



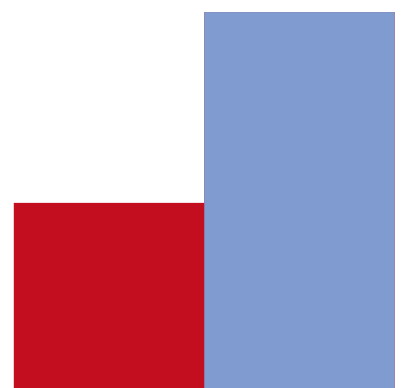
ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE  
CRUZ  
VERMELHA  
PORTUGUESA

# HÁBITOS ALIMENTARES SEGUROS E SAUDÁVEIS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Maria Madalena Barrela Ferreira

Setembro-25



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica

Maria Madalena Barrela Ferreira

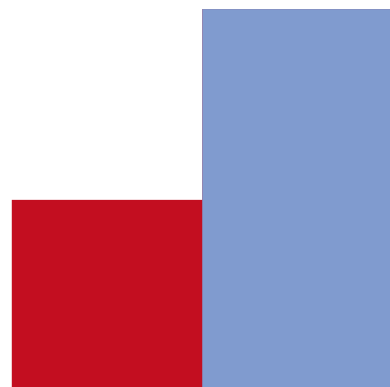
HÁBITOS ALIMENTARES SEGUROS E  
SAUDÁVEIS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:  
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
INFANTIL E PEDIÁTRICA.

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz  
Vermelha Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientador(es)

Professora Mestre Graça Moraes Rocha

Setembro-25



"Somos nós que alimentamos a Alma do Mundo, e a terra onde vivemos será tanto melhor ou pior quanto nós formos melhores ou piores. Aí é que entra a força do Amor, porque quando amamos, desejamos sempre ser melhores do que somos"

– Paulo Coelho<sup>1</sup>, p.193

## **Agradecimentos**

Aos meus filhos, Vicente e Guilherme, que são a minha maior inspiração, pela compreensão da minha ausência, pelo colo que me deram sempre que eu vos dava o meu e por me lembrarem, a cada regresso a casa, daquilo que realmente importa. Amo-vos daqui até à lua e de volta até cá abaixo!

Ao meu marido, Gonçalo, companheiro de todos os momentos, pelo apoio desde o primeiro dia, pelo amor, paciência e pela força que sempre me transmitiu nos momentos de maior dúvida. O meu amor para a vida.

Aos meus pais, pelo suporte constante e pela dedicação e amor incondicional aos meus filhos. Por terem sido colo para o Vicente e para o Guilherme, ajudando-os a compreender a minha ausência e por estarem sempre comigo em todos os momentos.

À minha irmã e ao João, por terem sido casa e conforto durante tantos meses, por me acolherem e por cuidarem de mim.

Aos meus sogros, pela dedicação e pela disponibilidade sem reservas.

À Ana e à Joana, amigas que este Mestrado me trouxe. À Ana por permanecer ao meu lado durante este todo percurso, tantas vezes sendo casa quando estava longe da minha. À Joana, pela serenidade, pelas palavras de alento e por nunca me deixar chorar sozinha.

Aos colegas do serviço de urgência pediátrica pela amizade e motivação nos momentos mais exigentes.

Às enfermeiras Sónia, Célia, Rita e Patrícia, pela orientação, disponibilidade e partilha de saberes.

A todos os serviços pelos quais tive a oportunidade de passar durante os estágios, pela oportunidade de aprender e crescer.

À Professora Mestre Graça Moraes Rocha, pela orientação, compreensão, disponibilidade e por me acalmar nos momentos de maior frustração.

A todos os docentes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pelo acompanhamento, exigência e orientação.

E, por fim, às crianças e famílias de quem tive o privilégio de cuidar e que são e serão sempre a maior razão para querer ser uma melhor profissional.

## Resumo

O presente relatório aborda os hábitos alimentares seguros e saudáveis no primeiro ano de vida, como determinantes para o crescimento, desenvolvimento e saúde futura. Destaca-se a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no suporte e acompanhamento do lactente e família, na formação de hábitos alimentares seguros e saudáveis. Sustentada na Teoria das Transições de Afaf Meleis e no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, a intervenção valorizou uma abordagem centrada na família reconhecendo-a como parceira ativa nos cuidados.

O objetivo deste relatório consistiu em desenvolver competências especializadas e de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis, no primeiro ano de vida. Para responder a este objetivo realizou-se uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e em literatura cinzenta, ao longo de todo o percurso, o que conferiu robustez teórica à temática.

Os resultados evidenciaram que a prática especializada tem um papel determinante na capacitação parental, através da promoção e educação para a saúde e do empoderamento da família. Destacaram-se intervenções relacionadas com o aleitamento materno, introdução da alimentação complementar, prevenção de acidentes e adaptação das práticas ao contexto familiar, tanto no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e dos Cuidados Diferenciados.

O percurso formativo permitiu consolidar competências especializadas e de mestre ao integrar referenciais teóricos e evidência científica atual com relevância na prática de cuidados, na formação contínua e possibilitando a continuidade de caminhos de investigação.

**Palavras-chave:** Hábitos Alimentares; Lactente; Família; Enfermagem.

## **Abstract**

This report addresses safe and healthy eating habits during the first year of life as determinants for growth, development, and future health. It highlights the role of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing in supporting and accompanying the infant and family in the establishment of safe and healthy eating habits. Grounded in Afaf Meleis' Transitions Theory and Nola Pender's Health Promotion Model, the intervention valued a family-centered approach, recognizing the family as an active partner in care.

The objective of this report was to develop specialized and master's-level competencies in Child and Pediatric Health Nursing for the promotion of safe and healthy eating habits during the first year of life. To achieve this objective, a literature review was carried out in scientific databases and grey literature throughout the process, which provided theoretical robustness to the theme.

The results showed that specialized practice plays a decisive role in parental empowerment through health promotion, health education, and family empowerment. Interventions related to breastfeeding, complementary feeding introduction, accident prevention, and the adaptation of practices to the family context were emphasized, both within Primary Health Care and Specialized Care.

The educational trajectory allowed the consolidation of specialized and master's-level competencies by integrating theoretical frameworks and current scientific evidence, with relevance to care practice, continuous education, and enabling the continuity of research pathways.

**Keywords:** Eating Habits; Infant; Family; Nursing.

## **Lista de Siglas**

**BLW** – *Baby-Led Weaning*

**CCF** – Cuidados Centrados na Família

**CESIJ** – Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**ECG** – Enfermeiros de Cuidados Gerais

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**EEESIP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

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

**EG** – Enfermeiro Gestor

**ESC** – Enfermeiro Supervisor Clínico

**MPS** – Modelo de Promoção de Saúde

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PBE** – Prática Baseada na Evidência

**PNSIJ** – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**RN** – Recém-nascido

**SO** – Sala de Observação

**SUP** – Serviço de Urgência Pediátrica

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

## Índice

I – Introdução.....	12
II – Enquadramento Teórico .....	16
II.1 – Crescimento e Desenvolvimento no Primeiro Ano de Vida .....	16
II.2 – Aleitamento Materno: da nutrição ao vínculo.....	17
II.3 – Alimentação Complementar: Práticas, Desafios e Segurança .....	21
II.4 – Acompanhar Transições, Promover Saúde: rumo ao desenvolvimento de hábitos alimentares seguros e saudáveis.....	23
III – Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre .....	26
III.1 – Percurso de Desenvolvimento de Competências Cuidados de Saúde Primários.....	28
III.2 – Percurso de Desenvolvimento de Competências Unidade de Neonatologia.....	35
III.3 – Percurso de Desenvolvimento de Competências Serviço de Internamento de Pediatria.....	42
III.4 – Percurso de Desenvolvimento de Competências Serviço de Urgência Pediátrica.....	49
III. 5 – Percurso Transversal de Desenvolvimento das Competências de Mestre...	54
IV – Considerações Finais .....	58
V – Referências Bibliográficas.....	62
Apêndices .....	76
Apêndice A – Fluxograma PRISMA .....	77
Apêndice B – Plano de Projeto.....	79
Apêndice C – Cronograma Temporal Módulo I.....	87

Apêndice D – Cronograma de Atividades Módulo I.....	89
Apêndice E – Cronograma Temporal Módulo II.....	92
Apêndice F – Cronograma de Atividades Módulo II .....	94
Apêndice G – Instrumento Orientador do Discurso dos Cuidados de Saúde Primários.....	100
Apêndice H – Instrumento Orientador do Discurso da Unidade de Neonatologia.....	102
Apêndice I – Instrumento Orientador do Discurso do Internamento de Pediatria	104
Apêndice J – Instrumento Orientador do Discurso do Serviço de Urgência Pediátrica.....	106
Apêndice K – Instrumento Reflexivo: Cuidados de Saúde Primários .....	108
Apêndice L – Instrumento Reflexivo: Internamento de Pediatria .....	112
Apêndice M – Instrumento Reflexivo: Serviço de Urgência Pediátrica .....	116
Apêndice N – Análise do Instrumento Reflexivo: Cuidados de Saúde Primários.....	119
Apêndice O – Procedimento de Trabalho “Introdução Da Alimentação Complementar No Lactente” .....	125
Apêndice P – Folheto Informativo “Pequenos Sabores, Grandes Descobertas” ...	130
Apêndice Q – Convite para a Sessão de Apresentação e Sessão de Reflexão .....	133
Apêndice R – Sessão de Apresentação do Folheto Informativo e do Procedimento de Trabalho.....	135
Apêndice S – Plano de Sessão de Apresentação do Folheto Informativo e do Procedimento de Trabalho.....	140

Apêndice T – Avaliação da Sessão de Apresentação do Folheto Informativo e do Procedimento de Trabalho .....	143
Apêndice U – Fotografias da Remodelação da Sala de Espera da USF destinada a famílias e crianças .....	150
Apêndice V – Fluxograma PRISMA.....	152
Apêndice W – Sessão de Reflexão “Dieta Vegetariana: Introdução da Alimentação Complementar do Lactente” .....	154
Apêndice X – Plano de Sessão de Reflexão “Dieta Vegetariana: Introdução da Alimentação Complementar do Lactente” .....	160
Apêndice Y – Cartaz Informativo “Dieta Vegetariana – Introdução da Alimentação Complementar no 1º Ano de Vida” .....	164
Apêndice Z – Avaliação da Sessão de Reflexão “Dieta Vegetariana: Introdução da Alimentação Complementar do Lactente” .....	166
Apêndice AA – Procedimento de Trabalho “Avaliação e estimulação das competências oro-motoras do recém-nascido pré-termo” .....	172
Apêndice BB – Convite Sessão de Apresentação dos Procedimentos de Trabalho “Avaliação e estimulação das competências oro-motoras do recém-nascido pré-termo” e “Promoção da Esperança Parental como intervenção de enfermagem, facilitadora do processo de vinculação entre o recém-nascido prematuro e a sua família” .....	176
Apêndice CC – Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho “Avaliação e estimulação das competências oro-motoras do recém-nascido pré-termo” .....	178
Apêndice DD – Plano de Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho “Avaliação e estimulação das competências oro-motoras do recém-nascido pré-termo” .....	184

Apêndice EE – Avaliação da Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho “Avaliação e estimulação das competências oro-motoras do recém-nascido pré-termo” .....	187
Apêndice FF – Cartão de Celebração do Primeiro Mês de Vida.....	193
Apêndice GG – Procedimento de Trabalho “Promoção da Esperança Parental como intervenção de enfermagem, facilitadora do processo de vinculação entre o recém-nascido prematuro e a sua família” .....	195
Apêndice HH – Fluxograma PRISMA.....	199
Apêndice II – Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho “Promoção da Esperança Parental como intervenção de enfermagem, facilitadora do processo de vinculação entre o recém-nascido prematuro e a sua família” .....	201
Apêndice JJ – Plano de Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho “Promoção da Esperança Parental como intervenção de enfermagem, facilitadora do processo de vinculação entre o recém-nascido prematuro e a sua família” .....	205
Apêndice KK – Avaliação da Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho “Promoção da Esperança Parental como intervenção de enfermagem, facilitadora do processo de vinculação entre o recém-nascido prematuro e a sua família” .....	209
Apêndice LL – Análise do Instrumento Reflexivo: Internamento de Pediatria ....	216
Apêndice MM – Fluxograma PRISMA: 1ª Pesquisa .....	223
Apêndice NN – Fluxograma PRISMA: 2ª Pesquisa.....	225
Apêndice OO – Cartaz Informativo “É Hora da Refeição, Tecnologias em Modo <i>Off</i> ” .....	227
Apêndice PP – <i>QR Code</i> do Cartaz Informativo “É Hora da Refeição, Tecnologias em Modo <i>Off</i> ” .....	229
Apêndice QQ – Convite para Sessão de Reflexão “Alimentação no Primeiro Ano de Vida” .....	231

Apêndice RR – Sessão de Reflexão “Alimentação no Primeiro Ano de Vida” ....	233
Apêndice SS – Plano da Sessão de Reflexão “Alimentação no Primeiro Ano de Vida”.....	239
Apêndice TT – Avaliação da Sessão de Reflexão “Alimentação no Primeiro Ano de Vida”.....	243
Apêndice UU – Análise do Instrumento Reflexivo: Serviço de Urgência Pediátrica.....	250
Apêndice VV – Fluxograma PRISMA.....	256
Apêndice WW – Procedimento de Trabalho “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida – Educar para a Saúde” .....	258
Apêndice XX – Instrumento de Educação para a Saúde “Segurança a cada Passo – Checklist de verificação do ambiente doméstico seguro para o seu bebê” .....	262
Apêndice YY – Convite Sessão de Apresentação .....	264
Apêndice ZZ – Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida – Educar para a Saúde” .....	266
Apêndice AAA – Plano da Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida – Educar para a Saúde” .....	270
Apêndice BBB – Avaliação da Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida – Educar para a Saúde” .....	273
Apêndice CCC – Vídeo “Acidentes no 1º Ano de Vida, Vamos Falar de Prevenção”.....	280
Apêndice DDD – Resumo Revisão Sistemática da Literatura .....	285
Anexos.....	287
Anexo I – Cartaz: XXS - Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro (Campanha “Conquistas XXL”).....	288

Anexo II – Certificado de Presença na III Convenção Internacional dos Enfermeiros – “Tempo de Respostas” .....	290
Anexo III – Certificado de Formação Profissional “Jornadas do bebé e da criança: prevenção em idade pediátrica” .....	292
Anexo IV – Certificado de Participação “2º Curso de Alimentação e Nutrição Pediátrica” .....	294
Anexo V – Certificado de Participação “1º Encontro de Amamentação do Ribatejo” .....	296
Anexo VI – Certificado de Participação no 5º Seminário NIDCare – “Investigar em neonatologia: A problemática do <i>stress</i> do recém-nascido” .....	298
Anexo VII – Certificado de Presença “Webinar – Brincar é Aprender” .....	300
Anexo VIII – Certificado de Participação no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem “Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!” .....	302
Anexo IX – Certificado de Participação no X Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem “Saúde Global, Unidos pelo Saber e pelo Cuidar” ...	304
Anexo X – Certificado de Apresentação de Póster “Autorregulação neonatal: uma abordagem centrada na família” .....	306
Anexo XI – Certificado de Presença no IX Encontro Nacional da APEPEN “Cuidados Pediátricos Integrados: Abordagens Multidimensionais” .....	308
Anexo XII – Certificado Coautoria do Póster “Negligência Infantil – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica” .....	310
Anexo XIII – Certificado Coautoria do Póster “Cuidados Centrados na Família no Desenvolvimento e Autorregulação do Recém-Nascido” .....	312

## I – Introdução

O desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida constitui um processo dinâmico, contínuo e em permanente adaptação, marcado por rápidas aquisições ao nível físico, motor, cognitivo, emocional e social<sup>2</sup>. Neste período de grandes transições no binómio criança/família, a alimentação assume um papel central uma vez que, fornece os nutrientes necessários ao crescimento e desenvolvimento adequados<sup>3</sup> contribuindo, assim, para a formação de hábitos alimentares que tendem a perdurar ao longo da vida<sup>4</sup>. Considerando que o conceito de criança abrange todos os indivíduos desde o nascimento até aos 18 anos, podendo prolongar-se até aos 21 anos em contextos de doença crónica, incapacidade ou deficiência e/ou até que a transição para a vida adulta esteja assegurada<sup>5</sup>, o presente relatório incidirá sobretudo sobre a faixa etária do recém-nascido (RN), dos 0 aos 28 dias<sup>6</sup>, e do lactente, os primeiros 12 meses de vida<sup>2,3</sup>, em consonância com a temática explorada. Neste contexto, cumpre salientar o papel da família, entendida como o conjunto de pessoas que assume a responsabilidade de cuidar da criança, exercendo uma influência determinante no seu crescimento e desenvolvimento e, conseqüentemente, na formação de hábitos alimentares seguros e saudáveis<sup>5</sup>.

Os hábitos alimentares assumem um padrão de consumo que pressupõe um sentido de repetição, essencial para a consolidação de uma prática alimentar consistente. Estes, estão dependentes de fatores familiares, ambientais, socioculturais e económicos pelo que a metodologia utilizada pela família para a sua promoção é fulcral para a sua definição<sup>7-9</sup>. O primeiro ano de vida constitui uma etapa particularmente sensível, na qual pequenas alterações podem ter impacto significativo na trajetória de crescimento e na saúde futura da criança<sup>4</sup>. O estabelecimento de hábitos alimentares inadequados neste período pode acarretar conseqüências relevantes, como défices nutricionais, desenvolvimento precoce de excesso de peso ou obesidade, fatores que potenciam o aparecimento de doenças crónicas associadas<sup>9</sup>.

O estado nutricional infantil tem vindo a ser alvo de vários estudos em Portugal pela *Childhood Obesity Surveillance Initiative*, dando a conhecer valores acerca das taxas de prevalência de excesso de peso e de obesidade infantil. Um desses estudos, decorrido no ano letivo 2021/2022, a 6205 crianças entre os 6 e os 8 anos de idade, revela que 31,9% das crianças apresentavam excesso de peso e 13,5% apresentavam obesidade infantil<sup>10</sup>. Os dados apresentados evidenciam a relevância de desenvolver e implementar estratégias

de intervenção precoce, centradas no primeiro ano de vida, para prevenir o agravamento destes indicadores<sup>10</sup>.

Deste modo, as estratégias de intervenção devem centrar-se na educação para a saúde, o que permitirá às famílias adotar práticas seguras, saudáveis e informadas. O empoderamento parental é crucial, pois permite à família tomadas de decisão informada que garantam um desenvolvimento infantil saudável. Os métodos utilizados pelas famílias para promover hábitos alimentares são decisivos para a sua definição, sendo fundamental a existência de um ambiente alimentar responsivo, potenciador da aquisição de hábitos seguros e saudáveis<sup>7,10</sup>. Este ambiente inclui múltiplas dimensões, como a participação na aquisição e confeção dos alimentos, bem como as interações sociais durante a refeição<sup>7</sup>. Tendo em conta o papel que desempenha no desenvolvimento de comportamentos saudáveis, a família assume-se como agente fundamental de mudança<sup>10</sup>.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) define a alimentação no primeiro ano de vida como área prioritária da intervenção do enfermeiro, e destaca o empoderamento parental como fator determinante para a promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis<sup>11</sup>.

