de equipa, disponibilidade na aquisição de conhecimento e participação ativa nas atividades desenvolvidas;
- ✓ Prestação de cuidados diferenciados fundamentada na mais recente evidência científica;
- ✓ Observação e reflexão acerca das competências do EE no estabelecimento de prioridades e na gestão dos cuidados à criança/jovem e família.

**Desenvolver competências de diagnóstico e de intervenção de enfermagem que permitam a assistência especializada à criança/jovem e família no pré e pós-operatório, bem como em contexto de doença crónica e aguda de acordo com as competências do EEESIP**

Para atingir este objetivo planeio realizar as seguintes atividades:

- ✓ Aprofundamento de conhecimentos teóricos relativos às patologias, intervenções cirúrgicas e diagnósticos mais frequentes no serviço de cirurgia, através da pesquisa bibliográfica;
- ✓ Participação ativa no planeamento e gestão antecipada dos cuidados de enfermagem tendo por base o método de Enfermeiro de Referência;
- ✓ Colaboração e desenvolvimento de autonomia na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família sob supervisão das enfermeiras tutoras;
- ✓ Colaboração no estabelecimento de diagnósticos de enfermagem identificados, bem como no planeamento, implementação e avaliação das intervenções efetuadas, inerentes ao processo de cuidados de enfermagem;
- ✓ Participação na realização de registos de enfermagem no sistema informático (SClinico), dando continuidade aos cuidados e processo de enfermagem;
- ✓ Preparação pré-operatória da criança/jovem e família em situações de cirurgias programadas e urgentes;
- ✓ Acompanhamento e participação em todo o processo de cuidados: acolhimento, fase pré e pós-operatória, alta/transferência;

- ✓ Reconhecimento precoce das situações potencialmente dolorosas, minimizando-as;
- ✓ Monitorização da dor com a aplicação das escalas adequadas a cada faixa etária;
- ✓ Aplicação de conhecimentos e habilidades no alívio da dor (estratégias farmacológicas e não farmacológicas);
- ✓ Aplicação de técnicas de distração, como música, brinquedo terapêutico, para a realização de procedimentos dolorosos;
- ✓ Transmissão de informação à equipa de enfermagem de forma clara e objetiva e estabelecendo a continuidade de cuidados;
- ✓ Análise de forma crítica e reflexiva do papel de EE na equipa.

**Desenvolver competências que contribuam na promoção da adaptação da criança/jovem e família ao processo de doença aguda e hospitalização**

- ✓ Promoção de um ambiente hospitalar seguro, calmo, minimizando os elementos stressores para a criança/jovem e família;
- ✓ Estabelecimento de uma relação empática com a criança/jovem e família, adequada ao estágio de desenvolvimento da criança;
- ✓ Demonstração de agilidade e criatividade na comunicação com a criança/jovem e família promovendo a participação ativa e esclarecida de todos os cuidados;
- ✓ Desenvolvimento de estratégias que visam a gestão de emoções nomeadamente em situações imprevistas e complexas;
- ✓ Demonstração de conhecimentos e habilidades em diferentes cuidados a oferecer à criança/jovem e suas famílias, passando assim para as mesmas, segurança;
- ✓ Promoção de cuidados em parceria, promovendo uma relação saudável física e emocional entre os pais e a criança/jovem;
- ✓ Desenvolvimento de parceria de cuidados potenciando e promovendo o papel parental durante a hospitalização, capacitando-os para o cuidar;

- ✓ Realização de ensinamentos oportunos individualizados à criança, jovem e família de acordo com o solicitado pelos mesmos ou tendo em conta as necessidades percebidas, demonstrando total disponibilidade;
- ✓ Preparação para a alta em parceria com a família, antecipando potenciais situações criadoras de ansiedade em casa, procurando responder às suas angústias e necessidade

## **Apêndice II**

### **Projeto de estágio II - Neonatologia**

Para Hockenberry e Wilson (2014) o recém-nascido de alto risco é definido como um recém-nascido que apresenta uma maior morbidade e mortalidade, independentemente da sua idade gestacional e peso ao nascer, devido a circunstâncias associadas ao nascimento e adaptação à vida extrauterina. A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é um ambiente que proporciona técnicas e procedimentos altamente especializados, sendo caracterizadas por um ambiente muito clínico sobrecarregado de estímulos que se revelam nocivos para o bebê. As UCIN têm vindo a evoluir para um modelo de cuidados centrados na família e no apoio ao desenvolvimento. Existem vários modelos de cuidados nesta área, destacando-se o Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP), onde o cuidado é individualizado e centrado no desenvolvimento e na família de cada recém-nascido (Ramos e Figueiredo, 2020). As mesmas autoras referem ainda que são os enfermeiros os principais agentes da promoção dos cuidados parentais, por estarem mais presentes junto do recém-nascido e da família.

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica ter conhecimento e competências em várias áreas, para desempenhar um papel preponderante ao nível da educação para a saúde, no acompanhamento das famílias, e na promoção dos cuidados centrados no desenvolvimento. Assim a comunicação surge com uma particular importância, para dar origem a uma boa relação terapêutica. Comunicar eficazmente e adequar a linguagem às características de cada indivíduo facilita todo o processo comunicacional. Posteriormente os pais adquirem confiança na equipa e sentem-se mais tranquilos e autoconfiantes. Cabe ainda ao enfermeiro facilitar o processo de vinculação, ao criar oportunidades e incentivar os pais ao seu desenvolvimento, proporcionando o contacto corporal, a participação nos cuidados ao seu filho e fornecer a informação adequada das competências do recém-nascido (Ramos & Figueiredo, 2020)

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica tem como competências assistir a criança/jovem na potencialização da sua saúde, prestando cuidados em situações de especial complexidade, considerando o ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem e envolvendo a família em todo o processo (Regulamento de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, 2018).

O recém-nascido de alto risco é definido como um recém-nascido que apresenta uma maior morbidade e mortalidade do que a média dos recém-nascidos, independentemente da sua idade gestacional e peso ao nascer. Este acontecimento é devido a circunstâncias

multifatoriais e por vezes imprevisíveis, associados ao nascimento e adaptação à vida extrauterina. As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais devem possuir instalações apropriadas e pessoal qualificado para prestar cuidados à criança gravemente doente (Hockenberry & Wilson, 2018).

O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais reveste-se de uma grande intensidade para os pais, encontrando-se descrito como um período muito difícil, associado a sentimentos de perda, culpa, medo, raiva e impotência (SPN, 2016, citado por Bravo, 2019).

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais são prestados cuidados de enfermagem altamente diferenciados a recém-nascidos prematuros e suas famílias, cujo nível de competências e conhecimento exige ser altamente especializado.

O recém-nascido prematuro tem necessidades peculiares de acordo com a sua idade gestacional e peso. Todo o desenvolvimento que se perspetiva ser feito in útero terá de ser concretizado num ambiente exterior, cheio de particularidades, e isso implica cuidados adaptados à sua imaturidade e que beneficiem o seu crescimento. Corresponde, então, ao enfermeiro a função de adequar a prestação de cuidados atendendo a um vasto conjunto de parâmetros nomeadamente a intensidade luminosa, o ruído, a temperatura, a manipulação em excesso, os procedimentos dolorosos, entre outros (Ramos & Figueiredo, 2020).

**Os objetivos e as respetivas atividades a desenvolver procuram ir ao encontro das expectativas de aprendizagem e de desenvolvimento/aperfeiçoamento de competências profissionais.**

#### 2.1 – Objetivos específicos e atividades a desenvolver

De seguida apresento os objetivos específicos que considero relevantes para o meu processo de aprendizagem durante este estágio, enumerando as atividades que me proponho desenvolver para os concretizar.

#### **Compreender e refletir sobre o papel do EEESIP na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido e família na UCIN**

Para atingir este objetivo planeio realizar as seguintes atividades:

- ✓ Conhecimento da estrutura física e dinâmica funcional e organizacional do serviço, bem como a articulação deste com os outros serviços;

- ✓ Observação e identificação da metodologia de trabalho que sustenta a prática de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;
- ✓ Conhecimento e reflexão acerca das práticas de enfermagem do serviço, através da consulta dos padrões de documentação, normas, protocolos e respetivos registos de enfermagem;
- ✓ Análise da dinâmica do serviço desde o acolhimento à alta, e/ou transferência do RN para outros serviços;
- ✓ Demonstração de responsabilidade e assertividade na interação com a equipa multidisciplinar, mostrando espírito de equipa, disponibilidade na aquisição de conhecimento e participação ativa nas atividades desenvolvidas;
- ✓ Prestação de cuidados diferenciados ao recém-nascido de alto risco fundamentada na mais recente evidência científica;
- ✓ Observação e reflexão acerca das competências do Enfermeiro Especialista no estabelecimento de prioridades e na gestão dos cuidados ao recém-nascido de alto risco e família.

**Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem que permitam a assistência especializada ao recém-nascido de alto risco e família.**

Para atingir este objetivo planeio realizar as seguintes atividades:

- ✓ Consulta de pesquisa bibliográfica relacionada com técnicas, procedimentos e cuidados diferenciados na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido e família ( ventilação invasiva, ventilação não invasiva, fototerapia, amamentação entre outros);
- ✓ Identificação de patologias mais frequentes no recém-nascido;
- ✓ Observação, acompanhamento e participação ativa em colaboração com as enfermeiras tutoras na realização dos cuidados especializados de enfermagem ao recém-nascido e família;
- ✓ Identificação dos estímulos ambientais desfavoráveis ao desenvolvimento e bem-estar do recém-nascido (temperatura, luminosidade e ruído) minimizando os mesmos;

- ✓ Promoção do conforto do recém-nascido prestando cuidados de enfermagem que minimizem traumatismos da pele e desconforto;
- ✓ Realização de posicionamento e de contenção ao RNPT, utilizando os recursos adequados à neonatologia;
- ✓ Monitorização da dor no recém-nascido com a aplicação de escalas de dor adequadas à idade;
- ✓ Aplicação de conhecimentos e habilidades no alívio da dor (estratégias farmacológicas e não farmacológicas).

**Desenvolver competências relacionais e comunicacionais, promovendo a vinculação parental através da participação dos pais nos cuidados prestados ao recém-nascido de alto risco.**

- ✓ Promoção de um ambiente acolhedor com a finalidade dos pais poderem expressar as suas dúvidas, medos e sentimentos;
- ✓ Estabelecimento de uma relação de confiança e disponibilidade com a família, promovendo uma escuta ativa;
- ✓ Desenvolvimento de estratégias que visam a gestão de emoções nomeadamente em situações imprevistas e complexas;
- ✓ Promoção de cuidados em parceria, promovendo uma relação saudável física e emocional entre os pais e os recém-nascidos;
- ✓ Desenvolvimento de parceria de cuidados potenciando e promovendo o papel parental durante a hospitalização, capacitando-os para o cuidar;
- ✓ Reconhecimento do envolvimento dos pais na prestação de cuidados tais como: avaliação de sinais vitais, alimentação e amamentação, contato pele a pele através do método de canguru, toque, entre outros;
- ✓ Respeito pelas crenças e valores individuais e familiares;
- ✓ Observação de comportamentos da família, identificando situações de risco( vínculo comprometido ansiedade parental) promovendo capacitação parental e ligação da tríade mãe/pai/filho;
- ✓ Colaboração na capacitação e potencialização das competências dos pais na prestação dos cuidados ao recém-nascido e preparação para a alta.

### **Apêndice III – Projeto de estágio III - Saúde Infantil e Familiar**

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Juvenil utiliza um modelo concetual centrado na criança e família visando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados, a fim de promover o mais elevado estado de saúde possível. Tem como áreas de atuação: a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, a gestão do bem estar da criança, a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2018).

Os cuidados centrados na família, são um dos pilares de atuação do enfermeiro de pediatria, onde se reconhece a família como uma constante na vida da criança, apoiando-a nos seus papéis de prestação natural dos cuidados e tomadas de posição (Hockenberry & Wilson, 2016). Cabe ao enfermeiro conhecer a estrutura e dinâmica familiar onde a criança/jovem está inserida.

É, portanto, evidente a importância dos cuidados de enfermagem, em estabelecer uma comunicação efetiva nos seguintes domínios de atuação: envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação dos cuidados (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados Em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, 2011).

Assim, os cuidados de saúde primários assumem uma especial importância nesta área, com as consultas de saúde infantil e juvenil, permitindo a avaliação desse percurso, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das suas implicações na qualidade de vida da criança, jovem e família, compreender a sua estrutura, processos e estilo de funcionamento ao longo do desenvolvimento da criança de acordo com a perspetiva do EEESIP.

#### **3.1 – Objetivos específicos e atividades a desenvolver**

De seguida apresento os objetivos específicos que considero relevantes para o meu processo de aprendizagem durante este estágio, enumerando as atividades que me proponho desenvolver para os concretizar.

### **Conhecer a estrutura organizacional, funcionamento, equipa e dinâmicas da Unidade de Saúde Familiar**

Para atingir este objetivo planeio realizar as seguintes atividades:

- ✓ Conhecimento da estrutura física e dinâmica funcional e organizacional do serviço, bem como a articulação deste com os outros serviços;
- ✓ Observação e identificação da metodologia de trabalho que sustenta a prática de enfermagem na Unidade de Saúde Familiar;
- ✓ Utilização dos padrões de documentação e do sistema informático implementado pela Unidade de Saúde Familiar para consulta do processo de enfermagem, assim como para elaboração de registos;
- ✓ Demonstração de responsabilidade e assertividade na interação com a equipa multidisciplinar;
- ✓ Conhecimento e reflexão acerca das práticas de enfermagem do serviço, através da consulta dos padrões de documentação, normas, protocolos e respetivos registos de enfermagem instituídos na USF e nas diretrizes da DGS para a Saúde Infantil e Juvenil;

### **Desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências no âmbito: da consulta de saúde infantil e juvenil; do plano nacional de vacinação; na promoção do papel parental, e no estabelecimento de uma relação terapêutica comunicacional segura com a criança/jovem e família**

- ✓ Análise da dinâmica da consulta de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil;
- ✓ Aquisição de conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil, identificando os parâmetros a avaliar de acordo com a faixa etária;
- ✓ Avaliação do desenvolvimento da criança de acordo com a Escala de Mary Sheridan e sua interpretação;
- ✓ Colaboração e participação ativa nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil;

- ✓ Avaliação de medidas antropométricas, registo e interpretação das curvas de percentil do estágio de crescimento/desenvolvimento;
- ✓ Identificação precoce de sinais de alarme no crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil, providenciando encaminhamento adequado;
- ✓ Transmissão adequada de orientações antecipatórias à família para a maximização do potencial desenvolvimento infantojuvenil;
- ✓ Consolidação de conhecimentos sobre o Plano Nacional de Vacinação e Vacinas extraplano, bem como as idades de administração das mesmas, possíveis reações adversas e modo de atuação perante as mesmas;
- ✓ Promoção do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, explicando à família as suas vantagens na prevenção de doenças, as idades de administração das vacinas e os cuidados a ter após a administração;
- ✓ Avaliação de conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à própria saúde desenvolvendo técnicas de comunicação ativa;
- ✓ Promoção da capacitação e assistência à família através do apoio do papel parental;
- ✓ Implementação de medidas ao nível da promoção da saúde e da prevenção de doenças, tais como identificação de fatores de risco para a saúde como, por exemplo, a obesidade, promovendo aleitamento materno e hábitos de vida saudáveis e instruindo sobre a prevenção de acidentes adequada às diferentes fases de desenvolvimento da criança;
- ✓ Gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para minimizar a dor;
- ✓ Realização de ensinamentos oportunos individualizados, à criança, jovem e família de acordo com o solicitado pelos mesmos ou tendo em conta as necessidades percecionadas, demonstrando total disponibilidade;
- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica e consulta de normas orientadoras e plano nacional de saúde infantil e juvenil da DGS;

**Refletir sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde infantil e Pediátrica na promoção da saúde da criança /jovem e família.**

- ✓ Conhecimento dos projetos existentes na USF no âmbito da Saúde Infantil e suas orientações;
- ✓ Participação ativa nas reuniões com a equipa para debate sobre projetos institucionais;
- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica.
- ✓ Refletir sobre as atividades realizadas e competências desenvolvidas no âmbito da prevenção da doença e promoção da saúde da criança/jovem e família

## **Anexos**



## Anexo I

## Método Baby-Led Weaning (BLW) no contexto da alimentação complementar: uma revisão



## ARTIGO DE REVISÃO

<http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;3;00001>
MÉTODO *BABY-LED WEANING* (BLW) NO CONTEXTO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR: UMA REVISÃO

The baby-led weaning method (BLW) in the context of complementary feeding: a review

Ana Letícia Andries e Arantes<sup>a,b</sup>, Felipe Silva Neves<sup>c,b\*</sup>,  
Angélica Atala Lombelo Campos<sup>a</sup>, Michele Pereira Netto<sup>a</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Revisar as constatações científicas a respeito do método *baby-led weaning* (BLW) no âmbito da alimentação complementar.

**Fontes de dados:** Buscas conduzidas na base de dados Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE)/PubMed em agosto de 2016 por dois examinadores independentes, sem delimitação de período. Foram utilizados os descritores: "*baby-led weaning*" OR "*baby-led*" OR "BLW". Critérios de inclusão: estudos originais, disponibilizados em inglês, que abordaram o tema do método BLW. Critérios de exclusão: referências em outros idiomas, artigos de opinião e de revisão da literatura, editoriais e publicações que não discorreram sobre o assunto pretendido. Das 97 referências identificadas, 13 foram incluídas na síntese descritiva.

**Síntese dos dados:** Os bebês adeptos ao BLW, quando comparados aos do grupo em conduta alimentar tradicional, foram menos propensos ao excesso de peso, menos exigentes em relação ao alimento e consumiam os mesmos alimentos da família. Os episódios de engasgo não diferiram entre os grupos. As mães que optaram pela implementação do BLW exibiram mais escolaridade, ocupavam um cargo gerencial no trabalho e apresentaram maior probabilidade de terem amamentado até o sexto mês. Foram mencionadas preocupações com bagunça nas refeições, desperdício de comida e engasgo/asfixia, mas a maioria recomendava a adoção do método. Os profissionais da saúde demonstraram receio em indicá-lo.

**Conclusões:** O BLW foi sugerido pelas mães que o seguiram com seus filhos, todavia relataram-se preocupações, que, somadas ao receio dos profissionais acerca da capacidade dos bebês de se autoalimentarem, refletem escassez de conhecimento sobre o método.

**Palavras-chave:** Criança; Desmame; Nutrição infantil; *Baby-led weaning*.

## ABSTRACT

**Objective:** To review the scientific findings on the baby-led weaning method (BLW) in the context of complementary feeding.

**Data sources:** Two independent examiners searched the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)/PubMed database in August 2016. No time-period was defined for the publication dates. The following descriptors were used: "*baby-led weaning*" OR "*baby-led*" OR "BLW". Inclusion criteria were: original studies that were available in English, and which addressed the BLW method. Exclusion criteria were: references in other languages, opinion articles and literature reviews, editorials and publications that did not elaborate on the intended subject. Of the 97 references identified, 13 were included in the descriptive synthesis.

**Data synthesis:** The BLW group of babies, when compared to the traditional eating group, were less prone to being overweight, less demanding of food, and ate the same foods as the family. The number of choking episodes did not differ between groups. Mothers who opted for the implementation of BLW had higher levels of schooling, held managerial positions at work, and were more likely to have breastfed until the sixth month of the child's life. Concerns were raised about messes made during meals, wasting food, and choking, but most of the mothers recommended adopting the method. Health professionals were hesitant to indicate this method.

**Conclusions:** BLW was recommended by mothers who followed the method with their own children. However, concerns have been reported, which, coupled with professionals' fears about the inability of infants to self-feed, reflect a lack of knowledge about the method.

**Keywords:** Child; Weaning; Infant nutrition; *Baby-led weaning*.

\*Autor correspondente. E-mail: felipe.sneves@hotmail.com (F.S. Neves).

<sup>a</sup>Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

<sup>b</sup>Ambos os autores contribuíram igualmente para a realização deste estudo.

Recebido em 18 de janeiro de 2017; aprovado em 17 de maio de 2017; disponível on-line em 21 de junho de 2018.

## INTRODUÇÃO

A fase que compreende a descontinuidade do aleitamento materno exclusivo e o início da alimentação complementar é repleta de inúmeros questionamentos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o aleitamento materno exclusivo às crianças com até seis meses de idade, sem que haja ofertas de água, chás ou quaisquer alimentos.<sup>1</sup> Somente após esse período, recomenda-se a alimentação complementar.<sup>1,2</sup>

A introdução alimentar estabelecida com preparações em consistência pastosa figura entre as práticas tradicionalmente difundidas, mas tal questão tem sido alvo de debates. Nesse enquadramento, o método *baby-led weaning* (BLW) — nomeado por Gill Rapley, autora da obra *Baby-led weaning: helping your baby to love good food* — sugere que bebês a partir do sexto mês têm capacidade motora para guiarem a própria ingestão, e, por isso, os que exibem crescimento e desenvolvimento adequados são aptos a iniciarem o consumo de alimentos em pedaços, sendo desnecessárias alterações substanciais de consistência.<sup>3,4</sup>

Segundo o marco teórico-conceitual, esse método oferece oportunidades para as crianças escolherem:

1. os momentos em que as refeições serão iniciadas;
2. o que será consumido, entre as opções saudáveis ofertadas pelos indivíduos cuidadores;
3. o ritmo em que as refeições serão realizadas;
4. a quantidade que será ingerida em cada uma das refeições.<sup>4</sup>

Logo, os cuidadores atuam na alimentação em caráter intermediário pelo fato de disponibilizarem alimentos e proporcionarem um ambiente agradável para que os bebês possam exercitar as habilidades motoras e, assim, conhecerem os mais variados alimentos, percebendo o ato de comer em toda a sua essência.<sup>3,4</sup>

Em suma, ofertar alimentos em pedaços representa um facilitador para a autoalimentação infantil, sendo esse encorajamento o ponto fundamental do método.<sup>4</sup> Todavia, não há consenso sobre a segurança dessa prática, nem ao menos em relação aos potenciais reflexos no comportamento alimentar e no crescimento/desenvolvimento. Ademais, as referências são escassas, e tampouco são encontradas publicações no idioma português.

Portanto, este estudo propõe-se a revisar as constatações científicas presentes na literatura a respeito do BLW no âmbito da alimentação complementar e, desse modo, estabelecer um corpo de conhecimento abrangente sobre o tema.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura formulada por intermédio de procedimentos ordenados, com o intuito de identificar, selecionar e analisar de maneira crítica as referências pertinentes ao assunto.

Visando auxiliar a estruturação do presente estudo, adotou-se um protocolo composto destes quesitos:<sup>5,6</sup> reconhecimento do tema e elaboração da pergunta norteadora; definição de critérios para a inclusão e exclusão das referências; buscas eletrônicas na literatura; seleção e categorização das referências identificadas, efetuando-se as avaliações de títulos e resumos; condução da etapa de elegibilidade, realizando as avaliações dos textos completos; leituras críticas para a determinação das informações a serem extraídas; e, enfim, síntese descritiva do conteúdo.