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) assume-se como elemento central na capacitação e empoderamento parental e na promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis, com impacto na prevenção de riscos futuros e na garantia de um desenvolvimento infantil saudável<sup>11,12</sup>.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, compete ao EEESIP atuar em parceria com a criança/família, em qualquer contexto de cuidados, de forma a garantir a promoção da mais elevada condição de saúde<sup>5</sup>. Neste sentido, o Estágio de Natureza Profissional a que se refere o presente relatório, decorreu em diferentes contextos: Cuidados de Saúde Primários (CSP), numa Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Neonatologia, Serviço de Internamento de Pediatria e Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

O exercício profissional do EEESIP assenta em referenciais que privilegiam a parceria com a família e orientam a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente os Cuidados Centrados na Família (CCF)<sup>13,14</sup> e o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey<sup>15</sup>. Nesta perspetiva, reconhece e valoriza a experiência parental e, paralelamente, promove o desenvolvimento das suas competências. Ao integrar a família como parceira ativa no processo de cuidados, o EEESIP reforça o empoderamento parental, incentiva

práticas alimentares seguras e saudáveis e contribui para ganhos efetivos em saúde<sup>13,15</sup>. Estas abordagens sublinham a importância da participação ativa da família nas tomadas de decisão relativamente à saúde da criança, atribuindo-lhe a responsabilidade pelas escolhas alimentares que dependem em grande medida dos seus próprios hábitos<sup>9,13,15</sup>.

A intervenção do EEESIP explanada neste relatório encontra, ainda, maior robustez teórica na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que reconhece os períodos de mudança vivenciados pelas famílias como momentos de fragilidade, mas também de oportunidade<sup>16</sup>. O primeiro ano de vida da criança é marcado por várias transições, de desenvolvimento, situacionais e de saúde, as quais exigem uma prática profissional baseada em intervenções educativas e de suporte<sup>16</sup>.

Neste seguimento, o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender<sup>17</sup> reforça a relevância da intervenção do EEESIP ao reconhecer que a adoção de comportamentos de saúde não depende apenas da informação transmitida, mas também da influência da cultura, das crenças, da motivação, da capacidade de organizar e executar as ações e do suporte social da família<sup>17</sup>.

Sustentada pela Teoria das Transições e pelo MPS, a intervenção do EEESIP, possibilita que a família integre conhecimentos e competências que assegurem a adoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis, promovendo ganhos em saúde desde o primeiro ano de vida<sup>16,17</sup>. Esta intervenção deve assentar na melhor evidência científica e nos documentos reguladores do exercício profissional do enfermeiro especialista, efetivando as Competências de Especialista Específicas, Comuns e de Mestre<sup>12,18,19</sup>.

Face ao exposto, emerge a necessidade de compreender de que forma se concretiza a intervenção do EEESIP na promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis no primeiro ano de vida. Assim, coloca-se a seguinte questão: Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis no primeiro ano de vida, em parceria com a família?

Com base na questão supracitada para conferir suporte e robustez teórica à temática, procedeu-se à realização de uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados CINAHL Complete e Medline Complete, através da Plataforma EBSCOhost, e PubMed, utilizando a seguinte equação de pesquisa: [(*Eating Habits OR Feeding*) AND (*Nurs\**) AND (*Infant OR Infant, newborn*) AND (*Parent\**)]. Foram utilizados como limitadores de pesquisa, artigos publicados entre 2019 e 2024, com texto integral disponível e em

português, inglês ou espanhol. Totalizaram-se 84 artigos e constatou-se que 15 estavam duplicados, ficando apenas 69 artigos para leitura do título e resumo, após processo de triagem e elegibilidade, obteve-se um total de 10 artigos para integração (fluxograma em apêndice A).

Tendo em conta estes pressupostos para o presente relatório foi delineado o seguinte objetivo: Desenvolver competências especializadas e de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis, no primeiro ano de vida.

Após a definição da temática, o conhecimento científico explanado neste relatório foi ampliado e enriquecido por meio de artigos de cariz científico, provenientes de diferentes metodologias de pesquisa, de documentos orientadores do exercício profissional e de literatura cinzenta, assente nos princípios da Prática Baseada na Evidência (PBE)<sup>20</sup>. Esta é entendida como um processo estruturado de tomada de decisão que integra a evidência científica mais atual, a experiência profissional e a apreciação das necessidades da criança/família nos vários contextos de cuidados<sup>20</sup>.

O presente relatório encontra-se organizado por capítulos, após a Introdução segue-se o Enquadramento Teórico, no qual se aprofunda a temática central dos hábitos alimentares seguros e saudáveis no primeiro ano de vida, bem como conceitos relevantes associados. Esta abordagem é fundamentada em evidência científica atual e em referenciais teóricos de enfermagem, entre os quais se destacam a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, que serviram de orientação para a prática especializada.

De seguida o Percurso de Desenvolvimento de Competências Especializadas e de Mestre que apresenta uma breve caracterização de cada contexto de estágio, a análise do diagnóstico de situação, a descrição dos objetivos, atividades e resultados obtidos, sempre em articulação com as competências comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e por fim, as competências de Mestre.

Posteriormente, as Considerações Finais refletem o percurso formativo realizado, evidenciando aprendizagens, conquistas, dificuldades e contributos para a valorização dos cuidados de enfermagem especializados nos diferentes contextos.

Por último, as Referências Bibliográficas, organizadas de acordo com as normas de *Vancouver*, que sustentaram o relatório e conferiram ao trabalho rigor científico.

## **II – Enquadramento Teórico**

A maximização do potencial de saúde do RN/lactente concretiza-se através da vigilância contínua do seu crescimento e desenvolvimento, exigindo a orientação e capacitação da família enquanto principal cuidadora<sup>3</sup>. O EEESIP, ao partilhar conhecimentos e estratégias, promove o desenvolvimento de competências parentais e contribui para a adoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis no primeiro ano de vida, favorecendo o bem-estar do binómio criança/família<sup>3</sup>.

### **II.1 – Crescimento e Desenvolvimento no Primeiro Ano de Vida**

O primeiro ano de vida constitui uma etapa singular do desenvolvimento humano, caracterizada por um ritmo acelerado de mudanças biológicas, cognitivas, motoras, sensoriais, psicossociais, que moldam de forma determinante a trajetória de crescimento e desenvolvimento do lactente e condicionam a sua saúde futura<sup>4,21</sup>. O desenvolvimento do RN/lactente é marcado por profundas transformações nos diferentes sistemas orgânicos<sup>2</sup>. O sistema digestivo, inicialmente imaturo, adquire progressivamente capacidade para tolerar maiores volumes e diferentes tipos de nutrientes<sup>2,3</sup>. Em simultâneo, ocorre a maturação dos reflexos respiratórios, de sucção e de deglutição, essenciais para o desenvolvimento de uma função oro-motora competente<sup>3,22</sup>. Assim, o RN/lactente inicia a ingestão de líquidos e, gradualmente, adquire capacidade para a introdução de alimentos sólidos<sup>2,3</sup>. Nos primeiros três a quatro meses de vida, a alimentação, assume-se como a principal atividade social do lactente<sup>3</sup>. O reflexo de sucção desencadeia estímulos táteis que contribuem para o desenvolvimento da vinculação e da confiança<sup>3</sup>. Após este período, o lactente passa a reconhecer a sua capacidade de interagir com o ambiente, obtendo prazer não só pela sucção, mas igualmente pelo ato de morder<sup>3</sup>.

Entre os quatro e seis meses de idade, assiste-se à maior transformação nos hábitos alimentares que é a introdução de novos alimentos, em consonância com o desenvolvimento das competências cognitivas, sensoriais e motoras<sup>2</sup>. Nesta fase, o sistema gastrointestinal encontra-se mais desenvolvido, o que possibilita a digestão de nutrientes mais complexos e maior tolerância a potenciais alimentos alergénicos. O início da erupção dentária facilita a mastigação, enquanto o desaparecimento do reflexo de

extrusão e a coordenação mais eficaz da deglutição permitem a aceitação de sólidos<sup>2,3</sup>. O controlo postural da cabeça, possibilita que o lactente se sente com apoio e manifeste recusa alimentar através do movimento intencional da cabeça. Paralelamente, o desenvolvimento do agarrar voluntário e da coordenação ocular-manual promove o início da alimentação autónoma, ao permitir que o lactente leve os alimentos à boca de forma independente<sup>2,3</sup>. Para a avaliação do desenvolvimento infantil, adotou-se a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada<sup>11</sup>, integrada no PNSIJ, que tem por base quatro dimensões - postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem e comportamento e adaptação social. No que concerne à aquisição de hábitos alimentares, esta avaliação é bastante relevante, uma vez que estabelece marcos de desenvolvimento essenciais para a introdução da diversificação alimentar<sup>11</sup>.

Do ponto de vista psicossocial, dado que o lactente é dependente da família para a satisfação das suas necessidades básicas, torna-se essencial que esta assegure cuidados contínuos e atentos. Essa consistência promove no lactente o desenvolvimento da confiança e da perceção de segurança, tanto em relação ao cuidador como ao ambiente envolvente<sup>3,23</sup>. Esta relação de confiança e segurança constitui a base para a formação de padrões de comportamento, incluindo os relacionados com a alimentação<sup>23</sup>.

Assim, a nutrição nos primeiros anos de vida é decisiva não apenas para o crescimento e desenvolvimento, mas também para a prevenção de doenças crónicas<sup>21</sup>. Considerando que os primeiros três anos de vida assumem particular relevância para o estabelecimento dos hábitos alimentares, destaca-se a implementação de intervenções de educação parental sobre a importância da nutrição e adoção de práticas alimentares saudáveis<sup>2</sup>.

Deste modo, o EEESIP assume-se como um agente essencial na promoção da saúde e do bem-estar familiar, assegurando a vigilância contínua e o acompanhamento do binómio criança/família desde o nascimento, através da orientação e do esclarecimento de dúvidas, num período marcado pela transição para a parentalidade e pela adaptação ao papel parental<sup>3</sup>.

## **II.2 – Aleitamento Materno: da nutrição ao vínculo**

A Organização Mundial da Saúde recomenda que todas as crianças, desde o nascimento, recebam cuidados responsivos e realça a necessidade de apoiar as famílias

neste período, através de intervenções que promovam uma nutrição adequada nesta fase inicial da vida<sup>24</sup>. Neste sentido, é preconizado o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida<sup>6,24,25</sup>, bem como o acompanhamento e aconselhamento contínuos, em todos os contatos no período pós-natal<sup>24,26,27</sup>. O aleitamento materno constitui o processo através do qual o RN/lactente recebe leite materno, seja diretamente da mama ou por extração, integrando dimensões nutricionais, fisiológicas e comportamentais essenciais ao seu crescimento e desenvolvimento saudável<sup>22</sup>.

O leite materno é reconhecido como o alimento ideal para o RN pré-termo ou com patologia, o RN de termo saudável e para o lactente<sup>2,26,28</sup>, por ser completo, natural e perfeitamente adaptado às suas necessidades, fornecendo nutrientes essenciais, propriedades imunológicas e enzimas que facilitam a digestão e a absorção intestinal desses mesmos nutrientes<sup>2,6,26</sup>.

A amamentação, na qual o RN se alimenta diretamente da mama<sup>22</sup>, deve ainda ser entendida como um processo de aprendizagem partilhada entre a mãe e o RN/lactente, que pode ser inicialmente desafiante. Por este motivo, a sua promoção constitui um eixo central da intervenção, a qual deve ser desenvolvida desde o período pré-natal até ao puerpério, integrando informação, aconselhamento e estratégias de motivação parental<sup>6</sup>. No período do puerpério, é essencial garantir às famílias, cuidados seguros e respeitadores, que apoiem o período pós-parto e na transição para o domicílio. Destaca-se, assim, a importância de um suporte adequado para abordar questões relacionadas com a pega e o posicionamento<sup>27</sup>. Para além dos benefícios descritos para o RN/lactente, a amamentação oferece igualmente vantagens à mãe, nomeadamente, a promoção da recuperação pós-parto e o fortalecimento do vínculo entre a díade<sup>6,26</sup>.

No RN pré-termo, tanto a amamentação como o aleitamento materno podem constituir um desafio, pois as estruturas oro-motoras e os reflexos orais necessários para garantir uma alimentação eficaz e adequada às suas necessidades nutricionais ainda não estão plenamente desenvolvidos<sup>22</sup>.

A alimentação oral é um processo sensório-motor complexo que depende de uma interação complexa entre o cérebro, o sistema nervoso central, os reflexos orais e vários grupos musculares da face, boca, faringe e esófago. Para além disso, exige uma coordenação precisa entre sucção, deglutição e respiração eficaz<sup>29</sup>. Sendo a nutrição uma medida neuroprotetora fundamental, torna-se essencial a implementação de intervenções dirigidas à promoção das competências oro-motoras do RN<sup>29</sup>.

Neste sentido, no RN prematuro torna-se essencial proceder à avaliação das competências oro-motoras, para o início da alimentação oral. Esta avaliação implica a observação das estruturas orais e das funções oro-motoras, englobando o tónus corporal, o padrão comportamental, a coordenação entre sucção, deglutição e respiração, bem como a avaliação da capacidade aeróbica e do gasto energético durante o ato alimentar<sup>28,29</sup>. Esta apreciação fornece ao EEESIP uma base sólida para planear e aplicar estratégias de intervenção adequadas às necessidades do RN, permitindo também a deteção precoce de possíveis disfunções motoras<sup>22</sup>.

Assim, a avaliação das competências oro-motoras do RN pré-termo, no contexto da introdução da alimentação oral, possibilita uma análise individualizada e estruturada das suas capacidades, com o objetivo de promover, de forma progressiva, a autonomia alimentar<sup>29</sup>. A utilização de instrumentos de avaliação validados permite reduzir o tempo de dependência da sonda gástrica ou evitar que a alimentação oral seja iniciada de forma prematura em RN com competências ainda imaturas<sup>22</sup>. Entre estes instrumentos, destaca-se a escala *Early Feeding Skills - Versão Modificada (EFS-VM)*<sup>22 p.91-95</sup> que possibilita avaliar a prontidão, as competências e a evolução alimentar do recém-nascido, através de uma metodologia baseada na observação durante todo o processo de alimentação<sup>22,29,30</sup>.

Estes cuidados visam assegurar uma experiência alimentar positiva e adaptada ao nível de maturidade, favorecendo o desenvolvimento harmonioso e seguro do processo de alimentação oral<sup>29</sup>. No RN pré-termo, torna-se particularmente importante promover precocemente a aquisição e treino de competências oro-motoras, tendo em conta a idade gestacional, de forma a garantir um desenvolvimento eficaz das competências orais, essências para as práticas alimentares futuras<sup>22,28,29</sup>.

Importa ainda salientar que, devido à imaturidade gastrointestinal o RN pré-termo pode apresentar maior suscetibilidade a intolerâncias alimentares e menor capacidade digestiva. Neste sentido, intervenções como mobilizações e posicionamentos verticais, nomeadamente o Método Canguru, revelam efeitos terapêuticos positivos, tanto na melhoria de progressão ponderal, o que implica no seu crescimento e desenvolvimento e equilíbrio hemodinâmico, como na promoção da vinculação<sup>31</sup>.

O nascimento de um RN pré-termo, isto é, antes das 37 semanas de gestação completas<sup>32</sup>, associado ao internamento numa unidade de neonatologia, constitui um período crítico em que a transição para a parentalidade, compromete a identidade parental e dificulta o estabelecimento da vinculação<sup>2</sup>. Neste sentido, a promoção da esperança

deve ser considerada uma intervenção prioritária nos cuidados de enfermagem em neonatologia, dado o seu impacto direto no processo de vinculação e no bem-estar emocional da família<sup>33</sup>. Esta intervenção concretiza-se através da implementação de estratégias específicas, que incluem o envolvimento ativo dos pais na prestação de cuidados<sup>34,35</sup>, uma comunicação aberta, clara e empática<sup>34,36</sup>, o apoio emocional individualizado<sup>34,35,37</sup>, a integração de crenças e espiritualidade<sup>38</sup>, a criação de um ambiente terapêutico humanizado<sup>33,37</sup> e a valorização contínua da evolução clínica<sup>35,39</sup>. A esperança orienta a família na construção do seu papel parental e no seu envolvimento na prestação de cuidados, representando um elemento fundamental na promoção da vinculação e contribuindo para a homeostasia do núcleo familiar e desenvolvimento saudável do RN pré-termo<sup>33,40</sup>, aspetos que favorecem um ambiente propício ao desenvolvimento infantil<sup>41</sup>. Neste contexto, assegurar comportamentos alimentares adequados desde o início da vida revela-se fundamental, uma vez que se associa a melhores resultados no desenvolvimento ao longo do primeiro ano de vida<sup>22</sup>. O PNSIJ introduz a alimentação como cuidados antecipatórios a abordar em todas as consultas até aos 12 meses<sup>11</sup>. Assim, torna-se essencial o acompanhamento da família em cada etapa da transição alimentar e dos marcos de desenvolvimento infantil, promovendo a implementação de estratégias ajustadas às necessidades do RN/lactente e da sua família<sup>22</sup>.

Apesar do leite materno ser considerado o alimento ideal para RN/lactente, importa reconhecer que existem situações em que o aleitamento materno pode não ser possível ou não se manter de forma exclusiva<sup>4,42,43,44</sup>. Estas situações incluem condições clínicas específicas do RN/lactente, bem como situações maternas, que podem exigir a interrupção temporária ou permanente do aleitamento materno<sup>44</sup>. Contudo, para além destes impedimentos clínicos, o aleitamento materno/amamentação pode não ocorrer por fatores situacionais e contextuais ou por opção informada da família, sendo igualmente necessário garantir uma alternativa nutricional adequada<sup>4,42,43</sup>. Nestes casos, as fórmulas infantis constituem uma opção segura e regulamentada, com composição adaptada às necessidades nutricionais do RN/lactente e sujeita a legislação rigorosa que assegura a sua qualidade e segurança<sup>4,42,44</sup>.

### II.3 – Alimentação Complementar: Práticas, Desafios e Segurança

A introdução da alimentação complementar do lactente constitui a principal mudança nos hábitos alimentares durante este período<sup>2</sup>, o que exige preparação, acompanhamento e orientação adequada para promover hábitos saudáveis<sup>3</sup>. Trata-se de um processo gradual e harmonioso, que deve respeitar a individualidade do lactente e da família<sup>45,46</sup>, e que está intimamente ligada ao desenvolvimento de preferências, padrões e comportamentos alimentares que podem prolongar-se ao longo da vida<sup>47</sup>. Tendo em conta esta relevância, entidades internacionais e europeias elaboraram orientações para a introdução adequada da alimentação complementar, com o intuito de assegurar a melhor nutrição e saúde possível em lactentes e crianças, reforçando a promoção do aleitamento materno e da alimentação adequada<sup>25,47,48</sup>.

A introdução da alimentação complementar não deve ser realizada antes dos 4 meses nem adiada para além dos 6 meses<sup>25,47,49</sup>. Assim, de acordo com o PNSIJ, no âmbito dos cuidados antecipatórios, a temática deve ser abordada nas consultas programadas dos 4 e dos 6 meses, reforçando a manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses e empoderando as famílias com informação que lhes permita tomar decisões conscientes e informadas<sup>11</sup>. A oferta alimentar pode ser realizada através de dois métodos, sendo eles o método tradicional<sup>46,50,51</sup> e o método *Baby-Led Weaning*<sup>46,47,49,50,52</sup> (BLW), que podem inclusive ser associados, com respeito pela individualidade de cada lactente/família, de modo a aproveitar os benefícios de ambos<sup>50</sup>. Os alimentos devem ser introduzidos em qualidade e variedade<sup>4</sup>, de forma segura e num ambiente responsivo, promotor de hábitos alimentares saudáveis<sup>47,50</sup>.

Para além da oferta alimentar, são as experiências alimentares positivas e as práticas parentais que mais influenciam a construção de hábitos saudáveis. Neste sentido, a família enquanto principal responsável pelos cuidados alimentares, assume uma grande responsabilidade nesta temática<sup>53</sup>. As práticas alimentares da família e o ambiente da refeição são decisivos para a formação de hábitos alimentares seguros e saudáveis do lactente, sendo por isso fundamental capacitar e empoderar a família para a introdução e consumo de alimentos que favoreçam um crescimento e desenvolvimento adequados no primeiro ano de vida<sup>54,55</sup>. O ambiente alimentar e as práticas alimentares responsivas baseiam-se na relação entre o binómio criança/família, onde a criança comunica os sinais de fome e saciedade e a família responde de forma adequada. Este processo ajuda a

criança a desenvolver a autorregulação, e a caminhar para uma alimentação mais autónoma<sup>56,57,58,59,60</sup>. Os momentos de refeição em família devem ser entendidos como uma oportunidade de convivência e de aprendizagem, em que se formam hábitos e comportamentos alimentares saudáveis, tanto na criança como na própria família<sup>61</sup>.