### Base de dados, buscas eletrônicas e leituras críticas

Os critérios metodológicos e o diagrama de fluxo foram adaptados da recomendação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyse* (PRISMA), conforme as descrições contidas nos tópicos a seguir:<sup>7</sup>

1. base de dados: por meio de buscas preliminares conduzidas durante a etapa de reconhecimento do tema, verificou-se que as referências de interesse eram escassas e estavam duplicadas. Por isso, optou-se unicamente pelo Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE)/PubMed, o qual é tido como notória fonte de informação científica em saúde;
2. descritores de assunto e operador booleano: "*baby-led weaning*" OR "*baby-led*" OR "BLW". Segundo o mecanismo *Medical Subject Headings* (MeSH), essas terminologias não constam de vocabulário controlado, porém julgou-se fundamental utilizá-las, dado que as referências de interesse mencionavam ao menos um desses termos no título e/ou entre as palavras-chave. O acréscimo de outros possíveis descritores, por exemplo, "*weaning*", "*complementary feeding*" e "*infant nutrition*" não seria vantajoso à triagem e, sim, problematizaria as etapas de seleção e elegibilidade;
3. critérios de inclusão: estudos originais disponibilizados no idioma inglês provenientes de pesquisas quantitativas ou qualitativas, que abordaram o tema do método BLW na perspectiva do comportamento alimentar infantil e/ou do crescimento/desenvolvimento, bem como perante os conhecimentos e/ou as condutas das mães e dos profissionais da saúde;
4. critérios de exclusão: referências em outros idiomas que não a língua inglesa, artigos de revisão da literatura, artigos de opinião, editoriais e publicações que não discorrem especificamente sobre o assunto pretendido;
5. buscas eletrônicas: realizadas por dois examinadores independentes, em agosto de 2016, sem delimitação de período. As discordâncias no decurso das etapas de seleção e elegibilidade foram solucionadas prioritariamente em consenso. Diante da persistência de controvérsias, um terceiro examinador manifestava o seu parecer;

- leituras críticas: os estudos elegíveis foram submetidos às leituras críticas, pareadas e independentes, por intermédio de *checklists* do *Critical Appraisal Skills Program (CASP)*,<sup>8,9</sup> sendo contemplados os respectivos critérios: primeiramente, clareza na identificação dos objetivos; em segundo lugar, adequação metodológica (recrutamento dos participantes e coleta de dados); em terceiro, relação pesquisador-participante e aspectos éticos; em quarto, análise de dados, resultados e contribuições da pesquisa.

### Constituição das referências

A Figura 1 ilustra o diagrama de fluxo acerca das etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão das referências. Os examinadores avaliaram os títulos das 97 publicações obtidas na base de dados e, então, descartaram 64 arquivos. Posteriormente, foram efetuadas as verificações de 30 resumos, sendo excluídas 15 referências, entre as quais 14 se voltavam à abordagem da alimentação complementar sob outra ótica que não a do BLW, e uma consistia em artigo de revisão da literatura. É relevante esclarecer que, das 33 publicações admitidas na triagem por títulos, três não possuíam resumo e, por isso, foram encaminhadas diretamente à etapa de elegibilidade.

Ao final, foram realizadas avaliações minuciosas dos textos completos, no entanto um dos arquivos estava indisponível, um era artigo de opinião, dois eram editoriais e um foi redigido em alemão. As 13 referências remanescentes foram submetidas às leituras críticas e todas cumpriram ao menos 80% dos quesitos observados nos *checklists*, não acarretando novas exclusões.

## RESULTADOS

A síntese descritiva foi composta de 13 referências<sup>10-22</sup> — 10 provenientes de pesquisas quantitativas<sup>10-14,17,18,20-22</sup> e 3 com metodologias qualitativas<sup>15,16,19</sup> —, cujos períodos de publicação oscilaram de 2011 a 2016. No tocante aos delineamentos das quantitativas, sete eram de corte transversal,<sup>10,12,14,17,20-22</sup> uma era do tipo caso controle<sup>13</sup> e duas eram coortes.<sup>11,18</sup> As coletas de dados das qualitativas foram estabelecidas por meio de entrevistas semiestruturadas.<sup>15,16,19</sup>

O Quadro 1 expõe uma breve descrição de todas as referências mediante os seguintes itens: autoria (ano), título, local do estudo, objetivos, delineamento e amostra. O Quadro 2 contém as 13 citações que discorreram sobre o BLW na perspectiva do comportamento alimentar infantil e/ou do crescimento/desenvolvimento. Oito delas foram originárias do Reino Unido,<sup>10-13,16,18,19,22</sup> uma do Reino Unido/dos Estados Unidos,<sup>14</sup> três da Nova Zelândia<sup>15,17,20</sup> e uma do Canadá.<sup>21</sup> O Quadro 3 inclui as 10 referências que abordaram o BLW

na perspectiva materna. Seis delas eram procedentes do Reino Unido,<sup>10,12,16,18,19,22</sup> uma do Reino Unido/dos Estados Unidos,<sup>14</sup> duas da Nova Zelândia<sup>15,17</sup> e uma do Canadá.<sup>21</sup> Apenas duas citações também discorreram sobre o BLW perante os profissionais da saúde. Uma delas foi originária da Nova Zelândia,<sup>15</sup> e a outra, do Canadá.<sup>21</sup>

## DISCUSSÃO

### O método baby-led weaning na perspectiva do comportamento alimentar infantil e/ou do crescimento/desenvolvimento

Brow e Lee<sup>10</sup> foram pioneiras ao caracterizarem formalmente o BLW em estudo com 655 mães de bebês entre 6 e 12 meses de idade, residentes no condado de Swansea, Reino Unido. As pesquisadoras abrangeram informações acerca do desmame e das experiências com refeições durante a introdução alimentar. Entre os seus resultados, destaca-se que a duração do aleitamento materno exclusivo foi substancialmente maior entre as mães que aderiram ao método, fato também relatado em outras investigações.<sup>14-17,20,21</sup> Na maior parte dos casos, a ingestão de alimentos complementares foi iniciada por volta do sexto mês, estando, assim, em consonância com os preceitos internacionais.

Em longo prazo, a amamentação confere às crianças efeito protetor contra infecções, má oclusão dentária, excesso de peso e diabetes.<sup>23-26</sup> Ressalta-se que nas duas últimas décadas as prevalências mundiais de sobrepeso/obesidade adquiriram características epidemiológicas, acometendo a população infantojuvenil de modo alarmante e posicionando esse tema entre os graves obstáculos da saúde pública a serem enfrentados no século XXI.<sup>26-28</sup> Em decorrência disso, a carga de enfermidades crônicas não transmissíveis exibe proporções ascendentes em diversos países, inclusive naqueles em desenvolvimento, que são historicamente demarcados por subnutrição e desnutrição.<sup>29,30</sup> Por esses motivos, condutas precoces — tal como o desempenho adequado da amamentação — têm sido reiteradas como forma de se evitar desfechos nocivos na idade adulta.<sup>23,26,29</sup>

Corroborando os achados da pesquisa exploratória de Brow e Lee,<sup>10</sup> estudos posteriores demonstraram que os bebês adeptos ao BLW foram mais propensos a consumir os mesmos alimentos ingeridos pela família e a compartilhar os momentos de refeição.<sup>14,16,17,21</sup> A participação no contexto familiar é de extrema relevância, pois a imitação constituiu um dos pilares do aprendizado infantil. A literatura evidencia a pertinência do processo de aprendizagem na formação do comportamento alimentar, cujos estímulos poderão persistir ao longo da infância/adolescência até a vida adulta.<sup>31-33</sup> Ademais, há relação positiva entre a alimentação em família e a interação de seus

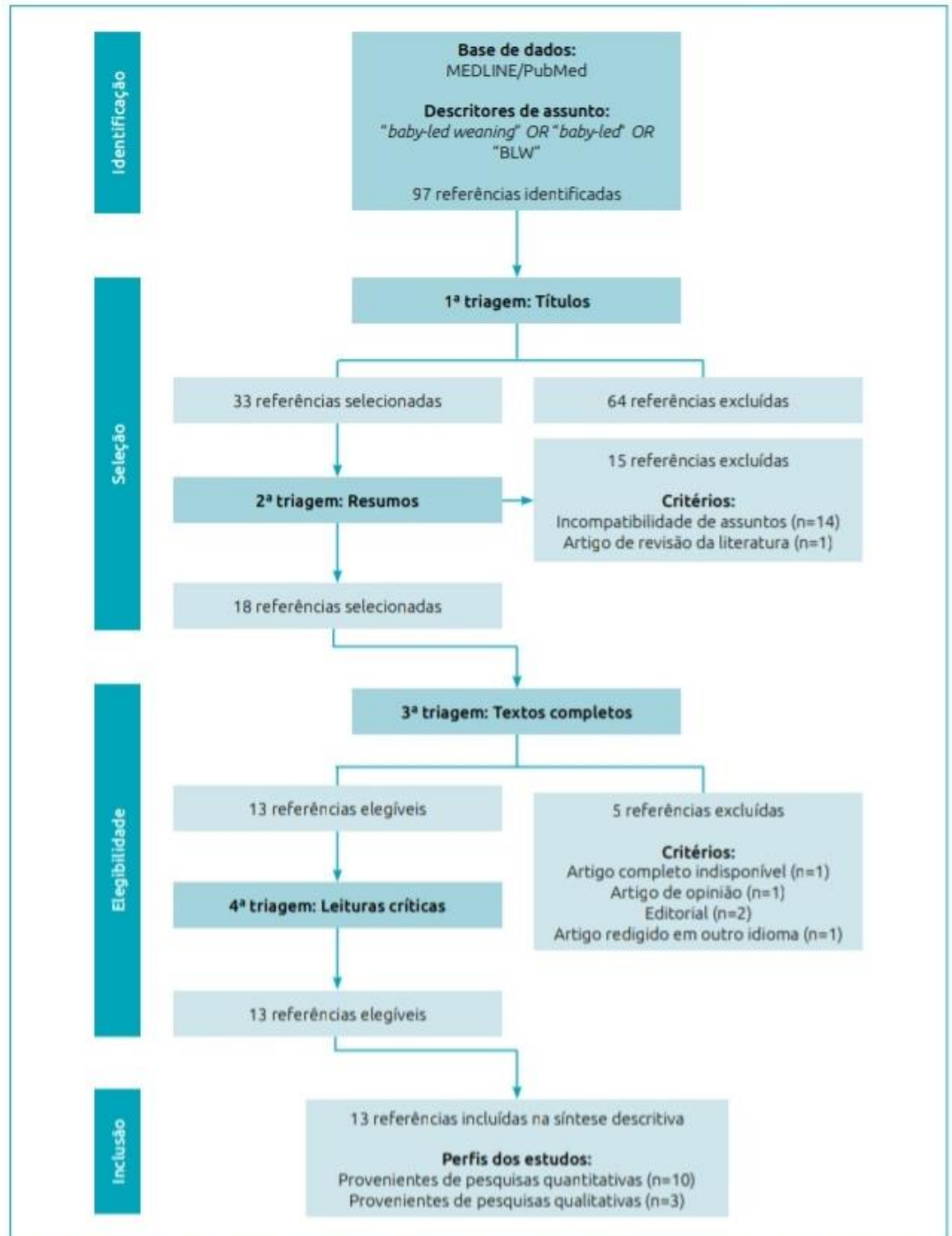


Figura 1 Diagrama de fluxo acerca das etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão das referências.

Quadro 1 Breve descrição das referências incluídas no estudo de revisão.

Autoria (ano)*	Título	Local do estudo	Objetivos	Delimitação e amostra
Brown & Lee <sup>10</sup> (2011)	<i>A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers</i>	Swansea, Reino Unido	Caracterizar uma amostra de mães que aderiram ao BLW como estratégia para a introdução alimentar de seus filhos, bem como descrever atitudes e comportamentos associados à prática desse método	Estudo transversal 655 mães de bebês entre 6 e 12 meses de idade
Wright et al. <sup>11</sup> (2011)	<i>Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods?</i>	Reino Unido	Descrever a faixa etária na qual as crianças estendiam as mãos pela primeira vez para agarrar os alimentos, relacionando essa atitude com a autoalimentação, os aspectos do desenvolvimento infantil e a condição socioeconômica	Estudo de coorte 510 mães de bebês nascidos em 1999 e 2000
Brown & Lee <sup>12</sup> (2011)	<i>Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach</i>	Reino Unido	Comparar o perfil alimentar entre bebês adeptos ao BLW e bebês submetidos à conduta alimentar tradicional	Estudo transversal 604 mães de bebês entre 6 e 12 meses de idade
Townsend & Pitchford <sup>13</sup> (2012)	<i>Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample</i>	Nottingham, Reino Unido	Comparar as preferências alimentares e o IMC entre crianças que seguiram o BLW e outras que estavam submetidas à conduta alimentar tradicional	Estudo caso controle 155 mães de crianças entre 20 e 78 meses de idade
Rowan & Harris <sup>14</sup> (2012)	<i>Baby-led weaning and the family diet. A pilot study</i>	Estados Unidos e Reino Unido	Investigar se a implementação do BLW afetava a dieta materna e analisar se eram oferecidos aos bebês os mesmos alimentos da família	Estudo transversal 10 mães de bebês, com aproximadamente 6 meses de idade
Cameron et al. <sup>15</sup> (2012)	<i>Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, baby-led weaning: a content analysis study</i>	Dunedin, Nova Zelândia	Avaliar o conhecimento, as atitudes e as experiências de profissionais da saúde, além de mães de bebês que seguiam o BLW, acerca desse método	Estudo qualitativo com entrevista semiestruturada 31 profissionais da saúde e 20 mães de bebês entre 8 e 24 meses de idade que aderiram ao BLW
Brown & Lee <sup>16</sup> (2013)	<i>An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods</i>	Reino Unido	Examinar as atitudes, as crenças e os comportamentos adotados por mães que optaram pelo BLW para a introdução alimentar de seus filhos	Estudo qualitativo com entrevista semiestruturada 36 mães de bebês entre 12 e 18 meses de idade
Cameron et al. <sup>17</sup> (2013)	<i>Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families</i>	Nova Zelândia	Comparar as práticas de alimentação e os comportamentos de saúde entre bebês adeptos ao BLW e outros submetidos à conduta alimentar tradicional	Estudo transversal 199 mães de bebês entre 6 e 12 meses de idade
Brown & Lee <sup>18</sup> (2015)	<i>Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style</i>	Reino Unido	Comparar o comportamento alimentar entre bebês desmamados com o método BLW e por meio da conduta alimentar tradicional	Estudo de coorte 298 mães de bebês entre 18 e 24 meses de idade
Arden & Abbott <sup>19</sup> (2015)	<i>Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation</i>	Reino Unido	Investigar as experiências relatadas por mães que optaram pela prática do BLW, visando compreender os benefícios, os desafios e as crenças acerca desse método	Estudo qualitativo com entrevista semiestruturada 15 mães de bebês entre 9 e 15 meses de idade
Morison et al. <sup>20</sup> (2016)	<i>How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months</i>	Nova Zelândia	Comparar o perfil alimentar entre bebês adeptos ao BLW e bebês submetidos à conduta alimentar tradicional	Estudo transversal 51 mães de bebês entre 6 e 8 meses de idade
D'Andrea et al. <sup>21</sup> (2016)	<i>Baby-led weaning: a preliminary investigation</i>	Canadá	Investigar a prática do BLW perante os conhecimentos e as percepções de mães e profissionais da saúde acerca desse método	Estudo transversal 33 profissionais da saúde e 65 mães
Brown <sup>22</sup> (2016)	<i>Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles</i>	Reino Unido	Comparar os perfis demográfico e socioeconômico entre mães que utilizavam o BLW e outras que optaram pela conduta alimentar tradicional	Estudo transversal 604 mães de bebês entre 6 e 12 meses de idade

\*Estudos ordenados cronologicamente; BLW: *baby-led weaning*; IMC: índice de massa corporal.

**Quadro 2** O método *baby-led weaning* na perspectiva do comportamento alimentar infantil e/ou do crescimento/desenvolvimento.

Autoria (ano)*	Principais resultados
Brown & Lee <sup>10</sup> (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a duração do aleitamento materno exclusivo foi substancialmente maior entre as mães que seguiram o BLW;</li> <li>as cuidadoras que optaram pelo método eram mais susceptíveis a ofertarem frutas ou vegetais como primeiros alimentos;</li> <li>a maioria das crianças sob a incumbência de um ambiente institucionalizado, em virtude do regresso de suas mães ao trabalho, foi forada a alimentar-se com papas/purês;</li> <li>o método foi associado à maior participação infantil nas refeições familiares.</li> </ul>
Wright et al. <sup>11</sup> (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>56% (n=340) dos bebês haviam estendido as mãos para agarrar alimentos antes do sexto mês, entre os quais 27% (n=92) foram considerados incapazes de realizar a autoalimentação;</li> <li>no geral, para muitas crianças com oito meses de idade a autoalimentação ainda não era rotina em suas refeições, sendo descritas como totalmente alimentadas por meio das cuidadoras.</li> </ul>
Brown & Lee <sup>12</sup> (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>as mães que aderiram ao BLW perceberam maior peso de seus filhos aos 6 meses de idade.</li> </ul>
Townsend & Pitchford <sup>13</sup> (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>os carboidratos foram a categoria alimentar preferida pelos bebês que seguiam o método, ao passo que o grupo submetido à conduta alimentar tradicional teve predileção por alimentos doces;</li> <li>as crianças submetidas à conduta tradicional apresentaram maior IMC, sendo mais susceptíveis ao excesso de peso.</li> </ul>
Rowan & Harris <sup>14</sup> (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>os bebês consumiram, em média, 57% dos mesmos alimentos ingeridos pelas mães, com similaridades mínima e máxima, respectivamente, de 44 e 86%.</li> </ul>
Cameron et al. <sup>15</sup> (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>90% (n=18) das mães iniciaram a prática do BLW por volta do quinto ou sexto mês de seus filhos;</li> <li>os primeiros alimentos comumente ofertados foram frutas e hortaliças;</li> <li>80% (n=16) das mães afirmaram que seus filhos compartilhavam as refeições com um ou mais membros da família;</li> <li>houve relatos da oferta de papas/purês e do uso de colher, entretanto restringiram-se a circunstâncias pontuais, quando os bebês estavam doentes ou aparentavam cansaço para se autoalimentar;</li> <li>as mães que citaram episódios de engasgo disseram que as crianças lidaram sozinhas com o problema, expulsando o alimento por meio da tosse.</li> </ul>
Brown & Lee <sup>16</sup> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>os bebês usualmente participaram das refeições em família;</li> <li>no geral, as mães descreveram que a prática do método estimulava o consumo de alimentos <i>in natura</i>.</li> </ul>
Cameron et al. <sup>17</sup> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>os bebês aderentes ao BLW foram mais propensos a consumir os mesmos alimentos ingeridos pela família e menos prováveis de ter recebido comida industrializada;</li> <li>não houve diferença entre os grupos do método e os da conduta alimentar tradicional no tocante à ocorrência de episódios de engasgo.</li> </ul>
Brown & Lee <sup>18</sup> (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a duração da amamentação não diferiu entre os grupos do BLW e os da conduta tradicional, porém as mães que seguiram o método foram mais propensas de ter iniciado a amamentação de seus filhos no nascimento;</li> <li>os bebês que aderiram ao método foram caracterizados como menos exigentes em relação aos alimentos e mais saciedade-sensíveis;</li> <li>no geral, as crianças exibiram eutrofia, porém aquelas em conduta tradicional apresentaram maior peso.</li> </ul>
Arden & Abbott <sup>19</sup> (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>muitas mães que seguiram o BLW relataram a utilização dos alimentos como um brinquedo no início da implementação do método.</li> </ul>
Morison et al. <sup>20</sup> (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a duração do aleitamento materno exclusivo foi substancialmente maior entre as mães que aderiram ao BLW. Além do mais, as crianças em conduta tradicional ingeriram mais fórmulas infantis;</li> <li>não houve diferença no consumo energético, mas as crianças que seguiram o método ingeriram maiores teores de gorduras (total e saturada) e menores quantidades de ferro, zinco e vitamina B12.</li> </ul>
D'Andrea et al. <sup>21</sup> (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>as mães iniciaram a prática do BLW por volta do quinto ou oitavo mês de seus filhos;</li> <li>os primeiros alimentos comumente ofertados foram frutas e legumes.</li> <li>os bebês habitualmente participaram das refeições em família.</li> </ul>
Brown <sup>22</sup> (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a média de idade no início da introdução alimentar foi menor para o grupo submetido à conduta tradicional (19 semanas) que para o grupo adepto ao BLW (24 semanas).</li> </ul>

\*Estudos ordenados cronologicamente; BLW: *baby-led weaning*; IMC: índice de massa corporal.

Quadro 3 O método *baby-led weaning* na perspectiva materna.

Autoria (ano)*	Principais resultados
Brown & Lee <sup>10</sup> (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 58,2% (n=384) das mães consideraram-se bem informadas sobre a prática do BLW;</li> <li>• o grau de conhecimento a respeito do método foi inversamente proporcional ao uso de colher e à oferta de papas/purês;</li> <li>• as que aderiram ao BLW eram casadas, tinham maior escolaridade e ocupavam um cargo gerencial no trabalho — ou então os respectivos parceiros apresentavam essas características;</li> <li>• as adeptas à conduta alimentar tradicional recorreram mais frequentemente ao apoio de profissionais da saúde, visando a esclarecimentos acerca da alimentação complementar. Também relataram mais ansiedade quanto à adequação nutricional de seus filhos, mais preocupação com a bagunça nas refeições e, além disso, sentiam-se mais inseguras com a capacidade de mastigação dos bebês.</li> </ul>
Brown & Lee <sup>12</sup> (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• as mães que aderiram ao BLW tinham maior escolaridade, estavam empregadas e exibiram mais probabilidade de ocupar um cargo gerencial e de não ter retornado ao trabalho;</li> <li>• citaram níveis mais baixos quanto às preocupações com o peso dos bebês, à restrição alimentar e à pressão para comer.</li> </ul>
Rowan & Harris <sup>14</sup> (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• passados três meses desde a introdução do método, as mães não exibiram modificações na dieta.</li> </ul>
Cameron et al. <sup>15</sup> (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• o BLW foi considerado mais conveniente e menos estressante para a introdução alimentar;</li> <li>• as mães acreditavam que o método contribuiu para que seus filhos desenvolvessem comportamentos alimentares saudáveis;</li> <li>• engasgos não constituíram preocupação, pois as mães os consideravam naturalmente prováveis diante das adaptações das crianças aos novos alimentos;</li> <li>• a bagunça nas refeições foi realçada como a principal desvantagem desse método, entretanto todas as mães o recomendariam para outras mães.</li> </ul>
Brown & Lee <sup>16</sup> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• as mães consideraram o BLW simples e conveniente; as refeições eram vistas como mais fáceis e menos estressantes;</li> <li>• no geral, relataram que exerciam baixo controle sob o volume ingerido pelos bebês;</li> <li>• a bagunça nas refeições e o desperdício de comida resultantes da prática do método foram tidos como desafios;</li> <li>• mencionaram apreensão com o risco de engasgo, que foi diminuindo ao longo do tempo.</li> </ul>
Cameron et al. <sup>17</sup> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• todas as famílias que aderiram ao BLW o recomendariam, porém mais da metade aconselharia a sua prática em conjunto com a alimentação complementar tradicional;</li> <li>• 46% (n=65) das mães adeptas à conduta alimentar tradicional, caso tivessem outro filho, estariam dispostas a experimentar o BLW;</li> <li>• as principais razões alegadas para não optarem pelo método foram: apreensão com engasgo; receio acerca da capacidade motora dos bebês para guiarem a autoalimentação; e insegurança quanto à adequação do volume ingerido em cada refeição, além do fato de que a conduta tradicional havia funcionado bem anteriormente.</li> </ul>
Brown & Lee <sup>18</sup> (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• as mães que aderiram ao BLW relataram níveis mais baixos de preocupação com o peso dos bebês, de pressão para comer e de restrição alimentar. Além disso, despendiam menos tempo para a vigilância das crianças nos momentos das refeições.</li> </ul>
Arden & Abbott <sup>19</sup> (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• as mães que aderiram ao BLW declararam menos ansiedade durante as refeições;</li> <li>• as que seguiram o método relataram um grau elevado de confiança na capacidade dos bebês de escolherem o momento, o tipo e a quantidade de alimentos ingeridos;</li> <li>• algumas declararam receio quanto ao aporte nutricional para os bebês, além da preocupação com a bagunça nas refeições.</li> </ul>
D'Andrea et al. <sup>21</sup> (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• engasgo foi a preocupação mais citada sobre o BLW, que foi diminuindo ao longo do tempo;</li> <li>• uma grande parcela das mães havia sido apresentada ao método por meio de pessoas amigas ou fontes <i>on-line</i>;</li> <li>• mais de 80% acreditava que o método teria promovido comportamentos alimentares saudáveis, o progresso das habilidades motoras finas e o desenvolvimento oral das crianças.</li> </ul>
Brown <sup>22</sup> (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• as mães que aderiram ao BLW exibiam maior escolaridade e eram mais propensas a ocupar uma função gerencial;</li> <li>• as adeptas à conduta alimentar tradicional apresentaram maiores escores para ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo.</li> </ul>