Acresce ainda que a alimentação está ligada à cultura e à identidade de cada família<sup>62</sup>. Para além do crescimento da multiculturalidade, que traz consigo diferentes padrões e práticas alimentares, verifica-se também um aumento da popularidade da adoção de dietas restritivas, frequentemente transmitidas de pais para filhos. Este fenómeno resulta não apenas da influência cultural, mas também de crenças pessoais, motivos éticos, ambientais e de saúde, que contribuem para a crescente diversidade de escolhas alimentares<sup>4,63,64,65</sup>. A introdução da alimentação complementar nos lactentes que pratiquem esta dieta e a sua manutenção futura, deve cumprir um acompanhamento médico rigoroso, com orientação nutricional, uma vez que tem maior risco de carências nutricionais, com impacto negativo no crescimento e desenvolvimento infantil<sup>4,63,64,65</sup>.

Para além das implicações nutricionais inerentes às dietas restritivas, a introdução da alimentação complementar deve igualmente considerar aspetos de segurança alimentar. Estudos portugueses comprovam que entre 2016 e 2020 o sufocamento, asfixia e estrangulamento são a terceira causa de morte acidental, na população dos 0 aos 19 anos. Refere ainda, que esta causa surge como principal no primeiro ano de vida<sup>66</sup>. A obstrução da via aérea decorrente da ingestão acidental de alimentos duros, porções de alimentos e guloseimas, constitui-se como acidente frequente nas crianças<sup>66,67,68</sup>. É premente reconhecer que a prevenção destes acidentes, é uma importante área de intervenção uma vez que, são considerados uma problemática de Saúde Pública, causando impactos nocivos na vida do binómio criança/família. A implementação de estratégias e intervenções, que potenciem as competências parentais, para a prevenção e atuação nessas situações, contribui para a maximização da saúde dos lactentes<sup>5,69</sup>. Importa destacar a importância de identificar oportunidades de intervenção junto da família, promovendo a adoção de comportamentos saudáveis com fortalecimento da confiança nas competências parentais, o que facilita a aquisição de conhecimentos sobre saúde e segurança<sup>12,70</sup>.

## **II.4 – Acompanhar Transições, Promover Saúde: rumo ao desenvolvimento de hábitos alimentares seguros e saudáveis**

Após o nascimento, a família enfrenta mudanças significativas na sua dinâmica, exigindo uma reorganização familiar. Esta etapa caracteriza-se por uma aprendizagem mútua entre a família e o RN/lactente, na qual se constroem competências parentais e se ajustam novos papéis<sup>3</sup>. Neste percurso, o EEESIP assume um papel essencial ao apoiar a família na compreensão do desenvolvimento infantil, ao promover práticas de saúde saudáveis e seguras e ao fortalecer a confiança da família no desempenho das suas funções parentais<sup>3</sup>. De forma a compreender e orientar a intervenção do EEESIP na promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis no primeiro ano de vida, é fundamental recorrer a referenciais teóricos que sustentem a análise das mudanças vivenciadas pelas famílias e os fatores que influenciam a adoção de comportamentos promotores de saúde. A Teoria das Transições de Afaf Meleis<sup>16</sup> e o MPS de Nola Pender<sup>17</sup> constituem quadros conceptuais sólidos que possibilitam interpretar as experiências de transição e fundamentar as estratégias de promoção de saúde implementadas.

A Teoria das Transições apresenta a transição como um conceito central em enfermagem, entendida como a passagem de um estado para outro, com repercussões diretas na identidade, nas competências, nas relações e no bem-estar da pessoa. Meleis identifica quatro tipos principais de transições: desenvolvimentais, situacionais, de saúde/doença e organizacionais. Apesar das suas diferenças, todas partilham características comuns, uma vez que decorrem ao longo do tempo, implicam movimento e mudança e podem gerar vulnerabilidade, sentimentos de desconexão e novas necessidades. Uma transição saudável reflete-se em bem-estar subjetivo, domínio dos novos papéis e equilíbrio nas relações<sup>16</sup>. Neste sentido, o EEESIP constitui-se como um agente facilitador de transições positivas apoiando a família através da avaliação de necessidades, partilha de informação, suporte emocional e reforço da autonomia e confiança no exercício do papel parental<sup>3,16</sup>.

A aplicação desta teoria é particularmente relevante no primeiro ano de vida, fase em que o RN/lactente e família atravessam várias transições - desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença<sup>16</sup>. Neste percurso a intervenção do EEESIP revela-se fulcral, não apenas pela vigilância contínua, mas também pelo acompanhamento e orientação adequada<sup>3</sup>, de modo a proporcionar experiências de transição positivas<sup>16</sup>.

A transição para a parentalidade, uma transição de desenvolvimento<sup>16</sup>, implica mudanças profundas nas identidades e competências parentais, que necessitam de orientação e suporte para assumirem com confiança o cuidado do RN<sup>72</sup>. O nascimento de um RN pré-termo, associado ao internamento numa unidade de neonatologia, constitui um período crítico que se configura como uma transição situacional e de saúde/doença<sup>16</sup> que pode desencadear ansiedade, insegurança e fragilidade na vinculação<sup>2</sup>. Nesta situação, o EEESIP, apoiado nos princípios dos CCF<sup>13</sup> e no Modelo de Parceria de Cuidados<sup>15</sup>, desempenha um papel fundamental ao promover esperança, clarificar dúvidas e reforçar as competências parentais<sup>3,18,32</sup>, enquanto incentiva o envolvimento da família nos cuidados<sup>2</sup>.

No puerpério, em que ocorre uma transição de desenvolvimento<sup>16</sup>, o EEESIP ocupa uma posição privilegiada para apoiar a família na adaptação ao novo contexto, assegurando cuidados seguros e respeitadores desde o período pré-natal até ao pós-parto<sup>27</sup>. Neste período, a promoção da amamentação constitui um eixo central da intervenção, integrando informação, aconselhamento e estratégias de motivação parental<sup>3</sup>. Também a introdução da alimentação complementar representa uma transição de desenvolvimento importante<sup>16</sup>, tanto para o lactente como para a família. Esta mudança exige a aquisição de novos conhecimentos, bem como a adaptação de práticas e rotinas familiares. O EEESIP, ao apoiar a família neste processo, garante que a transição decorre de forma positiva, prevenindo erros alimentares, promovendo práticas seguras e reforçando a confiança da família<sup>4,25,47</sup>.

Segundo Meleis, a qualidade das transições é influenciada pelo nível de conhecimento da família, as expectativas culturais, o suporte disponível, e o bem-estar físico e emocional<sup>16</sup>. Assim, é essencial que o EEESIP acompanhe a família em cada etapa da transição alimentar e dos marcos de desenvolvimento infantil, através da implementação de estratégias de educação para a saúde ajustadas às suas necessidades<sup>22</sup>. Este acompanhamento deve integrar oportunidades de intervenção, que promovam a adoção de comportamentos saudáveis e reforcem a confiança nas competências parentais, facilitando a aquisição de conhecimentos sobre saúde e segurança<sup>12,70</sup>.

Esta perspetiva vai ao encontro do MPS de Nola Pender, que destaca a importância da educação, da perceção de benefícios e do fortalecimento da confiança para a adoção de estilos de vida saudáveis. De acordo com Pender, a enfermagem assume a responsabilidade de promover a saúde de todas as pessoas. O MPS estrutura-se em três

dimensões fundamentais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos que influenciam os comportamentos de saúde e, por fim, os resultados do comportamento, que se traduzem no compromisso e na adoção de práticas promotoras de estilos de vida saudáveis<sup>17</sup>.

À luz deste modelo, a intervenção do EEESIP na promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis no primeiro ano de vida ganha maior consistência. Este modelo sublinha que os comportamentos de saúde resultam da interação entre características individuais, experiências anteriores, percepções e influências interpessoais e situacionais. No contexto dos hábitos alimentares, fatores como o conhecimento prévio dos pais, as suas crenças<sup>4,7,9</sup>, barreiras percebidas<sup>73</sup> e expectativas culturais influenciam diretamente as práticas adotadas<sup>4,9,73</sup>. O EEESIP, através da educação para a saúde, do aconselhamento e do reforço da confiança parental, contribui para aumentar a percepção de benefícios da amamentação e da diversificação alimentar, reduzir obstáculos e fortalecer a autonomia da família. Desta forma, a prática clínica fundamentada no MPS de Pender permite promover escolhas alimentares informadas, seguras e adequadas, consolidando comportamentos saudáveis e favorecendo o bem-estar do lactente e respetiva família<sup>7,9,17,73</sup>.

Esta base conceptual fundamenta os objetivos específicos delineados e as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, que visam o fortalecimento das competências do EEESIP, com enfoque na promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis no primeiro ano de vida.

### III – percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

O percurso formativo que realizei durante o estágio constituiu uma oportunidade para desenvolver uma análise crítica e reflexiva do processo de aquisição das competências inerentes ao grau de Mestre, ao EE e ao EEESIP. Paralelamente, permitiu-me consolidar e expandir conhecimentos na área da promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis no primeiro ano de vida, nos diferentes contextos de estágio.

Este percurso foi orientado pelo plano de projeto (Apêndice B) que elaborei no início do estágio e organizou-se em dois módulos, desenvolvidos em quatro contextos distintos, CSP, Unidade de Neonatologia, Serviço de Internamento de Pediatria e SUP, o que possibilitou uma intervenção orientada e estruturada em cada realidade. O Módulo I teve como principal finalidade a elaboração de um diagnóstico de situação em cada contexto e a adequação do plano de projeto às necessidades identificadas. A sua organização encontra-se sistematizada em cronograma temporal e cronograma de atividades, disponíveis em Apêndice C e Apêndice D, respetivamente. O Módulo II centrou-se na implementação do plano de projeto, com integração das atividades na prestação de cuidados especializada e a consolidação do desenvolvimento de competências comuns do EE, específicas do EEESIP e de Mestre. A organização deste módulo encontra-se igualmente apresentada em cronograma temporal e de atividades, em Apêndice E e Apêndice F, respetivamente.

Para a construção do diagnóstico de situação de cada contexto, foram definidos **objetivos transversais** que orientaram a minha intervenção:

- Conhecer as equipas e as dinâmicas estruturais e funcionais de cada contexto;
- Refletir com a equipa de enfermagem sobre a temática da promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis no primeiro ano de vida;
- Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/família, tendo em consideração a temática.

De forma a concretizar estes objetivos, desenvolvi diversas atividades. Realizei reuniões com Enfermeiro Gestor (EG) e Enfermeiro Supervisor Clínico (ESC) de cada contexto (total de quatro reuniões), conduzidas com recurso a um instrumento orientador do discurso específico a cada contexto (Apêndice G, H, I, J) que assegurou a uniformização das questões apresentadas e permitiu adequá-las às especificidades de cada contexto. Seguiram-se momentos de integração nas equipas multidisciplinares, visitas aos

serviços e análise de 100% dos instrumentos de educação para a saúde e de capacitação parental. Estas atividades mostraram-se essenciais, uma vez que o diagnóstico de situação exige uma compreensão aprofundada da realidade de cada contexto, nomeadamente das suas dinâmicas organizacionais e funcionais<sup>74</sup>.

A reflexão com a equipa de enfermagem sobre a temática constituiu outra dimensão relevante, uma vez que transforma a experiência em conhecimento, favorece a identificação de forças e fragilidades e contribui para a superação das lacunas existentes entre teoria e prática, potenciando o desenvolvimento profissional e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados<sup>75</sup>. Para tal, elaborei e apliquei um instrumento reflexivo, adequado às especificidades de cada contexto, apresentados nos apêndices K, L, M, que obteve uma adesão superior a 80% nos locais onde foi aplicado, o que superou o critério previamente definido. Contudo, na unidade de neonatologia, constatei que esta metodologia não seria a mais adequada, pelo que optei pela realização de momentos de partilha reflexiva com a equipa. A análise dos resultados foi apresentada às equipas, assegurando que pelo menos 50% dos enfermeiros tomou conhecimento do projeto.

No âmbito da observação participativa na prestação de cuidados a crianças de diferentes faixas etárias e respetivas famílias, permitiu-me identificar necessidades específicas relacionadas com a alimentação. A minha participação nos cuidados possibilitou igualmente a análise dos registos de enfermagem, permitindo identificar as intervenções incluídas nos planos de cuidados relativas ao foco da alimentação e os dados recolhidos na avaliação inicial, nomeadamente no que respeita aos hábitos e ao ambiente alimentar familiar em que a criança se encontra inserida.

O conhecimento destas informações assume particular relevância, uma vez que a família, enquanto principal responsável pelas práticas alimentares, exerce uma influência determinante nas preferências e no desenvolvimento dos hábitos alimentares da criança<sup>54</sup>.

O desenvolvimento destes objetivos transversais revelou-se essencial para a estruturação do plano de projeto a implementar no módulo II, permitindo a definição dos objetivos específicos e o planeamento das atividades subseqüentes a desenvolver em cada contexto. Estes objetivos e atividades foram operacionalizados em todos os contextos de estágio, tendo produzido resultados diferenciados em função das especificidades de cada serviço. Nos subcapítulos seguintes, cada contexto é apresentado com uma breve descrição do serviço, os resultados do diagnóstico de situação, os objetivos específicos delineados e atividades desenvolvidas, tendo em conta o diagnóstico realizado em

articulação com as competências adquiridas de acordo com Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista<sup>18</sup>, Regulamento de Competências Específicas do EEESIP<sup>12</sup>, Regulamento de Competências do Grau de Mestre<sup>19</sup> e a Teoria das Transições<sup>16</sup> e do MPS de Nola Pender<sup>17</sup>.

Salvaguardar que, em todos os contextos de estágio, procurei que a minha prática refletisse uma postura ética e profissional assente no respeito pelos direitos humanos e na criação de condições que promovessem segurança, confidencialidade e dignidade do binómio criança/família (A2.1 e A2.2)<sup>18</sup>, integrando uma consciência crítica e clara nas relações estabelecidas (D.1.1 e D1.2)<sup>18</sup>.

### **III.1 – Percurso de Desenvolvimento de Competências Cuidados de Saúde Primários**

O estágio decorreu numa USF modelo B, com 10.964 utentes inscritos, dos quais 589 tinham entre 0 e 7 anos. A restante população pediátrica encontrava-se diluída nos registos da população adulta, não sendo possível apurar o número exato. O modelo de enfermagem adotado é o MPS de Nola Pender<sup>17</sup>, o qual integra estratégias educativas na prática diária e favorece alterações de comportamento que conduzem à maximização do potencial de saúde das famílias<sup>17</sup>. A metodologia de cuidados baseia-se no método de Enfermeiro de Família<sup>76</sup>, assegurando articulação com outros profissionais sempre que necessário. A equipa de enfermagem é composta por seis elementos incluindo dois Enfermeiros de Cuidados Gerais (ECG), um EEESIP, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, pelo que o número de profissionais se encontra aquém dos rácios recomendados para a população inscrita<sup>77</sup>.

A unidade dispõe de gabinetes clínicos, salas polivalentes e salas de tratamento, encontrando-se adequada às necessidades funcionais. Verifiquei uma articulação entre a estrutura física e os recursos humanos adequada que favorece a dinâmica funcional, a motivação da equipa e a qualidade dos cuidados prestados<sup>78</sup>. Possui também um espaço destinado à amamentação, ainda que limitado em dimensão, oferece uma área promotora de conforto e segurança, imprescindível para o processo de amamentação<sup>79</sup>. Apresenta, também, duas salas de espera, sendo uma mais destinada às crianças e famílias, com necessidade de material renovado e maior personalização. A literatura evidencia que o

ambiente pediátrico nos serviços de saúde deve ser preservado como parte integrante do cuidado, dado o seu impacto positivo na segurança e na interação com a criança/família<sup>80</sup>. Esta constatação evidenciou a necessidade de requalificar o espaço, tornando-o mais acolhedor e potenciador de segurança.

As Consultas de Enfermagem de Saúde infantil e Juvenil (CESIJ), integradas no PNSIJ, realizam-se em articulação com a equipa médica e de enfermagem, com uma duração média de 20 minutos, o que exige a otimização de recursos e de tempo e potencia sinergias entre a equipa multidisciplinar<sup>11</sup>. Os registos de enfermagem são realizados com foco no Desenvolvimento Infantil, incluindo avaliação de parâmetros físicos, cuidados antecipatórios e aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada<sup>11</sup>, até aos 5 anos. A observação participativa na prestação de cuidados e consequente colaboração na aplicação desta escala, permitiu-me treinar a sua utilização e aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil. A utilização de instrumentos de avaliação do desenvolvimento psicomotor deve estar associada a um treino prévio e a um conhecimento sólido por parte do enfermeiro, de modo a garantir a consistência dos resultados obtidos. A aplicação desta escala revelou-se, assim, um instrumento fundamental de avaliação do desenvolvimento infantil<sup>62</sup>. No RN/lactente, são focos de atenção relevantes a “Amamentação” e o “Mamar”, onde se promove o aleitamento materno, caso seja a vontade da família, e são avaliados parâmetros relativos à pega e posicionamento do RN durante a mamada.

No decurso da reunião com a EG e ESC e da análise a 100% dos instrumentos mobilizados para a educação para a saúde, capacitação parental, protocolos/instruções de trabalho relativos à temática dos hábitos alimentares seguros e saudáveis no primeiro ano de vida, verifiquei existir um instrumento de educação para a saúde sobre a introdução da alimentação complementar, que se encontrava desatualizado face às orientações internacionais mais recentes<sup>25,47,49</sup>.

Através da observação participativa na prestação de cuidados a três lactentes/família que se encontravam em fase de iniciar a introdução da alimentação complementar, identifiquei que embora os registos de enfermagem fossem consistentes na avaliação e monitorização do desenvolvimento infantil, não contemplavam de forma sistemática a avaliação e a intervenção relativas a essa temática. Neste âmbito, participei igualmente nos cuidados a uma criança/família nas restantes faixas etárias, cumprindo os critérios de avaliação definidos e assegurando a integração da temática dos hábitos

alimentares saudáveis. A reflexão sobre a minha participação na prestação de cuidados evidenciou uma oportunidade de melhoria, reforçando a necessidade de integração desta temática no processo de enfermagem, enquanto instrumento de sistematização da prática<sup>81</sup>, o que demonstrou capacidade de decisão fundamentada (A1.1)<sup>18</sup>.

As CESIJ constituem um momento privilegiado para estabelecer comunicação eficaz com a família, orientada para a transmissão de informação clara e credível, promotora de confiança e ajustada às necessidades da criança/família. Esta interação visa apoiar processos de tomada de decisão informados, através do empoderamento parental, e favorecer a adoção de comportamento potenciadores de saúde<sup>81</sup>, designadamente no que respeita aos hábitos alimentares no primeiro ano de vida. Neste sentido, a aplicação do instrumento reflexivo a 100% da equipa de enfermagem (6 elementos), cuja análise se encontra em Apêndice N, reforçou a pertinência de promover a atualização e uniformização de práticas relativas aos hábitos alimentares no primeiro ano de vida, de modo a garantir uma resposta consistente às necessidades das famílias e a evitar ambiguidades na informação transmitida. A análise deste instrumento reflexivo permitiu ainda identificar alguns desafios emergentes com que a equipa se depara na área da alimentação, nomeadamente as questões relacionadas com a adoção de dietas restritivas, como a alimentação vegetariana, pela crescente da popularidade da adoção desta prática<sup>4,63,64,65</sup> (A1.2)<sup>18</sup>. Os resultados desta análise e o projeto foram transmitidos a 100% da equipa de enfermagem, em reunião semanal, superando o critério de avaliação definido.

Face ao diagnóstico de situação realizado defini objetivos específicos e delineei as atividades a desenvolver ao longo do percurso de estágio, que apresentarei de seguida.

**Objetivo Específico: Colaborar na prestação de cuidados especializada ao lactente/criança/jovem e família, com maior enfoque na promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis no primeiro ano de vida.**

**Atividades:**

1. Realização de consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil, desde a primeira consulta até aos 18 anos;
2. Orientação de lactentes/famílias – promoção do aleitamento materno e introdução da alimentação complementar: método convencional, BLW ou misto;

3. Partilha de suporte informativo atualizado acerca da introdução da alimentação complementar;
4. Realização de consulta telefónica, de acompanhamento e monitorização acerca da introdução da alimentação complementar.

Neste âmbito, realizei CESIJ, pelo menos uma em cada idade-chave do PNSIJ, desde o nascimento até à adolescência, pautadas por uma intervenção de enfermagem especializada. No primeiro ano de vida, desenvolvi intervenções em diferentes áreas fundamentais para a promoção da saúde do lactente/família, de acordo com o MPS de Nola Pender<sup>17</sup>. A amamentação/aleitamento materno em exclusivo até aos seis meses, constituiu uma prioridade de intervenção tendo em conta os seus reconhecidos benefícios<sup>2,6,26</sup> e com respeito pelas crenças e opções da família (E3.3)<sup>12</sup>. Neste âmbito prestei orientação relativamente ao posicionamento adequado e correção da pega, e adaptei estratégias de motivação parental<sup>3</sup> (E3.2.)<sup>12</sup>.

O lactente/família enfrentam um processo de transição quando se inicia a introdução da alimentação complementar. Esta transição assume um carácter situacional e de desenvolvimento no sentido em que se caracteriza por um período de adaptação do lactente e uma transição para a parentalidade, por parte da família<sup>16</sup>. Dado que as CESIJ constituem momentos de oportunidade para a transmissão de informação e apoio ao binómio criança/família<sup>21,81</sup>, permitem orientar de forma consistente a introdução da alimentação complementar, assegurando esclarecimento sobre métodos, sinais de prontidão e a importância da diversificação alimentar. Neste seguimento, partilhei suporte informativo atualizado e garanti a continuidade da orientação através de consultas telefónicas de *follow-up* dirigidas a dois lactentes/famílias que iniciaram a introdução da alimentação complementar, cumprindo os critérios de avaliação definidos. Esta atividade destacou-se pelo apoio prestado às famílias, através do esclarecimento de dúvidas, valorizando a relação interpessoal e de confiança estabelecida, bem como o seu empoderamento nos cuidados ao lactente<sup>81</sup>. Ao longo das consultas telefónicas validei e aferi a informação transmitida e os comportamentos e competências parentais demonstrados.

Paralelamente, as CESIJ, no primeiro ano de vida, possibilitaram intervir em diferentes áreas da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil através da capacitação e empoderamento parental para a realização de estratégias promotoras do desenvolvimento e brincar, na prevenção de acidentes, no reforço das medidas de sono

seguro e ainda no diagnóstico precoce e vacinação e com recurso a estratégias de alívio da dor, nomeadamente, aleitamento materno, sucção não nutritiva e embalo<sup>82</sup> (E2.2.)<sup>12</sup>.

O brincar, a segurança, o sono e a vacinação, entendidos como pilares interdependentes do desenvolvimento infantil, evidenciam a importância de uma abordagem que integre diferentes dimensões nos cuidados de enfermagem, assumindo um papel central no crescimento saudável da criança, enquanto promove a confiança, o envolvimento e o fortalecimento das competências parentais<sup>62</sup>.

Na totalidade das CESIJ/Exames Globais de Saúde em que participei, em cada faixa etária, procurei identificar os hábitos alimentares de crianças/jovens, numa lógica de promoção do crescimento e desenvolvimento saudável e de tomadas de decisão informadas e responsáveis (E3.1.)<sup>12</sup>.

Ressalvar que tive a oportunidade de colaborar na realização de uma CESIJ a uma adolescente de 17 anos, integrada na consulta prevista entre os 15-18 Anos<sup>11</sup>, na qual apliquei princípios gerais da entrevista ao adolescente, valorizando a escuta ativa, a criação de um ambiente de confiança e confidencialidade, bem como o reforço das competências, da autoestima e dos comportamentos positivos<sup>62</sup>. Abordei temáticas de diferentes áreas de promoção de saúde, tais como: a contraceção, as relações sexuais e os comportamentos de risco, incluindo situações de *bullying*, violência e abuso, com vista à valorização da autoestima e reforço da autonomia do adolescente na tomada de decisão (E3.4.)<sup>12</sup>. Em paralelo, destaquei a promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente através da sensibilização para a importância da prática regular de atividade física e da adoção de uma alimentação equilibrada. Por fim, promovi o esclarecimento de dúvidas o que reforçou a autonomia e responsabilidade da adolescente no autocuidado<sup>11</sup>.

**Objetivo Específico: Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem, sobre a introdução da alimentação complementar.**

**Atividades:**

1. Elaboração de um procedimento de trabalho acerca da introdução da alimentação complementar;
2. Atualização do folheto informativo acerca da introdução da alimentação complementar;
3. Realização de sessão de apresentação do procedimento de trabalho e do folheto informativo atualizado à equipa de enfermagem.

No sentido de dar resposta a este objetivo, elaborei um procedimento de trabalho “Introdução Da Alimentação Complementar No Lactente” (Apêndice O) que integra o processo de enfermagem como instrumento de organização e sistematização da prática. O seu suporte teórico, apoiado em linguagem classificada<sup>83</sup>, favorece a tomada de decisão clínica, permitindo identificar diagnósticos de enfermagem, planear e priorizar intervenções, executá-las e avaliar os resultados obtidos. Desta forma, garante-se uma prática consistente, fundamentada e orientada para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados<sup>81</sup>. Esta atividade alicerça-se na Teoria das Transições ao apoiar a família no processo de transição que representa a introdução da alimentação complementar<sup>16</sup>.

Aliado a este procedimento atualizei também o folheto informativo “Pequenos Sabores, Grandes Descobertas – Introdução da Alimentação Complementar do seu Bebê” (Apêndice P) destinado às famílias, como recurso educativo complementar, entendido como uma extensão da intervenção além da consulta de enfermagem<sup>81</sup>. Este recurso disponibiliza informação clara, credível e atualizada, o que possibilita o desenvolvimento de conhecimentos e competências, apoia tomadas de decisão informadas e empoderadas relativas à introdução da alimentação complementar. A elaboração deste folheto reflete os pressupostos do MPS de Nola Pender, que valoriza estratégias educativas promotoras de escolhas saudáveis, com vista a atingir o potencial máximo de saúde<sup>17</sup>.

Tanto o procedimento de trabalho como o folheto informativo foram elaborados a partir da evidência científica mais atual, constituindo um contributo concreto para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (B1.1, D2.2)<sup>18</sup>.

Posteriormente, foi enviado à equipa de enfermagem um convite eletrónico (Apêndice Q) de forma apresentar os instrumentos elaborados em sessão presencial dedicada (Apêndice R), o que incentivou a comunicação e reflexão crítica em equipa (C1.1)<sup>18</sup>. Para maior clareza, o plano de sessão elaborado pode ser consultado no Apêndice S. Na sessão esteve presente a totalidade da equipa (100%), que validou os instrumentos apresentados e atribuiu uma avaliação global de “Muito Bom” (Apêndice T). Este resultado reforçou a pertinência das atividades desenvolvidas, (D2.1)<sup>18</sup> e superou os critérios de avaliação propostos.

**Objetivo Específico: Proporcionar um ambiente acolhedor e potenciador de segurança, para lactentes, crianças, jovens e famílias na sala de espera da USF.**

**Atividade:**

1. Remodelação da sala de espera destinada aos lactentes/crianças/jovens e respetivas famílias.

O espaço físico da prestação de cuidados em pediatria é reconhecido como parte integrante da prática, na medida em que influencia a perceção de segurança e a experiência em contexto de serviços de saúde<sup>80</sup>.

Neste sentido, procedi à remodelação parcial da sala de espera destinada a crianças/famílias (Apêndice U), de forma a adequá-la à população pediátrica. Introduzi materiais lúdicos e educativos, com respeito pelos princípios de segurança e higiene<sup>84</sup>, que contribuíram para tornar o espaço mais acolhedor e promotor da adoção de comportamentos de saúde saudáveis. Neste âmbito, entre as alterações realizadas, destaco a afixação de ilustrações e cartazes alusivos a hábitos alimentares saudáveis, que transformaram a sala de espera num espaço educativo adicional e possibilitaram uma comunicação próxima com as crianças/famílias, tendo em conta a sua faixa etária e cultura (E3.3.)<sup>12</sup>.

Com esta intervenção otimizei de forma eficiente os recursos da unidade (C2.1)<sup>18</sup> e assegurei um ambiente seguro, potenciador de conforto e promotor de saúde. Intervim no processo de definição de recursos que asseguram a prestação de cuidados seguros (B3.1, B3.2)<sup>18</sup>, enquanto cumpro os critérios estabelecidos para este objetivo. Esta intervenção ao proporcionar um ambiente que estimula escolhas saudáveis e potencia a motivação das famílias para a adoção de comportamentos promotores de saúde, concretiza os pressupostos do MPS de Pender<sup>17</sup>.

**Objetivo Específico: Contribuir para o conhecimento sobre alimentação vegetariana na introdução da alimentação complementar do lactente.**

**Atividades:**

1. Convite para a sessão de reflexão, à equipa de enfermagem, via eletrónica;
2. Realização de sessão de reflexão presencial, com a equipa de enfermagem, sobre os novos desafios da alimentação vegetariana;
3. Realização de Cartaz Informativo acerca da alimentação vegetariana relacionado com a introdução da alimentação complementar, a colocar nas salas de enfermagem;

Decorrente da análise do instrumento reflexivo aplicado evidenciou-se a preocupação da equipa de enfermagem sobre a popularidade na adoção de dietas restritivas, como a alimentação vegetariana<sup>4,63,64,65</sup>, por parte da comunidade.

Para a construção de uma sessão de reflexão sobre esta temática, tornou-se necessário realizar de forma complementar uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, com recurso à equação de pesquisa – [(*complementary feeding OR introduction of solids OR infant feeding OR weaning*) AND (*vegetarian diet OR plant-based OR vegetarian OR vegan*) AND (*infant*)] – da qual resultaram nove artigos (fluxograma em Apêndice V), de forma a fundamentar as recomendações acerca da introdução da alimentação complementar em lactentes com práticas alimentares vegetarianas.

Com base na evidência reunida, convidei a totalidade da equipa de enfermagem para uma sessão de reflexão (convite concomitante a outra sessão já apresentado em apêndice Q). A sessão “Dieta Vegetariana: Introdução da Alimentação Complementar do Lactente” (Apêndice W) decorreu em formato presencial e abordou a temática da introdução da alimentação complementar de base vegetariana, e o respetivo plano de sessão encontra-se no Apêndice X. Foi ainda elaborado um cartaz informativo “Dieta Vegetariana – Introdução da Alimentação Complementar no 1º Ano de Vida” (Apêndice Y) sobre o tema, e afixado nas salas de enfermagem para consulta da equipa. A atividade contou com 100% de participação na sessão, cuja avaliação, (Apêndice Z), se traduziu num grau de satisfação global “Muito Bom” tendo o cartaz informativo sido validado pela totalidade da equipa, o que superou os critérios de avaliação propostos.

Estas atividades permitiram-me promover a atualização de conhecimentos da equipa e a integração de práticas baseadas em evidência (D2.1, D2.2, D2.3)<sup>18</sup> ao mesmo tempo que promoveram a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, bem como apoiar a parentalidade e facilitar a comunicação com as famílias de forma adequada ao seu contexto (E1.1.)<sup>12</sup> e transição vivenciada, em consonância com a Teoria das Transições de Meleis, que valoriza o papel do enfermeiro no apoio e empoderamento em momentos de transição significativa<sup>16</sup>.

### **III.2 – Percurso de Desenvolvimento de Competências Unidade de Neonatologia**

O estágio decorreu numa unidade de Neonatologia integrada no serviço de Obstetrícia, em funcionamento 24h por dia, num total de 365(6) dias por ano. Tem como população alvo de cuidados, RN pré-termo com idade gestacional a partir das 32 semanas, nascidos no próprio hospital ou transferidos de outras unidades hospitalares e admite,

também, RN de termo com risco de infecção/infeção confirmada ou com patologias associadas. A unidade é em formato *open space*, constituída por cinco incubadoras, com um cadeirão para o acompanhante/família, e três berços parametrizados em sistema informático. A unidade possui um berçário, que integra as duas banheiras e dois fraldários para os cuidados de higiene e conforto, uma sala de trabalho de enfermagem e médica, o gabinete do EG, um armazém de material clínico, roupa e zona de sujos. Existe, ainda, um espaço para extração de Leite Materno equipado com uma bomba de extração e um cadeirão.

A equipa multidisciplinar é constituída por pediatras, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e articula com fisioterapeuta e assistente social. A equipa de enfermagem do serviço de Neonatologia é constituída por dezasseis enfermeiros, em que dez elementos são EEESIP e seis elementos são ECG. Os RN/famílias, internados na unidade são assumidos por um enfermeiro sendo este o rácio adotado para todos os turnos. Estes rácios não se enquadram nos cálculos das dotações seguras emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), uma vez que a unidade não dispõe de EEER e existem turnos não assegurados por um EEESIP<sup>77</sup>.

A observação participativa permitiu identificar como linha orientadora da prestação de cuidados a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba<sup>85</sup> privilegiando intervenções neuroproteroras, dirigidas à prevenção da dor e à promoção do conforto dos RN. Todas as intervenções implementadas, visam a manutenção e preservação do equilíbrio e do neurodesenvolvimento dos RN<sup>86</sup>.

A metodologia de trabalho utilizada na unidade é o método individual de trabalho<sup>87</sup> para a prática de cuidados, registando-a através do sistema de informação, *SCLínico*<sup>®</sup>, programado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>)<sup>83</sup>. Realçam-se como principais diagnósticos clínicos dos neonatos internados neste serviço, a síndrome de dificuldade respiratória, prematuridade tardia, sépsis, icterícia, alterações metabólicas, intolerâncias alimentares e necessidades de aquisição de autonomia alimentar. O “Papel Parental” eleva-se como principal diagnóstico de enfermagem identificado neste serviço, refletindo o impacto do internamento na transição para a parentalidade. Esta decorre até aos dezoito meses após o nascimento da criança<sup>16</sup>. O internamento numa unidade de neonatologia, ao afastar o RN do ambiente familiar, pode fragilizar o processo de construção do papel parental, ficando este comprometido.

Esta circunstância pode implicar na homeostasia e funcionamento de elementos da família o que favorece desequilíbrios no núcleo familiar<sup>88</sup>.

Neste sentido, como a família assume um papel muito relevante nos cuidados ao RN pré-termo/termo, a sua presença é essencial ao longo do internamento para favorecer o neurodesenvolvimento do RN, com vista a um crescimento e desenvolvimento adequados<sup>45</sup>. Assim, devem-se avaliar as necessidades das famílias e implementar intervenções de suporte e que potenciem a vinculação<sup>89</sup>. A unidade de neonatologia, por estar integrada ao serviço de obstetrícia, depende do espaço físico deste para garantir a permanência e o acompanhamento dos RN durante 24 horas. Caso não seja possível assegurar essa permanência, as famílias (limitadas a no máximo duas pessoas) poderão permanecer no serviço entre 9h e 21h.

Outro diagnóstico de enfermagem que adquire particular relevância neste contexto, sobretudo em RN com necessidades de aquisição de autonomia alimentar, é a “Sucção”. No âmbito da promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis no primeiro ano de vida, destaca-se a intervenção desenvolvida com o RN pré-termo, centrada no treino e fortalecimento das competências oro-motoras. Estas são estimuladas em momentos de prestação de cuidados diretos, através da sucção não nutritiva ou da sucção nutritiva, com recurso ao biberão<sup>22</sup>. Este processo é ainda enriquecido pelo contributo da fisioterapeuta da unidade, que possui formação complementar na área.

No decurso da reunião com a EG e ESC, visita à unidade e da análise de 100% dos procedimentos de trabalho, instrumentos de educação para a saúde e protocolos existentes com enfoque na temática, constatei que a unidade dispõe de vários documentos orientadores da prática. Contudo, identificou-se a oportunidade de desenvolver um procedimento de trabalho específico que integre a utilização de um instrumento de observação das competências oro-motoras, de modo a uniformizar a introdução da alimentar e a promover cuidados seguros e de qualidade. O reconhecimento já demonstrado pela equipa relativamente à relevância desta área constituiu um ponto de partida favorável, tendo sido reforçado através de momentos de partilha reflexiva durante as passagens de turno, os quais contribuíram para a validação do diagnóstico de situação.

Neste contexto, o início da alimentação oral deve ter por base uma avaliação pormenorizada e individual do desenvolvimento das competências oro-motoras do RN, com a utilização de instrumentos de avaliação validados<sup>22,30</sup>. A análise dos sinais de prontidão do RN, o posicionamento corporal, o padrão de sucção e os movimentos da

língua, são essenciais para a implementação de estratégias de intervenção que respeitem as necessidades de cada RN<sup>22</sup>.

Durante a observação participativa identifiquei uma oportunidade de melhoria, na promoção da esperança parental, entendida como um recurso interno que fornece uma orientação para lidar com os desafios<sup>90</sup>. O nascimento prematuro do RN que requer internamento numa unidade de neonatologia representa um evento desestabilizador e uma fonte de *stress* para a família. Neste sentido, a implementação de estratégias que sejam promotoras de uma esperança realista são essenciais para manter o equilíbrio familiar, garantir apoio emocional e assegurar o envolvimento da família na prestação de cuidados ao RN, assente numa comunicação eficaz e adequada<sup>88,90</sup>. A minimização do *stress* parental, através da implementação destas estratégias, potencia as vivências positivas, a parentalidade, e favorece o desenvolvimento do RN<sup>88</sup>.

O projeto foi apresentado a 50% da equipa (8 elementos) nos momentos de partilha reflexiva após a passagem de turno, cumprindo critério de avaliação definido. Não foi possível superar este critério devido ao rácio de enfermeiros por turno, que não permitiu abranger um número maior de elementos.

Tendo em consideração o diagnóstico de situação explanado, delineei objetivos específicos que centrados nas necessidades identificadas, os quais orientaram a prática para a aquisição de competências especializadas.

**Objetivo Específico: Colaborar na prestação de cuidados especializada ao RN pré-termo/termo e família, com maior enfoque na avaliação e aquisição das competências oro-motoras para a introdução da alimentação oral.**

**Atividades:**

1. Participação na prestação de cuidados ao RN pré-termo ou termo e família;
2. Prestação de cuidados ao RN pré-termo e família, com necessidade de aquisição de autonomia alimentar;
3. Aplicação da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral.

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados especializados ao RN pré-termo e respetivas famílias, com maior enfoque na avaliação e promoção das competências oro-motoras para introdução da alimentação oral. Neste âmbito de cuidados especializados, apliquei a escala EFS-VM<sup>22 p.91-95</sup>, a dois recém-nascidos pré-termo, um com 34 semanas e 5 dias (RN pré-termo A) e outro com 36

semanas e 2 dias (RN pré-termo B). No RN pré-termo A identifiquei competências imaturas na função oro-motora, traduzida por abertura pouco consistente da boca, sucção irregular, dificuldade na coordenação do reflexo sucção-deglutição-respiração e perda de leite durante a mamada, o que exigiu suporte adicional e estratégias facilitadoras para promover a eficácia da alimentação oral, nomeadamente a mobilização da mandíbula, rotação da tetina e compressão das bochechas de forma ritmada. No RN pré-termo B, observei maior maturidade oro-motora, com sucção regular, coordenação do reflexo de sucção-deglutição-respiração eficaz, o que exigiu apenas suporte e apoio da mandíbula durante a mamada.