\*Estudos ordenados cronologicamente; BLW: *baby-led weaning*.

membros.<sup>33</sup> Logo, a presença da criança no mesmo ambiente em que a família realiza as refeições — em simultaneidade com a oferta de alimentos saudáveis — é de grande valia para auxiliar a implementação/continuidade do método.

Nesse âmbito, Rowan e Harris<sup>14</sup> investigaram a provável compatibilidade entre os alimentos ingeridos pelas crianças e suas famílias. Passados três meses desde a introdução do BLW, os bebês consumiram, em média, 57% dos mesmos alimentos ingeridos pelas mães, com similaridades mínima e máxima, nessa ordem, de 44 e 86%. Curiosamente, o participante com a menor equivalência dietética também ingeria os alimentos da família, mas em ocasiões distintas ao longo do dia. Por exemplo, a criança consumia no jantar o que fora ingerido pela mãe no almoço. Esse compartilhamento da rotina possivelmente intensifica a aderência ao método, porque os indivíduos cuidadores têm a oportunidade de poupar tarefas voltadas exclusivamente para o preparo e a oferta de refeições aos bebês, o que torna o processo menos extenuante.

Os alimentos comumente oferecidos às crianças no período inicial do BLW foram frutas e legumes frescos, em detrimento dos produtos industrializados.<sup>10,15,21</sup> De acordo com D'Andrea et al.,<sup>21</sup> as proteínas de origem animal compuseram o segundo grupo mais reportado, incluindo-se carnes vermelhas, aves e peixes. Os alimentos eram *in natura* ou amolecidos, sendo disponibilizados no formato de tiras ou em outros cortes gerenciáveis.<sup>10,14,15,21</sup>

Em contraste, Morisson et al.<sup>20</sup> afirmaram que os bebês adeptos ao BLW haviam ingerido maiores teores de gordura e menores quantidades de ferro, zinco e vitamina B12. Não foram encontradas diferenças entre os valores energéticos consumidos pelas crianças do método e da conduta tradicional. Apesar disso, em ambos os grupos, 45 e 76% receberam, respectivamente, alimentos adoçados e ricos em sódio.

Rowan e Harris<sup>14</sup> também verificaram em crianças do BLW, mesmo que em menor proporção, as ofertas de arroz, pães, torradas, biscoitos, iogurtes, queijos, ovos, manteiga, sopas e massas, porém é consenso que a ingestão frequente de alimentos açucarados, biscoitos e gorduras está associada ao ganho ponderal excessivo e a suas consequências.<sup>26,29</sup>

Townsend e Pitchford,<sup>13</sup> em estudo caso controle que avaliou 155 bebês entre 20 e 78 meses de idade, observaram que os adeptos ao BLW exibiram mais preferência por carboidratos, enquanto o grupo submetido à conduta alimentar tradicional teve predileção por alimentos doces. Constatou-se, também, que as crianças aderentes ao método exibiram menor índice de massa corporal (IMC), com classificações próximas à faixa de adequação; aquelas submetidas à conduta tradicional exibiram maior IMC, sendo mais suscetíveis ao excesso de peso.

Brow e Lee,<sup>18</sup> em outra pesquisa com 298 bebês entre 18 e 24 meses de idade, observaram, após um ano de seguimento, que o grupo do BLW foi menos exigente em relação aos alimentos,

mais saciedade-sensível e menos propenso ao excesso de peso. As autoras reiteraram que a prática do método propiciava um ambiente protetor para amenizar o risco de obesidade, algo justificado pela prática da alimentação mais saudável.

No tocante à ocorrência de episódios de engasgo, Cameron et al.,<sup>17</sup> em uma pesquisa *on-line* com 199 cuidadoras, não detectaram diferença entre os grupos do BLW e da conduta tradicional. Salienta-se que uma grande parcela de mães manifestou receio com asfixia por engasgo,<sup>16,17,21</sup> porém tal complicação é incomum no BLW e pode ser confundida com o "reflexo de gag" (ou reflexo de vômito), especialmente pelo fato de os bebês o apresentarem em região anteriorizada, na base da língua. Assim, o alimento mal mastigado retorna à porção anterior da cavidade oral antes de ser deglutido. Consecutivamente, ou será cuspidado, ou será mastigado e engolido.<sup>31</sup>

D'Andrea et al.<sup>21</sup> relataram que apenas três crianças (4,6%) haviam vivenciado algum incidente de engasgo durante a realização do método. Em comentários, as cuidadoras reconheceram as diferenças entre engasgo e sufocação, mas sugeriram que treinamentos de primeiros socorros seriam úteis aos praticantes do BLW. No estudo de Cameron et al.,<sup>15</sup> as mães que citaram engasgos disseram que as crianças lidaram sozinhas com o problema, expulsando o alimento por meio da tosse.

### O método baby-led weaning na perspectiva materna

Sobre as razões motivadoras para a implementação do BLW, as mães pesquisadas por Cameron et al.<sup>15</sup> e D'Andrea et al.<sup>21</sup> alegaram que o método "fazia sentido", "parecia lógico" e "era natural". A maioria recomendava-o por acreditar tratar-se de um procedimento facilitador de hábitos alimentares saudáveis,<sup>15,17,21</sup> também contribuindo para o progresso das habilidades motoras finas e para o desenvolvimento oral dos bebês.<sup>21</sup> As texturas dos alimentos favorecem a percepção sensorial e geram benefícios relacionados ao crescimento orofacial. À vista disso, a dieta de consistência mais elevada impacta positivamente na qualidade da função mastigatória.<sup>34,35</sup>

As cuidadoras adeptas ao BLW, comparadas às praticantes da conduta tradicional, citaram:

1. baixo controle sob o volume alimentar ingerido pelas crianças, o que nem sempre foi encarado como positivo;<sup>16,19</sup>
2. níveis significativamente mais baixos de preocupação com o peso dos bebês, com a pressão para comer e com a restrição alimentar;<sup>12,18</sup>
3. menor tempo despendido para a vigilância das crianças durante as refeições;<sup>12,18,19</sup>
4. menos ansiedade;<sup>19,22</sup>
5. elevado grau de confiança diante das capacidades dos bebês para regular a duração das refeições, bem como para escolherem o tipo e a quantidade de alimento;<sup>19</sup>

6. menos estresse no decorrer das refeições, sendo mais simples e conveniente seguir o método.<sup>15,16</sup>

Adicionalmente, notaram-se preocupações sucessivas quanto à habilidade dos bebês de guiarem a autoalimentação, além da insegurança com o volume ingerido e o aporte nutricional.<sup>10,16,17,19</sup> As quantidades e as frequências em que os alimentos são ofertados devem basear-se na aceitação da criança, que varia conforme as necessidades individuais, a quantidade de leite materno ingerido e a densidade dos alimentos complementares.<sup>4,36</sup> A implementação do BLW também requer sinais de destreza relativos ao desenvolvimento, incluindo equilíbrio postural para sentar-se com pouco ou nenhum auxílio, bem como estabilidade para alcançar, agarrar e conduzir os alimentos à boca.<sup>4,11,31</sup> Essas aptidões são manifestadas quando a criança possui cerca de seis meses de idade,<sup>17,36</sup> corroborando, assim, as recomendações da OMS, que enfatiza o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e somente após esse período indica a oferta de outros alimentos.<sup>1,2</sup>

Acentua-se que não é aconselhável conduzir o desmame de forma repentina, uma vez que no momento inicial da prática do BLW boa parte das necessidades energéticas e de micronutrientes ainda será suprida por meio da amamentação. Portanto, esse processo deverá acontecer de modo gradativo, conforme os sinais de controle evidenciados pelo bebê.<sup>4,31</sup>

Wright et al.<sup>11</sup> analisaram o desenvolvimento motor perante a autoalimentação em crianças da coorte intitulada *The Gateshead Millennium Baby Study*. Os pesquisadores obtiveram os seguintes achados:

1. entre as cuidadoras que preencheram um diário sobre as primeiras 5 ocasiões em que seus filhos consumiram alimentos sólidos, 40,0% ofereceram alimentos de dedo (aqueles possíveis de ser agarrados pelos bebês) antes dos 6 meses de idade;
2. 56,0% das crianças haviam estendido as mãos para segurar alimentos antes do 6º mês, mas, ao completarem 8 meses, 36,0% receberam alimentos de dedo somente uma vez por dia e 27,0% foram consideradas incapazes de realizar a autoalimentação;
3. do total de bebês que tinha contato com os alimentos de dedo, 9,6% os receberam ao menos uma vez por dia quando atingiram 8 meses;
4. 35,0% das crianças de 8 meses foram descritas como integralmente alimentadas por meio das cuidadoras, não tendo, portanto, a capacidade de guiarem o próprio ato;
5. em suma, para muitas crianças com 8 meses de idade a autoalimentação ainda não era rotina em suas refeições.

Pode-se inferir que, embora os bebês denotassem interesse e prontidão para se autoalimentarem por volta do sexto mês,

as ocasiões concedidas a eles por parte das cuidadoras ainda eram insuficientes. Mais oportunidades naturalmente levariam à obtenção de proficiências para mastigar e deglutir.<sup>11</sup>

Com o passar do tempo, as mães que haviam mencionado temores com episódios de engasgo tornaram-se mais confiantes.<sup>16,21</sup> A bagunça e o desperdício de comida decorrentes da prática do BLW foram considerados os maiores desafios.<sup>15,16,19</sup>

Uma grande parcela das cuidadoras havia sido apresentada ao método por meio de grupos de pais, pessoas amigas ou fontes *on-line*.<sup>10,15,21</sup> De modo geral, as que aderiram ao BLW eram casadas,<sup>10</sup> exibiam mais escolaridade, ocupavam um cargo gerencial no trabalho<sup>10,12,22</sup> — ou então os respectivos parceiros apresentavam essas características<sup>10</sup> — e eram mais prováveis de não terem retornado ao trabalho no período da introdução alimentar de seus filhos.<sup>12</sup> Duas investigações não encontraram diferenças quanto à idade materna, ao estado civil nem à renda.<sup>12,22</sup>

Notaram-se, ainda, que as adeptas à conduta tradicional recorriam com mais frequência ao apoio de profissionais da saúde visando a esclarecimentos acerca da alimentação complementar.<sup>10,15</sup>

### O método baby-led weaning na perspectiva dos profissionais da saúde

Cameron et al.,<sup>15</sup> entrevistando 31 profissionais da saúde em Dunedin, Nova Zelândia, constataram que menos da metade (41,9%) estava ciente do método. Ademais, uma grande parcela submetida à pesquisa não havia presenciado o BLW em ação e, por isso, exibia determinada resistência para compreender a habilidade da criança de coordenar a mastigação/deglutição de alimentos em pedaços. Não obstante, foram explanadas algumas vantagens decorrentes do uso do método, por exemplo:

- o compartilhamento de refeições em família;
- o incentivo a hábitos alimentares saudáveis;
- o estímulo ao desenvolvimento oral por meio da mastigação;
- menos estresse dos cuidadores nos momentos das refeições, visto que o processo é inteiramente gerenciado conforme o ritmo do bebê.