A aplicação desta escala permitiu-me diferenciar os níveis de desenvolvimento de competências oro-motoras dos dois RN pré-termo, o que salienta a importância de uma avaliação sistematizada e individualizada<sup>22,28,29,30</sup> (E3.1.)<sup>12</sup>. Neste sentido, planeei e implementei intervenções específicas para promover a aquisição gradual de competências, recorrendo à estimulação oral e à sucção não-nutritiva, bem como a técnicas de alimentação oral, nomeadamente o biberão e o *finger-feeding*, de forma a garantir a segurança e eficácia da alimentação<sup>22,28,29</sup>.

Paralelamente, participei nos cuidados a pelo menos, dois RN pré-termo e dois RN de termo, promovendo o envolvimento das famílias, numa abordagem assente nos CCF<sup>13,14</sup> e no Modelo de Parceria de Cuidados<sup>15</sup>. Neste contexto, apoiei o aleitamento materno através do incentivo à extração de leite, promovi a amamentação com a adaptação progressiva do RN à mama, de acordo com a sua condição clínica e respeito pela vontade da família, assegurando o posicionamento e pega adequados (E3.2.)<sup>12</sup>. Desenvolvi, ainda, medidas neuroprotetoras orientadas para a redução de estímulos nocivos e para a promoção do conforto, através da prevenção e controlo da dor e desconforto, contenção, o contacto pele a pele, realizado pelo método canguru (E2.2.)<sup>12</sup> e a massagem ao RN (E2.4.)<sup>12</sup>. Estas medidas são centrais para o desenvolvimento neurológico e emocional do RN e favorecem a estabilidade fisiológica, a autorregulação e o fortalecimento do vínculo entre RN e família<sup>40,86</sup>. Ainda no decorrer da minha participação na prestação de cuidados, identifiquei a presença de uma incapacidade funcional de um RN, na mobilização cervical, pelo que em conjunto com a equipa médica procedi à ao encaminhamento para cuidados de fisioterapia, de modo a assegurar uma resposta atempada e adequada à necessidade identificada (E1.2., E2.5.)<sup>12</sup> (A1.2, A1.3, C1.1, C1.2)<sup>18</sup>.

Tendo em conta o processo de transição vivenciado<sup>16</sup>, considerei essencial apoiar a família através do desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz, que permitisse a expressão de sentimentos e promovesse a sua participação nos cuidados ao RN. Valorizei a partilha de informação clara, verdadeira em tempo oportuno e de forma contínua, garantindo que os pais se sentissem orientados, confiantes e preparados para a continuidade de cuidados no domicílio<sup>88</sup> (E1.1., E2.5., E3.3.)<sup>12</sup>.

**Objetivo Específico: Contribuir para a uniformização dos cuidados, relativa à avaliação das competências oro-motoras do RN pré-termo para a introdução da alimentação oral.**

**Atividades:**

1. Elaboração de um procedimento de trabalho acerca da avaliação e observação das competências oro-motoras do RN pré-termo;
2. Realização de sessão de Apresentação em formato híbrido do procedimento de trabalho à equipa de enfermagem.

No sentido de dar resposta a este objetivo, elaborei um procedimento de trabalho “Avaliação e estimulação das competências oro-motoras do recém-nascido pré-termo” (Apêndice AA). Este documento sustenta o processo de tomada de decisão nesta área, facilitando a formulação dos diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções e a avaliação dos resultados, o que assegura a sistematização da prática clínica e garante a segurança dos cuidados prestados<sup>91</sup>.

De modo a apresentar o procedimento de trabalho à equipa de enfermagem enviei um convite em formato eletrónico (Apêndice BB) a todos os elementos, para incentivar sua participação na sessão, que decorreu em formato híbrido (Apêndice CC) e cujo plano de sessão se encontra descrito no Apêndice DD. O procedimento obteve validação de 75% da equipa (12 elementos), superando o critério definido de 60%. A avaliação da sessão (Apêndice EE) demonstrou que a totalidade dos participantes atribuiu um grau de satisfação global “Muito bom”, igualmente acima do critério estabelecido.

Desta forma, contribuí para ganhos em saúde ao promover a uniformização das práticas de avaliação e estimulação das competências oro-motoras do recém-nascido, assegurando que a intervenção se baseava na melhor evidência científica (E2.4.)<sup>12</sup> (D2.1, D2.2, D2.3)<sup>18</sup>. Neste seguimento, procurei reforçar a sistematização dos cuidados dirigidos ao RN pré-termo e à sua família, garantindo continuidade e consistência na

resposta às suas necessidades (E3.2.)<sup>12</sup>. Estas atividades permitiram-me, ainda, atualizar e mobilizar conhecimentos teórico-práticos sobre a avaliação das competências oromotoras, o que se traduziu na melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem (B1.1)<sup>18</sup>. Ao mesmo tempo, estas atividades alinhadas com a Teoria das Transições de Meleis, favorecem um processo de transição saudável do RN para a alimentação oral<sup>16</sup>, preparando práticas alimentares futuras mais eficazes e seguras<sup>22,28,29</sup>.

**Objetivo Específico: Promover a esperança parental, fator potenciador da vinculação, na família do RN pré-termo.**

**Atividades:**

1. Articulação com a XXS – Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro, via eletrónica, para aquisição dos Cartaz e Cartões de Celebração de Conquistas do RN;
2. Implementação de estratégias promotoras da esperança realista, com recurso a Cartões de Celebração de Conquistas do RN;
3. Realização de Procedimento de Trabalho acerca da implementação das estratégias promotoras da esperança realista;
4. Realização de sessão de apresentação em formato híbrido, do Procedimento de Trabalho à equipa de enfermagem.

Com o intuito de responder a este objetivo, articulei com a XXS – Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro por via eletrónica, para a aquisição dos Cartões de Celebração de Conquistas do RN. Face à indisponibilidade dos cartões individuais, foi-me disponibilizado o cartaz que integra a totalidade dos cartões (Anexo I). Ainda assim, elaborei um cartão individualizado (Apêndice FF) para assinalar o primeiro mês de vida de um RN pré-termo, o que me permitiu dar continuidade ao desenvolvimento das estratégias de esperança planeadas.

Neste enquadramento, elaborei um procedimento de trabalho “Promoção da Esperança Parental como intervenção de enfermagem, facilitadora do processo de vinculação entre o recém-nascido prematuro e a sua família” relativo à implementação das estratégias promotoras de esperança realista (Apêndice GG), de forma a sistematizar e uniformizar o plano de cuidados nesta área<sup>91</sup>. De forma a conferir suporte teórico a este instrumento, efetuei uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, utilizando à equação de pesquisa: [(*Hope OR Parental Hope*) AND (*Nurs\**) AND (*neonatal intensive care unit OR NICU*)], da qual resultaram oito artigos (fluxograma em Apêndice HH).

Posteriormente, enderecei um convite eletrônico a todos os elementos da equipa de enfermagem (já apresentado em apêndice BB por também estar integrado noutra objetivo), e dinamizei uma sessão em formato híbrido (Apêndice II), com o respetivo plano de sessão apresentado no Apêndice JJ. O procedimento obteve a validação de 75% da equipa (12 elementos), superando o critério estabelecido de 60%, o que se evidenciou na avaliação da sessão (Apêndice KK) com um grau de satisfação global de “Muito Bom”, pela totalidade dos participantes, igualmente acima do critério definido.

A implementação destas estratégias junto das famílias e a uniformização do plano de cuidados nesta área, com base em evidência científica (D2.1, D2.2, D2.3)<sup>18</sup>, permitiram-me valorizar as pequenas conquistas do recém-nascido pré-termo e reforçar a motivação parental, contribuindo para a promoção da esperança realista como recurso essencial no processo de transição vivenciado pela família<sup>16,33</sup>. Neste processo, atualizei e partilhei conhecimentos com a equipa sobre intervenções promotoras de esperança, o que favoreceu a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (B1.1)<sup>18</sup>. Paralelamente, disponibilizei orientações práticas que sustentaram a uniformização da intervenção e facilitaram a tomada de decisão em equipa (C1.1)<sup>18</sup>.

Assim, reconhecer a esperança como um recurso que apoia a família na construção e adaptação ao papel parental<sup>33,40</sup> revelou-se fundamental para incentivar a sua participação ativa nos cuidados (E1.1.)<sup>12</sup>, favorecer o processo de vinculação (E3.2.)<sup>12</sup>, assegurar o equilíbrio do núcleo familiar e favorecer o desenvolvimento saudável do recém-nascido pré-termo (E3.1.)<sup>12</sup>.

### **III.3 – Percurso de Desenvolvimento de Competências Serviço de Internamento de Pediatria**

O Serviço de Internamento de Pediatria opera durante 24h por dia e recebe crianças desde o nascimento até aos dezoito anos menos um dia. Atende lactentes, crianças, adolescentes e respetivas famílias com patologias do foro médico, cirúrgico (geral, otorrino, oftalmologia, ortopedia, dermatologia, urologia), psiquiátrico, neurológico, bem como patologias do foro oncológico. As admissões ocorrem através da Urgência Pediátrica, do Bloco Operatório, da Consulta Externa de Pediatria ou do Serviço de Neonatologia. A estrutura física integra treze unidades funcionais, distribuídas por oito quartos, cada uma equipada com um cadeirão para o acompanhante e cada quarto possui

um sofá. Possui, ainda, nove casas de banho para crianças e famílias, uma copa de leites destinada à preparação de leite materno extraído e fórmulas infantis, um consultório de *Follow-Up* (consulta de reavaliação após período de internamento), uma sala específica para procedimentos, uma sala lúdica para lactentes e crianças, e uma sala lúdica para adolescentes, sala de médicos, sala de trabalho, gabinete da EG, uma sala de armazém clínico e roupa, um vestiário e uma zona de sujos.

A equipa multidisciplinar integra pediatras, uma educadora de infância (apenas em dias úteis, das 9h às 16h), enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde. Existe ainda a possibilidade de articulação com assistente social, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional e nutricionista, bem como a colaboração do corpo clínico de outras especialidades, sempre que necessário. A equipa de enfermagem é constituída por doze elementos e cada turno é assegurado por dois enfermeiros. A equipa apresenta dois EEESIP e um EEER, pelo que está aquém das orientações emanadas pela OE para as dotações seguras, onde se estipula a permanência de um EEESIP 24h por dia e dois EEESIP por cada três enfermeiros<sup>77</sup>.

A equipa adota o método individual de trabalho, no qual cada enfermeiro assume a responsabilidade integral pelos cuidados às crianças a si atribuídas<sup>87</sup>. A observação participativa e a análise dos registos de enfermagem, onde o diagnóstico de enfermagem “Conforto”, surge de forma transversal, permitiram-me constatar que a equipa se fundamenta na Teoria do Conforto da Teórica Katherine Kolcaba<sup>85</sup>. O sistema de informação utilizado é o *SClinico*<sup>®</sup>, programado em linguagem CIPE<sup>®83</sup>.

Tendo em conta a temática dos hábitos alimentares, foco de enfermagem que mais se evidencia em plano de cuidados é a “Ingestão Nutricional”, relacionado à alimentação e nutrição pediátrica. Durante a observação participativa na prestação de cuidados e pela análise dos registos de enfermagem, verifiquei que este foco implica a avaliação do risco de compromisso de ingestão nutricional e, sempre que identificado um défice, o sistema gera automaticamente um pedido de colaboração à nutricionista de referência do serviço. Na avaliação inicial de enfermagem são ainda colhidos dados sobre os hábitos alimentares ajustados à idade da criança, nomeadamente o tipo de dieta, quantidades ingeridas, frequência das refeições, autonomia no processo alimentar, bem como identificação das alergias, intolerâncias, restrições alimentares e preferências.

Esta abordagem permite a personalização da dieta e garantir um plano de cuidados individualizado, fatores essenciais para homeostasia do binómio criança/família, em contexto hospitalar<sup>92</sup>.

A presença da família é crucial durante a hospitalização e é reconhecida como recurso fundamental para apoiar o processo de transição vivenciado pelo binómio criança/família, pelo que a sua presença deve ser garantida<sup>16,72</sup>. Neste serviço é assegurada a permanência de um acompanhante em regime de 24h, sendo autorizada a permanência de um segundo elemento entre as 8h às 20h. O horário de visitas decorre as 15h às 19h30.

No âmbito da temática central do presente relatório e após a reunião com a EG e ESC, visita ao serviço e análise de 100% dos protocolos, procedimentos de trabalho e instrumentos de educação para a saúde, verifiquei que na área dos hábitos alimentes/alimentação a documentação se encontrava orientada exclusivamente para a patologia metabólica, nomeadamente a Diabetes Mellitus tipo 1.

Durante a partilha e discussão reflexiva da temática em reunião com a EG e ESC, tornou-se evidente a relevância em abordar as metodologias de introdução da alimentação complementar, bem como a sua aplicação nas dietas restritivas, nomeadamente a dieta vegetariana. Esta necessidade decorre da população alvo apresentar maior adesão a padrões alimentares vegetarianos<sup>4,63,64,65</sup>, exigindo práticas de enfermagem atualizadas e fundamentadas.

Ao longo da prática reflexiva durante a observação participativa na prestação de cuidados, observei um aumento do recurso a dispositivos eletrónicos durante as refeições por lactentes, crianças e jovens, assim como pelas respetivas famílias. A análise do instrumento reflexivo (Apêndice LL) aplicado a 83,3% da equipa de enfermagem (10 elementos), revelou que a sua maioria reconhece o impacto negativo desta prática na aquisição de comportamentos e hábitos alimentares saudáveis, corroborando a evidência científica<sup>93,94,95,96</sup>. Os resultados do instrumento reflexivo e o projeto, foram partilhados com cerca 66,67% da equipa de enfermagem (8 elementos) em momentos de partilha reflexiva após a passagem de turno, superando o critério de avaliação definido. A apresentação a um número superior de elementos não foi possível devido a ausências por férias.

O diagnóstico de situação realizado permitiu-me identificar áreas prioritárias de intervenção que serviram de base para a definição dos objetivos específicos e para o

planeamento das atividades, que visam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados neste contexto.

**Objetivo Específico: Colaborar na prestação de cuidados especializada ao lactente/criança/jovem e família, com maior enfoque na promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis.**

**Atividades:**

1. Participação na prestação de cuidados ao lactente/criança/jovem e família;
2. Prestação de cuidados ao lactente/criança e família, com enfoque no uso das tecnologias durante a refeição.

No serviço de internamento de pediatria, participei na prestação de cuidados especializada a um RN, dois lactentes, duas crianças em idade pré-escolar e escolar e um adolescente e respetivas famílias, em situações clínicas diversas, o que superou o critério de avaliação previamente estabelecido. Integrei os cuidados a um RN de 15 dias, internado com um diagnóstico médico de Sepsis Neonatal Tardia, em situação de instabilidade, o que exigiu uma vigilância minuciosa e uma intervenção célere perante sinais de agravamento (E2.1)<sup>12</sup>. À família, foi assegurado apoio emocional e estabelecida uma comunicação clara sobre as necessidades do RN, de forma a favorecer a sua participação ativa no planeamento e nas decisões relativas aos cuidados<sup>97</sup> (E3.3)<sup>12</sup>, tendo por base a transição situacional vivenciada, marcada pela hospitalização, e a consequente alteração no exercício do papel parental<sup>16</sup>.

Colaborei nos cuidados a dois lactentes, um com dois meses, que se encontrava internado por diagnóstico médico de bronquiolite, com necessidade de aporte de oxigénio suplementar e o outro, com 1 mês, por infeção do trato urinário. Estas situações clínicas, exigiram uma monitorização da estabilidade hemodinâmica (E1.2.)<sup>12</sup>, implementação de cuidados de conforto e gestão da dor (E2.2.)<sup>12</sup> – incluindo a aplicação de massagem para alívio das zonas de pressão decorrentes da oxigenoterapia e durante as punções por necessidade de terapêutica endovenosa – e apoio contínuo às famílias no processo de transição saúde-doença<sup>16</sup>, vivenciado durante a hospitalização.

Das duas crianças a quem colaborei nos cuidados, uma com três anos, encontrava-se internado por diagnóstico médico de celulite da coxa associada a Molusco Contagioso. Neste contexto, recorri à brincadeira terapêutica como estratégia de interação e comunicação eficaz<sup>97</sup>, facilitando o envolvimento e adesão da criança à administração de

terapêutica endovenosa. Reconheci que a comunicação exclusivamente verbal, atendendo ao estágio de desenvolvimento da criança, se tornava inespecífica e insuficiente<sup>97</sup>, pelo que recorri a estratégias lúdicas, como contar histórias e fazer puzzles para minimizar o medo e a ansiedade face a procedimentos invasivos<sup>82</sup>. A outra criança, de nove anos, estava internada por descompensação da doença crónica (diabetes mellitus tipo 1). Esta situação permitiu-me sensibilizar a criança/família para a importância da adesão ao regime terapêutico, apoiando a aquisição de conhecimentos e capacidades para a gestão quotidiana da patologia e promovendo a autonomia progressiva e a adoção de estratégias de adaptação à doença **(E2.5.)**<sup>12</sup>.

No caso do adolescente de 16 anos, internado com diagnóstico clínico de Asma Descompensada, tive a oportunidade de intervir na valorização da adesão ao regime terapêutico e promoção de hábitos alimentares saudáveis, sensibilizando-o para os riscos inerentes à utilização de dispositivos eletrónicos durante as refeições e reforçando a importância de escolhas saudáveis e responsáveis **(E1.2., E3.4.)**<sup>12</sup>.

De forma complementar, prestei cuidados a dois lactentes e duas crianças, bem como às respetivas famílias, no âmbito da utilização de tecnologias durante a refeição, cumprindo também o critério de avaliação estabelecido. Com base na evidência científica **(D2.2)**<sup>18</sup>, desenvolvi intervenções educativas que destacaram a importância das refeições partilhadas como momento essencial para a aquisição de hábitos alimentares saudáveis, para o fortalecimento do vínculo familiar<sup>61</sup>. Reforcei igualmente a influência parental nos comportamentos alimentares<sup>54,55</sup> e em paralelo, foi ainda possível intervir sobre a introdução da alimentar complementar, promovendo práticas seguras e adequadas a esta fase do desenvolvimento<sup>50</sup> **(E1.1, E1.2, E3.1, E3.3)**<sup>12</sup>.

Ao longo da prestação de cuidados a todas as crianças/famílias, a informação transmitida foi sistematicamente aferida e validada quanto à compreensão, de modo a assegurar a integração dos conteúdos.

Estas atividades tiveram por base a abordagem dos CCF e o Modelo da Parceria de cuidados, que reconhece a família como parceira no processo de cuidados e requer a adoção de uma postura assente no respeito, na disponibilidade para apoiar e na cooperação ativa com a mesma<sup>13,15,97</sup>. A integração da Teoria das Transições de Meleis, permitiu-me compreender os processos de mudança vivenciados pela criança/família durante o período de internamento, enquanto o MPS de Pender, orientou o planeamento

e implementação intervenção de educação e suporte, favorecedores de transições positivas, adoção de comportamentos saudáveis e a autonomia no autocuidado<sup>16,17</sup>.

**Objetivo Específico: Sensibilizar a criança/jovem e família para um ambiente de refeição saudável.**

**Atividades:**

1. Realização de sessão de educação para a saúde individual para 5 famílias acerca do uso das tecnologias durante as refeições;
2. Realização de instrumento de educação para saúde promotor de um ambiente de refeição saudável;

No sentido de dar resposta a este objetivo e a conferir robustez teórica às atividades desenvolvidas, realizei duas pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas (D2.2)<sup>18</sup>. Na primeira, formulei a questão “Qual a influência das tecnologias digitais nos hábitos alimentares das crianças?” e utilizei a equação de pesquisa – [(*children OR child OR paediatric OR infant*) AND (*digital technology OR screen time OR electronic devices*) AND (*eating habits OR dietary behavior OR food consumption*)] – da qual resultaram seis artigos (fluxograma em Apêndice MM). Na segunda procurei responder à questão “Quais as estratégias promotoras de um ambiente de refeição saudável na infância?” recorrendo à equação de pesquisa – [(*Child OR children OR pediatric OR infant*) AND (*Mealtime environment OR Family meals OR Health Education OR feeding practices*) AND (*Healthy Diet OR Eating Behavior OR healthy eating OR Eating habits*)] – que resultou sete artigos (fluxograma em Apêndice NN).

Neste enquadramento, ao longo do estágio desenvolvi sessões individualizadas de educação para a saúde com cinco famílias, centradas na promoção de um ambiente de refeição saudável e na utilização adequada das tecnologias durante esse momento. Para apoiar a adoção de estratégias para promover um ambiente alimentar responsivo, elaborei um cartaz informativo “É Hora da Refeição, Tecnologias em Modo *Off*” (Apêndice OO) que ficou exposto no serviço e foi elaborado um *QR Code* do cartaz (Apêndice PP) para que as famílias pudessem levar para casa. A compreensão da informação transmitida foi aferida e validada individualmente e verifiquei que três famílias aplicaram, ainda durante o internamento, as orientações propostas, pelo que cumpri os critérios de avaliação estabelecidos. Estas atividades encontram sustentação teórica no MPS de Pender<sup>17</sup>,

reconhecendo o momento de internamento como uma oportunidade privilegiada para promover a saúde e apoiar o crescimento e desenvolvimento da criança<sup>97</sup>.

Assim, ao envolver as famílias no planeamento de cuidados, promovi uma parentalidade consciente e um ambiente de refeição responsivo (E1.1.)<sup>12</sup>. Contribuí para o crescimento e desenvolvimento infantil através do incentivo à adoção de hábitos alimentares saudáveis durante as refeições (E3.1.)<sup>12</sup>. A informação transmitida foi adaptada às necessidades demonstradas e à cultura de cada família, o que assegurou um acompanhamento individualizado (E3.3.)<sup>12</sup>. Paralelamente, garanti um ambiente seguro e protetor no momento das refeições, reduzindo potenciais fatores de risco (B3.1)<sup>18</sup>.

**Objetivo Específico: Contribuir para o conhecimento sobre métodos de introdução da alimentação complementar e dietas restritivas (vegetariana).**

**Atividades:**

- 1) Convite para a sessão de reflexão, à equipa de enfermagem, via eletrónica;
- 2) Realização de sessão de reflexão em formato híbrido, com a equipa de enfermagem, sobre os métodos de introdução de novos alimentos, complementado com as orientações das dietas restritivas.

Com o intuito de dar resposta a este objetivo, elaborei um convite dirigido à equipa de enfermagem (Apêndice QQ), enviado por via eletrónica, para participação numa sessão de reflexão “Alimentação no Primeiro Ano de Vida” (Apêndice RR) sobre os métodos de introdução de novos alimentos e as orientações relativas às dietas restritivas. Embora inicialmente planeada em formato híbrido, a sessão acabou por se realizar presencialmente, em momentos após a passagem de turno, ajustando-se a atividade à preferência manifestada pela equipa para garantir maior envolvimento. O respetivo plano de sessão encontra-se disponível em Apêndice SS. A adesão foi de 75% por parte da equipa de enfermagem (9 elementos), que avaliou a sessão com um grau de satisfação global de “Muito Bom” (Apêndice TT), o que superou o critério de avaliação previamente definido e confirmou a relevância da atividade.

Com as atividades realizadas promovi a atualização de conhecimentos da equipa de enfermagem e a consolidação das práticas sustentadas em evidência científica atual (D2.1, D2.2)<sup>18</sup>. De forma indireta, estas atividades também me permitiram apoiar a parentalidade e estabelecer uma comunicação ajustada às necessidades e ao contexto de cada família, tendo em consideração a transição vivenciada (E1.1.)<sup>12</sup>. Este percurso foi

sustentado pela Teoria das Transições de Meleis, que orientou a reflexão sobre a intervenção de enfermagem especializada, promovendo transições positivas relacionadas com a introdução da alimentação complementar e da adoção de dietas restritivas<sup>16</sup>.

#### **III.4 – Percurso de Desenvolvimento de Competências Serviço de Urgência Pediátrica**

O SUP tem um horário de funcionamento 24 horas por dia, tendo como população alvo crianças com idades compreendidas entre os zero anos e os dezoito anos menos um dia, provenientes do domicílio, encaminhamento via linha Serviço Nacional de Saúde 24, CSP e ainda, pelo Instituto Nacional de Emergência Médica. Estruturalmente, dispõe de sala de espera, dois postos de triagem, um espaço para amamentação equipado com um cadeirão, um espaço lúdico, sala de emergência, equipada com materiais para o doente crítico, em toda a idade pediátrica, três gabinetes médicos, uma sala de terapêutica inalatória, uma sala de procedimentos e uma sala de observação (SO). Esta última possui quatro unidades funcionais equipadas com berços ou camas, cada uma equipada com cadeirão para o acompanhante e dispositivos clínicos de monitorização e terapêutica. O serviço conta ainda com copa, sala de reuniões, gabinete da EG, armazém de material clínico, rouparia e zona de sujos.

A equipa multidisciplinar integra pediatras, técnicos auxiliares de saúde e vinte e nove enfermeiros, dos quais dezasseis são EEESIP. Contudo, não se assiste a uma concordância face às orientações da OE nos cálculos das dotações seguras. Apesar da equipa apresentar enfermeiros com formação Avançado de Vida Pediátrico, não dispõe de nenhum Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o que contraria as orientações da OE<sup>77</sup>. Os turnos da manhã e da tarde são assegurados por uma equipa de cinco enfermeiros e o turno da noite por uma equipa de três enfermeiros. Durante os turnos, cada elemento da equipa designada assume um posto de trabalho específico, ficando um enfermeiro responsável pela coordenação da equipa. Neste contexto, a organização do trabalho combina diferentes metodologias: a de trabalho em equipa, centrada no utente, a funcional, orientada para a tarefa e em regime de SO, o método individual, no qual o enfermeiro assume a responsabilidade integral pelos cuidados prestados<sup>87</sup>.

Decorrente da observação participativa identificou-se a integração da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, existindo procedimentos de trabalho nessa área e o recurso a utilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor<sup>82,85</sup>.

Como sistema de informação é utilizado o *SClínico*<sup>®</sup> para efetuar os registos de enfermagem e triagem segundo o sistema de triagem de Manchester, de acordo as orientações da Direção-Geral da Saúde<sup>98</sup>.

Ao longo do seu processo de crescimento e desenvolvimento, as crianças podem deparar-se com diversas situações de transição saúde-doença, que têm um enorme impacto no núcleo familiar<sup>16</sup>. Estes acontecimentos são inesperados e geradores de *stress* e sofrimento, tanto para a criança como para a família, e podem ser desafiantes na adaptação à parentalidade. Os fatores de stress para a criança são potenciados quando a experiência de hospitalização ocorre em contexto de urgência<sup>72,99</sup>. Neste sentido, a intervenção de enfermagem especializada deve salvaguardar a presença da família junto da criança, de modo a proporcionar proteção e segurança num ambiente percebido como desconhecido e ameaçador<sup>100</sup>.

No âmbito da temática central do relatório, e após a partilha e discussão reflexiva da temática em reunião com a EG e ESC, a visita ao serviço e à análise de 100% dos protocolos, procedimentos de trabalho e instrumentos de educação para a saúde em vigor, verifiquei que estes se encontram sobretudo orientados para a resposta à doença aguda, não abrangendo a área da alimentação nem a prevenção de acidentes nesta área.

Com recurso à observação participativa da prestação de cuidados, identifiquei os acidentes domésticos como umas das principais razões de recurso à urgência na primeira infância. Estes ocorrem sobretudo na cozinha, casa de banho, quartos e sala, sendo a cozinha o local mais crítico devido à frequência de queimaduras e de obstrução da via aérea por aspiração de pequenos alimentos<sup>101</sup>. Assim, defini como área de intervenção a promoção da segurança nestes espaços, visando ambientes seguros que favoreçam a aquisição hábitos alimentares saudáveis desde a primeira infância. Esta intervenção especializada assenta em orientações antecipatórias, que incluem a capacitação e empoderamento parental para implementação de estratégias preventivas e de atuação em caso de acidentes<sup>101</sup>.

O instrumento reflexivo aplicado a 86,2% equipa de enfermagem (25 elementos) teve como propósito sensibilizar a equipa para a pertinência desta temática. A análise dos resultados (Apêndice UU) realça que as intervenções de educação para a saúde

constituem um recurso fundamental para consciencializar as famílias sobre a ocorrência e prevenção de acidentes domésticos, de modo a contribuir para a minimização dos riscos e a garantir ambientes seguros para o crescimento e desenvolvimento infantil adequados. Os resultados desta análise e o projeto, foram partilhados com cerca 86,2% da equipa de enfermagem (25 elementos) em momentos de partilha reflexiva após a passagem de turno, o que superou o critério de avaliação estabelecido. Não foi possível envolver a totalidade da equipa devido a ausências por férias.

Face ao diagnóstico de situação elaborado, identifiquei áreas prioritárias de intervenção que orientaram a formulação dos objetivos específicos e o planeamento das atividades subsequentes.

**Objetivo Específico: Colaborar na prestação de cuidados especializada ao lactente/criança/jovem e família, com maior enfoque na promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis.**

**Atividades:**

1. Participação na prestação de cuidados ao lactente/criança/jovem e família, nas diferentes áreas de trabalho do SUP;
2. Prestação de cuidados ao lactente/criança/jovem e família, vítima de acidentes domésticos (engasgamento, queimaduras, quedas).

No SUP participei na prestação de cuidados a lactentes/crianças/jovens e respetivas famílias, com necessidade de cuidados urgentes e emergentes, em diferentes áreas de trabalho inerentes à tipologia do serviço (E1.2.)<sup>12</sup>.

Em regime de SO, acompanhei RN de seis e dez dias, nos quais intervimos na correção da pega e no ajuste da posição à mama, promovendo a amamentação (E3.2.)<sup>12</sup>. Realizei, ainda, ensinamentos práticos a famílias, com lactentes de cinco e seis meses, sobre a introdução da alimentação complementar, introduzindo orientações acerca dos métodos e reforçando a importância da adoção precoce de hábitos alimentares saudáveis (E1.1., E1.2., E3.1.)<sup>12</sup>, enquadrado na temática central do projeto.

Em sala de tratamentos, colaborei na prestação de cuidados a uma criança de três anos, com uma queimadura na mão, provocada na placa de indução, durante a confeção de alimentos com a mãe. A intervenção especializada incluiu administração de analgesia e a brincadeira terapêutica como recurso para explicar o procedimento de tratamento à ferida e utilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor, nomeadamente a

distração<sup>82</sup> (E1.1., E2.2., E2.4., E3.3)<sup>12</sup>. Foi realizada, ainda, educação para a saúde à família de forma a salientar as estratégias preventivas de acidentes domésticos, principalmente neste espaço crítico. Ainda neste âmbito, participei nos cuidados a um lactente de onze meses e família, vítima de queda de uma cadeira de refeição sem cinto (cerca de 1,20 m), apresentando hematoma occipital. A intervenção especializada incluiu vigilância imediata de sinais e sintomas e educação parental sobre medidas de prevenção de quedas e segurança durante a alimentação (E1.1., E1.2., E3.1., E3.3)<sup>12</sup>.

Na sala de emergência, participei nos cuidados emergentes a um adolescente de 15 anos, com reação anafilática após ingestão de ibuprofeno, situação que exigiu a aplicação de conhecimentos para uma resposta célere em situação de instabilidade hemodinâmica. Neste contexto, garanti ainda apoio contínuo à família, esclarecendo dúvidas sobre prevenção e atuação em episódios futuros (E2.1., E3.3.)<sup>12</sup>.

Sendo a urgência pediátrica a minha área de prática profissional, tive oportunidade de acompanhar e realizar o protocolo de triagem de Manchester<sup>98</sup>, aplicando e aprofundando conhecimentos específicos nesta área. Para além da prestação direta de cuidados, a ESC assumia frequentemente funções de coordenação da equipa, o que me permitiu observar e compreender a intervenção especializada do enfermeiro na liderança e gestão de recursos (C2.1, C2.2)<sup>18</sup>.

Assim, os critérios de avaliação definidos foram integralmente cumpridos e superados. O desenvolvimento destas atividades foi sustentado pela Teoria das Transições de Meleis, que me permitiu compreender as transições de saúde-doença vivenciadas pelo binómio criança/família e no MPS de Pender, na implementação de estratégias de educação para a saúde acerca da prevenção de acidentes e promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis<sup>16,17</sup>.

**Objetivo Específico: Contribuir para a uniformização dos cuidados no SUP relativa à prevenção de acidentes domésticos, no primeiro ano de Vida.**

**Atividades:**

1. Elaboração de procedimento de trabalho sobre prevenção de acidentes;
2. Elaboração de um instrumento de educação para a saúde acerca da prevenção de acidentes (*checklist* de verificação de ambiente doméstico);
3. Realização de sessão de apresentação em formato híbrido do procedimento de trabalho, à equipa de enfermagem.

De forma a dar cumprimento a este objetivo e a sustentar teoricamente as atividades realizadas, efetuei uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas (D2.2)<sup>18</sup>, através da equação de pesquisa: [(*Infant OR Newborn*) AND (*Accident\* OR domestic accident\* OR home accident\* OR falls OR burns OR choking OR Airway Obstruction*) AND (*Prevention OR Intervention*)]. Deste processo resultaram treze artigos cujo fluxograma se encontra no apêndice VV. Com base neste suporte bibliográfico elaborei um procedimento de trabalho “Prevenção de Acidentes no Primeiro ano de Vida - Educar para a Saúde” (Apêndice WW), que apoia a tomada de decisão nesta área, orienta a formulação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento das intervenções e a avaliação dos resultados, promovendo a uniformização da prática e reforçando a segurança dos cuidados<sup>91</sup>. Integrado neste procedimento, desenvolvi um instrumento de educação para a saúde “Segurança a cada Passo – *Checklist* de verificação de um ambiente seguro para o seu bebé” (Apêndice XX).

Para a apresentação destes instrumentos à equipa de enfermagem, enviei um convite em formato eletrónico (Apêndice YY) e apesar do planeamento inicial prever uma sessão híbrida, esta atividade decorreu em formato presencial (Apêndice ZZ), por se revelar no momento a opção mais adequada para favorecer a participação da equipa. O plano de sessão encontra-se disponível em Apêndice AAA. O procedimento foi validado por 75,86% da equipa de enfermagem (22 elementos), o que se refletiu na avaliação da sessão que obteve um grau de satisfação global de “Muito Bom” (Apêndice BBB), ultrapassando os critérios de avaliação definidos e confirmando a relevância da sua implementação no contexto.

Estas atividades, contribuíram para estruturar intervenções que promovam a parentalidade consciente e a prevenção de acidentes em contextos domésticos no primeiro ano de vida (E1.1.)<sup>12</sup>. A prática especializada que desenvolvi reforçou a partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem (B1.1)<sup>18</sup> e possibilitou a minha integração num grupo de trabalho orientado para o desenvolvimento de um programa de melhoria contínua na área da prevenção de quedas em contexto de urgência pediátrica, nomeadamente em contexto de SO (B1.2, B2)<sup>18</sup>. Destaco, também, a promoção de ambientes seguros, materializada na criação de um instrumento de verificação do espaço físico e social da criança (B3.1)<sup>18</sup>.

O MPS de Pender fundamentou estas atividades uma vez que, promovi ambientes e comportamentos seguros que favorecem o crescimento e desenvolvimento saudável desde o primeiro ano de vida.

**Objetivo Específico: Sensibilizar as famílias para as medidas preventivas de quedas, queimaduras e engasgamento e atuação, em caso de obstrução da via aérea no primeiro ano de vida;**

**Atividades:**

- 1) Operacionalização de vídeo informativo, a transmitir na sala de espera, acerca da prevenção do engasgamento e de queimaduras;
- 2) Operacionalização de vídeo informativo, a transmitir na sala de espera, sobre a atuação em caso de obstrução da via aérea.

No âmbito deste objetivo, tinha inicialmente previsto a elaboração de dois vídeos distintos: um dedicado à prevenção de quedas, queimaduras e engasgamento e outro à atuação em caso de obstrução da via aérea, ambos direcionados para o primeiro ano de vida. Contudo, por uma questão de organização e coerência temática, optei por reunir todos os conteúdos num único vídeo informativo, cujo conteúdo está disponível no Apêndice CCC, e que foi transmitido na sala de espera do serviço. Após a sua visualização, abordei individualmente sete famílias, o que superou o critério de avaliação definido, para aferir e validar a compreensão dos conteúdos e a relevância prática no contexto diário. Este contacto permitiu-me confirmar a pertinência da informação, bem como reforçar a consciencialização para medidas preventivas e de atuação em situações de risco.

Estas atividades possibilitaram-me planear um instrumento de educação para a saúde de forma a potenciar práticas seguras, para um crescimento e desenvolvimento infantil adequado e estabelecer uma comunicação clara e acessível com as famílias (E1.1., E3.1., E3.3.)<sup>12</sup>.

O enquadramento teórico do MPS de Pender revelou-se novamente muito relevante para sustentar a intervenção, promovendo a adoção de práticas seguras através da implementação de estratégias educativas eficazes.

### **III. 5 – Percurso Transversal de Desenvolvimento das Competências de Mestre**

Importa ainda destacar um último objetivo transversal delineado: aprimorar conhecimentos relativos a temáticas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O conhecimento constrói-se a partir das experiências vivenciadas no quotidiano, das interações interpessoais, da leitura e da análise crítica de diferentes estudos<sup>102</sup>. Neste sentido, ao longo do percurso formativo, recorri a metodologia científica para desenvolver pesquisas em bases de dados, complementadas pela análise de documentos reguladores do exercício profissional. Este processo constituiu um suporte essencial à elaboração do presente relatório e à fundamentação das atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio.

No Módulo I, participei em três eventos científicos que se revelaram determinantes para a minha formação contínua e reflexão profissional: a *III Convenção Internacional dos Enfermeiros “Tempo de respostas”* (Anexo II) onde foram abordadas temáticas da atualidade. Este evento constituiu um espaço de reflexão crítica sobre os desafios éticos e profissionais da enfermagem, valorizando a centralidade da pessoa e da família nos cuidados e promovendo o debate em torno da inovação, da digitalização e de novas formas de organização capazes de responder aos desafios contemporâneos da saúde. Seguiram-se as *Jornadas do Bebê e da Criança: Prevenção em Idade Pediátrica* (Anexo III), que reforçaram a relevância da intervenção precoce na promoção da saúde infantil, com enfoque em estratégias de prevenção de problemas do desenvolvimento e na capacitação das famílias para o cuidado quotidiano. Posteriormente, no *2.º Curso de Alimentação e Nutrição Pediátrica* (Anexo IV), onde foram discutidas temáticas essenciais relativas à nutrição nos primeiros mil dias de vida, à introdução da alimentação complementar e às implicações de diferentes abordagens alimentares. Estes conteúdos revelaram-se particularmente pertinentes no domínio das competências oro-motoras do RN, permitindo compreender melhor o impacto das disfunções oro-faciais e consolidar conhecimentos que sustentaram a minha intervenção na unidade de neonatologia e na USF. A reflexão decorrente deste evento científico contribuiu, ainda, para a translação de saberes atualizados para a prática de cuidados, em alinhamento com as atividades realizadas no meu projeto.