D'Andrea et al.,<sup>21</sup> em levantamento com 33 profissionais canadenses, notaram que 81,8% estavam cientes do BLW e haviam conhecido essa conduta por meio de outros profissionais da saúde, pacientes ou treinamentos. Mais de 80% dos entrevistados acreditavam que o método poderia promover o progresso de habilidades motoras finas e o desenvolvimento oral das crianças. Até mesmo, conforme mencionado na seção anterior deste artigo ("O método *baby-led weaning* na perspectiva materna"), o mesmo estudo revelou que uma grande parcela de mães havia se informado sobre o método por meio de fontes *on-line*, fato que denota a carência de divulgação do BLW entre os profissionais da área pediátrica.

9. Ângelo BH, Pontes CM, Leal LP, Gomes MS, Silva TA, Vasconcelos MG. Breastfeeding support provided by grandmothers: an integrative review. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2015;15:161-70.
10. Brow A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr*. 2011;7:34-47.
11. Wright CM, Cameron K, Tsiaka M, Parkinson KN. Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? *Matern Child Nutr*. 2011;7:27-33.
12. Brown A, Lee M. Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. *Matern Child Health J*. 2011;15:1265-71.
13. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ Open*. 2012;2:e000298.
14. Rowan H, Harris C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite*. 2012;58:1046-9.
15. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, baby-led weaning: a content analysis study. *BMJ Open*. 2012;2.
16. Brown A, Lee M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods. *Matern Child Nutr*. 2013;9:233-43.
17. Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ Open*. 2013;3:e003946.
18. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr Obes*. 2015;10:57-66.
19. Arden MA, Abbott RL. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. *Matern Child Nutr*. 2015;11:829-44.
20. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Erickson LW, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open*. 2016;6:e010665.
21. D'andrea E, Jenkins K, Mathews M, Roeböthan B. Baby-led weaning: a preliminary investigation. *Can J Diet Pract Res*. 2016;77:72-7.
22. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Matern Child Nutr*. 2016;12:826-37.
23. Schack-Nielsen L, Sorensen TI, Mortensen EL, Michaelsen KF. Late introduction of complementary feeding, rather than duration of breastfeeding, may protect against adult overweight. *Am J Clin Nutr*. 2010;91:619-27.
24. Horta BL, Mola CL, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104:30-7.
25. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387:475-90.
26. World Health Organization. Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity: report of the ad hoc working group on science and evidence for ending childhood obesity. Geneva:WHO; 2016.
27. World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2016.
28. World Health Organization. Commission on ending childhood obesity. Geneva: WHO; 2016.
29. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinbur BA, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*. 2015;385:2510-20.
30. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet*. 2014;384:766-81.
31. Rapley G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract*. 2011;84:20-3.
32. Rossi A, Moreira EA, Rauén, MS. Determinants of eating behavior: a review focusing on the family. *Rev Nutr*. 2008;21:739-48.
33. Silva GA, Costa KA, Giugliane ER. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92:52-7.
34. Araújo CM. Alimentação complementar e desenvolvimento sensorio motor oral [master's thesis]. Recife (PE): UFPE; 2004.
35. Pires SC. Influência da duração do aleitamento materno na qualidade da função mastigatória em crianças pré-escolares [master's thesis]. Porto Alegre (RS): UFRS; 2012.
36. Brazil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

## Anexo II

## Baby Led Weaning, panorama da nova abordagem sobre introdução alimentar: revisão integrativa de literatura



## ARTIGO DE REVISÃO

<http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018084>

## BABY-LED WEANING, PANORAMA DA NOVA ABORDAGEM SOBRE INTRODUÇÃO ALIMENTAR: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Baby-led weaning, an overview of the new approach to food introduction: integrative literature review

Melisa Sofia Gomez<sup>1\*</sup>, Ana Paula Toneto Novaes<sup>2</sup>, Janaina Paulino da Silva<sup>2</sup>,  
Luciane Miranda Guerra<sup>2</sup>, Rosana de Fátima Possobon<sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a literatura científica referente ao desmame guiado pelo bebê (*Baby-Led Weaning*) por meio de revisão integrativa de literatura a fim de identificar riscos e benefícios.

**Fonte de dados:** As bases de dados utilizadas foram: National Library of Medicine (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), US National Library of Medicine (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e a busca foi realizada em dezembro de 2017. Os critérios de inclusão estabelecidos foram publicações em inglês com o descritor "baby-led weaning" no título, resumo ou palavras-chave em artigos classificados como originais de natureza primária, disponibilizados online na íntegra. Excluíram-se artigos de revisão, editoriais, cartas ao editor, comentários críticos e livros abordando o assunto, assim como artigos não disponíveis na íntegra e duplicatas.

**Síntese dos dados:** Identificaram-se 106 artigos, dos quais 17 faziam parte do critério de seleção. O método *Baby-Led Weaning* teve associação significativa com a saciedade do bebê, início da alimentação complementar e adequação de ganho de peso. Já o engasgo e a ingestão de micronutrientes foram associados negativamente, contudo sem diferenças estatísticas.

**Conclusões:** Apesar dos benefícios apontados, os riscos ainda merecem atenção por meio de pesquisas longitudinais controladas e randomizadas para fornecer mais segurança para a sua prática de forma exclusiva.

**Palavras-chave:** Nutrição do lactente; Desmame; Comportamento alimentar; Métodos de alimentação; Saúde da criança.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the scientific literature on Baby-Led Weaning with an integrative literature review to identify risks and benefits.

**Data source:** The databases used were: National Library of Medicine (MEDLINE), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS – *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*), US National Library of Medicine (PubMed), and Virtual Health Library (BVS – *Biblioteca Virtual em Saúde*) in December 2017. The inclusion criteria established were publications in English with the descriptor "baby-led weaning" in the heading, abstract, or keywords, classified as original articles, of primary nature, and available online and in full. We excluded review articles, editorials, letters to the editor, critical commentaries, and books on the subject, as well as articles not available in full and duplicates.

**Data summary:** We identified 106 articles, of which 17 met the selection criteria. The Baby-Led Weaning method was significantly associated with the baby's satiety, the start of complementary feeding, and adequacy of weight gain. On the other hand, choking and the intake of micronutrients were negatively associated, however with no statistical differences.

**Conclusions:** Despite the benefits found, the risks still deserve attention and should be investigated with longitudinal randomized controlled studies to ensure the safety of the method when practiced exclusively.

**Keywords:** infant nutrition, weaning; Feeding behavior; Feeding methods; Child health.

\*Autor correspondente. E-mail: [nutricionista.melisagomez@gmail.com](mailto:nutricionista.melisagomez@gmail.com) (M. S. Gomez).

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil.

Recebido em 10 de abril de 2018; aprovado em 30 de agosto de 2018; disponível on-line em 20 de dezembro de 2019.

## INTRODUÇÃO

A alimentação complementar é compreendida como um importante marco fisiológico na vida do bebê, visto que uma nutrição adequada, capaz de fornecer quantidade e qualidade nutricional suficiente, é fundamental para garantir o crescimento e o desenvolvimento global no seu potencial máximo.<sup>1</sup>

Diante dessa importância, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o início da alimentação complementar após os seis meses de vida do lactente, já que todas as necessidades nutricionais do bebê são supridas pela amamentação exclusiva até o sexto mês.<sup>2</sup>

A introdução recomendada pela OMS é considerada tradicional, caracterizada pela forma de purê e aumento da consistência gradual até atingir 12 meses de vida, a fim de respeitar os movimentos mastigatórios e a habilidade de deglutição adquiridos.<sup>3</sup> Tanto a Sociedade Brasileira de Pediatria<sup>4</sup> quanto o Ministério da Saúde<sup>5</sup> fornecem a mesma recomendação e ainda incentivam a alimentação em família em um ambiente harmônico para a instalação de hábitos saudáveis. Além disso, enfatizam a observação de sinais de saciedade do bebê.

Contrapondo o modelo tradicional, em 2008 surgiu uma nova abordagem sobre introdução alimentar, desenvolvida pela enfermeira britânica Gill Rapley. Trata-se do *Baby-Led Weaning* (BLW) ou desmame guiado pelo bebê, considerado um método alternativo que promove a autoalimentação a partir dos seis meses, no qual os alimentos, consumidos preferencialmente pela família, são oferecidos em pedaços em forma de bastões e tiras, permitindo que a criança se alimente sozinha, propiciando independência e uma intensa exploração sensorial, diferentemente do método tradicional, no qual os pais alimentam os filhos (*parent-led*) com o uso de colher, por meio de papas e com a adaptação da textura da alimentação de forma gradual.<sup>6,7</sup> Esse método vem ganhando popularidade entre os pais, principalmente no Reino Unido e na Nova Zelândia, cujos departamentos de saúde recomendam os alimentos oferecidos em pedaços desde o início da introdução alimentar e aos sete meses, respectivamente.<sup>8,9</sup>

Na última década, diversas pesquisas científicas e livros foram traduzidos em mais de 15 idiomas abordando o tema BLW. Entretanto, apesar dos benefícios divulgados sobre o método, os profissionais de saúde relutam em aconselhar a prática da nova abordagem, dado que ainda não há evidências de alto rigor científico frente a diversos questionamentos.<sup>2</sup> As discussões giram em torno de possíveis comprometimentos negativos na saúde da criança, devido ao maior risco de engasgo, maior probabilidade de baixo consumo de energia e micronutrientes, principalmente ferro, já que a própria criança determina a quantidade e qualidade da comida por meio de diversos alimentos apresentados no ato de comer.<sup>6,10</sup>

No entanto, a abordagem propõe diversos benefícios, como prevenção da obesidade devido à autorregulação respeitada, maior consumo de frutas e legumes, melhor desenvolvimento de habilidades motoras e efeitos positivos no comportamento dos pais. A criança é estimulada a participar das refeições em família, sem pressões quanto ao tempo e à quantidade para se alimentar e é estimulada a interagir com os alimentos, explorando amplamente aspectos sensoriais, por meio de diferentes texturas, e consequentemente criando uma melhor relação com a comida.<sup>11</sup>

Diante da necessidade dos profissionais de saúde conhecerem o impacto do método, o objetivo deste trabalho foi traçar o panorama das evidências científicas da abordagem que trouxe novos conceitos para a introdução alimentar.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura baseada na análise de artigos referentes ao método BLW de introdução de alimentos para bebês de seis meses. O presente estudo foi elaborado a partir das seis etapas recomendadas para a elaboração de uma revisão integrativa de qualidade:<sup>12,13</sup>

- Seleção do tema e questão norteadora.
- Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão.
- Amostragem (seleção dos artigos).
- Categorização dos artigos selecionados.
- Análise e interpretação dos dados.
- Síntese do conhecimento por meio da apresentação da revisão integrativa.

A etapa inicial, que corresponde à busca, foi executada por três revisores independentes, por meio do descritor em inglês: *Baby-Led-Weaning*. Utilizaram-se as bases eletrônicas: National Library of Medicine (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), US National Library of Medicine (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em dezembro de 2017, no idioma inglês.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: publicações com a temática BLW, classificadas como artigos originais de natureza primária, disponibilizados *online* e na íntegra; constar o descritor "*baby-led weaning*" no título, resumo ou palavras-chave, sem restrição de ano de publicação, local, população ou faixa etária, devido à escassez de publicações do assunto. Foram excluídos artigos de revisão, editoriais, cartas ao editor, comentários críticos e livros abordando o assunto, assim como duplicatas e artigos não disponíveis na íntegra, mesmo com o auxílio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram selecionados os artigos que contemplavam os critérios de seleção estabelecidos; a análise dos artigos foi feita

primeiramente por meio da avaliação dos títulos; seguida da leitura dos resumos e, posteriormente, da leitura do artigo na íntegra. Para a etapa de seleção e categorização dos estudos, foi elaborada uma matriz de catalogação na qual foram organizados os dados referentes a cada estudo. Para a análise e a interpretação dos resultados, foi realizada a leitura dos textos na íntegra e elaborada uma matriz de síntese para apreciação qualitativa das informações, contendo: referência completa, objetivo do estudo, intervenção estudada, abordagem da intervenção e modelo.

## RESULTADOS

Foram selecionados 17 artigos potencialmente relevantes que abordaram o assunto BLW.<sup>14-30</sup> A Figura 1 detalha os passos realizados para a busca e a seleção de artigos. Foram excluídos 27 artigos em razão da incongruência com os critérios estabelecidos.

Quanto ao tipo de desenho dos estudos, 6 são de natureza longitudinal e 11 são transversais, todos na língua inglesa, e compreendem os anos de publicação de 2011 a 2017. Tais artigos avaliaram diversos assuntos que expõem a abordagem quanto a

seus riscos e benefícios. Os temas mais citados foram: engasgo, autorregulação, ingestão de micro e macronutrientes, início da alimentação complementar, ganho de peso e comportamento familiar. Nas Tabelas 1 e 2, resumimos aspectos gerais dos artigos, como seus respectivos autores, ano de publicação, tipo de pesquisa e breve descrição dos resultados, respectivamente, para os estudos de desenho transversal e longitudinal.

## DISCUSSÃO

### Autorregulação

Segundo Brown e Lee,<sup>14</sup> bebês conduzidos pelo BLW foram significativamente mais sensíveis à saciedade e autonomia ( $p < 0,01$ ), quando comparados com bebês que se alimentam de forma tradicional. Tais autores, em outro estudo transversal, com uma amostra de 702 díades mãe-bebê, identificaram que as mães que seguiam o BLW faziam uma menor pressão em seus filhos na hora da alimentação, tinham menor preocupação com o peso, não interferiam diretamente na quantidade consumida e consequentemente promoviam a autorregulação do apetite e da saciedade.<sup>29</sup> Os autores sugerem o método BLW como padrão de alimentação complementar, visto que o autoconhecimento da saciedade e do apetite contribuem para um padrão alimentar e comportamental saudável no futuro.

### Ingestão de macro e micronutrientes

Quatro estudos abordaram a ingestão de macro e micronutrientes no BLW diante do questionamento de ingestão adequada de ferro e energia. Cameron et al.<sup>18</sup> destacaram déficit de ingestão de ferro nos praticantes estritos do método BLW no início da introdução alimentar, quando comparados com crianças cujos pais não seguiam rigorosamente o método ou que praticavam a alimentação tradicional. Segundo os autores, os pais que praticam BLW dão prioridade à amamentação até os seis meses, aguardando a prontidão do bebê para iniciar a alimentação, todavia colocam em risco o consumo de alimentos enriquecidos em ferro.

Achados semelhantes no atraso da oferta de alimentos ricos em ferro foram encontrados no estudo de Morison et al.,<sup>21</sup> no qual os pais praticantes do método BLW ofereciam os alimentos apenas cinco semanas após o grupo tradicional. Esses autores também avaliaram o consumo de energia e constataram, em ambos os grupos (BLW e alimentação tradicional), consumo total de energia semelhante, entretanto as fontes eram diferentes, destacando um maior consumo de energia proveniente de gordura total e saturada no grupo BLW.

A ingestão de zinco, ferro, vitamina B12, vitamina C, fibra e cálcio também foram menores nesse grupo, embora sem diferenças significativas. Segundo os autores, a ingestão de ferro

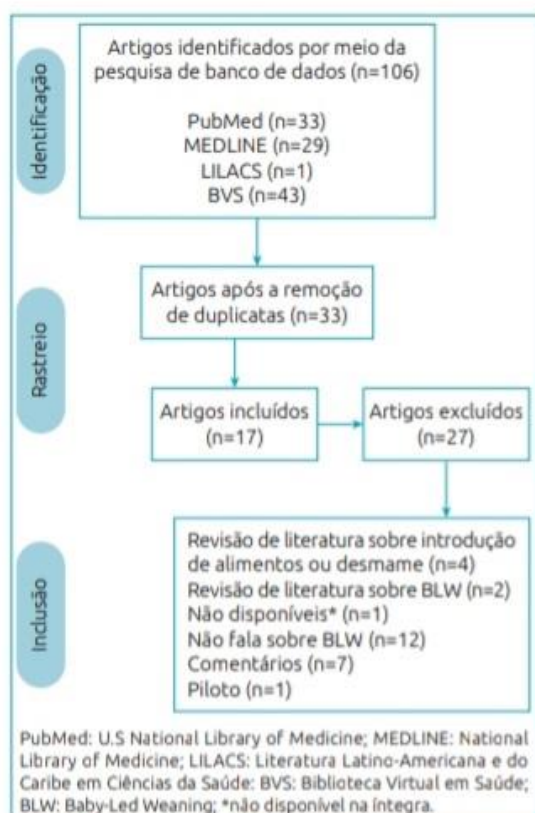


Figura 1 Etapas de inclusão e exclusão de artigos.

pode estar comprometida pela ênfase no aleitamento materno, cuja composição de ferro é menor após o sexto mês, quando comparado com fórmulas fortificadas. Já com relação à ingestão de vitamina C e cálcio, essa foi inferior à observada no

grupo tradicional, porém acima das recomendações. Quanto às fibras, não há recomendações preconizadas para lactentes. Morison et al.<sup>21</sup> ainda destacam a alta ingestão de gordura proveniente da participação das refeições em conjunto, o que põe

**Tabela 1** Estudos com desenho transversal selecionados sobre o método Baby-Led Weaning.

Autores	Desenho (n)	Síntese dos estudos
Brown e Lee <sup>14</sup>	Transversal (655 mães)	Maior nível de escolaridade materna; mantém aleitamento por mais tempo; menos ansiosas; oferecem mais comida de verdade e preparada em casa; respeitam a saciedade.
Brown <sup>16</sup>	Transversal (604 mães)	Mães restringem menos alimentos; menos ansiosas; mais confiantes e apresentam menos compulsão.
Cameron et al. <sup>18</sup>	Transversal (199 mães)	Aos seis meses; comem em família e os mesmos alimentos desde o início; baixa ingestão de ferro.
Moore et al. <sup>20</sup>	Transversal (n=3.607)	Baixa compreensão das diretrizes de desmame e baixa idade materna foram responsáveis pelo desmame precoce. Seguir a abordagem BLW teve influência positiva.
Morison et al. <sup>21</sup>	Transversal (51 crianças)	Ingestão de energia e oferecimento de alimentos com risco de asfixia semelhantes entre BLW e grupo tradicional. BLW comem mais em família; ingestão maior de gordura total e saturada e menor de ferro, zinco e B12.
Rowan e Harris <sup>22</sup>	Transversal (10 mães)	Não houve mudança no padrão alimentar dos pais e 57% dos alimentos foram iguais aos da alimentação familiar.
Townsend e Pitchford <sup>24</sup>	Transversal (155 pais)	O grupo tradicional preferiu alimentos doces e o BLW, cereais ricos em carboidrato. A escolha mais saudável e a autorregulação do apetite refletem em menor IMC. Incidência de baixo peso no grupo BLW e de obesidade no grupo tradicional.
Cameron et al. <sup>26</sup>	Transversal (31 profissionais e 20 mães)	Profissionais de saúde são relutantes ao recomendar o método. Em contraste, as mães são positivas em seus relatos com o BLW.
Brown e Lee <sup>27</sup>	Transversal (36 mães)	A amostra mostrou claramente uma experiência positiva de seguir o BLW até o segundo ano.
Brown <sup>28</sup>	Transversal (1.151 mães)	O risco de engasgo foi o mesmo entre o grupo BLW e o tradicional. A maior frequência de engasgo está relacionada a comer menos com as mãos.
Brown e Lee <sup>29</sup>	Transversal (702 mães)	As mães apresentam menores níveis de restrição ao oferecer os alimentos iguais da família, menor pressão e monitoramento na hora da refeição e menor preocupação com o peso.

BLW: baby-led weaning; IMC: índice de massa corporal.

**Tabela 2** Estudos com desenho longitudinal selecionados sobre o método Baby-Led Weaning.

Autores	Desenho (n)	Síntese dos estudos
Brown e Lee <sup>15</sup>	Longitudinal (298 mães)	Maior regulação nos níveis de saciedade e menor probabilidade de sobrepeso.
Cameron et al. <sup>17</sup>	Longitudinal (23 famílias)	Grupo BLISS ofereceram alimentos com maior teor de ferro e alimentos com menor risco de engasgo.
Fangupo et al. <sup>19</sup>	Longitudinal (206 crianças)	Não houve diferença significativa no número de casos de asfixia e engasgamento nos grupos BLISS e tradicional.
Taylor et al. <sup>23</sup>	Longitudinal (166 mães)	Não houve diferenças em relação ao IMC entre os grupos BLISS e tradicional. BLISS apresentam menor exigência alimentar e maior prazer com os alimentos.
Wright et al. <sup>25</sup>	Longitudinal (923 crianças)	A autoalimentação é viável para a maioria dos bebês, mas alguns se desenvolvem nesse quesito apenas aos oito meses. Para esses, há menor probabilidade de andar sem ajuda com um ano de idade e dizer pequenas palavras.
Arden e Abbott <sup>30</sup>	Longitudinal (15 mães)	Muitos pais realizam método misto por insegurança, mas declaram que seguem BLW. Considerado filosofia dos pais ou utilizado por não ter dado certo a abordagem tradicional, em que os pais se sustentam na "liberdade" do método.

BLISS: Baby-Led Introduction to Solids; IMC: índice de massa corporal.

em risco o consumo de alimentos não apropriados nutricionalmente para a faixa etária. Contudo, tais autores reforçam os benefícios da alimentação compartilhada em família, quando a alimentação é adequada em termos de qualidade de nutrientes.

No estudo de Townsend e Pitchford,<sup>24</sup> observou-se um aumento significativo de ingestão de carboidratos por parte dos praticantes do BLW, quando comparados ao grupo alimentado com colher. Os bebês que praticavam a abordagem tiveram uma preferência maior por cereais da base da pirâmide alimentar, provavelmente pela facilidade em mastigar. Já o grupo tradicional demonstrou preferência por doces, sugerindo ser o método BLW uma metodologia promotora de alimentação saudável.

Wright et al.<sup>25</sup> notaram que as crianças que seguiam o BLW procuravam os alimentos para se autoalimentarem somente aos oito meses, o que gera preocupação nutricional, sugerindo uma abordagem menos rígida nas primeiras semanas.

### Início da alimentação complementar

Moore et al.,<sup>20</sup> em pesquisa com 3.607 participantes e praticantes do método BLW, verificaram que 50% das mães iniciaram a alimentação complementar de seus bebês antes das 23 semanas e 50%, após as 24 semanas. O início da alimentação complementar no tempo adequado foi relacionado com o maior conhecimento das diretrizes da abordagem guiada pelo bebê ( $p < 0,001$ ) e não com o nível da escolaridade materna, como comumente associado. Os fatores determinantes significativos para a introdução alimentar e a continuação do aleitamento materno nesse estudo foram: sinais de desenvolvimento do bebê; atingir a idade recomendada; conselho de amigos e familiares; influência das visitas do agente de saúde e bebês que acordavam muito à noite. Esse estudo também destacou a popularidade do BLW no Reino Unido e a confiança que os pais têm nas informações adquiridas pela internet.