No Módulo II, dei continuidade a este percurso de enriquecimento profissional e pessoal através da participação no *1.º Encontro de Amamentação do Ribatejo* (Anexo V), onde aprofundei conhecimentos relacionados com a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, conhecimentos esses que se revelaram fundamentais à

transversalidade dos diversos contextos de estágio. Participei também no 5.º *Seminário do Projeto NIDCare - “Investigar em neonatologia: a problemática do stress do recém-nascido”* (Anexo VI), que permitiu consolidar fundamentos sobre cuidados neuroprotetores e estratégias de minimização do *stress*. As temáticas abordadas neste evento revestiram-se de especial importância para a prática especializada no contexto da unidade de neonatologia, reforçando a relevância da criação de ambientes terapêuticos e da implementação de intervenções centradas no RN e na família.

Participei igualmente no *Webinar Brincar é Aprender* (Anexo VII), que reforçou a importância do brincar como dimensão central no desenvolvimento infantil. A reflexão desta temática destacou o seu papel enquanto facilitador de competências cognitivas, emocionais e sociais, reconhecendo que esta, quando integrada de forma estruturada na prática, pode assumir um carácter terapêutico. Neste sentido, o brincar revelou-se um recurso essencial na humanização dos cuidados, com aplicabilidade em diferentes contextos de estágio como a comunidade, a urgência e o internamento, promovendo o bem-estar e fortalecendo o vínculo com a criança e a família.

A participação no *II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem* (Anexo VIII) possibilitou aprofundar o tema dos cuidados integrados em saúde infantil e pediátrica, valorizando uma abordagem multidimensional e centrada na criança e na família, com contributos transversais a todos os contextos de estágio.

Neste mesmo módulo, enquanto agente dinamizador científico e promotora da partilha de conhecimento atualizado, participei como preletora no *X Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem* (Anexo IX) através da apresentação do póster “*Autorregulação neonatal: uma abordagem centrada na família*” (Anexo X). Esta experiência permitiu não só divulgar conhecimento científico, mas também consolidar competências de comunicação em contexto académico. Finalmente, no *IX Encontro Nacional da APEPEN* (Anexo XI), onde para além de participante nas diferentes sessões, fui também coautora do póster “*Negligência Infantil - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica*” (Anexo XII), reforçando o meu contributo ativo na dinamização científica e na disseminação do conhecimento especializado.

Ainda neste âmbito, não enquadrado no decorrer dos estágios, tive a oportunidade de participei no *I Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem*, como coautora do póster “*Cuidados Centrados na Família no Desenvolvimento e Autorregulação do Recém-nascido*” (Anexo XIII).

Ao longo do percurso, realizei uma Revisão Sistemática da Literatura subordinada ao tema “*Brincadeira Terapêutica como Estratégia de Comunicação nos Cuidados à Criança*” (Apêndice DDD), desenvolvida com vista à sua futura divulgação científica, evidenciando o compromisso com a produção de conhecimento e com o fortalecimento da PBE<sup>20</sup> em Enfermagem.

Estas experiências, distribuídas ao longo dos dois módulos, potenciaram a obtenção de conhecimento avançado, a atualização científica contínua e a capacidade de integrar a melhor evidência na prática profissional<sup>19</sup> (D2)<sup>18</sup>.

Neste sentido, contribuíram não só para consolidar as competências de EEE e de EEESIP, como também para o desenvolvimento das competências de mestre, que se traduzem na capacidade de desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde<sup>19</sup> p.124. Simultaneamente, promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos<sup>19</sup> p.124 assim como, contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada<sup>19</sup> p.124.

#### IV – Considerações Finais

O percurso realizado ao longo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica representou um processo de grande valorização pessoal, profissional e académica. A diversidade dos contextos de estágio possibilitou-me uma visão abrangente sobre os cuidados especializados à criança/jovem e família, permitindo intervir em áreas distintas e, ao mesmo tempo, identificar necessidades comuns relacionadas com a promoção da saúde, a parentalidade e a prevenção de acidentes. A temática que elegi, hábitos alimentares seguros e saudáveis no primeiro ano de vida, emergiu da articulação entre experiências pessoais e a prática clínica, associada à perceção da sua relevância pela atualidade do tema e pelos ganhos efetivos em saúde para o binómio criança/família, tanto a curto como a longo prazo.

A integração dos referenciais teóricos de enfermagem revelou-se essencial para nortear as intervenções especializadas. A Teoria das Transições de Afaf Meleis permitiu-me uma compreensão mais aprofundada dos processos de transição vivenciados pelo binómio criança/família, tanto na adaptação a novas situações e etapas de desenvolvimento como perante situações de doença e hospitalização. Este enquadramento reforçou a necessidade de apoiar, acompanhar, capacitar e empoderar os pais em momentos críticos de transição. Por sua vez, o MPS de Nola Pender orientou-me na implementação de estratégias de educação para a saúde junto das famílias, valorizando escolhas e ambientes seguros e a adoção de comportamentos potenciadores de saúde. A articulação destes referenciais teóricos com as atividades realizadas, conferiu robustez científica à prática especializada e permitiu transformar desafios em oportunidades de intervenção.

Os objetivos delineados no Plano de Projeto foram concretizados e alguns dos seus resultados foram superados. A prestação direta de cuidados a RN, lactentes, crianças, adolescentes e respetivas famílias, nos diferentes contextos de estágio, possibilitou-me aplicar conhecimentos diferenciados, consolidar competências e habilidades técnicas e relacionais e valorizar a importância da família como parceira ativa nos cuidados. A construção de procedimentos de trabalho contribuiu para uniformizar práticas e a elaboração de instrumentos de educação para a saúde, como folhetos, cartazes, vídeos informativos e *checklists*, foi essencial para promover a literacia em saúde e sensibilizar as famílias para a adoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis.

Este percurso traduziu-se no desenvolvimento efetivo das Competências Comuns do EE, das Competências Específicas do EEESIP e das Competências de Mestre, pelo que considero o objetivo geral deste projeto plenamente atingido.

No plano técnico e científico, ampliei e consolidei conhecimentos ajustados a cada contexto de estágio. Nos CSP, aprofundei a apreciação do binómio criança/família, reconhecendo a importância da prevenção, da promoção da saúde e do acompanhamento próximo. No contexto de neonatologia, aprofundei a compreensão das especificidades inerentes ao cuidado do RN pré-termo, reconhecendo a necessidade de uma intervenção diferenciada. No internamento de pediatria, fortaleci competências na abordagem à criança, com Diabetes Mellitus tipo 1, centrando a intervenção na capacitação do binómio criança/família para a gestão da doença crónica a fim de promover a autonomia progressiva. Já em contexto de urgência pediátrica, desenvolvi capacidade na resposta a situações imprevisíveis, onde a celeridade na tomada de decisão e a priorização de cuidados, se tornam determinantes para a segurança e bem-estar da criança e respetiva família.

A nível ético e relacional, evolui na construção de uma comunicação clara, empática e adaptada à individualidade de cada criança/jovem e família, respeitando sempre os seus direitos, crenças, valores e preferências. No domínio da gestão, tive a oportunidade de observar a coordenação da equipa de enfermagem, compreendendo a importância da adequação de recursos e da liderança.

No percurso académico, aprofundei a capacidade de pesquisar, analisar e aplicar evidência científica, desenvolvendo espírito crítico e reflexivo indispensável a uma prática especializada.

Os resultados alcançados são visíveis em diferentes dimensões. No âmbito clínico, foi possível apoiar a amamentação e a introdução da alimentação complementar, através do empoderamento parental para tomadas de decisão informadas e consciencializar para a importância da adoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis desde o primeiro ano de vida. No domínio da promoção de saúde e prevenção da doença, destaco a sensibilização parental para a segurança no ambiente doméstico, a valorização dos momentos de refeição como espaço de vínculo e a construção de instrumentos que contribuem para ambientes e escolhas potenciadoras de saúde. No plano organizacional, a equipa de enfermagem validou positivamente as atividades propostas, reconhecendo a

sua aplicabilidade prática e relevância para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Apesar dos ganhos alcançados, também me deparei com alguns desafios sobretudo relacionados com as dinâmicas das equipas de enfermagem e com necessidade de ajustar estratégias às diferentes realidades familiares e culturais. Estas situações em vez de se tornarem obstáculos reverteram-se em oportunidades de crescimento, pois permitiram-me demonstrar flexibilidade, resiliência e capacidade de adaptação, competências que reconheço como indispensáveis ao exercício de enfermagem especializada.

Numa dimensão pessoal, este percurso reforçou em mim valores de responsabilidade, resiliência, bem como a capacidade de enfrentar desafios e lidar com a frustração permitindo-me alcançar uma maior consciência de quem sou e dos desafios que consigo superar.

Acompanhar crianças, jovens e famílias em momentos de vulnerabilidade, contribuiu para o meu crescimento enquanto enfermeira e enquanto pessoa reforçando convicções que ditam que a prestação de cuidados deve ser articulada entre o saber técnico e científico e a dimensão humana, capaz de oferecer presença e empatia.

A concretização deste relatório simboliza também a realização de um objetivo e de um querer ser melhor, que foi possível alcançar com dedicação e empenho.

Relativamente a projetos futuros, pretendo dar continuidade às linhas orientadoras iniciadas neste mestrado. Em colaboração com a equipa do SUP, encontro-me a desenvolver um programa de melhoria contínua relacionado com a prevenção de quedas, integrado no âmbito da qualidade dos cuidados. Para além disso, a conclusão do curso de BLW, já iniciado, e a realização futura de uma formação avançada em nutrição pediátrica permitir-me-ão reforçar a qualidade da intervenção no âmbito da promoção de hábitos alimentares seguros e saudáveis desde o primeiro ano de vida. Acresce ainda que, por solicitação do Núcleo de Qualidade e Inovação em Enfermagem da ULS, prevê-se que o vídeo informativo elaborado “Acidentes no 1º Ano de Vida, Vamos Falar de Prevenção” seja divulgado nas salas de espera das restantes unidades funcionais da ULS, garantindo a continuidade do projeto o que se irá manifestar em ganhos em saúde para a comunidade. Posteriormente à conclusão dos estágios o serviço de internamento de pediatria solicitou-me a apresentação em sessão de formação de equipa, sobre a temática da influência das tecnologias nos hábitos alimentares das crianças. Esta oportunidade no âmbito da

melhoria da qualidade dos cuidados, com a partilha e apresentação do cartaz informativo “É Hora da Refeição, Tecnologias em Modo *Off*”, possibilitou sensibilizar a equipa para a relevância desta área na promoção da saúde e para o impacto na formação de hábitos alimentares seguros e saudáveis, desde o primeiro ano de vida. Ainda no âmbito de projetos futuros, a divulgação dos trabalhos de cariz científico, nomeadamente a publicação do artigo de Revisão Sistemática da Literatura, numa revista de relevo e participação com comunicação em eventos da área.

Em síntese, considero que este percurso representou uma etapa importante para o crescimento, realização pessoal e profissional. A concretização dos objetivos, o desenvolvimento das competências e os ganhos em saúde obtidos demonstram a relevância deste percurso formativo. Este relatório espelha a construção de uma identidade profissional mais sólida e consciente, sustentada numa prática especializada baseada na evidência, centrada no binómio criança/família.



- do UBM [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 20]; 24(48):80–94. Available from: <https://revista.ubm.br/index.php/revistacientifica/article/view/1422>;
10. Rito A, Mendes S, Figueira I, et al. Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [Internet]. 2022 [cited 2024 Oct 18]; 30-57 p. Available from: <https://www.insa.min-saude.pt/childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi-portugal-relatorio-2022/>;
  11. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS [Internet]. 2013 [cited 2024 Oct 20]. Available from: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>;
  12. Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República: II Série, no 133 [Internet] 2018. [cited 2024 Oct 20] 19192-19194p. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>;
  13. Cerqueira C, Barbieri-Figueiredo MC. Cuidados Centrados na Família. In: Ramos AL & Barbieri-Figueiredo MC. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas LDA. 2020. 28-32 p.;
  14. Apolinário M. Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. Revista de Enfermagem Referência [Internet]. 2012 [cited 2024 Oct 20]; III(7):83-92. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239966010>;
  15. Casey A. Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. Journal of Advanced Nursing [Internet]. 1995 [cited 2024 Oct 20]; 22(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8675858/>;
  16. Meleis AI. Transitions Theory: Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: In Springer Publishing Company; 2010. 11-48 p.;
  17. Santi DB, Baldissera VDA, Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. Saúde debate [Internet]. 2023 [cited 2025 Agu 25]; 47(139):993–6. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cWc8jjZX9bJ6GnmGWQ8BKRj/?lang=pt>;
  18. Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2ª Série, nº

- 26 [Internet] 2019. [cited 2025 setem 17] 4744-4750p. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;
19. Regulamento n.º 705/2021, de 27 de julho, do Diário da República. Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem artigo 7.º. Diário da República n.º 144/2021, Série II. [Internet] 2021. [cited 2024 Out 21] p. 122-129. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248>;
20. Conselho Internacional de Enfermeiros. Combater a desigualdade: da evidência à ação – Closing the gap: from evidence to action. Ordem dos Enfermeiros [Internet]. 2012 [cited 2025 Sep 17]; Available from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs\\_vfinal\\_correto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf);
21. Toomey E, Flannery C, Matvienko-Sikar K, Olander EK, Hayes C, Heffernan T, et al. Exploring healthcare professionals' views of the acceptability of delivering interventions to promote healthy infant feeding practices within primary care: a qualitative interview study. Public Health Nutrition [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 5]; 24(10):2889–99. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33317663/>;
22. Brantes AL, Curado MA. Competências oro-motoras do recém-nascido. 1 ed. Lisboa: Lidel; 2023. 111 p.;
23. Saul McLeod, PhD. Erik Erikson's stages of psychosocial development. Simply Psychology. [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 17]. Available from: <https://www.simplypsychology.org/erik-erikson.html>;
24. Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva: sumário executivo. OMS [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 2]. Available from: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240044074>;
25. World Health Organization (WHO) guideline on the complementary feeding of infants and young children aged 6-23 months 2023: A multisociety response. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition [Internet]. 2024 Jul 1 [cited 2025 Sep 17];79(1):181–8. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=5075f307-6c4b-34d7-81e4-e48a6848377c>;
26. Exclusive breastmilk pumping: A concept analysis. Nursing Forum [Internet]. 2022 [cited 2025 Sep 17]; 57(5):946–53. Available from:

- <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=43d00e94-8019-3698-b369-fb6ca06c9f89>;
27. Tully KP, Smith JL, Pearsall MS, Sullivan C, Seashore C, Stuebe AM. Postnatal Unit Experiences Associated With Exclusive Breastfeeding During the Inpatient Stay: A Cross-Sectional Online Survey. *Journal of Human Lactation* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2025 Sep 17];38(2):287–97. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=cec5f740-6713-3e11-a5f5-7488c8482442>;
28. Düzeltici Ş, Arslan S. Complementary Nutrition Methods in Newborn. *Journal of Education & Research in Nursing / Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2025 Sep 17];19(1):128–32. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=66e1b90d-ca65-380b-80eb-158de912f499>;
29. Gonçalves Brantes AL, dos Santos Curado MA, Rebelo Cruz I. Técnicas de alimentación en la promoción de las habilidades oromotoras del recién nacido prematuro: a scoping review. *Enfermería Global* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2025 Sep 17]; 20(1):489–505. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=cf1e364d-8ad5-3fed-930c-c5def9fa9945>;
30. Dos Santos Curado MA, Maroco JP, Vasconcellos T, Gouveia LM, Thoyre S. Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referencia*. [internet] 2017 [cited 2025 Sep 17]; 4(12):131-142. Available from: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2650&id\\_revista=24&id\\_edicao=101](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2650&id_revista=24&id_edicao=101);
31. Çaka SY, Topal S, Yurttutan S, Aytemiz S, Çıkar Y, Sarı M. Effects of kangaroo mother care on feeding intolerance in preterm infants. *Journal of tropical pediatrics* [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 17];69(2). Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=6709cdd3-f938-3a93-b1b9-b963da4049a7>;
32. Ramos M, Vilaça S, Mendes G. O Recém-nascido Pré-termo. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC, editores. *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel; 2020. 117-134 p.;

33. Antunes M, Laranjeira C, Querido A, Charepe Z. “What Do We Know about Hope in Nursing Care?”: A Synthesis of Concept Analysis Studies. *Healthcare* (2227-9032) [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 17];11(20):2739. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=f6d7c17d-555d-32ae-9aaf-6c17c9e3d467>;
34. Hawthorne DM, Turkel M, Barry CD, Flack L. Nurses’ Living Caritas Processes as Described by Mothers, Fathers, and Grandmothers in a Neonatal Intensive Care Unit. *International Journal for Human Caring* [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 17];25(2):78–88. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=b1cf31cf-fd2d-3e8a-b725-51aa625bc856>;
35. Alinejad-Naeini M, Peyrovi H, Shoghi M. Self-reinforcement: Coping strategies of Iranian mothers with preterm neonate during maternal role attainment in NICU; A qualitative study. *Midwifery* [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 17]; 101:103052. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=19794728-8ace-39b7-8540-2efcdd2b61c8>;
36. de Oliveira Ferreira D, Komori NM, Lima FR, Parreira BDM, Nicolussi AC, Goulart BF. Comunicação entre profissionais e familiares durante internação de recém-nascidos e lactentes: revisão integrativa. *UERJ Nursing Journal / Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 2022 [cited 2025 Sep 17]; 30:1–8. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=1fd22748-11f7-3fb0-9d1a-af603254b99b>;
37. Barros I, Lourenço M, Nunes E, Charepe Z. Intervenciones de Enfermería Promotoras de la Adaptación del Niño / Joven / Familia a la Hospitalización: una Scoping Review. *Enfermería Global* [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 17]; 20(1):539–57. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=0d5b35b1-df4a-3b0b-89d0-d16e03396d11>;
38. Mardani M, Heidari H, Jafari A, Ganji F, Omid M. Explaining the Religious Strategies of Parents and Nurses of Infants Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *Health, Spirituality & Medical Ethics Journal* [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 17]; 10(1):11–8. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=0c2fa8c1-1055-30de-bbf8-2fb4822dd6e7>;

39. Henriques NL, Barony da Silva J, Borges Charepe Z, Pinto Braga P, Ditz Duarte E. Factors that promote and threaten Hope in caregivers of children with chronic conditions. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)* [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 17]; 31:1–11. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=dbb30b00-cfe8-339c-9565-eba3d9927b7f>;
40. Altimier L, Phillips R. The neonatal integrative developmental care model: advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn Infant Nurs Ver* [Internet]. 2016 [cited 2025 Apr 28]; 16(4) 230-44. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336916301118>;
41. Monteiro A, Cerqueira C. Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC, editores. *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel; 2020. 33-38 p.;
42. Costa CP, Mascaranhas-Melo F, Bell V. Fórmulas Infantis: indicação, função e constituição. *Acta Portuguesa de Nutrição* [Internet]. 2021 [cited 2025 Agu 25]. 27:18-23. Available from: <https://actaportuguesadenutricao.pt/edicoes/mixed-meal-tolerance-test-as-a-screening-method-for-gestational-diabetes-a-narrative-review-2-2-2-2-3-2-2-2-2-2-2-2-2-2-2/>;
43. Martin CR, Ling P-R, Blackburn GL. Review of Infant Feeding: Key Features of Breast Milk and Infant Formula. *Nutrients* [Internet]. 2016 [cited 2025 Sep 17];8(5):1–11. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=61b7ede7-b334-3576-9986-8624ba17e4e3>;
44. WHO/UNICEF. *Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes*. World Health Organization, Geneva,[internet].2008. [cited 2025 Sep 17] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148964/>;
45. The importance of food for children in the first two years of life. *RSD* [Internet]. 2022 [cited 2025 Sep. 17]; 11(7):e24611729822. Available from: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/29822>;
46. Scarpatto CH, Forte GC. Introdução alimentar convencional versus introdução alimentar com baby-led weaning (BLW): Revisão da literatura. *Clin Biomed Res*