### Ganho de peso

Diversos autores associam a abordagem BLW ao ganho de peso do bebê. Brown e Lee,<sup>15</sup> em um estudo realizado com 298 dias mãe-bebê, avaliaram o peso ao nascer, aos seis meses e o peso atual em crianças com idade de média de 8,34 meses e identificaram que os lactentes que se alimentavam com o uso de colher eram significativamente mais pesados do que os do grupo BLW ( $p = 0,005$ ). Essa relação foi independente do peso ao nascer, da duração da amamentação, da idade de introdução aos alimentos sólidos e do controle materno. O grupo BLW foi composto por 86,5% de crianças com peso normal, 8,1% com sobrepeso e 5,4% abaixo do peso. Em comparação, 78,3% do grupo que se alimentava de forma tradicional tinha o peso adequado, 19,2% estavam em sobrepeso e 2,5%, abaixo do peso, ou seja, uma porcentagem maior daqueles lactentes

com excesso de peso seguiu a abordagem tradicional. O peso ao nascer infantil, o peso aos seis meses e o peso atual não tiveram relação significativa com a saciedade da criança ou com a capacidade de autorregulação. No entanto, o peso atual da criança teve uma associação significativa e inversa com a rejeição dos alimentos (Pearson:  $r = -0,171$ ;  $p = 0,003$ ).

Corroborando esses achados, Townsend e Pitchford<sup>24</sup> avaliaram o índice de massa corporal (IMC) de 155 crianças que praticavam BLW e alimentação tradicional. O percentil médio para o grupo liderado pelo bebê foi próximo da média esperada (percentil 50) para os sistemas de classificação de NHS (curvas de crescimentos do Reino Unido) ( $p < 0,008$ ) e CDC (curvas de crescimentos dos Estados Unidos) ( $p < 0,005$ ). Em contraste, o percentil médio para o grupo alimentado com colher foi considerado como excesso de peso. Sendo assim, houve uma maior incidência de crianças obesas no grupo alimentado com colher, em comparação com o grupo liderado pelo bebê. Já no grupo BLW, houve um índice significativo e maior de crianças abaixo do peso, em comparação com o grupo alimentado com colher (teste exato de Fisher:  $p = 0,02$ ). Assim, esses autores defendem a ideia de que o BLW promove escolhas alimentares mais saudáveis durante a infância para proteção contra a obesidade.

Brown e Lee<sup>25</sup> identificaram, em um estudo com 702 mães, que o aumento do peso infantil foi positivamente correlacionado com restrições alimentares, monitoramento, pressão no ato de alimentar, controle materno e preocupação com o peso do bebê (Pearson:  $r = 0,094$ ;  $p < 0,05$ ). Além disso, as mães com alta restrição alimentar (Pearson:  $r = 0,068$ ;  $p < 0,05$ ) e transtornos alimentares (Pearson:  $r = 0,0103$ ;  $p < 0,01$ ) relataram maiores níveis de preocupação quanto ao peso, restrição e monitoramento e perceberam que seus bebês eram maiores (Pearson:  $r = 0,076$ ;  $p < 0,05$ ).

Em contraponto a esses achados, Taylor et al.,<sup>23</sup> em um estudo clínico randomizado composto por 166 crianças, não constataram diferenças estatísticas entre o IMC e autorregulação energética das crianças que praticam BLW, quando comparadas às que recebem alimentação tradicional. Sendo assim, são necessários mais estudos prospectivos e controlados, a fim de poder afirmar com mais clareza se a abordagem dirigida pelo bebê interfere no ganho de peso corporal.

### Engasgo

O engasgo é um dos temas que gera mais insegurança quando as crianças estão sendo alimentadas por meio do BLW, por parte das famílias e profissionais da saúde.<sup>28</sup> Brown et al.,<sup>28</sup> em um estudo realizado com 1.151 crianças, não encontraram associações significativas entre o tipo de alimentação, a frequência de uso de colher (para quem usa uma metodologia adaptada) e asfixia. Entretanto, os bebês cujos pais relataram engasgos e seguiam uma abordagem tradicional experimentam

significativamente mais episódios de engasgos com alimentos em pedaços ( $p=0,014$ ) e purês ( $p=0,002$ ) do que os bebês dirigidos pelo BLW.

Cameron et al.<sup>17</sup> realizaram uma comparação entre dois grupos. Um grupo de bebês que praticavam BLW na íntegra e o segundo grupo, que praticava Baby-Led Introduction to Solids (BLISS), considerada uma adaptação do BLW diante das preocupações de ingestão de micro e macronutrientes e engasgo. Não houve diferenças estatísticas, entretanto o grupo que praticava BLISS ofereceu menos alimentos com alto risco de bloqueio (3,24 *versus* 0,17 servidos/dia;  $p=0,027$ ). Esses dados corroboram os achados de Morison et al.<sup>21</sup> e Fangupoet al.<sup>19</sup> Esses últimos acrescentam que os bebês que estão sob a prática da abordagem BLISS engasgaram com mais frequência aos 6 meses (risco relativo [RR] 1,56; intervalo de confiança de 95% [IC95%], 1,13–2,17), mas com menor frequência aos 8 meses (RR=0,60; IC95% 0,42–0,87), quando comparados com o grupo controle, bebês sob alimentação tradicional.

Apesar da necessidade de mais estudos, esses achados põem em risco a prática do BLW, expondo a criança a possíveis engasgos e sufocamentos.

### Duração do aleitamento materno

Poucos artigos discutem sobre a relação do BLW e a duração do aleitamento materno. Moore et al.<sup>20</sup> verificaram, em 3.607 participantes, que o conhecimento das diretrizes do BLW está associado à amamentação exclusiva por maior tempo (independentemente dos fatores demográficos;  $p<0,001$ ), entretanto 80% concluíram a amamentação exclusiva antes das 24 semanas de vida do bebê e 65% antes de 17 semanas e estavam cientes das diretrizes. A idade materna jovem foi um fator significativo para o desmame precoce ( $p=0,014$ ).

Esses dados estão de acordo com os achados de Brown et al.,<sup>14</sup> os quais apontam uma duração da amamentação exclusiva significativamente maior em mães que adotaram as práticas do BLW em relação àquelas que usaram um método tradicional ( $p<0,001$ ; 127,36 dias para BLW *versus* 82,11 semanas para o

método tradicional). Apesar da necessidade de maiores estudos, esses dados são indicadores da possibilidade de maior duração de aleitamento materno entre aqueles que praticam BLW.

O BLW favorece de forma positiva a refeição realizada em família, a saciedade do bebê e o controle materno em relação à ansiedade sobre a quantidade consumida; promove maior exposição a maior variedade de alimentos; gera maior interação com a comida, permitindo a exploração de diferentes texturas; e o início da introdução alimentar ocorre no momento adequado, como sugere a Sociedade Brasileira de Pediatria, a Organização Mundial da Saúde e o Guia Alimentar para menores de dois anos, do Ministério da Saúde.

Os riscos, como engasgo e ingestão insuficiente de ferro e energia, ainda merecem atenção e precisam de novas pesquisas longitudinais controladas e randomizadas para fornecer maior segurança para a sua prática de forma restrita, tendo em vista que a grande maioria das pesquisas obteve seus resultados por meio de questionários, sem exames bioquímicos e avaliação antropométrica, o que pode sugerir falhas e comprometimento nos resultados.

Diante desses achados, e em comunhão com a avaliação da Sociedade Brasileira de Pediatria, entende-se que o BLW não pode ser recomendado como único método de alimentação complementar. A união dos dois métodos, BLW e tradicional, faria referência a uma alimentação que permite a autonomia do bebê, com uma participação mais ativa no momento da refeição, porém orientada e assistida pelos pais, a qual seria uma proposta segura para o desenvolvimento integral do bebê.

### AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP-UNICAMP).

### Financiamento

O estudo não recebeu financiamento.

### Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

### REFERÊNCIAS

1. Carvalho AC, Fônsêca PC, Piore SE, Franceschini SC, Novaes JF. Food consumption and nutritional adequacy in Brazilian children: a systematic review. *Rev Paul Pediatr.* 2015;33:211-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.002>
2. World Health Organization. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: WHO; 1998. 98.1.
3. Monte CM, Giugliani ER. Recommendations for the complementary feeding of the breastfed child. *J Pediatr (Rio J.)*. 2004;80(5 Suppl):131-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700004>
4. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação para a Alimentação do Lactente, do Pré-escolar, do Escolar, do Adolescente e na Escola. 3. ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia Prático de Atualização: a alimentação complementar e o método BLW (Baby Led Weaning). Rio de Janeiro: SBP; 2017.
7. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients*. 2012;4:1575-609. <https://doi.org/10.3390/nu4111575>
8. Beal JA. Baby led weaning. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2016;41:373. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000283>
9. Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-led weaning: the evidence to date. *Curr Nutr Rep*. 2017;6:148-56. <https://doi.org/10.1007/s13668-017-0201-2>
10. Daniels L, Heath AL, Williams SM, Cameron, SL, Fleming EA, Taylor BJ, et al. Baby-Led Introduction to Solids (BLISS) study: a randomised controlled trial of a baby-led approach to complementary feeding. *BMC Pediatr*. 2015;15:179. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0491-8>
11. Rapley G, Murkett T. *Baby-led Weaning: o desmame guiado pelo bebê*. São Paulo: Timó; 2017.
12. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto - Enferm*. 2008;17:758-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (Sao Paulo)*. 2010;8:102-6. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
14. Brown A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr*. 2011;7:34-47. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2010.00243.x>
15. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr Obes*. 2015;10:57-66. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00207.x>
16. Brown A. Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Matern Child Nutr*. 2016;12:826-37. <https://doi.org/10.1111/mcn.12172>
17. Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr*. 2015;15:99. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0422-8>
18. Cameron SL, Taylor RW, Heath AL. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health-related behaviours in a survey of New Zealand families. *BMJ Open*. 2013;3:e003946. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003946>
19. Fangupo LJ, Heath AL, Williams SM, Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led approach to eating solids and risk of choking. *Pediatrics*. 2016;138:e20160772. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-0772>
20. Moore AP, Milligan P, Goff LM. An online survey of knowledge of the weaning guidelines, advice from health visitors and other factors that influence weaning timing in UK mothers. *Matern Child Nutr*. 2014;10:410-21. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00424.x>
21. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Erickson LW, Fangupo LJ, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open*. 2016;6:e010665. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010665>
22. Rowan H, Harris C. Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite*. 2012;58:1046-9. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.033>
23. Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a Baby-Led approach to complementary feeding on infant growth and overweight: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*. 2017;171:838-46. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1284>
24. Townsend E, Pitchford NJ. Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case - controlled sample. *BMJ Open*. 2012;2:e000298. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000298>
25. Wright CM, Cameron K, Tsiaka M, Parkinson KN. Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? *Matern Child Nutr*. 2011;7:27-33. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2010.00274.x>
26. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, Baby-Led Weaning: a content analysis study. *BMJ Open*. 2012;2:e001542. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001542>
27. Brown A, Lee M. An exploration of experiences of mothers following a baby-led weaning style: developmental readiness for complementary foods. *Matern Child Nutr*. 2013;9:233-43. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00360.x>
28. Brown A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *J Hum Nutr Diet*. 2018;31:496-504. <https://doi.org/10.1111/jhn.12528>
29. Brown A, Lee M. Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a Baby-led or Standard Weaning Approach. *Matern Child Health J*. 2011;15:1265-71. <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0678-4>
30. Arden MA, Abbott RL. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. *Matern Child Nutr*. 2015;11:829-44. <https://doi.org/10.1111/mcn.12106>