- [Internet]. 2018 [cited 2025 Sep 17]; 38(3). Available from: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/83278>;
47. World Health Organization. WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 9]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>;
48. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* [Internet]. 2017 [cited 2025 Mar 9]; 64(1):119-132. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027215/>;
49. Nuzzi G, Gerini C, Comberiati P, Peroni DG. The weaning practices: A new challenge for pediatricians? *Pediatr Allergy Immunol.* [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 9]; 33:44-46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35080314/>;
50. de Mendonça KRC, de Mendonça LT, Alves AL, das Neves MV, Cunha WB. Métodos BLW, BLISS e PLW no contexto da alimentação complementar: revisão integrativa. *Braz. J. Hea. Rev.* [Internet]. 2023 Aug. 22 [cited 2025 Mar. 9];6(4):18166-82. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/62341>;
51. Capra ME, Decarolis NM, Monopoli D, Laudisio SR, Giudice A, Stanyevic B, Esposito S, Biasucci G. Complementary feeding: tradition, innovation and pitfalls. *Nutrients.* [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 9]; 16(5):73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38474864/>;
52. D'Auria E, Bergamini M, Staiano A, Banderali G, Pendezza E, Penagini F, et al. Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on. *Ital J Pediatr.* [Internet]. 2018 [cited 2025 Mar 9]; 44(1):49p. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29724233/>;
53. Helle C, Hillesund ER, Øverby NC. Exploring Public Health Nurses' Thoughts, Needs and Expectations for the Development and Usability of an Online Parenting Resource on Early Nutrition Delivered through Primary Care: A Qualitative Study. *Nutrients* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 5]; 16(17):2861. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39275177/>;

54. de Oliveira AM, da Silva Oliveira DS. Influência parental na formação de hábitos alimentares na primeira infância – revisão da literatura. Rev. Eletr. Estácio Recife [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 3]; 5(2). Available from: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/322>;
55. Hu S, Wacharasin C, Sangin S. Factors associated with feeding behaviors among mothers of obese infants: a cross-sectional study. Transl Pediatr. [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 5]; 12(5):1004-1016. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37305717/>;
56. Costarelli V, Michou M, Panagiotakos DB, Lionis C. Adherence to the Mediterranean diet and weight status in children: the role of parental feeding practices. International journal of food sciences and nutrition [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2025 May ];72(1):112–22. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=364c0e2e-253b-32e5-b6a5-48938236c830>;
57. Sohail R, Hasan H, Saqan R, Barakji A, Khan A, Sadiq F, et al. The Influence of the Home Food Environment on the Eating Behaviors, Family Meals, and Academic Achievement of Adolescents in Schools in the UAE. International journal of environmental research and public health [Internet]. 2024 Sep 6 [cited 2025 May 31];21(9). Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=faf259b6-1bd7-3d6c-ab10-d9ede5e00a8e>;
58. Nambiar S, Stanley L, Miller L, Byrne RA, Gallegos D, Penny RA, et al. Feeding Practices Used by Australian Parents of Young Children Living With Food Insecurity and Household Chaos. Maternal & child nutrition [Internet]. 2025 Apr 1 [cited 2025 May 31];21(2):e13770. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=c929a8e2-9352-30ee-baf0-973650c25ade>;
59. Mcisaac J-LD, Richard B, Turner J, Rossiter MD. Comparison of Responsive Feeding Practices in Child Care and Home Environments in Nova Scotia. Canadian journal of dietetic practice and research : a publication of Dietitians of Canada = Revue canadienne de la pratique et de la recherche en dietetique : une publication des Dietetistes du Canada [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2025 May 31];83(4):168–74.

- Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=eb0b4360-b872-3003-a690-729155563530>;
60. Nagge KARBs, Finch SR PhD, Rossiter MDR PhD. Family Feeding Practices of Parents on Prince Edward Island: A Focus on Responsive Feeding. *Canadian journal of dietetic practice and research : a publication of Dietitians of Canada = Revue canadienne de la pratique et de la recherche en dietetique : une publication des Dietetistes du Canada* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2025 Sep 24];83(4):198–202. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=56c4eb20-3466-3971-a09e-ef882b4b9325>;
61. Vik FN, Grasaas E, Polspoel MEM, Røed M, Hillesund ER, Øverby NC. Parental phone use during mealtimes with toddlers and the associations with feeding practices and shared family meals: a cross-sectional study. *BMC public health* [Internet]. 2021 Apr 20 [cited 2025 May 31];21(1):756. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=7d514457-720f-3b69-b701-0769d9658e16>;
62. Ordem dos Enfermeiros. Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Vol I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros [Internet]. 2010 [cited 2025 Sep 12]. Available from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatria\\_volumel.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volumel.pdf);
63. Brusati M, Baiocchi M. Vegetarian Diets During Complementary Feeding: An Overview of Nutritional and Health Features. *Children* (Basel, Switzerland) [Internet]. 2025 Jan 24 [cited 2025 Mar 20];12(2). Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=607ae0b1-b52c-3ade-a6df-b6c1ea2299c4>;
64. Cunha M, Teixeira A, Azevedo A, Real A. Alimentação vegetariana: da diversificação alimentar aos primeiros anos de vida. *Rev Port Med Geral Fam* [Internet]. 29 de April de 2022 [cited 2025 Mar 19]; 38(2):183-91. Available from: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/13004>;
65. Baldassarre ME, Panza R, Farella I, Posa D, Capozza M, Mauro AD, et al. Vegetarian and Vegan Weaning of the Infant: How Common and How Evidence-Based? A Population-Based Survey and Narrative Review. *International journal of environmental research and public health* [Internet]. 2020 Jul 5 [cited 2025 Mar



- Available from: <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/db7a00d3-59a2-46b2-af18-9a4ea25c6288>;
75. Peixoto NMSM, Peixoto TASM. Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Rev Enf Ref [Internet]. 2016 [cited 2025 Sep 17]; 3(9):37-43. Available from: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2627&id\\_revista=24&id\\_edicao=98](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2627&id_revista=24&id_edicao=98);
76. Decreto-Lei n.º 118/2014. D.R. I Série 149 (2014-08-05), p.2069-71 [cited 2025 Sep 17]. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>;
77. Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. [Internet]. (2019). Diário da República: II Série, n.º 184. [cited 2024 Nov 28]. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>;
78. Martins CIS, Potra TMFS, Lucas, PB. Motivation factors of nurses in Primary Health Care. Pensar Enf [Internet]. 2020 Sep. 29 [cited 2024 Dec 30]; 24(1):27-38. Available from: <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/167>;
79. Primo CC, Mocelin HJS, Zavarize TB, Lima EFA, Lima RO, Brandão MAG. A percepção da mulher sobre os espaços para amamentar: suporte na Teoria Interativa de Amamentação. REME – Rev Min Enferm. [internet]2019 [cited 2025 Dec 30]; 23:e-1261. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/49708>;
80. Fernandes A. Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC, editores. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Lidel; 2020. 39-55 p.;
81. Fernandes I, Andrade L. Apreciação em Enfermagem da Criança e do Jovem - Nas Consultas de Enfermagem em Contexto de Cuidados de Saúde Primários. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC, editores. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Lidel; 2020. 86-94 p.;
82. Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança [Internet]. 2013 [cited 2025 Feb 1]; 1(6). Available from: <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/1866126>;

83. International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [Internet]. Genebra: International Council of Nurses; 2018 [cited 2025 Mar 9]. Available from: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf);
84. Comité Européen de Normalisation. EN 71-1:2011. Safety of toys – Part 1: Mechanical and physical properties. Brussels: CEN [internet] 2011. [cited 2025 sept 22]. 99p. Available from: <https://www.lab-testequipment.com/Clkj/Images/upfile/Safety%20of%20Toys%20EN71%20standar d.pdf>;
85. Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5.a ed. Lisboa: Lusociência; 2004. 750 p.;
86. Ferraz L, Fernandes A, Gameiro M. Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 22]; 31:e20210235. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8MRMnbnRzygN3Rg9r3dSRSx/?lang=pt>;
87. Parreira P, Santos-Costa P, Neri M, Marques A, Queirós P, Salgueiro-Oliveira A. Métodos de trabalho para prestação de cuidados de enfermagem. In: Parreira P, Castilho A, Rocha M, Martins MM, Santos M, Souza ML, Sousa L, Mónico L, Prado F. Gestão nas Organizações de Saúde (Volume 2): Pessoas, Formação e Desenvolvimento Profissional. Coimbra: Associação De Apoio Aos Cuidados De Saúde Dos Pequenos.[Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 22]; p. 147-193. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/368472162>;
88. Gaiva MA, Rodrigues E, Toso BR, Mandetta MA. Cuidado Integral ao Recém-Nascido Pré-termo e à Família: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras; [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 22]. 1 ed. Available from: <https://journal.sobep.org.br/cuidado-integral-ao-recem-nascido-pre-termo-e-a-familia/>;
89. Sousa FM, Curado MA. Fatores preditores do stress parental nas unidades de neonatologia estudo de pré-validação da EASPUN. Pensar Enfermagem [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 22]; 24(1);18-26. Available from: <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/166>;

90. Maravilha TL, Marcelino MF, Charepe ZB. Factors influencing hope in parents of children with chronic illness. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 22]; 34:eAPE001545. Available from: <https://acta-ape.org/en/article/factors-influencing-hope-in-parents-of-children-with-chronic-illness/>;
91. World Health Organization. Regional Office for Europe. Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe [Internet]. 2017 [cited 2025 Sep 22]. Available from: <https://iris.who.int/items/b0a7b9af-d0cd-4137-8e0c-4f0fbd020427>;
92. Direção-Geral da Saúde. Manual de dietas hospitalares - Programa Nacional Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; [Internet] 2021 [cited 2025 Jan 25]. Available from: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/theme/manual-pnpas/>;
93. Veloso MGA, Almeida SG. The influence of electronic media in the construction of food habits in childhood: the perspective of children's eating behavior in the digital age in the family context. *RSD* [Internet]. 2022 [cited 2025 May 25]; 11 (9):e5611931285. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31285>;
94. Gomes GMD, Souza RCV, Santos TN, Santos LC. Screen Exposure in 4-Year-Old Children: Association with Development, Daily Habits, and Ultra-Processed Food Consumption. *International journal of environmental research and public health* [Internet]. 2024 [cited 2025 May 25]; 21(11). Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=07fb4ec1-c591-3209-9db7-960378638d19>;
95. Moitra P, Madan J. Impact of screen time during COVID-19 on eating habits, physical activity, sleep, and depression symptoms: A cross-sectional study in Indian adolescents. *PloS one* [Internet]. 2022 [cited 2025 May 25]; 17(3):e0264951. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=f9966351-3b9a-3a98-a951-8dc72a21c9e1>;
96. Ober P, Poulain T, Meigen C, Spielau U, Sobek C, Kiess W, et al. Modifiable factors influencing attention performance in healthy children: insights from a comprehensive school nutrition study. *BMC public health* [Internet]. 2024 [cited 2025 May 25]; 24(1):1629. Available from:

<https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=a83bbd97-a45d-3ee7-9107-6ee75c324170>;

97. Tavares PP. Apreciação em Enfermagem da Criança e do Jovem - No Contexto de Internamento. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC, editores. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Lidel; 2020. 95-103 p.;
98. Direção-Geral da Saúde Norma n.º 002/2018 – Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referênciação Interna Immediata.. DGS. [internet] 2018[cited 2025 Sep 18]. p. 1-23 Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/>;
99. Diogo P, Vilelas J, Rodrigues L, Almeida T. The fears of children in pediatric emergency context: nurse as emotional manager. Pensar Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 2025 Feb 1]; 20(2):26-47. Available from: <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/118>;
100. Vaz F, Trigo R. A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. In: Ramos AL, Barbieri-Figueiredo MC, editores. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Lidel; 2020. 293-309 p.;
101. Santos ACA, Silveira BSL, Tavares LR da S, Santos MC dos, Santos MAM dos, Lopes IMD. Injury Prevention in Childhood: Analysis of a Public Health Problem. RSD [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 1]; 11(10):e124111032171. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32171>;
102. Vilelas J. Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento. 3.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Sílabo; 2022. 509 p.;

## **Apêndices**

## **Apêndice A – Fluxograma PRISMA**



## **Apêndice B – Plano de Projeto**















## **Apêndice C – Cronograma Temporal Módulo I**



## **Apêndice D – Cronograma de Atividades Módulo I**





## **Apêndice E – Cronograma Temporal Módulo II**



## **Apêndice F – Cronograma de Atividades Módulo II**











**Apêndice G – Instrumento Orientador do Discurso dos Cuidados de Saúde  
Primários**



## **Apêndice H – Instrumento Orientador do Discurso da Unidade de Neonatologia**



## **Apêndice I – Instrumento Orientador do Discurso do Internamento de Pediatria**



**Apêndice J – Instrumento Orientador do Discurso do Serviço de Urgência  
Pediátrica**



## **Apêndice K – Instrumento Reflexivo: Cuidados de Saúde Primários**







## **Apêndice L – Instrumento Reflexivo: Internamento de Pediatria**







## **Apêndice M – Instrumento Reflexivo: Serviço de Urgência Pediátrica**





## **Apêndice N – Análise do Instrumento Reflexivo: Cuidados de Saúde Primários**











**Apêndice O – Procedimento de Trabalho “Introdução Da Alimentação Complementar No Lactente”**









**Apêndice P – Folheto Informativo “Pequenos Sabores, Grandes Descobertas”**





## **Apêndice Q – Convite para a Sessão de Apresentação e Sessão de Reflexão**



**Apêndice R – Sessão de Apresentação do Folheto Informativo e do Procedimento de Trabalho**









**Apêndice S – Plano de Sessão de Apresentação do Folheto Informativo e do Procedimento de Trabalho**





**Apêndice T – Avaliação da Sessão de Apresentação do Folheto Informativo e do Procedimento de Trabalho**













**Apêndice U – Fotografias da Remodelação da Sala de Espera da USF destinada a famílias e crianças**



## **Apêndice V – Fluxograma PRISMA**



**Apêndice W – Sessão de Reflexão “Dieta Vegetariana: Introdução da Alimentação Complementar do Lactente”**











**Apêndice X – Plano de Sessão de Reflexão “Dieta Vegetariana: Introdução da Alimentação Complementar do Lactente”**







**Apêndice Y – Cartaz Informativo “Dieta Vegetariana – Introdução da Alimentação Complementar no 1º Ano de Vida”**



**Apêndice Z – Avaliação da Sessão de Reflexão “Dieta Vegetariana: Introdução da Alimentação Complementar do Lactente”**











**Apêndice AA – Procedimento de Trabalho “Avaliação e estimulação das competências oro-motoras do recém-nascido pré-termo”**







**Apêndice BB – Convite Sessão de Apresentação dos Procedimentos de Trabalho  
“Avaliação e estimulação das competências oro-motoras do recém-nascido pré-  
termo” e “Promoção da Esperança Parental como intervenção de enfermagem,  
facilitadora do processo de vinculação entre o recém-nascido prematuro e a sua  
família”**



**Apêndice CC – Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho “Avaliação e estimulação das competências oro-motoras do recém-nascido pré-termo”**











**Apêndice DD – Plano de Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho  
“Avaliação e estimulação das competências oro-motoras do recém-nascido pré-  
termo”**





**Apêndice EE – Avaliação da Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho  
“Avaliação e estimulação das competências oro-motoras do recém-nascido pré-  
termo”**











## **Apêndice FF – Cartão de Celebração do Primeiro Mês de Vida**



**Apêndice GG – Procedimento de Trabalho “Promoção da Esperança Parental como intervenção de enfermagem, facilitadora do processo de vinculação entre o recém-nascido prematuro e a sua família”**







## **Apêndice HH – Fluxograma PRISMA**



**Apêndice II – Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho “Promoção da Esperança Parental como intervenção de enfermagem, facilitadora do processo de vinculação entre o recém-nascido prematuro e a sua família”**







**Apêndice JJ – Plano de Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho  
“Promoção da Esperança Parental como intervenção de enfermagem, facilitadora  
do processo de vinculação entre o recém-nascido prematuro e a sua família”**







**Apêndice KK – Avaliação da Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho  
“Promoção da Esperança Parental como intervenção de enfermagem, facilitadora  
do processo de vinculação entre o recém-nascido prematuro e a sua família”**













**Apêndice LL – Análise do Instrumento Reflexivo: Internamento de Pediatria**













## **Apêndice MM – Fluxograma PRISMA: 1ª Pesquisa**



## **Apêndice NN – Fluxograma PRISMA: 2ª Pesquisa**



**Apêndice OO – Cartaz Informativo “É Hora da Refeição, Tecnologias em Modo *Off*”**



**Apêndice PP – *QR Code* do Cartaz Informativo “É Hora da Refeição, Tecnologias em Modo *Off*”**



**Apêndice QQ – Convite para Sessão de Reflexão “Alimentação no Primeiro Ano de Vida”**



**Apêndice RR – Sessão de Reflexão “Alimentação no Primeiro Ano de Vida”**











**Apêndice SS – Plano da Sessão de Reflexão “Alimentação no Primeiro Ano de Vida”**







**Apêndice TT – Avaliação da Sessão de Reflexão “Alimentação no Primeiro Ano de Vida”**













## **Apêndice UU – Análise do Instrumento Reflexivo: Serviço de Urgência Pediátrica**











## **Apêndice VV – Fluxograma PRISMA**



**Apêndice WW – Procedimento de Trabalho “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida – Educar para a Saúde”**







**Apêndice XX – Instrumento de Educação para a Saúde “Segurança a cada Passo –  
*Checklist* de verificação do ambiente doméstico seguro para o seu bebê”**



## **Apêndice YY – Convite Sessão de Apresentação**



**Apêndice ZZ – Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho “Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida – Educar para a Saúde”**







**Apêndice AAA – Plano da Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho  
“Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida – Educar para a Saúde”**





**Apêndice BBB – Avaliação da Sessão de Apresentação do Procedimento de Trabalho  
“Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida – Educar para a Saúde”**













**Apêndice CCC – Vídeo “Acidentes no 1º Ano de Vida, Vamos Falar de Prevenção”**









## **Apêndice DDD – Resumo Revisão Sistemática da Literatura**



## **Anexos**

**Anexo I – Cartaz: XXS - Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro  
(Campanha “Conquistas XXL”)**



**Anexo II – Certificado de Presença na III Convenção Internacional dos Enfermeiros  
– “Tempo de Respostas”**



**Anexo III – Certificado de Formação Profissional “Jornadas do bebé e da criança:  
prevenção em idade pediátrica”**



**Anexo IV – Certificado de Participação “2º Curso de Alimentação e Nutrição  
Pediátrica”**



**Anexo V – Certificado de Participação “1º Encontro de Amamentação do Ribatejo”**



**Anexo VI – Certificado de Participação no 5º Seminário NIDCare – “Investigar em neonatologia: A problemática do *stress* do recém-nascido”**



**Anexo VII – Certificado de Presença “Webinar – Brincar é Aprender”**



**Anexo VIII – Certificado de Participação no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem “Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!”**



**Anexo IX – Certificado de Participação no X Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem “Saúde Global, Unidos pelo Saber e pelo Cuidar”**



**Anexo X – Certificado de Apresentação de Póster “Autorregulação neonatal: uma abordagem centrada na família”**



**Anexo XI – Certificado de Presença no IX Encontro Nacional da APEPEN  
“Cuidados Pediátricos Integrados: Abordagens Multidimensionais”**



**Anexo XII – Certificado Coautoria do Póster “Negligência Infantil – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica”**



**Anexo XIII – Certificado Coautoria do Póster “Cuidados Centrados na Família no Desenvolvimento e Autorregulação do Recém-Nascido”**

